



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

RENATA DOS SANTOS RABELLO

**Estratégia Saúde da Família: sistema de informações e fatores associados ao cadastramento em inquérito de saúde em uma comunidade do Rio de Janeiro**

Rio de Janeiro

2016

..... QUEBRA DE PÁGINA.....

RENATA DOS SANTOS RABELLO

**Estratégia Saúde da Família: sistema de informações e fatores associados ao cadastramento em inquérito de saúde em uma comunidade do Rio de Janeiro**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Epidemiologia e Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Ciências:

Orientador(a): Dr. Claudio José Struchiner  
Coorientador(a): Dra. Marília Sá Carvalho

Rio de Janeiro

2016

Catálogo na fonte  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica  
Biblioteca de Saúde Pública

R114e Rabello, Renata dos Santos  
Estratégia Saúde da Família: sistema de informações e fatores associados ao cadastramento em inquérito de saúde em uma comunidade do Rio de Janeiro. / Renata dos Santos Rabello. -- 2016. 249 f. : tab. ; graf. ; mapas

Orientador: Claudio José Struchiner  
Marília Sá Carvalho

Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2016.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Cobertura de Serviços de Saúde. 3. Estratégia Saúde da Família. 4. Sistemas de Informação. 5. Inquéritos Epidemiológicos. I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.12098153

RENATA DOS SANTOS RABELLO

**Estratégia Saúde da Família: sistema de informações e fatores associados ao cadastramento em inquérito de saúde em uma comunidade do Rio de Janeiro**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Epidemiologia e Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Ciências:

Aprovada em: 15/04/2016

Banca Examinadora

Dr. Eduardo Alves Melo, Universidade Federal Fluminense (UFF)

---

Dra. Claudia Risso de Araujo Lima, Ministério da Saúde (MS)

---

Dra. Elyne Montenegro Engstrom, ENSP/FIOCRUZ

---

Dra. Enirtes Caetano Melo Prates, ENSP/FIOCRUZ

---

Dra. Claudia Medina Coeli, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

---

Dra. Amanda de Carvalho Mello, Secretaria Estadual de Segurança Pública (SESEG-RJ)

---

Rio de Janeiro

2016

## AGRADECIMENTOS

Devemos agradecer todos os dias: por estarmos vivos, saudáveis, perto de quem amamos e realizando nossos sonhos. Esta tese é uma realização! Realização marcada por reviravoltas que sempre acontece em nossas vidas.

Um trabalho como esse só foi realizado e concluído, graças a contribuição de muitas pessoas. Muitos braços, pernas e mentes foram necessárias, pois sozinha não seria capaz de concebê-lo.

Meus sinceros agradecimentos...

A Deus, por me proteger, inspirar e sustentar nesta jornada.

A meus pais, Ricardo e Elisabete, e à minha irmã Anne Caroline, meus pilares, pelo apoio constante, amor incondicional e animação em todas as horas. Pelos exemplos da minha vida, responsabilidade com o trabalho e senso crítico.

Ao meu marido, amigo e eterno namorado Wildner, exemplo de caráter e super pai. Pela sensibilidade, carinho e excesso de compreensão.

Ao querido Daniel, um dos frutos desta tese. Filho amado que acompanhou todo o processo, desde o trabalho de campo até a finalização deste material.

À Cláudio, pela competência, companheirismo e admirável orientação.

À Marília, pela confiança e oportunidades de aprendizado. Tornou-se minha mentora, que carregou para vida. Seus ensinamentos ultrapassam a vida acadêmica e profissional.

A todos os profissionais envolvidos na Estratégia de Saúde da Família e Fiocruz, em especial à Isabella Koster, leitora crítica deste material, pela colaboração e carinho.

Aos membros da banca, pela disponibilidade e ricas contribuições para o crescimento deste trabalho.

Ao Inquérito Saúde Manguinhos e todos os companheiros maravilhosos pelos momentos de luta, esforço e aprendizados.

À Juliana, Amanda, Roberta, Isabela e Claudia, parceiras de trabalho, projetos e amizade construída.

A coordenação da Rede PDTSP-Teias representada pela Dra. Ana Rabello.

À Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro pela formação acadêmica e aprendizados infindáveis. Aos professores e atuais colegas de trabalho desta instituição que marcou profundamente minha vida.

Um agradecimento especial aos moradores de Manguinhos, que exerceram um papel fundamental, seja atuando no Inquérito como entrevistadores de campo, coletando os dados, e oferecendo aos seus vizinhos informações importantes sobre os serviços de saúde do território, ou como ACS que, apesar da rotina intensa de trabalho, cederam um espaço para reconhecimento do território por todos os membros da equipe, e uniram forças para a execução da coleta de dados, apesar da instabilidade política e social inerente ao ambiente. E, principalmente aos moradores entrevistados, e gentilmente cederam informações valiosas sobre as condições de vida e saúde, assim como o domicílio onde residiam e o território de Manguinhos.

As conclusões desta tese só foram alcançadas graças ao árduo trabalho de todos. Muito obrigada!

## RESUMO

Esta tese teve como objetivo analisar os fatores sociais e de saúde associados à cobertura da ESF no território de Manguinhos, município do Rio de Janeiro, utilizando dados oriundos de um inquérito de saúde comparados aos dados oficiais obtidos no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Relacionou-se por meio da técnica de Linkage os registros desses dois instrumentos visando identificar a população de fato registrada no SIAB. Os resultados desta pesquisa apontaram que domicílios próprios contendo um maior número de moradores, menor renda per capita, e idosos em sua composição familiar têm mais chance de estar cadastradas na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Um total de 596 registros foram linkados, ou seja, 62,4% dos 955 domicílios entrevistados e, cerca de 18% dos domicílios não informam estar cadastrados e nem foram linkados, são as famílias que provavelmente não são assistidas pela ESF. A dificuldade em se relacionar domicílios e famílias constitui um dos problemas identificados no SIAB que indicam a baixa contribuição deste sistema para a avaliação dos serviços de atenção primária. Apesar da atividade de cadastramento ser complexa e de difícil execução, esta é o alicerce para o planejamento e gestão das equipes. Estratégias visando a qualificação das informações sobre a ESF e a adesão ao cadastro precisam ser divulgadas para a população e as lideranças comunitárias visando a melhor organização do processo de trabalho dos ACS, por meio da incorporação de tecnologias como mapas e tablets. A prática de educação permanente precisa ser valorizada para o planejamento das ações e diagnóstico local da situação de saúde.

**Palavras-chaves: Atenção Primária, Cobertura, Estratégia de Saúde da Família, Informação em saúde.**

## ABSTRACT

This aim of this dissertation was to analyze the social and health factors associated with coverage of Family Health Strategy (FHS) in the territory of Manguinhos, municipality of Rio de Janeiro, using data coming from a health survey compared with official data on the information system of primary care (SIAB). It related through Linkage, records of these two instruments to identify the population actually registered in SIAB. The results of this research showed that private households containing a larger number of residents, lower per capita income and elderly in their family composition are more likely to be enrolled in the Family Health Strategy (FHS). A total of 596 records were linked, that is 62.4% of the 955 interviewed households, and about 18% of households do not report being registered, nor were linked, are the families that are probably not assisted in the FHS. The difficulty relating households and families is one of the problems identified in the SIAB indicating low contribution of this system for the evaluation of primary care services. Despite the registration activity is complex and difficult to implement, this is the foundation for the planning and management of teams. Strategies for the qualification of information about the ESF and joining the register must be disclosed to the public and community leaders seeking to better organization of the work process of the ACS, through the incorporation of technologies such as maps and tablets. The practice of continuing education must be valued for the planning of actions and local diagnosis of the health situation.

**Key Words: Primary care, coverage, Family Health Strategy, health information.**

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 -	DIFERENÇAS ENTRE SIAB E SISAB	20
Quadro 2 -	QUADRO TEÓRICO RELACIONADO A COBERTURA DA ESF	57
Quadro 3 -	VARIÁVEIS DO INQUÉRITO DE SAÚDE DE MANGUINHOS	58
Quadro 4 -	VARIÁVEIS DO SIAB AVALIADAS PELO PERCENTUAL DE NÃO PREENCHIMENTO.	60
Quadro 5 -	VARIÁVEIS AVALIADAS PELO CRITÉRIO DE CONCORDÂNCIA PRESENTES NAS DUAS BASES DE DADOS	60
Quadro 6 -	VARIÁVEIS ANALISADAS NOS MODELOS DE REGRESSÃO BINOMIAL SIMPLES	63
Quadro 7 -	VARIÁVEIS INDEPENDENTES ANALISADAS ATRAVÉS DE MODELOS DE REGRESSÃO BINOMIAL SIMPLES	64
Quadro 8 -	COMUNIDADES PERTENCENTES AO TERRITÓRIO DE MANGUINHOS	65
Quadro 9 -	DADOS DA FICHA A E SCORE DE PONTUAÇÃO DE RISCO	99
Gráfico 1 -	EVOLUÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DA ESF NO BRASIL – 2003-2015- TOTAL DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA IMPLANTADAS	21
Gráfico 2 -	EVOLUÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DA ESF NO BRASIL – 2003-2015 – PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO COBERTA	22
Figura 1 -	LIMITES TERRITORIAIS DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM MANGUINHOS.	34
Figura 2 -	DELIMITAÇÃO DAS MICROÁREAS UTILIZADAS PELO INQUÉRITO DE MANGUINHOS E AGREGADAS EM GRANDES ÁREAS.	66

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	NÚMERO E PERCENTUAL DE INDIVÍDUOS POR SEXO, SEGUNDO INFORMAÇÕES DO QUESTIONÁRIO FAMILIAR. MANGUINHOS, 2012	68
Tabela 2 -	NÚMERO E PERCENTUAL DE DOMICÍLIOS SEGUNDO DOMICÍLIOS CADASTRADOS NA ESF. MANGUINHOS, 2012	69
Tabela 3 -	NÚMERO E PERCENTUAL DE DOMICÍLIOS SEGUNDO DOMICÍLIOS POR SITUAÇÃO DE CADASTRO E ASPECTOS DEMOGRÁFICOS. MANGUINHOS, 2012	71
Tabela 4 -	NÚMERO E PERCENTUAL DE INDIVÍDUOS POR SEXO, SEGUNDO VARIÁVEIS SELECIONADAS DO QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL. MANGUINHOS, 2012	72
Tabela 5 -	VARIÁVEIS ASSOCIADAS E REGRESSÃO SIMPLES RELACIONADAS A INFORMAÇÃO DE CADASTRAMENTO NA ESF.	74
Tabela 6 -	VARIÁVEIS ASSOCIADAS E REGRESSÕES MÚLTIPLAS RELACIONADAS A INFORMAÇÃO DE CADASTRAMENTO NA ESF	75
Tabela 7 -	MODELO FINAL DE REGRESSÃO LOGÍSTICA MÚLTIPLO DOS FATORES ASSOCIADOS A SITUAÇÃO DE CADASTRO NA ESF DE MANGUINHOS, RJ, 2012	76
Tabela 8 -	RELAÇÃO ENTRE O CADASTRO NA ESF COM O LINKAGE DO SIAB.	78
Tabela 9 -	NÚMERO E PERCENTUAL DE DOMICÍLIOS SEGUNDO ÁREAS DO TERRITÓRIO DE MANGUINHOS DE ACORDO COM A COBERTURA AUTO-REFERIDA E COBERTURA OBJETIVA (LINKAGE)	79
Tabela 10 -	PERCENTUAL DE DOMICÍLIOS RELACIONADOS ENTRE AS VARIÁVEIS CADASTRO ESF E LINKAGE SIAB SEGUNDO AS GRANDES ÁREAS DO INQUÉRITO	80
Tabela 11 -	PERCENTUAL DE DOMICÍLIOS RELACIONADOS ENTRE AS VARIÁVEIS CADASTRO ESF E LINKAGE SIAB SEGUNDO RENDA PER CAPITA	81
Tabela 12 -	NÚMERO E PERCENTUAL DE DOMICÍLIOS COM NÃO PREENCHIMENTO DE VARIÁVEIS SELECIONADAS DA FICHA A DO SIAB	81
Tabela 13 -	PROPORÇÃO DE RESPOSTAS CONCORDANTES NAS QUESTÕES ANÁLOGAS DO SIAB E INQUÉRITO DE SAÚDE	83
Tabela 14	NÚMERO E PERCENTUAL DE DOMICÍLIOS SEGUNDO LINKAGE DO	85

- SIAB POR VARIÁVEIS EXTRAÍDAS DO QUESTIONÁRIO  
DOMICILIAR.

Tabela 15 MODELOS DE REGRESSÃO SIMPLES COM AS VARIÁVEIS 86  
- SELECIONADAS DO INQUÉRITO, MANGUINHOS 2012

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE
AIC	CRITÉRIO DE INFORMAÇÃO DE AKAIKE
APS	ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE
APS	ÁREAS DE PLANEJAMENTO SANITÁRIO
ASB	AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL
BIRD	BANCO INTERNACIONAL PARA RECONSTRUÇÃO E DESENVOLVIMENTO
BPA	BOLETIM DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS
CADSUS	CADASTRO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
CAH	COMUNIDADE AGRÍCOLA DE HIGIENÓPOLIS
CEP	COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
CFVV	CLÍNICA DA FAMÍLIA VICTOR VALLA
CHP2	CONJUNTO HABITACIONAL PROVISÓRIO 2
CMSM	CENTRO MUNICIPAL DE SAÚDE MANGUINHOS
CPF	CADASTRO DE PESSOA FÍSICA
CSEGSF	CENTRO DE SAÚDE ESCOLA GERMANO SINVAL FARIA
DAB	DEPARTAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA
DATASUS	DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA E INFORMAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
EBIA	ESCALA BRASILEIRA DE INSEGURANÇA ALIMENTAR
ENSP	ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA
ESF	EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA
FIOCRUZ	FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
FIOTEC	FUNDAÇÃO PARA DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO EM SAÚDE
IBGE	INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA
IC	INTERVALO DE CONFIANÇA
ICICT	INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE
INAMPS	INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
NASF	NÚCLEO DE ASSISTÊNCIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA
OMS	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
OR	RAZÃO DE CHANCES OU ODDS RATIO

OSS	ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE
PAC	PROGRAMA DE ACELERAÇÃO DO CRESCIMENTO
PACS	PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
PBF	PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA
PCATool	PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL OU INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PDTSP	PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO EM SAÚDE PÚBLICA
PEP	PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE
PMA	PRODUÇÃO DE MARCADORES PARA AVALIAÇÃO
PMAQ-AB	PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA
PNS	PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE
POC	PARQUE OSWALDO CRUZ
PROCC	PROGRAMA DE COMPUTAÇÃO CIENTÍFICA
PROESF	PROGRAMA DE EXPANSÃO E CONSOLIDAÇÃO DA SAÚDE DA FAMÍLIA
PSF	PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA
QUALIAB	QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA
RAS	REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE
REIS	REGISTRO ELETRÔNICO DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE
RG	REGISTRO GERAL
SAMS	SISTEMA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA SUPLETIVA
SAS	SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
SCNES	SISTEMA DO CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE
SCNS	SISTEMA CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE
SDD	SISTEMA DE DESEMBOLSO DIRETO
SIAB	SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA
SIS	SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE
SISAB	SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE PARA A ATENÇÃO BÁSICA
SISREG	SISTEMA NACIONAL DE REGULAÇÃO
SMSDC	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

TCLE	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO
TEIAS	TERRITÓRIOS INTEGRADOS DE ATENÇÃO À SAÚDE
TSB	TÉCNICO DE SAÚDE BUCAL
UBS	UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE
UPP	UNIDADE DE POLÍCIA PACIFICADORA
USF	UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
VPPLR	VICE PRESIDÊNCIA DE PESQUISA E LABORATÓRIOS DE REFERÊNCIA
WHO	WORLD HEALTH ORGANIZATION

## SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	2
1	INTRODUÇÃO	4
1.1	ELEMENTOS DA ESF NO BRASIL	6
1.2	ESTRUTURAÇÃO DA ESF NO BRASIL	8
1.3	PLANEJAMENTO NA ESF	10
1.4	INFORMAÇÃO EM SAÚDE	15
1.5	O SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA (SIAB/SISAB)	16
1.6	A IMPLEMENTAÇÃO E EVOLUÇÃO DA ESF NO BRASIL	21
1.7	A ESF EM GRANDES CIDADES	23
1.8	A ATENÇÃO PRIMÁRIA NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO	25
1.9	O TERRITÓRIO DE MANGUINHOS	29
1.10	A ESTRATÉGIA DOS TERRITÓRIOS INTEGRADOS DE ATENÇÃO À SAÚDE (TEIAS)	32
1.11	INQUÉRITO DE SAÚDE	36
2	PROBLEMATIZAÇÃO	38
3	JUSTIFICATIVA	49
4	OBJETIVOS	52
4.1	GERAL	52
4.2	ESPECÍFICOS	52
5	ASPECTOS METODOLÓGICOS	53
5.1	O INQUÉRITO PDTSP/TEIAS MANGUINHOS	54
5.2	POPULAÇÃO DO ESTUDO E AMOSTRA DO INQUÉRITO PDTSP/TEIAS MANGUINHOS	54
5.3	SIAB	59
5.4	LINKAGE (RELACIONAMENTO PROBABILÍSTICO)	61
5.5	ANÁLISES ESTATÍSTICAS	63
6	RESULTADOS	67
6.1	DESCRIÇÃO GERAL DO INQUÉRITO DE SAÚDE: ANÁLISE DO CADASTRAMENTO AUTO-REFERIDO	67
6.2	RESULTADOS LINKAGE	77
7	DISCUSSÃO	89

7.1	A ATENÇÃO PRIMÁRIA E SUA RELAÇÃO COM ACESSO E COBERTURA NA ESF	90
7.2	O FUNCIONAMENTO DA ESF	101
7.3	A INFORMAÇÃO	106
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	115
9	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	121
10	APÊNDICES	143
10.1	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) do projeto “Inquérito sobre Condições de Saúde e Utilização de Serviços de Saúde no território de Manginhos, Rio de Janeiro”	
10.2	Dicionário de Dados e Nota Técnica do projeto “Inquérito sobre Condições de Saúde e Utilização de Serviços de Saúde no território de Manginhos, Rio de Janeiro”	
10.3	Relatório da Oficina “ (Re) qualificação do processo de trabalho dos ACS no cadastramento pela Ficha A”	
11	Fichas que compõem o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)	
11.1	Relatórios produzidos pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)	
11.2	Questionários Domiciliar e Individual do projeto “Inquérito sobre Condições de Saúde e Utilização de Serviços de Saúde no território de Manginhos, Rio de Janeiro”	
11.3	Parecer de aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa do projeto “Inquérito sobre Condições de Saúde e Utilização de Serviços de Saúde no território de Manginhos, Rio de Janeiro”	

# APRESENTAÇÃO

A Atenção Primária a Saúde (APS) no Brasil vem sendo ampliada por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF). Essa estratégia busca um novo olhar e exerce suas práticas sobre a saúde e condições de vida da população, levando em consideração os aspectos sociais inerentes ao território. Sua consolidação passa pelo fortalecimento do vínculo entre profissionais e moradores pois responsabiliza-se por um território e os indivíduos que nele interagem. O caráter focal desta política orienta sua implantação priorizando territórios mais vulneráveis como áreas urbanas de favela, excluídas e marginalizadas pelo Estado e sociedade.

O território de Manguinhos, foco deste estudo, é marcado pelas condições sócio econômicas desfavoráveis, a violência ligada ao tráfico de drogas e a precariedade dos serviços públicos. No ano de 2000, a ESF foi implementada na área contando com apenas duas equipes multidisciplinares. Atualmente, duas Unidades de Saúde da Família (USF) atendem os residentes, com 13 equipes atendendo as 16 comunidades que constituem este território.

A escolha deste tema partiu da experiência da autora com o território de Manguinhos, ao atuar como supervisora de campo, na pesquisa intitulada “Inquérito de Condições de vida e Utilização saúde de serviços de saúde no território de Manguinhos, Rio de Janeiro” Neste mesmo período, a vivência no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF), com o serviço de vigilância epidemiológica da tuberculose, para a finalização do curso de

Especialização em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz) contribuiu para expandir o interesse em analisar a situação de saúde deste território.

O foco desta tese de doutorado é analisar os fatores sociais e de saúde associados à cobertura da ESF no território de Manguinhos, município do Rio de Janeiro, a partir da análise dos dados coletados em um inquérito de saúde realizado no território em 2012 e das informações obtidas do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

# 1 INTRODUÇÃO

Segundo Organização Mundial de Saúde (OMS) (OPAS, 2005), a Atenção Primária à Saúde (APS) tanto pode ser entendida como seletiva, isto é, um programa dirigido a populações e regiões pobres como um primeiro nível da assistência, e ainda como estratégia de reorganização do sistema de saúde e um tema de direitos humanos, ao garantir o acesso aos serviços de saúde (MENDES, 2001; OPAS, 2005).

Duas vertentes estratégicas conceituam a atenção primária. MENDES. (2001); BARRENECHEA; TRUJILLO; CHORNY. (1990) relatam que em países em desenvolvimento, a atenção primária é representada por programas seletivos, com uma cesta restrita de serviços, geralmente de baixa resolutividade para cobrir determinadas necessidades previamente definidas de grupos populacionais em extrema pobreza. GIOVANELLA. (2006); STARFIELD. (2002) a define de forma abrangente como uma concepção de modelo assistencial e de organização do sistema de saúde, se referindo aos serviços ambulatoriais de primeiro contato, incluindo as ações de saúde pública e serviços clínicos direcionados a toda a população (WHO, 1996; WHO, 2008). O sistema de saúde brasileiro se baseia, a princípio, nesta definição.

O sistema de saúde brasileiro baseado na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), orienta seu desenvolvimento por meio da descentralização e capilaridade, em virtude da maior proximidade com a vida das pessoas. Somado a isso, a atenção primária deve ser o contato preferencial dos

usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção a Saúde (BRASIL, 2012)

O Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS) enfrenta desafios para promover a universalidade e a integralidade do cuidado em saúde de qualidade (PASCHE; PASSOS, 2008). No intuito de investir na atenção primária, como modo de organização do SUS, o Ministério da Saúde, através da portaria nº 2488 de 21 de outubro de 2011, aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2008; SILVA; LAPREGA, 2005; BRASIL, 2012).

A ESF teve sua origem a partir do Programa Saúde da Família (PSF), iniciado em 1994, com o intuito de reorganizar os serviços e reorientar as práticas profissionais na atenção primária. Mas, por de tratar de uma estratégia que não tem prevista sua finalização, optou-se por modificar sua nomenclatura. Esta política pública de saúde responsabiliza a gestão municipal para inserção da ESF em sua rede de serviços como estratégia prioritária de organização da atenção primária (BRASIL, 2012; DUTRA, 2009).

Este modelo de atenção inclui ações de saúde individuais e coletivas, práticas gerenciais e sanitárias participativas, tecnologias de baixo custo e alto impacto potencial, assumindo no modelo de organização da oferta de ações e serviços de saúde que integram o SUS, o que se convencionou chamar de “porta de entrada” do sistema (BRASIL, 2006).

Atualmente, um outro modelo de Atenção Primária está sendo discutido e implementado no Brasil (CAMPOS & AMARAL, 2007; PNAB 2012). O foco no trabalho das equipes multiprofissionais associado a flexibilização da conformação das mesmas de acordo com as especificidades de cada região do País visa ampliar o escopo de práticas desenvolvidas neste cenário. Um exemplo disso está na constituição dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF).

## **1.1 ELEMENTOS DA ESF NO BRASIL**

A reorientação do modelo assistencial antes reconhecido como hospitalocêntrico, ou seja, direcionado para as práticas curativas dentro do ambiente hospitalar ou clínico, ocorreu através de mudanças do foco de atenção, na forma de atuação e na organização geral dos serviços de saúde, reorganizando a prática assistencial em novas bases e critérios. Segundo DE AZEVEDO; COSTA.(2010), esta proposta está vinculada à ampliação do acesso e qualificação das ações da atenção básica, centrando-as no modelo de atributos essenciais como acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social, baseando-se na reorientação das práticas dos profissionais de saúde (BRASIL, 2005; BRASIL, 2012). A construção deste modelo capacitou a articulação de conhecimentos e técnicas provindos de áreas como a epidemiologia, o planejamento e as ciências sociais em saúde, redefinindo as práticas em saúde e unindo as bases de promoção, proteção e assistência, a fim de garantir a integralidade do cuidado (SANTANA; CARMAGNANI, 2001).

Destacam-se como atributos da ESF: a prestação de serviços de primeiro contato; a responsabilidade longitudinal pelo paciente, independente das condições de saúde deste; a garantia de cuidado integral dentro dos limites de atuação dos profissionais de saúde e, a coordenação das diversas ações e serviços necessários para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas (STARFIELD, 2002; SALTMAN; RICO; BOERMA, 2004; WONCA EUROPE, 2004; CAMPOS & AMARAL, 2007; ONOCKO-CAMPOS et al., 2012).

No Brasil, a ESF baseia-se na lógica da territorialização com o intuito de aproximar os serviços de saúde básicos para a população. Entretanto, a rede de serviços não é bem estabelecida, apresentando barreiras para o alcance dos níveis de maior complexidade e geradas pelas lacunas no sistema de referencia e contra referencia (GIOVANELLA, 2006; PROTASIO et al., 2014; CESAR et al., 1996).

O foco central na família em seu ambiente físico e social, visa atender indivíduo e família de forma integral e contínua, desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Suas práticas possibilitam a integração e promovem a organização das atividades em um território definido com o propósito de enfrentar e resolver os problemas de saúde identificados. Serviram como referência para a formulação da ESF no Brasil, os programas de saúde do Canadá, Cuba, Suécia e Inglaterra (BRASIL, 1997; BRASIL, 2012; ROSA & LABATE, 2005).

A ESF destaca-se pelo cuidado integral dos indivíduos, tratando-os dentro da sua comunidade socioeconômica e cultural. E assim, reforça a necessidade

de profissionais generalistas que atendam a todas as necessidades de saúde, faixas etárias e fases do desenvolvimento humano (CONTIERO et al., 2009; PASSAMANI et al., 2008).

## **1.2 ESTRUTURAÇÃO DA ESF NO BRASIL**

Nos documentos oficiais a ESF é definida como sendo um modelo de atenção que pressupõe o reconhecimento da saúde como um direito de cidadania, expresso na melhoria das condições de vida, fornecendo a população serviços mais resolutivos, integrais e humanizados. Esta estratégia visa o estabelecimento de vínculo com a população, tendo como ponto de partida o território delimitado (BRASIL, 1997; BRASIL, 2007; SARRETA, 2009).

As equipes multidisciplinar de saúde da família são constituídas por Agentes Comunitário de Saúde (ACS), auxiliar e Técnico de Enfermagem, Enfermeiro, Médico, Auxiliar de Saúde Bucal (ASB), Técnico de Saúde Bucal (TSB) e Cirurgião Dentista. Estas atuam na clínica cuidadora e operam práticas sanitárias, além de participarem do planejamento das ações junto a comunidade, tendo como núcleo da atenção o sujeito sob a dinâmica da família (FERREIRA, 2009).

O apoio dos Núcleos de Assistência da Saúde da Família (NASF) no desenvolvimento da ESF, permite ampliar e aperfeiçoar a atenção e a gestão da Saúde, através da construção de redes de atenção junto a diferentes esferas de governo, organização das equipes, ampliação da resolutividade, e

compartilhando a coordenação do cuidado (COSTA; CARBONE, 2009; FIGUEIREDO et al., 2010; BRASIL, 2012).

As práticas de saúde devem ser orientadas de acordo com os perfis social, econômico e epidemiológico da comunidade na qual a ESF está inserida, por meio da realização do diagnóstico local, elaborado interagindo com a comunidade, produção de dados e consulta aos bancos de dados oficiais, visando superar a verticalização das ações e dos serviços de saúde. Esta estratégia torna possível oferecer subsídios para a organização e para o aprimoramento da rede de serviços de saúde nos demais níveis assistenciais. O aperfeiçoamento da forma de comunicação por meio do relacionamento entre profissional, gestão e usuários permite a sensibilização de todos, e supre a lacuna da participação popular e do controle social (SILVA; FRACOLLI, 2014; MOIMAZ et al., 2010).

O olhar sob a ótica da família e a utilização de serviços de saúde é consequência de um processo complexo no qual a necessidade do indivíduo e a sua decisão em procurar por cuidados médico-hospitalares buscam ser atendidas. A decisão em procurar pelos serviços é, em grande parte, influenciada por características culturais, socioeconômicas e demográficas do próprio indivíduo, ao passo que, uma vez estabelecido um primeiro contato entre ele e o sistema de saúde, a continuidade do cuidado depende mais das características dos profissionais da saúde e não da família que ele pertence (ADAY; ANDERSEN, 1974; TRAVASSOS; MARTINS, 2004; TRAVASSOS et al., 2008; PAVÃO; COELI, 2008).

Persistem diferenças na utilização de serviços relacionadas com renda e local de residência (TRAVASSOS et al., 2002). Historicamente, mulheres são as que mais buscam e acessam o serviço de saúde para atendimentos curativos e preventivos (PINHEIRO et al., 2002). Porém, outros estudos indicam que usuários do SUS e aqueles não atendidos são predominantemente mulheres, crianças, pretos e pardos, com baixa escolaridade e renda (RIBEIRO et al., 2007; IBGE, 2009). Além disso, persiste a segmentação do sistema de saúde brasileiro com a convivência de diferentes modalidades assistenciais que constituem o sistema de assistência médica supletiva (SAMS): os planos de autogestão, medicina de grupo, cooperativas médicas e seguro saúde, além do sistema de desembolso direto (SDD). Apesar de funcionarem de forma separada, há um financiamento público do setor privado através de subsídios e de algumas formas de renúncia fiscal (PAIM; NEHMY; GUIMARÃES, 2007; PAIM et al., 2011).

### **1.3 PLANEJAMENTO NA ESF**

A gestão do planejamento precisa estar imersa na realidade dos usuários, e este processo deve ser pensado como um todo e direcionado à resolução dos problemas identificados no território de responsabilidade da unidade de saúde ((BRASIL, 1997). O Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP), como um instrumento da gestão compartilhada, tem a função de definir entre os entes federativos as suas responsabilidades no SUS, com diretrizes, metas e indicadores, todos claramente explicitados e que devem ser cumpridos dentro de prazos estabelecidos (BRASIL, 2011). A gestão municipal tem papel

importante ao apoiar a definição de serviços disponíveis para a realização de consultas especializadas, serviços de apoio diagnóstico, internações hospitalares, organizando um sistema de referência e contra referência, que consiste no encaminhamento do usuário para níveis de maior complexidade, desde que respeitados critérios reconhecidos pela equipe de saúde e demais profissionais.

Contraopondo-se ao planejamento centralizado, a ESF constrói sua programação apoiando-se em características tais como abertura à democratização, concentração em problemas específicos, dinamismo e aproximação dos seus objetivos à vida das pessoas (TOSCANO, 2004). O planejamento local das atividades parte do conhecimento das reais necessidades da população, identificadas a partir do diagnóstico e a identificação do perfil epidemiológico. Também contribui, o estabelecimento de prioridades e estratégias para o enfrentamento dos problemas detectados e o permanente acompanhamento das famílias adstritas ((RUZANY et al., 2002).

Destacam-se como as principais ações de planejamento: o reconhecimento do território, com a espacialização das diferenças e desigualdades entre as microáreas; a identificação dos grupos prioritários para atenção e assistência programada, identificando aquelas que convivem com situações ou conflitos que propiciam o aparecimento ou o agravamento dos quadros patológicos; o planejamento do acompanhamento às famílias, e o desenvolvimento de parcerias com a rede social, comunitária, de apoio intersetorial para a superação dos principais problemas comunitários (TRAVASSOS; CASTRO, 2008).

A atenção contínua ofertada pela ESF, de caráter generalista dentro das especialidades básicas como, clínica geral, pediatria e ginecologia, visa o desenvolvimento de atividades inerentes ao nível primário de atenção, incluindo práticas de promoção, proteção e recuperação da saúde (RUZANY et al., 2002). Ao representar a porta de entrada do sistema local de saúde e o primeiro contato da população com o serviço de saúde, precisa assegurar o princípio da integralidade, e os mecanismos de referência e contra referência (DE AZEVEDO; COSTA, 2010; AZEVEDO, 2007).

Para CAMPOS et al. (2004), avaliar e refletir sobre a organização dos estabelecimentos de saúde e a forma como foram concebidos é fundamental para compreender a organização das próprias práticas assistenciais, a influência que possuem na satisfação dos usuários e o potencial para criar ações sobre a saúde dos indivíduos. A participação das famílias nos processos decisórios dos serviços de saúde não é uma questão apenas ideológica, mas sim de planejamento e organização da assistência de modo que atenda às necessidades de saúde da população (HORTALE; LOYOLA; BARRETO, 2010).

A área física das unidades precisa ser adequada à dinâmica estrutural da ESF a ser implementada e o número de profissionais deve ser definido de acordo com a capacidade instalada da unidade, o quantitativo populacional assistido e a integralidade da atenção (BRASIL, 2005).

Os estabelecimentos conhecidos como, Unidades de Saúde da família (USF), no município do Rio de Janeiro denominadas Clínicas de Saúde da Família, são responsáveis por um território adscrito e seus habitantes que

residem nesta área. Dependendo da complexidade, diversidade sócio epidemiológica e política do território, densidade populacional, acessibilidade dos usuários aos serviços, podem atuar com uma ou mais equipes multiprofissionais. A Portaria nº 648/2006/GM determina que a ESF deve ser responsável por no máximo 4000 habitantes, sendo recomendada a média de 3000 habitantes (BRASIL, 2011a; COSTA NETO, 2000).

Nas últimas décadas, o Ministério da Saúde financiou inúmeros esforços no sentido de avaliar a Atenção Primária à Saúde em seus diversos aspectos, através da realização de pesquisas na área de monitoramento e avaliação, geralmente desenvolvidos pela gestão dos serviços e com a participação direta dos profissionais de saúde envolvidos no processo de trabalho.

O Questionário de Avaliação da Qualidade de Serviços de Atenção Básica (QualiAB) aplicado no ano de 2007 no Estado de São Paulo, destina-se a avaliar o desempenho dos serviços deste nível de atenção, contém indicadores sobre oferta e organização do trabalho assistencial e programático e sobre gerenciamento. Este instrumento fornece uma avaliação simples e com a possibilidade de retorno imediato para gestão e profissionais, sinalizando as ações que necessitam de maiores investimentos técnicos, administrativos e financeiros (CASTANHEIRA et al., 2011; CASTANHEIRA et al., 2014).

O Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool - Primary Care Assessment Tool) baseado no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por DONABEDIAN. (1990) mensura aspectos de estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde. Apresenta versões autoaplicáveis

destinadas a usuários do serviço, profissionais de saúde e gestores (BRASIL, 2010).

A qualidade da gestão e das práticas das equipes de atenção básica tem sido assumida como prioridade na agenda dos gestores do SUS. Neste contexto, o Ministério da saúde lançou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ- AB), instituído por meio da Portaria nº 1.654, em 19 de julho de 2011(BRASIL, 2011a). Este programa busca induzir a instituição de processos que colaborem e ampliem a capacidade dos gestores e equipes de saúde. O objetivo é ofertar serviços e ações de saúde que garantam maior acesso e qualidade, de acordo com as necessidades concretas da população (BRASIL, 2015).

O Programa está organizado em quatro fases, que se complementam, formando um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica: Adesão da equipe ao PMAQ-AB; Desenvolvimento de ações com foco na autoavaliação, no monitoramento de indicadores, na educação permanente e no apoio institucional; Avaliação externa das equipes de saúde; Recontratualização das equipes para o próximo ciclo (BRASIL, 2015).

O primeiro ciclo teve início em 2011 e foi concluído em 2013, obtendo adesão de 17.482 equipes de saúde do Brasil. Cerca de 5511 municípios foram visitados. Os resultados desta fase foram publicados por meio de um conjunto de relatórios temáticos baseados na avaliação das equipes no programa que estão disponíveis no site:

[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/retratos\\_ab\\_4.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/retratos_ab_4.pdf)

(BRASIL, 2015)

BARRETO. (2015); MEDINA et al.(2014) afirmam que este programa visa a melhoria dos resultados em saúde através do pagamento por desempenho. Este financiamento baseado em resultados consiste na transferência de recursos, a provedores ou serviços de saúde, condicionada a resultados alcançados através de ações ou metas mensuráveis e predeterminadas (OXMAN; FRETHEIM, 2009; MANNION; DAVIES, 2008; PEARSON et al., 2008).

#### **1.4 INFORMAÇÃO EM SAÚDE**

O processo de tomada de decisão dentro das políticas públicas necessita de informações de qualidade para orientar o planejamento das ações. No setor saúde isto não é diferente. Informações sobre perfil da morbidade e mortalidade, fatores de risco mais frequentes e os seus determinantes, características demográficas e serviços de assistência médico sanitária são imprescindíveis para avaliar as ações e serviços de saúde (DAS GRAÇAS TARGINO, 2009).

Um sistema de informação é constituído por três atributos: dado , informação e conhecimento. O dado é o elemento mais simples deste processo; a informação é composta de dados com significados para quem os analisa e interpreta e o conjunto de aprendizados e experiências acumuladas transformam o conhecimento sobre uma dada realidade (SIQUEIRA, 2009).

Na lógica da Atenção Primária à Saúde, as equipes coletam regularmente dados sobre o território onde estão inseridas no que diz respeito ao ambiente, domicílios e pessoas que circulam e residem na área. Esses dados são utilizados frequentemente no processo de trabalho para orientar as práticas e programar as ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde. Além disso, fornecem subsídios para planejamento, avaliação e reformulação da ESF pelas instâncias superiores, que recebem estes dados por meio do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)

## **1.5 O SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA (SIAB/SISAB)**

O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), implantado em 1998, pelo Departamento da Atenção Básica/ Secretaria de Atenção à Saúde (DAB/SAS), em parceria com o Departamento de Informática e Informação do Sistema Único de Saúde (DATASUS), tem como objetivo monitorar e avaliar a implementação e os resultados da ESF, norteando o planejamento e avaliação da qualidade das ações em saúde desenvolvidas no território (BRASIL, 2006).

O SIAB é estratégico para a decisão clínica e gerencial e representa uma fonte de dados de grande valor para a realização do diagnóstico de saúde. É um dos critérios de avaliação de qualidade da prestação de serviço de saúde, sendo ponto chave para informar acerca do processo de trabalho (SILVA; LAPREGA, 2005; CAVALCANTE; VASCONCELLOS, 2007).

Este sistema é composto por diversos bancos de dados cuja alimentação são as fichas (A, B, C, D) que são apresentadas em anexo (ANEXO 1). A ficha A é o cadastro familiar, e se assemelha a um contrato que permite a utilização da ESF na área adscrita. Esta ficha contém a descrição da moradia, dados socioeconômicos, lista dos indivíduos e alguns marcadores de morbidade. A ficha B é utilizada pelos ACS para o acompanhamento domiciliar de grupos prioritários hipertensos, diabéticos, gestantes, hansenianos e tuberculosos. A ficha C permite o acompanhamento das condições de saúde e seguimento médico de crianças menores de dois anos, incluindo as informações da Caderneta da Criança fornecido pelo Ministério da Saúde (RESEGUE; PUCCINI; SILVA, 2007). A ficha D é um prontuário utilizado por toda a equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) para o registro das atividades diárias: consultas médicas e de enfermagem, solicitação de exames complementares, encaminhamentos e notificação de algumas doenças. Essas fichas de acompanhamento estão associadas ao cuidado integral multidisciplinar, pois necessita de dados produzidos por todos os profissionais de saúde envolvidos. A entrada de dados está informatizada e no site do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde são encontradas maiores informações sobre este sistema de informação (<http://dab.saude.gov.br/portaldab/siab.php>)

Os relatórios regulares gerados pelo sistema visam auxiliar no planejamento das ações, monitorar a situação de saúde e acompanhamento das famílias (SSA) e a produção de marcadores para avaliação (PMA) (ANEXO 2). Para isso, precisam ser alimentados por meio da atualização constante dos dados no SIAB, o que não ocorre com tanta facilidade. No site do DATASUS são apresentadas as bases de dados disponibilizadas:

<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/> (SILVA; LAPREGA, 2005; CARRENO et al., 2015).

A etapa inicial de cadastramento das famílias é realizado por meio de visitas domiciliares que inclui a apresentação deste modelo para a população e favorece o vínculo da unidade de saúde e suas equipes com a comunidade atendida. Nessa etapa, a população é informada da oferta de serviços disponíveis e dos locais, dentro do sistema de saúde, que prioritariamente deverão ser a sua referência (AZEVEDO, 2007).

A partir destes dados primários coletados, espera-se que seja feita a análise de saúde local, e os profissionais de saúde e gestores poderão realizar um planejamento adequado das ações a serem desenvolvidas (BRASIL, 2005). Também espera-se uma análise ampliada do processo saúde doença por parte dos profissionais de saúde, levando ao desencadeamento de políticas setoriais, buscando uma ação sinérgica. Áreas como saneamento, segurança, habitação, educação e meio ambiente podem estar integradas às ações da ESF visando contribuir para uma melhor qualidade de vida da população (TRAVASSOS; CASTRO, 2008).

O grande número de equipes e de famílias acompanhadas e cadastradas pela ESF gera uma quantidade expressiva de dados. O papel das informações como ferramenta para a avaliação, o monitoramento e o planejamento do conjunto de ações desenvolvidas no âmbito da política de saúde tem sido enfatizado por diversos autores a despeito de sua baixa valorização e utilização por parte de gestores, profissionais e, ainda menos, pelos usuários

(BRANCO, 1998; MACHADO, 2002; MEDINA; ROSANA E AQUINO; ANDRÉ LUIS, 2000).

Atualmente o SIAB passa por profundas transformações, e está sendo gradativamente substituído em todo o território nacional pelo Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Este sistema utiliza o e-SUS como ferramenta de software que será o responsável pela alimentação do mesmo. Esta mudança tem o intuito de informatizar as unidades de saúde, oferecer ferramentas para ampliar o cuidado e melhorar o acompanhamento das ações em saúde pela gestão.

Destaca-se que o SISAB prioriza a coleta de dados simplificada e individualizada, contando com um cadastro domiciliar e uma ficha de visita do domicílio e um cadastro individual, que por sua vez é composto por fichas de atendimento individual e odontológico. Informações sobre a atuação dos profissionais são coletadas nas fichas de procedimentos e de atividades coletivas. No link a seguir está disponibilizado o manual do SISAB/E- sus: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual\\_cds.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_cds.pdf) (BRASIL, 2013).

O prontuário eletrônico utiliza uma tecnologia avançada que visa melhorar a integração dos serviços de saúde e oferecer um suporte clínico a todos os profissionais de saúde (GONÇALVES et al., 2013;(PATRÍCIO et al., 2011). Além disso, o acompanhamento do território não prioriza somente as famílias, mas seus domicílios e condições habitacionais, os núcleos familiares e indivíduos que podem não fazer parte de famílias estruturadas, assim como

moradores de rua. Outra diferença entre os sistemas ocorre na alimentação dos dados, que pode ser realizada por todos os profissionais da ESF, NASF e Consultório de Rua, facilitando a geração de relatórios gerenciais mais dinâmicos e acessíveis a toda a equipe.

No quadro 1 estão sintetizadas as principais diferenças entre o SIAB e o SISAB.

**Quadro 1 Diferenças entre SIAB e SISAB**

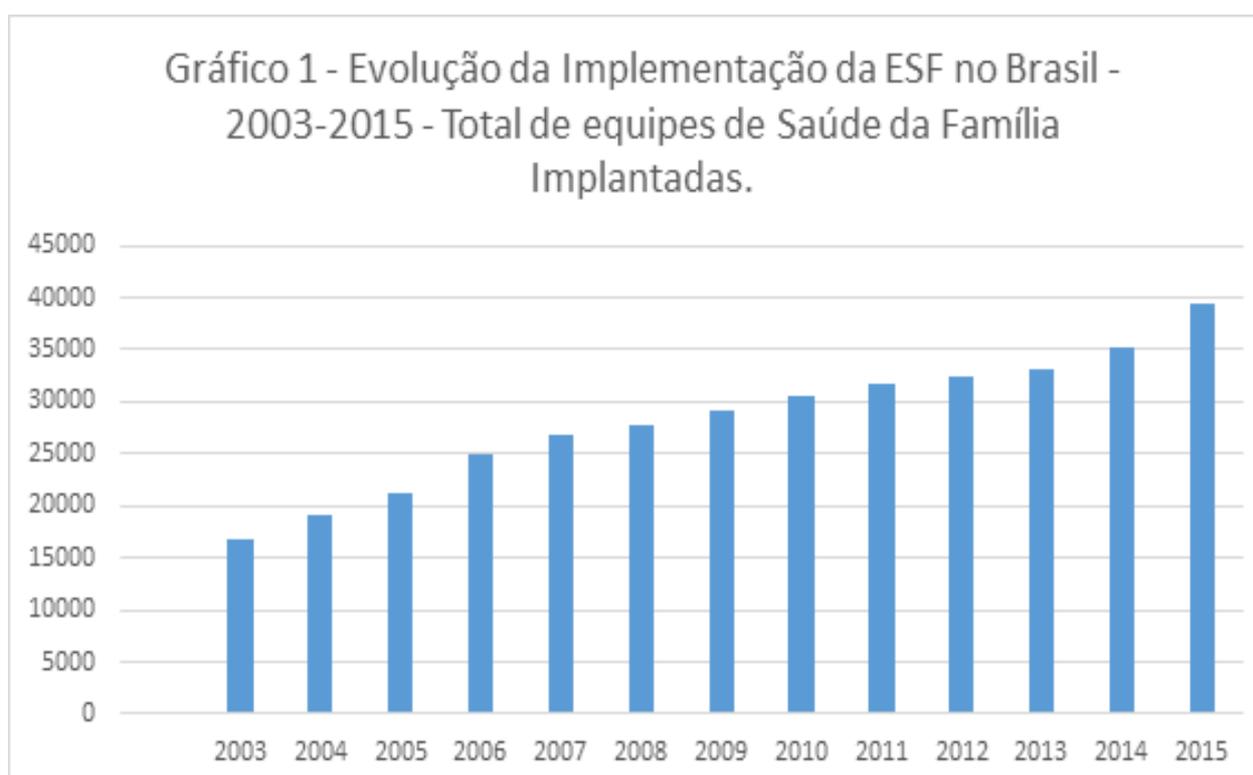
<b>Características</b>	<b>SIAB</b>	<b>SISAB</b>
Tipo de Registro	Consolidados	Individualizados
Tipos de Relatórios	Agregados e consolidados por equipe	Agregados por indivíduo, equipe, regiões de saúde, município, estado e nacional
Alimentação dos dados	Profissionais da ESF e participantes do PMAQ	Profissionais da ESF, participantes do PMAQ, consultório na Rua, Atenção domiciliar, NASF
Acompanhamento no território	Por famílias	Por domicílio, núcleos familiares e indivíduos
Atividades coletivas e reuniões	Registro restrito aos campos Atendimento em Grupo, educação em saúde, procedimentos coletivos e reuniões	Registro por tipo de atividade, tema para reunião, público-alvo e tipos de práticas. Consolidado ou individualizado
Relatórios gerenciais	Limitados aos dados consolidados	Relatórios gerenciais: dinâmicos
Indicadores	Fornecidos com base na situação de saúde do território	Fornecidos a partir da situação de saúde do território, atendimentos, acompanhamento dos indivíduos do território.
Tecnologia de informação	Não permite a comunicação com outros sistemas	Permite a interoperabilidade com outros sistemas de saúde em uso no município
Plataforma de desenvolvimento	Utiliza linguagem de programação clipper e plataforma MS-DOS	Utiliza linguagem de programação Java Web e é multiplataforma

<b>Características</b>	<b>SIAB</b>	<b>SISAB</b>
Sistema de coleta	Por meio de fichas consolidadas	Por meio de fichas com registro individualizado ou com prontuário eletrônico

Fonte: DAB/Ministério da Saúde

## 1.6 A IMPLEMENTAÇÃO E EVOLUÇÃO DA ESF NO BRASIL

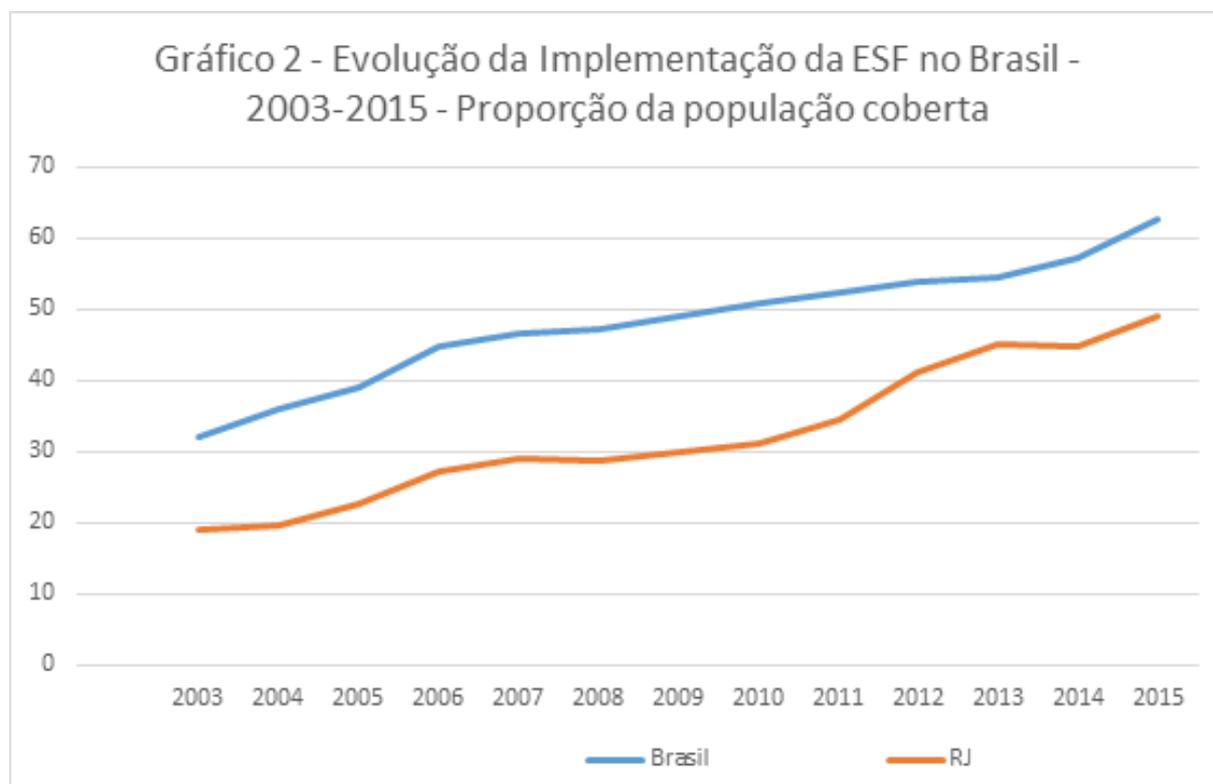
O modelo da ESF no Brasil vem se expandindo ao longo dos últimos 12 anos. Ao analisar o Gráfico 1, observa-se que o número de equipes da ESF implantadas no Brasil passou de 16.847 para 39.308, uma variação de 133% no período avaliado.



Fonte: DAB/Ministério da Saúde

Em 2013, a ESF atingiu mais de 95% dos municípios brasileiros cobrindo cerca de 110 milhões de habitantes, com 34 mil equipes implantadas no País.

No Estado do Rio de Janeiro, 98% dos municípios possuíam equipes da ESF cobrindo cerca de 45% da população (BRASIL, 2013).



Fonte: DAB/Ministério da Saúde

Ao comparar a população coberta pela ESF no Brasil e no Estado do Rio de Janeiro ao longo dos últimos 12 anos, nota-se a expansão deste modelo de atenção. No gráfico 2 observa-se que de 2003 a 2015 a cobertura da população no Brasil passou de 32% para 63% e no Estado do Rio de Janeiro de 19% para 49%.

Não obstante ao aumento do número de equipes de Saúde da Família (eSF) e PACS no território brasileiro, alguns autores chamam atenção para a disparidade na implantação dos programas em municípios de grande porte, sobretudo nas capitais. Em concordância, BOUSQUAT; ALVES; ELIAS. (2008) afirmam que nas cidades com população acima de 500 mil habitantes e

regiões metropolitanas, a cobertura populacional da ESF vem apresentando percentuais inferiores aos da cobertura nacional.

Informações obtidas junto ao Departamento de Atenção Básica (DAB), mostram que esse quadro vem se alterando. Entre os anos de 2001 e setembro de 2010, o percentual de cobertura da população pela ESF no país passou de 25,4 para 52,4%, o que corresponde a um aumento de 106%. Já nos municípios com mais de 500 mil habitantes esse crescimento foi da ordem de 188%.

## **1.7 A ESF EM GRANDES CIDADES**

As situações de saúde das cidades de grande porte é complexa, reflexos das transformações demográficas e epidemiológicas representadas pelo envelhecimento populacional, mudanças no perfil de morbimortalidade, maior incidência de agravos por causas externas e desigualdades socioeconômicas entre as várias áreas da cidade. A reformulação do modelo assistencial enfrenta a existência prévia de uma grande e complexa rede de serviços tradicionais de saúde com resistências às mudanças, com sucateamento das estruturas físicas, materiais e de recursos humanos da rede de serviços de saúde e deterioração do prestígio político e social. A redistribuição da rede de serviços de saúde, respeitando perfil da demanda e diferenciais de acesso precisa enfrentar diferentes lógicas na combinação, em um mesmo espaço, de serviços federais, estaduais, municipais, redes privadas e planos de saúde com diferentes coberturas (PAIM et al., 2011; CAETANO; DAIN, 2002).

Um exemplo paradigmático desta situação é o município do Rio de Janeiro e um desafio atual é ampliar a ESF, pois seu território abriga uma alta densidade populacional e uma alta concentração de estabelecimentos de saúde dos diversos níveis de atenção e das esferas de governo, ao lado de áreas denominadas “Desertos sanitários” pela ausência de equipamentos de saúde. Nesse cenário são grandes as dificuldades para a implementação bem-sucedida desta estratégia. Cabe ressaltar um padrão de consumo de saúde, pautado pela fragmentação e especialização, hegemônico em regiões metropolitanas, que prejudica a aceitação de um modelo de base generalista ((BRASIL, 2005; BRASIL, 2004).

O expressivo aumento da cobertura da ESF nos municípios de grande porte em relação ao observado na esfera nacional pode ser explicado em virtude do incentivo dado pelo Ministério da Saúde ao desenvolvimento da Atenção Básica para esses municípios por meio do Programa de Expansão e Consolidação à Saúde da Família (PROESF).

Esse programa foi implementado em 2002, com apoio do Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD), tem a finalidade de estimular os municípios com mais de cem mil habitantes na implantação da ESF, sob a justificativa de superar as barreiras de acesso e oferta dos serviços básicos de saúde nos grandes municípios, nos quais se observa maior disponibilidade de serviços de média e alta complexidade, e conseqüentemente solidificar a Atenção Primária no país. Neste sentido, o PROESF tem por objetivo impulsionar a melhoria da qualidade dos processos de trabalho e serviços de saúde em todos os municípios, e estabelece uma

série de compromissos e metas a serem cumpridas pelos municípios, em contrapartida ao financiamento federal para a expansão da Saúde da Família, durante o período de cinco anos. Nos municípios com população entre 100.000 e 500.000 habitantes, a cobertura da Saúde da Família deverá chegar a 70% da população ao final desses cinco anos. E nos municípios com mais de 500.000 habitantes essa cobertura deverá alcançar 50% dos municípios no mesmo período (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; ESCOREL, 2005;(BRASIL, 2005).

BODSTEIN et al. (2006); ROCHA et al. (2008) discutem alguns elementos que contribuíram para o não alcance desta meta, pois apesar da expansão da ESF ter contribuído para a melhoria dos resultados da atenção básica, particularmente nos municípios com piores condições de acesso e resolubilidade das ações desse nível de atenção, ainda persistem desafios quanto a alocação dos recursos, desprecarização do trabalho, efetivação de rede de atenção, fortalecimento da participação social, qualificação do monitoramento e avaliação para tomada de decisão.

## **1.8 A ATENÇÃO PRIMÁRIA NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO**

O Rio de Janeiro é a segunda metrópole mais populosa do Brasil, com 6.323.037 habitantes, segundo o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (IBGE, 2010). A capital é referência para a Região Metropolitana do Rio de Janeiro, composta de 18 municípios, incluindo a capital do estado, Duque de Caxias, Itaguaí, Mangaratiba, Nilópolis, Nova

Iguaçu, São Gonçalo, Itaboraí, Magé, Maricá, Niterói, Paracambi, Petrópolis, São João de Meriti, Japeri, Queimados, Belford Roxo e Guapimirim.

Economicamente, o maior investimento histórico e a oferta de melhor infraestrutura urbana do Rio de Janeiro, concentraram em torno de si uma série de municípios que cresceram e passaram a depender da sua dinâmica como metrópole. Constituiu-se, dessa forma, numa região metropolitana que muito se diferencia do restante do estado (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; ESCOREL, 2005)

Segundo CAVALLIERI; VIAL. (2012), em 2010, a população residente em favelas representava 23% do total da população carioca. Nessas áreas, o distanciamento do Estado e a ausência de políticas de infraestrutura e proteção social se expressam na inexistência ou insuficiência de equipamentos públicos, seja de saúde ou outros como limpeza, educação, segurança, lazer, saneamento, etc. Além disso, o fortalecimento dos poderes marginais nessas áreas, vinculados ao narcotráfico, a corrupção e ao comércio ilícito de armas, dificulta a implantação e consolidação da ESF em áreas com altos índices de violência. Dessa maneira, o serviço de saúde depende da capacidade do poder público garantir a segurança dos profissionais e da população, e também da atuação conjunta e pactuada do poder público, dos técnicos, das lideranças locais e das organizações civis atuantes nessas comunidades (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; ESCOREL, 2005; BRASIL, 1990).

O papel histórico político desempenhado pela cidade favoreceu o desenvolvimento e a construção de uma razoável infraestrutura de serviços

públicos, incluindo um importante conjunto de serviços de saúde, particularmente de unidades hospitalares, sob a coordenação das diferentes esferas de governo. Visivelmente hospitalocêntrica, a política de saúde vigente no município do Rio de Janeiro não induziu a configuração de uma rede de serviços de saúde com os princípios e diretrizes preconizadas pelo SUS como equidade no acesso, integralidade da atenção à saúde, regionalização da oferta e controle social capaz de atender as necessidades de saúde da população e com financiamento tripartite da atenção primária (DE MENEZES, 2011).

Somente em 1993, por meio da resolução nº 431 da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMSRJ), é que foram criadas Áreas de Planejamento Sanitário (APS), visando viabilizar a regionalização das ações e serviços de saúde com a implantação do SUS no município do Rio de Janeiro. Nesse sentido, pela extensão territorial e concentração populacional foram criadas 10 APS constituídas por 33 regiões administrativas, que agregam 160 bairros (RIO DE JANEIRO, 1993; RIO DE JANEIRO, 2013).

A reorientação do modelo de atenção à saúde, prioridade nacional, no município do Rio de Janeiro se iniciou no ano 2000 de forma residual, fragmentada e desarticulada. Enquanto outras capitais como Belo Horizonte e Florianópolis, em 2008, alcançavam a cobertura da Estratégia acima de 70% da população, o Rio de Janeiro não atingia 10% (RIO DE JANEIRO, 2010).

Em 2009, o município apresentava uma organização de seu sistema público de saúde pobremente embasada na ESF, com cobertura em torno de

7%. Para reverter esse quadro, foi lançado o programa Saúde Presente visando a expansão da ESF, por meio de uma mudança no modelo de gestão e atenção à saúde praticada no município do Rio de Janeiro. Este modelo de parceria visa a gestão de estabelecimento de saúde por meio de contratos de gestão firmados com entidades sem fins lucrativas denominadas Organizações Sociais de Saúde (OSS) que seriam as responsáveis pela gestão clínica e de recursos humanos. Os contratos definiam um repasse fixo de recursos baseado no número de equipes de saúde, uma estimativa de atividades necessárias para cobrir a carteira de serviços básicos e metas de desempenho foram acordadas para assegurar a qualidade e eficácia dos serviços (IRELAND et al., 2016).

O aumento notável da cobertura, que ao final de 2012 era de cerca de 40% deve-se a priorização de uma política de saúde baseada nos seguintes eixos norteadores: ampliação do acesso à atenção primária por meio da ESF, hierarquização da rede em níveis de complexidade para garantir a integralidade da assistência e otimização dos equipamentos hospitalares na perspectiva da redução dos custos e aumento da eficácia e eficiência das ações (RIO DE JANEIRO, 2009). A ampliação do volume de financiamento municipal direcionado a ESF, permitiu a criação das clínicas da família, gerenciadas pelas OSS, que são unidades de saúde estruturadas e equipadas, desde insumos tradicionais a inovações tecnológicas, como prontuários eletrônicos para atender as demandas de saúde da população cadastrada nos territórios atendidos por estas unidades.

Dados atuais adquiridos na página virtual do Ministério da Saúde/Departamento de Atenção Básica (DAB) indicam que até o ano de 2015, 824 equipes de saúde da família foram implantadas no município do Rio de Janeiro e que a cobertura estimada da população está em torno de 46%.

## **1.9 O TERRITÓRIO DE MANGUINHOS**

Manguinhos é um bairro da zona norte do Rio de Janeiro pertencente à Área Programática 3.1 da cidade, vizinho aos bairros de Benfica, Jacarezinho, Bonsucesso e Higienópolis. É um complexo composto por 16 comunidades: Vila São Pedro, Monsenhor Brito, Comunidade Agrícola de Higienópolis (CAH), Vila Turismo, Parque Oswaldo Cruz (POC), Amorim, Parque Carlos Chagas (Varginha), Conjunto Nelson Mandela (Mandela I), Conjunto Samora Machel (Mandela II), Mandela de Pedra (Mandela III), Parque João Goulart, Conjunto Habitacional Provisório (CHP2), Vila União, Ex-Combatentes, Condomínio Embratel, Condomínio DESUP.

De acordo com o CENSO 2010, Manguinhos é constituído por 10816 domicílios particulares e 36160 moradores. (IBGE, 2010) Para a Atenção Primária, 37000 pessoas residem neste território (ENGSTROM et al., 2012)

A área de Manguinhos, se deparou, desde o início de sua formação, com uma intensa mudança na sua geografia e densidade demográfica. Sua ocupação ocorreu desde iniciativas individuais até políticas públicas, com a constituição de comunidades com experiências, trajetórias e origens diferenciadas A primeira ocupação ocorreu na pequena colina, na área hoje

conhecida como Amorim. A intensa migração do Nordeste, associada as políticas de remoção de moradias de áreas valorizadas favoreceram a habitação deste território (FERNANDES; COSTA, 2013).

A construção de conjuntos habitacionais ocorreu ao mesmo tempo em que se deu a ocupação de áreas de risco como margens dos rios Faria Timbó e Jacaré favoreceu a ampliação da comunidade. Além disso, o abandono de terrenos de empresas públicas em virtude do quadro de violência que o tráfico de drogas instaurou e a desvalorização imobiliária e econômica do local contribuiu para a situação política, econômica e social atual do local. Com este histórico, reside neste território um grande número de famílias pobres em situação de risco, com acesso precário à infraestrutura básica e oferta insuficiente de serviços (saúde, educação, segurança pública, lazer e cultura), em cenário de crescente violência que integra a vida cotidiana dos moradores desse bairro, retratado os altos índices de morbimortalidade (BODSTEIN et

Embora seja uma comunidade em que predomina baixas condições socioeconômicas, Manguinhos é um território desigual e dinâmico e possui áreas heterogêneas. O convívio diário com a violência e as leis internas do tráfico de drogas causam problemas para a circulação de pessoas incluindo profissionais de saúde e outros representantes do Estado.

O Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), financiado pelo governo federal, foi implantado no território de Manguinhos no ano de 2008. Intervenções urbanísticas de caráter habitacional e social foram desenvolvidas como política de urbanização da favela, buscando promover a aceleração do

crescimento econômico, aumento do emprego e melhorias das condições de vida da população (BRASIL, 2007)

O PAC interferiu drasticamente na dinâmica demográfica e ambiental da área, pois uma série de modificações urbanísticas levaram a uma forçada mobilidade populacional por meio da migração interna e externa que de alguma forma poderia influenciar no cadastramento das famílias na ESF.

Intenso debate foi promovido pela comunidade acadêmica incluindo lideranças comunitárias, sociedade civil e órgãos públicos quanto ao andamento das obras do PAC, pois a falta de informações disponibilizadas associada a inexistência de um projeto executivo e a ausência da participação social no processo de decisão fomentaram as discussões (BIANCO, 2011).

No ano de 2013, foi instalada no território a Unidade de Polícia Pacificadora de Manguinhos (UPP-Manguinhos). Este processo de (re) ocupação do Estado foi necessário, para acompanhar a política de desenvolvimento local, inclusão social e enfrentamento da violência, pois confrontos armados no território eram frequentes e o tráfico de drogas influenciava a rotina dos moradores.

<http://www.upprj.com/index.php/informacao/informacao-selecionado/upp-manguinhos/Manguinhos>.

## **1.10. A ESTRATÉGIA DOS TERRITÓRIOS INTEGRADOS DE ATENÇÃO À SAÚDE (TEIAS)**

O Pacto pela Saúde, acordado em 2006, entre as três esferas de gestão do SUS (União, Estados e Municípios), teve suas diretrizes aprovadas por meio de Portaria nº 339 de 22 de fevereiro de 2006 e tem por objetivo consolidar o modelo de Atenção à Saúde proposto pelo SUS através do avanço das condições de saúde da população, promovendo inovações nos processos e instrumentos de gestão (BRASIL, 2012). Para tanto, adotou como prioridade, o fortalecimento da Atenção Primária, visando o atendimento das necessidades regionais, incentivando uma atuação menos vertical das esferas de governo e focado nas particularidades dos sistemas locais. Fomenta, dessa maneira, a consolidação e qualificação da ESF com enfoque nas redes de atenção à saúde e nos processos de monitoramento de avaliação com vistas à qualificação da gestão e aperfeiçoamento das ações de saúde em sintonia com a PNAB (CECILIO et al., 2012). Assim, visando o aperfeiçoamento político institucional desta estratégia de atenção regionalizada foram lançadas no ano 2000, pelo Ministério da Saúde, as bases conceituais de uma proposta nacional denominada Territórios Integrados de Atenção à Saúde (TEIAS) (ENSP, 2011; (ENGSTROM et al., 2012).

Os TEIAS são determinados a partir das necessidades de saúde da população a ser atendida com planejamento e gestão compartilhada de oferta assistencial, que deve ser feita para atenção básica, especializada e hospitalar de uma determinada região. A delimitação do território de atuação entre 100 mil até 400 mil habitantes. somada à detecção dos principais problemas de

saúde possibilita a criação de um plano de investimento tripartite, para iniciar a ação assistencial (BRASIL, 2011b). Esta proposta favorece a formação das redes integradas de atenção à saúde (SILVA; SOUTO JR.; BRETAS JR., 2008).

Em dezembro de 2009, o Programa TEIAS Escola Manguinhos foi iniciado com base no conceito TEIAS. Funciona em cogestão com a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (SMSDC) do Rio de Janeiro e a Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP/Fiocruz, por meio de sua Fundação para Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde (FIOTEC) (RIO DE JANEIRO, 2009). Tem sob sua gerência a Estratégia Saúde da Família da região, divididas entre as unidades Clínica da Família Victor Valla (CFVV) e o Centro Municipal de saúde - CMS Manguinhos (CMSM), esta última articulada e funcionando no espaço físico do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria/ENSP/Fiocruz (CSEGSF/ENSP). Esta cooperação tem como objetivo principal a conformação, na região de Manguinhos, de um território integrado de saúde como espaço de inovação das práticas do cuidado, do ensino e da pesquisa em saúde e melhoria da condição atual de saúde da população (ENSP, 2011).<sup>1</sup>

É parte do TEIAS Escola a incorporação dos componentes da produção de conhecimentos científicos e tecnológicos, ensino e pesquisa, relacionados com a missão institucional da Fiocruz de contribuir para o enfrentamento de grandes desafios do SUS no Brasil (SCHINCARIOL, 2001).

1 Atualmente, o CMS-Manguinhos recebe a denominação de Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF), reconhecido no CNES como um único estabelecimento de saúde.

No ano 2000, apenas uma unidade básica de saúde está ligada a Fiocruz e contava com apenas 6 equipes. Duas portas de entrada competiam entre si (ESF e atenção tradicional/especialistas) Com o TEIAS, o modelo cresceu para 13 equipes, 1 NASF, 1 consultório de rua, uma nova clínica da família e 1 UPA, além do fechamento da porta de entrada aos especialistas. Na figura 1 apresenta-se o território de Manguinhos, onde se localiza a Fiocruz e as duas Unidades que abrigam as 13 equipes de saúde da família.

**FIGURA 1 Limites territoriais das Unidades de Saúde da família em Manguinhos.** <sup>2</sup>



<sup>2</sup> Figura extraída do documento produzido por ENGSTROM et al., 2012

Estas mudanças ocasionaram problemas na aceitação da população, pois com a nova redivisão do território entre as duas UBS, moradores foram conduzidos a novos espaços e equipes, que antes não faziam parte da sua rotina.

O Registro Eletrônico de Informação em Saúde (REIS) foi implantado, em 2011, em ambas as Unidades de Saúde da Família do TEIAS Escola Manguinhos. A entrada de dados administrativos e do prontuário clínico permitiu qualificar o registro de dados que alimentam o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e o Boletim de Procedimentos Ambulatoriais (BPA) e possibilitou a extração de outros indicadores a partir do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP).

Em 2012, este registro eletrônico foi implantado no processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) por meio da utilização de dispositivos móveis como *Tablets*, com a informatização das fichas A para cadastro das famílias e visitas domiciliares. As fichas anteriores foram digitadas e revistas e desde então, mantêm-se fluxos informatizados pelos ACS, demais membros da equipe e esferas da gestão.

O uso dos registros eletrônicos apresenta potencialidades e dificuldades para aplicação e interpretação dos mesmos por todos os profissionais envolvidos. O cadastro informatizado requer treinamentos específicos para correta digitação e uso adequado do software, a fim de evitar registros duplicados e falhas no preenchimento.

## **1.11. INQUÉRITO DE SAÚDE**

A Fiocruz por meio do seu Programa de Desenvolvimento Tecnológico em Saúde Pública (PDTSP) tem o objetivo de fomentar as atividades de pesquisa e desenvolvimento voltadas essencialmente para a inovação tecnológica no campo da saúde pública, contribuindo na melhoria da saúde brasileira (VPPLR, 2012).

Com a criação do TEIAS Escola Manguinhos e a proposta do SUS de incentivar a criação de redes de saúde, foi constituída em 2010 a Rede de Pesquisa e Inovação PDTSP-TEIAS Manguinhos - Rede PDTSP/TEIAS Manguinhos, que tem como objetivo desenvolver e avaliar experiências que constituam um modelo de gestão de TEIAS em Manguinhos, que possa ser utilizado por outros gestores na implantação de redes integradas de atenção à saúde em territórios semelhantes (ENSP, 2011).

A base organizacional da Rede PDTSP-TEIAS Manguinhos é colaborativa, onde se busca a cooperação interinstitucional no desenvolvimento de práticas integradas de atenção à saúde por meio de diferentes projetos. Outros eixos estruturam a Rede, como a organização de informações sobre o tema, a intersetorialidade, a participação social e a promoção da saúde. A coordenação é feita pela Vice-presidência de Pesquisa e Laboratórios de Referência - (VPPLR) da Fiocruz, e seu comitê gestor atua de forma independente, mas articulada ao comitê gestor do TEIAS- Escola Manguinhos (ENSP, 2011).

A necessidade de informações sobre a comunidade de Manguinhos serviu de ponto de partida para a realização de um inquérito de saúde na comunidade, que contemplasse os diversos projetos, fortalecendo a articulação entre os pesquisadores. Assim, surgiu o Inquérito sobre Condições de Saúde e Utilização de Serviços de Saúde no Território de Manguinhos, Rio de Janeiro.

A realização deste inquérito visou obter informações que contribuam para melhorar a qualidade da informação sobre as condições de vida e de saúde da população de Manguinhos, em apoio à gestão da ESF, para aumentar o acesso aos serviços de saúde e a qualidade da assistência prestada pelo SUS.

## **2 PROBLEMATIZAÇÃO**

A distribuição da doença e da saúde em uma determinada população não constitui um fenômeno aleatório, e possui uma relação profunda com as estruturas social e econômica vigentes que se materializam no território, assim, contribui para a afirmação de TRAVASSOS; CASTRO. (2008), que grupos socialmente menos privilegiados apresentam maior risco de adoecer e de morrer do que os grupos socialmente privilegiados.

As condições socioeconômicas, culturais e ambientais o contexto onde as pessoas moram acabam por gerar diferenciais no acesso aos serviços de saúde assim como na própria percepção de saúde (DE BARROS; DE ARKUS, 2001; CNDSS, 2008).

A utilização do termo cobertura na avaliação de ações e serviços de saúde teve início no final da década de 1960 e ganhou atenção especial nos primeiros anos após a Conferência sobre Atenção Primária a Saúde de Alma Ata, em 1978 (HIXON; MASKARINEC, 2008). Atualmente, algumas razões são apontadas para a pouca utilização da cobertura como atributo relevante na avaliação dos serviços de saúde, tais como as diferentes formas de aplicação do conceito, dificuldade de precisar a “população alvo” que necessita do serviço avaliado e a pouca utilização das informações no planejamento e gestão dos serviços de saúde (MENDES, 2004). Entretanto, a cobertura é uma dimensão fundamental da avaliação de sistemas de saúde, principalmente naquelas cujas diretrizes incluem a universalização do acesso.

Na literatura, observa-se que, algumas vezes, os conceitos de cobertura, acesso e utilização são usados como sinônimos ou com fronteiras pouco definidas (VIEIRA DA SILVA, 1999). Acesso e utilização de serviços de saúde constituem um tema difícil que envolve características do próprio indivíduo (ou subgrupos populacionais) e da oferta dos serviços de saúde por parte do poder público. Em relação ao conceito de acesso, embora ele seja um tema bastante estudado na área da saúde pública, sua definição não é consensual entre os pesquisadores da área, variando ao longo do tempo e de acordo com o contexto em que é concebido. Esse é um conceito complexo, por vezes empregado de forma pouco precisa e pouco clara na sua relação com a utilização dos serviços de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Para JCAHO. (1993), o acesso diz respeito ao grau com que o cuidado e a intervenção adequados estão disponíveis para responder às necessidades dos pacientes. Essa definição também é assumida pelo Observatório Europeu de Saúde cujos integrantes defendem que o acesso a serviços de saúde constitui condição de cidadania, sendo consensual que sua distribuição obedeça às necessidades de saúde. No que tange às necessidades em saúde, elas não são apenas necessidades médicas, nem problemas de saúde como doenças, sofrimentos ou riscos, mas dizem respeito também a carências ou vulnerabilidades que expressam modos de vida e identidades, expressos no que é necessário para se ter saúde e que envolve condições necessárias para o gozo da vida (HINO et al., 2009).

Para TRAVASSOS; MARTINS. (2004), o processo de utilização dos serviços de saúde é resultante da interação do comportamento do indivíduo,

responsável pelo primeiro contato, que procura cuidados e dos profissionais de saúde que o conduz dentro do sistema de saúde e se responsabiliza pelos contatos subsequentes.

O conceito de cobertura merece um olhar atento na atenção primária à saúde. A avaliação da cobertura real como indicador da adesão a programas específicos ou de utilização de serviços essenciais foi relatado por alguns autores ( AKINLEYE et al., 2009; COOKE et al., 2009) Já SOBERÓN (1988) distingue cobertura potencial, que corresponde à capacidade e possibilidade da oferta, e a cobertura real, que busca estimar a proporção da população que de fato utilizou os serviços.

Dados da *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios* (PNAD) revelaram que aproximadamente 95% das pessoas que procuraram atendimento de saúde tiveram sucesso e utilizaram o serviço, sendo que, dentre elas, 59% foram atendidas em serviços públicos, o que aponta para a contribuição do SUS na utilização desse tipo de serviço (IBGE, 2008).

A avaliação da cobertura está associada ao acesso e a equidade da distribuição social dos recursos, atributo considerado como um pré-requisito para avaliação de outros aspectos dos sistemas e serviços de saúde. É necessário que as ações sejam preliminarmente oferecidas a população usuária para que seja possível avaliar outras dimensões relacionadas com a qualidade, efetividade e impacto (DA SILVA; FORMIGLI, 1994).

STUCKLER et al., 2010 distinguiu o que seria atenção universal à saúde (*universal health care*) e cobertura universal à saúde (*universal health*

*coverage*). Esta discussão dentro da atenção primária está revitalizada em diversos países, e a prestação de cobertura universal se mostra essencial para alcançar a equidade na saúde, apesar da persistência de desigualdades nos sistemas de saúde universais ASARIA et al. (2016); PEER. (2013) argumentam que a tradução dos cuidados de saúde como um direito só é possível se o Estado assume toda a responsabilidade para melhorar o estado de saúde das pessoas.

Na Inglaterra, esforços contínuos são implementados para reduzir as desigualdades na saúde, através do reforço dos cuidados primários (ASARIA et al., 2016). Na China, reformas do sistema de saúde iniciadas em 2009 estabelecem um serviço equitativo, eficiente, acessível e eficaz, que coincide com o conceito de cobertura universal da saúde (MENG; XU, 2014).

Países como Índia, África do Sul, Colômbia e Bolívia enfrentam graves problemas associados as desigualdades sociais e de saúde, como restrições de acesso aos serviços de saúde. A reestruturação de seus sistemas de saúde permitirá a expansão da garantia de saúde para todos, ampliação nos investimentos e melhorias na gestão (PATEL et al., 2015; ATAGUBA; DAY; MCINTYRE, 2014; ALVAREZ et al., 2015; MOSQUERA et al., 2012).

No que se refere a cobertura, problemas de insuficiências quantitativas relacionados a estrutura física, aos recursos humanos, a atenção a saúde e oferta de serviços na rede básica, no Brasil, vem sendo registrados mesmo após a organização do SUS (ROCHA, 2014; MOURA et al., 2010; DA SILVA; FORMIGLI, 1994; FACCHINI et al., 2006). Além disso, quando há constatação

de melhoria da cobertura potencial na rede básica, existem dificuldades referentes a baixa cobertura real dos serviços e concentração de atendimentos por usuário abaixo dos parâmetros desejáveis (SOUSA; SOUZA; SCOCHI, 2006; CAVALCANTE et al., 2006).

Estudos apontam para a persistência de problemas relacionados a cobertura assistencial e ao acesso na atenção básica, mesmo em áreas desenvolvidas como a grande São Paulo e Salvador (CESAR; OY, 1996; PESSOTO et al., 2007; CARDOSO; VIEIRA-DA-SILVA, 2012; CESAR et al., 1996). Coberturas abaixo do esperado são verificadas em diversas ações específicas: como na campanha nacional de detecção de Diabetes Mellitus (DE OLIVEIRA DODE; FORMOSO ASSUNCAO; VALLE, 2007); consultas odontológicas (RIBEIRO; DO ROSÁRIO COSTA, 2004; RIBEIRO-SOBRINHO; DE SOUZA; CHAVES, 2008); preventivos ginecológicos (CAVALCANTE et al., 2006; ALBUQUERQUE et al., 2009; MARTINS; THULER; VALENTE, 2005); atendimento a gestantes (ARAÚJO; VIEIRA; SILVA, 2008; GUERREIRO et al., 2012); e atendimentos a crianças menores de um ano (RONCALLI; LIMA, 2006; RIBEIRO; SIQUEIRA; PINTO, 2010).

Essas coberturas também estão desigualmente distribuídas segundo a classe social, escolaridade e local de residência. Isto é, quanto pior a condição sócio econômica, pior a cobertura e a qualidade do serviço prestado. MOSQUERA et al. (2012) afirmam que a política de Atenção Primária desenvolvida na Colômbia contribuiu para redução da desigualdade associada a condições socioeconômicas e de moradia em resultados da saúde infantil.

No estudo realizado por ROHDE et al. (2008) observou-se que a Tailândia teve uma redução na mortalidade entre crianças menores de 5 anos de idade e atingiu a cobertura universal de vacinação e assistência aos partos, com baixa desigualdade.

CAMPOS et al. (2014) avaliaram o acesso aos serviços de atenção primária pela visão dos usuários no Rio de Janeiro. Reconhecida como porta de entrada do sistema que convive com problemas de organização, uso do acolhimento como barreira ao acesso, falta de recursos humanos e dificuldades em dar seguimento ao tratamento.

Outras pesquisas confirmam as desigualdades no acesso e utilização de serviços relacionadas com condições socioeconômicas dos usuários (ANDRADE et al., 2013; MENDOZA-SASSI; BÉRIA; BARROS, 2003; COIMBRA et al., 2003; CAVALCANTE et al., 2006; NUNES et al., 2014; NERI; SOARES, 2002) e discriminação racial (GOES; NASCIMENTO, 2013; FAHEL, 2007), revelando que as pessoas que mais necessitam têm menor chance de receber atendimento (TRAVASSOS, 1997). Entretanto, verificou-se que na população coberta pelo ESF, a renda e escolaridade não constituíram fatores que diferenciavam de forma significativa o perfil de utilização de serviços de saúde e de procura por assistência, indicando que o programa pode estar contribuindo para maior equidade nessas condições (FERNANDES; BERTOLDI; BARROS, 2009; CÉSAR, 2005).

Diversos estudos avaliaram indicadores produzidos pelo PMAQ-AB, pela perspectiva dos profissionais da atenção primária. (LINHARES; LIRA;

ALBUQUERQUE, 2014). Esta estratégia de autoavaliação e avaliação externa traz para o cotidiano a necessidade de planejamento das ações como condutora do processo de reorientação das ações e serviços (MEDINA et al., 2014).

NEVES; MONTENEGRO; BITTENCOURT. (2014) descreveram as condições de produção e registro das informações geradas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), apontando um sistema carente de recursos tecnológicos para elaboração de políticas de saúde mais equânimes.

No estudo realizado por SILVA. (2014), constatou-se que houve expansão da APS no estado de Alagoas com ênfase na ampliação da ESF e do NASF. Porém, mesmo com a melhora da cobertura populacional, esforços são necessários para aumentar o número de equipes da ESF nos municípios, garantindo a qualidade e fortalecimentos destas equipes. ALVES et al. (2013); FAUSTO et al. (2014) indicam que as equipes atuam como porta de entrada preferencial, atendendo a diversas demandas e exercendo a função de filtro para a atenção especializada.

A preocupação por parte das equipes no monitoramento dos dados coletados também foi observada pelos indicadores do PMAQ-AB. Estudos indicam que as informações geradas pelas equipes são ou devem ser analisadas de maneira compartilhada na tentativa de solucionar, minimizar ou evitar eventuais problemas, auxiliando as equipes em seus processos de trabalho. Além disso, o apoio da gestão para a discussão dos dados de monitoramento do SIAB é de fundamental importância pois este disponibiliza

indicadores sociais, permitindo aos gestores a obtenção de dados sociodemográficos das áreas de cobertura da ESF (BEERENWINKEL; KEUSEN, 2014; NEVES; MONTENEGRO; BITTENCOURT, 2014).

ALVES et al. (2014) analisaram o acesso potencial e as dimensões acolhimento e disponibilidade por meio do PMAQ-AB, e observaram que fatores como localização na região Sudeste, em capitais e municípios de maior porte e com maior número de equipes por unidade favorecem ao acesso potencial. Entretanto, ações e políticas direcionadas para a qualificação da atenção prestada, especialmente nos municípios de pequeno porte, são necessárias.

ALBUQUERQUE et al. (2014) analisaram o acesso aos serviços de atenção primária em Pernambuco, e os aspectos que favorecem ou dificultam a entrada e a permanência do usuário no sistema de saúde. Observou-se a expansão da ESF no estado com acessibilidade geográfica, porém, as unidades de saúde apresentam barreiras arquitetônicas para acesso a pessoas com deficiência e idosos; o acolhimento não impactou a reorganização das ações programadas; as centrais de regulação são insuficientes para garantir o acesso ao restante da rede; e o apoio diagnóstico para procedimentos e cirurgias tem baixa resolutividade. Este estudo também observou a implantação do acolhimento à demanda espontânea em parcela significativa das equipes com envolvimento dos diversos profissionais de saúde.

GALAVOTE et al. (2014) constataram avanços e desafios na ampliação do acesso e melhoria da qualidade na atenção básica no Espírito Santo.

PROTASIO et al. (2014) observaram a existência de fragilidades na integração da rede de atenção a saúde na Paraíba em relação ao ordenamento e definição do fluxo, em especial na contra referencia, fato que compromete a integralidade e o coordenação do cuidado.

A atenção primária foi elaborada para ampliar os serviços ofertados e garantir o acesso oportuno por meio de uma porta aberta e resolutiva, desde o primeiro contato do indivíduo e sua família com os serviços de saúde, garantindo o atendimento equânime e integral. Para CAMPOS et al. (2014), a manutenção da porta aberta não deve ser confundida com garantia de acesso para qualquer demanda na APS.

Para esta tese, o acesso está ligado a obtenção de determinado tipo de ação que seja resolutiva para o tipo de problema de saúde do usuário. As dificuldades para marcação de consultas e a demora na realização de alguns exames criam uma descrença no papel ordenador da APS e acabam servindo como alibi para as tentativas de deslocar a APS como porta de entrada do SUS.

A decisão de se buscar por tratamentos no sistema de saúde está, também, condicionada à própria percepção do indivíduo sobre a sua necessidade em realizar essa procura. Assim como o conceito de acesso é controverso, o de necessidade de saúde também não é uma unanimidade entre os pesquisadores (DE MORAES; BERTOLOZZI; HINO, 2011).

TRAVASSOS; CASTRO. (2008) chamam a atenção para o fato de que a necessidade em saúde é um conceito relativo, que varia no tempo, entre

indivíduos, grupos, sofrendo interferência também da cultura a ele subjacente. É um conceito multidimensional e de difícil mensuração, sendo também necessário distinguir entre necessidade de saúde percebida pelos próprios indivíduos e aquela diagnosticada por profissionais da saúde.

No ano de 2012, de acordo com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), o complexo de Manguinhos era coberto integralmente pela ESF, possuindo a área duas clínicas da família responsáveis por todo o território adscrito. Entretanto, durante a realização do Inquérito sobre condições de vida e saúde de Manguinhos, foi constatado pelos pesquisadores, que uma proporção importante de moradores relatava não estar cadastrada na ESF.

Este trabalho tem como desafio principal compreender as questões que influenciam a cobertura da atenção primária na região de Manguinhos e a qualidade da informação obtida no SIAB para este território.

Diversos aspectos podem estar relacionados a uma cobertura abaixo da esperada na região. Em primeiro lugar, há diferenças socioeconômicas importantes que podem influenciar a baixa aceitação de moradores de algumas áreas geográficas. É possível que algumas pessoas, provavelmente de classes sociais mais elevadas, relutem em acreditar que as políticas de Estado, possam trazer benefícios. Esta relutância, associada a campanha maciça da mídia e das empresas privadas de planos de saúde, aumentam as dúvidas e receios dos moradores em realizar o cadastro e utilizar os serviços de saúde presentes no território onde residem.

Outro ponto seria o processo de trabalho dos ACS e sua relação com as famílias, no que se refere a relação cadastro *versus* utilização, que as equipes de saúde da família relatam em suas prestações de conta periódicas. Os ACS são os responsáveis pelo cadastramento das famílias, e por serem moradores da área, podem facilitar ou dificultar o acesso de alguns moradores, em virtude de questões pessoais, políticas e econômicas. Ressalta-se que as atividades inerentes ao seu trabalho também podem influenciar este cadastramento, pois dependendo da carga de demandas, este pode ser prioridade ou deixado em segundo plano.

A própria organização do território atendido pelas clínicas da família promove intensas discussões entre as lideranças comunitárias e os gestores de saúde. E, em alguns casos, os domicílios são cadastrados em unidades de saúde distantes, o que dificulta o acesso dos moradores, que já estavam acostumados a receber atendimento em locais mais próximos. Além disso, a exclusão de ruas e becos do mapeamento oficial do serviço, pode impedir as famílias que residem nestes locais de procurar atendimento nas clínicas da família.

Tendo em vista a importância desta questão na implantação, avaliação e aperfeiçoamento, associado ao estímulo de conhecimento no Teias - Manguinhos frente as necessidades de saúde da população, o presente trabalho pretende contribuir investigando em que medida características sociais e econômicas se relacionam com a cobertura do cadastro da ESF no território de Manguinhos.

### **3 JUSTIFICATIVA**

A reorganização do SUS a partir da ampliação de sua rede de serviços de APS por meio da ESF trouxe avanços importantes na saúde da população. Atualmente, mais de 30.000 equipes multiprofissionais atuam em todo o país, sendo responsáveis pelo cuidado em saúde de mais da metade da população brasileira.

Estudos demonstram que a ESF teve impacto positivo sobre a redução de internações por condições sensíveis à atenção primária, sobre a qualidade da atenção pré-natal e de puericultura, favorecendo a ampliação do acesso a serviços de saúde para populações vulneráveis do ponto de vista socioeconômico e sanitário (MACINKO et al., 2006; FACCHINI et al., 2008; AQUINO; BARRETO, 2008;.MACIEL; DINIZ; CALDEIRA, 2014; CECCON; MENEGHEL; VIECILI, 2014; ALFRADIQUE et al., 2009).

A pesquisa internacional “Revitalizando Saúde para Todos” ([http://www.globalhealthequity.ca/projects/proj\\_revitalizing/index.shtml](http://www.globalhealthequity.ca/projects/proj_revitalizing/index.shtml)), apoiou 20 equipes de investigação localizados em 15 países para explorar os pontos fortes e fracos de cuidados de saúde primários e suas iniciativas abrangentes em seus níveis locais ou nacionais. Os resultados desta pesquisa indicaram que algumas características locais podem sustentar estas práticas e serem replicadas em outros territórios como: Agentes comunitários de saúde bem treinados e apoiados capazes de trabalhar de forma eficaz nas comunidades; Mecanismos eficazes de participação da comunidade; Modelos de coparceria no programa e na política de desenvolvimento, onde o

conhecimento financeiro apoia governos ou instituições junto as comunidades, que retêm o poder de decisão na concepção e implementação do programa; Apoio para a defesa da comunidade e envolvimento em características de saúde e dos sistemas sociais (LABONTÉ et al., 2014).

O aumento da cobertura da ESF está diretamente associado com os limites de financiamento estabelecidos pela gestão dos serviços. Esses recursos financeiros são necessários para a contratação de equipes visando a ampliação do acesso aos serviços de saúde, de certa forma, influencia a qualidade do cuidado ofertado nos estabelecimentos de saúde. Resultados da expansão da ESF no Brasil foram relatados em um estudo, no qual se observou que o aumento de 10% na cobertura da ESF se associava à diminuição de 4,5% no índice de mortalidade infantil (MACINKO et al., 2006).

Discutir medidas que ampliem a cobertura dos serviços de saúde com qualidade para a população significa buscar caminhos que minimizem ou quebrem barreiras que impedem o acesso à esses serviços. Tais barreiras podem ser referentes à organização dos serviços de saúde e ao processo de trabalho que integra a instituição, extrapolando aspectos geográficos, socioeconômicos e culturais (DE SOUZA et al., 2008). Entre outros cabe considerar a resolutividade do serviço, os horários de atendimento, e o acolhimento, impulsionando a busca a outros serviços que não possuem características de atenção básica, e levando a recusa do cadastro das famílias (BEERENWINKEL; KEUSEN, 2014; NEVES; MONTENEGRO; BITTENCOURT, 2014; ALBUQUERQUE et al., 2014; CAMPOS et al., 2014).

A literatura sobre estas limitações ao acesso e uso por parte das populações adscritas e fatores que dificultam a implementação deste modelo de atenção muitas vezes não recebe a atenção necessária dos gestores e especialistas da área. As contribuições de diferentes autores que discutem e refletem sobre acesso e cobertura aos serviços de saúde sinalizam a complexidade do tema e sua relação com a percepção das necessidades de saúde, para a conversão dessas necessidades em demandas e destas em uso.

Nesse contexto, é pertinente estudar os fatores que influenciam a utilização dos serviços de saúde no âmbito da ESF. E este estudo buscou, a partir da perspectiva dos moradores do complexo de Manguinhos, identificar fatores que influenciam a cobertura da ESF neste território.

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 GERAL**

Analisar os fatores sociais e de saúde associados à cobertura da ESF no território de Manguinhos, município do Rio de Janeiro.

### **4.2 ESPECÍFICOS**

- Descrever o perfil social e de saúde dos moradores de Manguinhos participantes do Inquérito de Saúde
- Examinar a relação entre as variáveis sociais e de saúde, e a cobertura auto-referida da ESF no território;
- Relacionar os registros do SIAB com os dados produzidos por Inquérito de Saúde desenvolvido no território, visando identificar a população de fato registrada no SIAB (Cobertura por Linkage);
- Examinar a relação entre as variáveis sociais e de saúde, e a cobertura identificada por Linkage;
- Avaliar a qualidade do preenchimento do SIAB comparando com variáveis similares coletadas no Inquérito.

## **5 ASPECTOS METODOLÓGICOS**

O presente estudo foi desenvolvido de forma articulada e complementar ao “Inquérito sobre Condições de Saúde e Utilização de Serviços de Saúde no Território de Manguinhos, Rio de Janeiro”, realizada por pesquisadores da Fiocruz ligados ao Programa de Desenvolvimento Tecnológico em Saúde Pública (PDTSP/TEIAS Manguinhos), doravante denominado Inquérito de Saúde Manguinhos.

Os registros de dados no SIAB abarcam informações importantes e abrangentes na área da saúde que servem para auxiliar as equipes em seu processo de trabalho, conduzir o monitoramento efetuado pelas Secretárias municipais de saúde e Ministério da Saúde, atrelado ao repasse de recursos financeiros. Além disso, são fontes de dados para vários tipos de pesquisas, para os órgãos governamentais, para as comunidades acadêmicas das áreas de enfermagem, medicina entre outros que utilizam tais dados a fim de compor pesquisas nas áreas de saúde coletiva.

A ficha A do SIAB é preenchida na primeira visita que o ACS faz às famílias, e deve ser atualizada periodicamente conforme o necessário. As informações recolhidas permitem à ESF reconhecer indicadores demográficos, socioeconômicos e nosológicos referentes as famílias e seus respectivos domicílios da sua área de abrangência. Os dados obtidos nessas fichas serão utilizados para análise de qualidade do preenchimento dos dados do SIAB.

## **5.1 O INQUÉRITO PDTSP/TEIAS MANGUINHOS**

Tratou-se de um estudo de base domiciliar, como amostra probabilística, cujas informações foram obtidas por meio de aplicação de questionário domiciliar e individual aos moradores no período de fevereiro de 2012 a dezembro de 2012. O instrumento de coleta de dados foi um questionário composto por questões fechadas (Versão impressa ANEXO 3) e elaborado a partir de perguntas extraídas da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD (IBGE, 2009), e da Pesquisa Nacional de Saúde - PNS , com questões amplamente testadas e validadas, e adaptadas, quando indispensável, a realidade do território (DAMACENA et al., 2015). A definição do conteúdo e revisão do questionário bem como a análise dos dados coletados foram atribuições de um grupo de trabalho que reuniu pesquisadores de diferentes unidades da Fiocruz (ENSP, PROCC, ICICT), e representantes da gestão do Teias Escola Manguinhos e do PDTSP. O questionário foi aplicado aos moradores em seus domicílios na versão informatizada, por entrevistadores treinados e contratados especialmente para o estudo. A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP (CEP/ENSP) com número do parecer 289/2011 (ANEXO 4).

## **5.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO E AMOSTRA DO INQUÉRITO PDTSP/TEIAS MANGUINHOS**

O Inquérito PDTSP/TEIAS Manguinhos utilizou amostra sistemática e percorreu o território utilizando mapas artesanais desenvolvidos pela equipe da pesquisa em parceria com os ACS trabalhadores da área.

O tamanho da amostra deste Inquérito foi calculado baseando-se na proporção de indivíduos que utilizaram algum serviço nos equipamentos da estratégia de saúde da família nos últimos 15 dias, em dois estratos independentes: A CFVV e o CMSM. Segundo dados da PNAD, a proporção de indivíduos que utilizam a atenção primária em saúde foi de 14,2% em 2008 (VIACAVAL; DE SOUZA-JUNIOR; DA SILVA MOREIRA, 2009). A prevalência de fumantes, segundo o IBGE, por meio dos dados da PNAD-2008, corresponde a 17,2% dos brasileiros (IBGE, 2009). Pela relevância deste dado, essa estimativa foi tomada como base para o cálculo do tamanho da amostra, e considerando-se um intervalo de 95% de confiança com erro bilateral de 3%, obteve-se um tamanho mínimo necessário de 608 indivíduos em cada estrato. Como a amostra foi dividida em dois estratos (área coberta por cada unidade) e, considerando-se perdas e recusas, optou-se por um tamanho amostral de 1300 domicílios (650 em cada estrato), representando 10% da população. Foram entrevistadas crianças, adolescentes, adultos e idosos.

## **VARIÁVEIS ESTUDADAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS**

Utilizou-se dois questionários que geraram três conjuntos de dados. O Questionário domiciliar (ANEXO 3) continha perguntas relacionadas a família residente assim como características do domicílio selecionado (informações domiciliares e de todos os membros da família). O Questionário Individual (ANEXO 3) abrangia perguntas a respeito da situação de saúde, condições de vida e acesso aos serviços de saúde, aplicado a um residente sorteado

O morador responsável pelo domicílio ou adulto maior de 18 anos era convidado a participar da pesquisa e responder ao Questionário Domiciliar. Ao final desta entrevista, procedia-se o sorteio de um morador deste domicílio que seria convidado a participar da próxima etapa da pesquisa, que consistia em responder ao Questionário Individual. Caso um menor de 18 anos fosse selecionado, seu responsável responderia as questões ou deveria autorizar o mesmo a fazê-lo. O mesmo valia para idosos acamados ou deficientes. Os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) estão no Apêndice 1

A entrada de dados foi desenvolvida em programa informatizado para facilitar o preenchimento e as análises. As questões foram agrupadas em blocos de assuntos e o sistema orientou os entrevistadores de acordo com as respostas oferecidas pelos moradores. Ao final da coleta de dados em dezembro de 2012, obteve-se 955 Questionários domiciliares, com informações a respeito de 2918 moradores, e 822 Questionários individuais completados. Os dicionários de dados e a nota técnica encontram-se no Apêndice 2.

Para alcançar os objetivos propostos por esta tese elucidada-se no Quadro 2 abaixo, o modelo teórico proposto para identificar que variáveis influenciariam o cadastro das famílias na ESF. Destacam-se três grandes áreas que influenciam diretamente na cobertura deste cadastramento, suas possíveis categorias inter-relacionadas e as questões do Inquérito de Saúde.

**Quadro 2 - Quadro teórico relacionado a cobertura da ESF**

<b>Grande Área</b>	<b>Categorias</b>	<b>Questões do Inquérito</b>
Serviço de Saúde	Estrutura de atendimento Equipes ESF Território coberto Gestão Agentes comunitários de saúde	Cadastro dos domicílios Frequência de visitas Período em que foi realizado o cadastro
Família	Moradores residentes Condições socioeconômicas Aceitação	Renda per capita Grau de instrução Plano de saúde Satisfação com o serviço de saúde utilizado
Ambiente	Violência no território Lixo Água	Coleta regular de lixo Frequência abastecimento de água Água utilizada para beber

Por se tratar de inquérito exclusivamente domiciliar, informações relevantes sobre os serviços de saúde inseridos no território da pesquisa não foram obtidas, logo não puderam ser analisadas nesta tese. Adquiriu-se informações específicas de domicílios que informaram estar cadastrados na ESF, como o período em que foi realizado o cadastro e a frequência de visita dos ACS.

Categorias relacionadas a aspectos da família, ou seja, indivíduos que compartilham o mesmo domicílio, podem esclarecer sobre a associação entre o perfil socioeconômico e o cadastramento na ESF, assim como a satisfação com o uso dos serviços no território para resolução dos problemas de saúde.

Quanto ao ambiente onde está inserido tanto o serviço de saúde como as famílias residentes nestes domicílios, questões como a violência e a insegurança local podem ser consideradas barreiras para o acesso neste

território, associado a aspectos sócio ambientais como a coleta regular do lixo e o abastecimento de água para os domicílios podem relacionar-se com a cobertura da ESF.

Para caracterização da amostra, foram realizadas análises descritivas do perfil social e de saúde dos moradores de Manguinhos, com tabelas de frequências. As variáveis selecionadas estão no Quadro 3 abaixo:

**Quadro.3 Variáveis do Inquérito de Saúde de Manguinhos**

<b>Variável - Questionário Domiciliar</b>	<b>Categorias</b>
Sexo	Masculino/Feminino
Faixa etária	0-4/5-17/18-59/60-+
Grau de Instrução	Analfabeto ou < 1 ano; primário incompleto (1 a 3 anos); fundamental incompleto ( 4 a 7 anos); Ensino médio incompleto; Superior incompleto; Superior completo e mais
Trabalho	Sim/Não
<b>Variável - Questionário Domiciliar</b>	<b>Categorias</b>
Formas de obtenção do domicílio	Próprio, Posse, alugado
Filtra Água	Sim/Não
Compra água para beber	Sim/Não
Lixo coletado regularmente	Sim/Não
Possui computador	Sim/Não
Acesso à Internet	Sim/Não
Possui carro	Sim/Não
Criança <5anos	Sim/Não
Paga plano de saúde	Sim/Não
Insegurança alimentar	Sim/Não
Moradores por cômodo	<0.5; 0.5 a 1; 1 a 2; >2
Renda per capita	<R\$300; 300 e 600; 600 e 1000; >R\$1000
Recebe bolsa família	Sim/Não
Cadastro na ESF	Sim/Não
Frequência da Visita do ACS	Mensal; bimensal; 2 a 4 vezes no ano; 1 vez ao ano; nunca recebeu; não soube informar
Tempo de cadastro na ESF	Menos de 2 meses; entre 2 e 6 meses; entre 6 meses e 1 ano, mais de 1 ano, não soube informar
<b>Variável - Questionário Individual</b>	<b>Categorias</b>
Estado civil	Casado; Separado; Solteiro; Viúvo
Raça/cor	Amarela; Branca; Indígena; Parda; Preta

<b>Variável - Questionário Domiciliar</b>	<b>Categorias</b>
Auto avaliação de saúde	Muito Boa; Boa; Regular; Ruim; Muito Ruim
Hipertensão	Não; Sim
Diabetes	Não; Sim

### **5.3 SIAB**

A base dos dados do SIAB construída a partir das informações coletadas da Ficha A e outros instrumentos, atualizada no ano de 2012, era formada por 37998 registros de usuários e 12057 domicílios cadastrados que utilizavam a Clínica da Família Victor Valla e o Centro Municipal de Saúde Manguinhos/ CSEGSF. O Inquérito de Saúde Manguinhos apresenta em sua base de dados o registro de 955 domicílios entrevistados.

A qualidade do SIAB observada a partir da avaliação dos registros da Fichas A foi avaliada por meio de três dimensões: cobertura, completude e concordância (LIMA et al., 2009).

Para avaliar a cobertura da ESF no território calculou-se a proporção de domicílios integrantes da base de dados do inquérito que responderam estar cadastrados na ESF e que de fato, estavam cadastrados no SIAB.

A dimensão completude dos dados do SIAB foi analisada através da verificação do percentual de não preenchimento de algumas variáveis consideradas prioritárias pela ESF para avaliação da vulnerabilidade das famílias e domicílios cadastrados de acordo com elementos da Escala de Coelho e Savassi (SAVASSI; LAGE; COELHO, 2013). Esta proporção é calculada pelo número de domicílios com informação faltante sobre

determinada variável dividido pelo número total de domicílios cadastrados no SIAB, multiplicando-se ao final por 100. Estas informações extraídas da Ficha A podem servir como sentinelas para a avaliação das situações de risco familiar dos residentes em determinado território.

No quadro 4 estão apresentadas as variáveis onde verificou-se o percentual de não preenchimento.

**Quadro 4 - Variáveis do SIAB avaliadas pelo percentual de não preenchimento.**

<b>Variável</b>	<b>Categorias</b>
Alfabetização	Sim/Não
Número de cômodos do domicílio	<0.5/0.5 a 1/1 a 2/>2

Para proceder a avaliação de concordância, comparou-se as respostas obtidas para variáveis análogas nas bases de dados do SIAB e do Inquérito de Saúde, obedecendo as categorias idênticas ou similares, uma vez que algumas opções de respostas não eram as mesmas nos dois instrumentos.

No quadro 5 estão apresentadas as variáveis avaliadas pelo critério concordância.

**Quadro 5 - Variáveis avaliadas pelo critério de concordância presentes nas duas bases de dados**

<b>Variável</b>	<b>Categorias</b>
Domicílio cadastrado na ESF	Sim/Não
Construção com material de alvenaria	Sim/Não
Coleta regular de lixo	Sim/Não
Filtração da água para consumo	Sim/Não
Abastecido pela rede geral de água	Sim/Não

O grau de concordância entre as respostas levou em consideração as possibilidades de combinação: (+/+, -/-, +/-, -/+). Para cada variável a partir do cálculo da proporção de respostas concordantes e discordantes, calculou-se a Estatística Kappa. A concordância considerou os seguintes valores: Kappa < 0,10 ausente; de 0,11 a 0,40 fraca; de 0,41 a 0,60 discreta; de 0,61 a 0,80 moderada; 0,81 a 0,99 substancial e 1,00 concordância perfeita (SHROUT, 1998).

As análises foram conduzidas no pacote estatístico R versão 3.2.3 (R CORE TEAM, 2015).

#### **5.4 LINKAGE (RELACIONAMENTO PROBABILÍSTICO)**

A unidade de análise utilizada para os dois bancos de dados foi o domicílio, pois o inquérito de saúde permitiu a captação do nome completo somente do chefe da família responsável pelo domicílio selecionado para entrevista.

Para o Linkage das bases foi aplicado o método de relacionamento probabilístico. Esta técnica possibilita grande incremento nas informações, com relativo baixo custo, agregando dados de mais de uma fonte, sendo capaz de mensurar o grau de concordância entre dois registros em bancos de dados distintos (JARDIM; BARRETO; GIATTI, 2010; PINHEIRO; CAMARGO; COELI, 2006). Os campos principais utilizados para o relacionamento foram nome completo, ano de nascimento e sexo.

O programa utilizado para o relacionamento probabilístico foi o Open RecLink (CAMARGO JR.; COELI, 2015). Esse programa é dividido em várias etapas

sequenciais: padronização dos bancos de dados; relacionamento (subdividido em blocagem e pareamento); combinação dos arquivos e revisão manual. A primeira etapa faz-se necessária apenas uma vez, enquanto as demais são repetidas em vários passos, para diferentes chaves de blocagem, de acordo com o estabelecido pela avaliação subjetiva do pesquisador (SOUSA et al., 2008; CAMARGO; COELI, 2006).

A padronização dos arquivos envolveu a transformação de todos os caracteres para letra maiúscula, a exclusão de acentos, bem como a eliminação das preposições "de", "da", "do", "dos", "das" e de sinais de pontuação erroneamente digitados. Também permitiu a subdivisão do campo nome, cujas partes foram utilizadas na etapa seguinte de blocagem e de pareamento.

Estabeleceu-se estratégia de blocagem em três passos simples. As chaves de blocagem utilizadas nos passos foram: (1) código fonético (*Soundex*) do primeiro nome formatado para blocagem - Pbloco; (2) código fonético (*Soundex*) do último nome formatado - Ubloco; e (3) ano de nascimento - Anonas. Após a combinação dos arquivos pelo Open Reclink, chegou-se à etapa final de revisão manual dos pares combinados (CAMARGO JR.; COELI, 2015).

Após este processo, procedeu-se a verificação dos registros duplicados para constituir o banco de dados contendo somente os domicílios entrevistados pelo Inquérito que, de fato, estavam presentes na base de dados do SIAB.

## 5.5 ANÁLISES ESTATÍSTICAS

A associação entre o cadastramento das famílias na ESF e as variáveis independentes foi examinada por meio de modelos de regressão logística, pois é indicado para variáveis com apenas duas categorias de resposta, como é o caso do cadastramento. Utilizou-se como a categoria de referência não estar cadastrado na ESF.

O procedimento de seleção de variáveis foi não automático, inserindo-se as variáveis socioeconômicas, demográficas e características do domicílio de maior significância primeiro, até chegar ao modelo completo. Foram calculadas as respectivas odds ratio (OR) e Intervalos de Confiança (IC) de 95%. A seleção dos modelos foi feita pelo critério de Akaike (AIC).

As variáveis independentes avaliadas através dos modelos de regressão binomial estão no Quadro 6 apresentado a seguir:

**Quadro 6: Variáveis analisadas nos modelos de Regressão Binomial simples**

<b>Variável</b>	<b>Categorias</b>
Formas de obtenção do domicílio	Próprio, Posse, alugado
Filtra Água	Sim/Não
Compra água para beber	Sim/Não
Lixo coletado regularmente	Sim/Não
Possui computador	Sim/Não
Acesso à Internet	Sim/Não
Possui carro	Sim/Não
Criança (<5anos)	Sim/Não
Idoso (>60 anos)	Sim/Não
Paga plano de saúde	Sim/Não
Insegurança alimentar	Sim/Não
Moradores por cômodo	<0.5; 0.5 a 1; 1 a 2; >2
Renda per capita	<R\$300; 300 e 600; 600 e 1000; >R\$1000
Recebe bolsa família	Sim/Não
Grau de Instrução - Ensino Médio	Sim/Não

Grau de Instrução - Ensino Superior	Sim/Não
-------------------------------------	---------

Sendo o cadastramento na ESF um atributo do domicílio, optou-se em priorizar a análise das variáveis oriundas do questionário domiciliar.

Ressalta-se que algumas transformações foram necessárias a fim de adequar o formato das variáveis independentes e facilitar a análise dos resultados. Destaca-se a criação de indicadores categóricos como a renda per capita; número de moradores por cômodo; presença de crianças menores de 5 anos e idosos nos domicílios; além de moradores que possuem ensino médio e superior.

Com o banco de dados criado após o Linkage, verificou-se a associação entre os domicílios localizados na base da ESF e as variáveis independentes examinadas através de modelos de regressão logística.

As variáveis independentes avaliadas através dos modelos de regressão binomial estão no Quadro 7 apresentado a seguir:

**Quadro 7. Variáveis independentes analisadas através de modelos de Regressão Binomial simples.**

Variável	Categorias
Formas de obtenção do domicílio	Próprio, Posse, alugado
Criança (<5anos)	Sim/Não
Idoso (>60 anos)	Sim/Não
Moradores por cômodo	<0.5; 0.5 a 1; 1 a 2; >2
Renda per capita	<R\$300; 300 e 600; 600 e 1000; >R\$1000

Essas variáveis foram selecionadas por apresentarem na análise exploratória algum indício de associação com o cadastro das famílias na ESF.

Analisou-se a proporção de domicílios cobertos pelo SIAB no território de Manguinhos subdividido nas áreas estudadas pelo inquérito conforme classificação apresentada no quadro 8:

**Quadro 8 : Comunidades pertencentes ao território de Manguinhos**

<b>Áreas Manguinhos</b>	<b>Comunidades</b>
Área 1	Amorim, Parque Oswaldo Cruz (POC) e Monsenhor Brito
Área 2	Varginha, Nelson Mandela, Samora Machel, Embratel prédios, Embratel Terrenos.
Área 3	Comunidade Agrícola de Higienópolis, Vila São Pedro
Área 4	Vila Turismo, Parque João Goulart, Conjunto Habitacional Provisório 2 (CHP2).
Área 5	Desup, Vila União e Ex-combatentes.

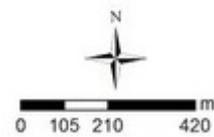
As análises foram conduzidas no pacote estatístico R versão 3.2.3 (R CORE TEAM, 2015).

**Figura 2 - Delimitação das microáreas utilizadas pelo Inquérito de Manguinhos e agregadas em grandes áreas. Núcleo de Geoprocessamento ICICT/FIOCRUZ. Produção Júlia Peixoto (Outubro 2014)**



**Legenda:**

-  Micro áreas Inquérito
-  Área não contemplada pelo Inquérito
-  FIOCRUZ
- Grande áreas TEIAS**
-  1
-  2
-  3
-  4
-  5



## **6 RESULTADOS**

### **6.1 DESCRIÇÃO GERAL DO INQUÉRITO DE SAÚDE: Análise do Cadastramento Auto-Referido**

A partir da aplicação do questionário familiar, obteve-se informações relevantes de 2918 moradores que residiam em Manguinhos no ano de 2012, e que estão sintetizadas na tabela 1. A faixa etária de 18 a 59 anos é predominante entre homens (59.3%) e mulheres (60.1%). Quanto ao grau de instrução homens (47.3%) e mulheres (46%) têm entre 1 e 7 anos de estudo.

Na Tabela 1 encontram-se as proporções relativas ao perfil social dos moradores de Manguinhos participantes do Inquérito de Saúde.

**TABELA 1 - Número e percentual de indivíduos por sexo, segundo informações do questionário familiar. Manguinhos, 2012.**

Variável	Categorias	Homens	%	Mulheres	%	Total	%
Total		1350	46,3	1568	53,7	2918	
Grupo etário	0 a 4 anos	120	8,9	115	7,3	235	8,1
	5 a 17 anos	337	24,9	341	21,7	678	23,2
	18 a 59 anos	800	59,3	942	60,1	1742	59,6
	>60	93	6,9	170	10,8	263	9,1
Grau de instrução	< 1 ano	52	4,2	75	5,2	127	4,9
	1 a 3 anos	195	15,9	220	15,1	415	16,1
	4 a 7 anos	386	31,4	450	30,9	836	32,5
	Fundamental	241	19,6	281	19,3	522	20,3
	Médio	275	22,3	333	22,9	608	23,6
	Superior	27	2,2	41	2,8	68	2,6
Trabalha*	Não	517	42,8	837	58,7	1354	51,4
	Sim	691	57,2	588	41,3	1279	48,6

\*Questão só respondida por maiores de 6 anos de idade

Na Tabela 2 apresenta-se um panorama sobre a situação do cadastramento e a atuação da ESF no território de Manguinhos. Sobre o acesso aos serviços de saúde, 69% das famílias entrevistadas estavam cadastradas na ESF, entretanto, cerca de 23% destes domicílios informaram receber a visita mensal do ACS, e 71% destes cadastramentos ocorreram cerca de um 1 ano antes da realização desta pesquisa.

**TABELA 2 - Número e percentual de domicílios segundo domicílios cadastrados na ESF. Manguinhos, 2012.**

<b>Variável</b>	<b>Categorias</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Cadastro ESF	Não	291	30,5
	Sim	664	69,5
Frequência visita ACS	Mensal	155	23,3
	Bimensal	72	10,8
	2 a 4x por ano	108	16,3
	Anual	80	12,1
	Nunca	157	23,6
	Morador ausante	66	9,9
	Não sabe	26	3,9
Tempo de cadastro	< 2 meses	26	3,9
	2 a 6 meses	48	7,2
	6 a 12 meses	100	15,1
	> 1 ano	472	71,1
	Não sabe	18	2,7

O restante da descrição será feita comparando cadastrados e não cadastrados na ESF, segundo resposta do inquérito. Entre as questões sobre condições do domicílio, o inquérito adquiriu informações de 955 domicílios que foram visitados pelos entrevistadores. Na Tabela 3 apresenta-se a relação destas variáveis com o cadastro destes domicílios na ESF.

Destaca-se que 69% dos domicílios cadastrados são imóveis próprios, e entre os não cadastrados cerca de 34% residem em imóveis alugados. Domicílios com pelo menos um residente beneficiário do bolsa família também estão indicados nesta tabela. Cerca de 15% dos domicílios cadastrados e 8% dos não cadastrados recebem este suporte financeiro do governo federal. Sobre a renda per capita, 32% dos cadastrados têm renda de até R\$300, e

19% dos domicílios não cadastrados recebem mais de R\$1000. A variável moradores por cômodo mostra que 27% dos domicílios cadastrados e 38% dos não cadastrados tem uma relação de 0.5; e 4,5% dos cadastrados e 2,8% dos não cadastrados tem uma relação de maior que 2 desta mesma variável.

Aspectos demográficos considerados prioritários para a ESF foram apresentados nesta mesma tabela, como a presença de crianças menores de 5 anos, indicada por 23% dos domicílios cadastrados e 16% dos não cadastrados na ESF. Já a presença de idosos (> 60 anos) foi observada em 25% dos domicílios cadastrados e 14% dos não cadastrados.

Por fim, o uso de plano de saúde foi relatado por 23 % dos entrevistados, que utilizam-no para garantir acesso a rede privada de serviços de saúde.

**TABELA 3 - Número e percentual de domicílios segundo domicílios por situação de cadastro e aspectos demográficos. Manguinhos, 2012.**

Variável	Categorias	Cadastrados	%	Não Cadastrados	%	Total	% Total
<b>Total</b>		<b>664</b>	<b>69,5</b>	<b>291</b>	<b>30,5</b>	<b>955</b>	
Condição de pagamento**	Alugado	149	22,4	100	34,4	249	26,1
	Posse	51	7,7	11	3,8	62	6,5
	Próprio	464	69,9	180	61,8	644	67,4
Filtra água	Não	226	34,1	105	36,1	331	34,7
	Sim	438	65,9	186	63,9	624	65,3
Compra água (galão)	Não	544	81,9	230	79,1	774	81,0
	Sim	120	18,1	61	20,9	181	19,0
Coleta regular lixo	Não	338	50,9	157	53,9	495	51,8
	Sim	326	49,1	134	46,1	460	48,2
Possui computador	Não	346	52,1	153	52,6	499	52,3
	Sim	318	47,9	138	47,4	456	47,7
Internet no domicílio	Não	71	22,3	29	21,1	100	10,5
	Sim	247	77,7	109	78,9	356	37,3
Possui carro**	Não	572	86,1	235	80,8	807	84,5
	Sim	92	13,9	56	19,2	148	15,5
Criança < 5 anos*	Não	510	76,8	243	83,5	753	78,8
	Sim	154	23,2	48	16,5	202	21,2
Idoso > 60 anos**	Não	492	74,1	249	85,6	741	77,6
	Sim	172	25,9	42	14,4	214	22,4
Insegurança alimentar**	Não	419	63,1	205	70,4	624	65,3
	Sim	245	36,9	86	29,6	331	34,7
Bolsa família**	Não	477	84,9	205	91,5	682	71,4
	Sim	85	15,1	19	8,5	104	10,9
Plano de saúde	Não	517	77,9	217	74,6	734	76,9
	Sim	147	22,1	74	25,4	221	23,1
Renda per capita**	Até R\$300	185	32,9	44	19,3	228	23,9
	Entre R\$300 e 600	190	33,7	75	32,9	265	27,7
	Entre R\$600 e 1000	143	25,4	65	28,5	208	21,8
	Mais de R\$1000	45	7,9	44	19,2	89	9,3
Morador por cômodo**	Até 0.5	183	27,6	112	38,6	295	30,9
	0.5 a 1	320	48,2	133	45,9	453	47,4
	1 a 2	131	19,7	37	12,7	168	17,6
	Mais de 2	30	4,5	8	2,8	38	4,0

\*\*0,05 < p < 0,1\*

Dos domicílios participantes do Inquérito, 822 indivíduos foram sorteados e aceitaram participar do questionário individual sobre as condições de saúde e o desempenho do serviço de saúde. Na Tabela 4 observa-se que a maior parte declarou não ser de raça branca (66,0%), ser solteiro (55%), ter auto avaliação de saúde boa (54%). Destes indivíduos, 22% afirmaram ter recebido diagnóstico de hipertensão e 5% de diabetes.

**TABELA 4 - Número e percentual de indivíduos por sexo, segundo variáveis selecionadas do questionário individual. Manguinhos, 2012.**

Variável	Categorias	Homens	%	Mulheres	%	Total
<b>Total</b>		<b>437</b>	<b>49,5</b>	<b>445</b>	<b>50,5</b>	<b>882</b>
Estado civil	Casado	163	37,3	129	28,9	292
	Separado	20	4,6	25	5,6	45
	Solteiro	243	55,6	248	55,7	491
	Viúvo	11	2,5	43	9,7	54
	Amarela	8	1,8	16	3,6	24
Raça/cor	Branca	148	33,9	147	33	295
	Indígena	2	0,5	2	0,4	4
	Parda	209	47,8	199	44,7	408
	Preta	70	16	81	18,2	151
Auto avaliação de saúde	Muito boa	73	16,7	36	8,1	109
	Boa	239	54,7	241	54,2	480
	Regular	104	23,8	137	30,8	241
	Ruim	12	2,7	23	5,2	35
	Muito ruim	9	2	8	1,8	17
Hipertensão	Não	355	81,2	331	74,4	686
	Sim	82	18,8	114	25,6	196
Diabetes	Não	422	96,6	415	93,3	837
	Sim	15	3,4	30	6,7	45

O resultado das regressões simples apresentado na tabela 5, utilizando como categoria de referência a variável dependente “Estar cadastrado na

ESF”, apresenta em **negrito** as associações significativas. Variáveis que indicam pior situação socioeconômica, como famílias que não possuem carro; têm menor renda per capita, uma quantidade maior de moradores por cômodo, e residem em imóvel próprio ou posse, têm uma maior chance de estar cadastrados na ESF.

**Tabela 5 - Variáveis associadas e regressão simples relacionadas a informação de cadastramento na ESF.**

<b>Variável (Categoria de referência)</b>	<b>Cadastrado OR (IC 95%)</b>
Condição de pagamento (Aluguel)	
Próprio	<b>1,73 (1,27- 2,35)</b>
Posse	<b>3,11 (1,55- 6,26)</b>
Filtrar água (Não)	
Sim	1,09 (0,82- 1,46)
Compra água (Não)	
Sim	0,83 (0,59- 1,17)
Coleta regular lixo (Não)	
Sim	1,13 (0,86-1,49)
Computador no domicílio (Não)	
Sim	1,01 ( 0,77- 1,34)
Acesso a internet (Não)	
Sim	1,08 (0,57- 1,51)
Possui carro (Sim)	
Não	<b>1,48 (1,03- 2,14)</b>
Plano de saúde (Não)	
Sim	0,83 (0,61- 1,15)
Insegurança alimentar (Não)	
Sim	<b>1,39 (1,04- 1,87)</b>
Bolsa família (Sim)	
Não	<b>1,92 ( 1,14- 3,25)</b>
Criança < 5 anos (Não)	
Sim	<b>1,45 (1,07-1,95)</b>
Idoso > 60 anos (Não)	
Sim	<b>1,8 (1,43-2,43)</b>
Renda per capita (>R\$1000)	
Até R\$ 300	<b>4,11 (2,42- 6,98)</b>
Entre R\$ 300 e 600	<b>2,47 (1,51- 4,06)</b>
Entre R\$ 600 e 1000	<b>2,15 (1,29- 3,58)</b>
Morador por cômodo (até 0.5)	
Entre 0.5 e 1	<b>1,47 (1,08- 2,01)</b>
Entre 1 e 2	<b>2,17 (1,40- 3,35)</b>
Entre 2 e 8	<b>2,29 (1,02- 5,18)</b>
Ensino médio (Não)	
Sim	0,92 (0,69- 1,21)
Ensino superior (Não)	
Sim	0,74 (0,42- 1,29)

Foram construídos modelos múltiplos de regressão a partir das variáveis independentes que apresentaram significância estatística de 5% nas regressões simples. Excluiu-se a variável insegurança alimentar pois observou-se que somente uma pergunta não era capaz de mensurar e analisar adequadamente esta questão. Na Tabela 6 encontra-se o resultado dos modelos múltiplos construídos em etapas, levando em consideração os critérios adotados para inclusão de variáveis.

**Tabela 6. Variáveis associadas e regressões múltiplas relacionadas a informação de cadastramento na ESF.**

Variável	Sociais e Econômicas		Domiciliar		Demográfica	
(Categoria de referência)	OR	IC	OR	IC	OR	IC
Bolsa família (Sim)						
Não	1,37	0,79-2,39	1,33	0,75- 2,36	1,59	0,89-2,73
Renda per capita (>R\$1000)						
Até R\$300	3,82	<b>2,19- 6,64</b>	3,61	<b>1,95- 6,69</b>	4,14	<b>2,31-7,43</b>
Entre R\$300 e 600	2,34	<b>1,42- 3,86</b>	2,39	<b>1,40-4,09</b>	2,61	<b>1,55- 4,39</b>
Entre R\$600 e 1000	2,14	<b>1,28- 3,58</b>	2,25	<b>1,33- 3,81</b>	2,26	<b>1,33-3,86</b>
Possui carro (Não)						
Sim	1,34	0,89- 2,02				
Condição de pagamento (Aluguel)						
Próprio			1,95	<b>1,37- 2,79</b>	1,65	<b>1,15-2,38</b>
Posse			2,99	<b>1,36- 6,58</b>	2,89	<b>1,32- 6,35</b>
Morador por cômodo (até 0.5)						
Entre 0.5 e 1			1,09	0,74- 1,60		
Entre 1 e 2			1,42	0,81- 2,52		
Entre 2 e 8			1,51	0,55- 4,09		
Criança < 5 anos (Não)						
Sim					1,25	0,87- 1,78
Idoso > 60 anos (Não)						
Sim					1,98	<b>1,39- 2,81</b>
AIC	916,73		903,22		891,22	

No modelo selecionado, optou-se por excluir todas as variáveis não significativas, incluindo neste grupo a variável bolsa família, pois esta, apresenta-se vinculada diretamente com outro indicador socioeconômico, a variável Renda per capita, bem como o número de moradores por cômodo. Na Tabela 7 apresenta-se as variáveis do modelo final, lembrando que a categoria de referência da variável dependente foi “Não estar cadastrado na ESF”.

Observou-se que domicílios que possuíam uma renda per capita mensal menor ou igual a R\$300 apresentavam 4 vezes mais chance de estarem cadastrados na ESF. Os resultados do modelo demonstram que conforme ocorre um aumento desta renda per capita mensal a chance de estar cadastrado

reduz pela metade. E, famílias entrevistadas que tenham em sua composição idosos, e residam em domicílios próprios ou posse têm mais chance de estarem cadastrados na ESF se comparados as famílias que residem em domicílios alugados ou moradias temporárias.

**Tabela 7 - Modelo Final de regressão logística múltiplo dos fatores associados a situação de cadastro na ESF de Manginhos, RJ, 2012.**

<b>Variáveis (Categoria de referência)</b>	<b>OR</b>	<b>IC</b>
Renda per capita (>R\$1000)		
Até R\$300	4,44	2,51-7,89
Entre R\$300 e 600	2,71	1,61- 4,55
Entre R\$600 e 1000	2,27	1,34- 3,86
Condição de pagamento (Aluguel)		
Próprio	1,64	1,14- 2,36
Posse	2,89	1,29- 6,22
Idoso > 60 anos (Não)		
Sim	1,95	1,37- 2,76

## 6.2 RESULTADOS LINKAGE

A única forma de relacionar os dados do inquérito com os dados do SIAB foi utilizando o nome completo e o ano de nascimento do entrevistado, variáveis disponíveis no banco de dados individuais do sistema.

No SIAB os indivíduos assistidos são identificados no sistema por meio do código do prontuário, que não se relaciona diretamente ao domicílio. Por isso, foi necessário criar um código identificador unívoco para unir as diferentes bases do próprio SIAB. Este identificador foi composto por três diferentes códigos: área, microárea e família.

A identificação manual dos pares identificou um total de 20 registros domiciliares para indivíduos com o mesmo nome e ano de nascimento, mas com números de prontuários diferentes. Optou-se por excluir estes registros pois não foi possível identificar com precisão qual o morador que de fato residia nestes domicílios. Em virtude da falta de informações mais precisas sobre a data de nascimento no inquérito, só utilizou-se o ano de nascimento obtido a partir da idade, com margem de erro de um ano para mais ou para menos. Um total de 596 registros foram linkados, ou seja, 62,4% dos 955 domicílios entrevistados conforme apresentado na tabela 8. Ressalta-se que cerca de 18% dos domicílios não informam ser cadastrados e nem foram linkados, são os indivíduos que quase certamente não são assistidos na ESF. Por outro lado, em 50% dos domicílios, as duas fontes de informação coincidem, indicando que estes estão de fato cobertos. Supondo que os 20 indivíduos duplicados eram assistidos pela ESF, este valor passa para 69,4%.

Preocupa o fato de que 32% dos domicílios apresentaram-se discordantes a respeito do cadastramento na ESF, sugerindo que a questão aplicada no inquérito pode não ter sido suficientemente testada e necessitar de adequações, ou ainda, a falta de atualização dos dados da Ficha A pode ocasionar este problema.

### **Tabela 8 - Relação entre o Cadastro na ESF com o Linkage do SIAB**

Variáveis	Linkage SIAB					
	Cadastro ESF (Inquérito)	Sim	%	Não	%	Total
Sim		474	<b>49,6</b>	190	19,9	664
Não		122	12,8	169	<b>17,7</b>	291
Total		596		359		955

Na tabela 9 compara-se a cobertura da ESF, auto-referida e por linkage, nas diferentes áreas que compõem o território de Manguinhos. Observa-se que a maior diferença está presente nas Áreas 2 e 5 onde 75 e 81% dos entrevistados pelo inquérito informaram estar cadastrados, mas com o Linkage do SIAB este valor passou para 58 e 69% dos domicílios respectivamente. Ressalta-se que a Área 2 sofreu intensas mudanças na sua composição e a Área 5 apresenta domicílios construídos recentemente.

**Tabela 9 - Número e percentual de domicílios segundo áreas do território de Manguinhos de acordo com a cobertura auto-referida e cobertura objetiva (linkage).**

Áreas	Cobertura Auto referida				Cobertura Objetiva			
	Sim	%	Não	%	Sim	%	Não	%
<b>Área 1</b>	98	67,1	48	32,9	103	70,5	43	29,5
<b>Área 2</b>	224	75,4	73	24,6	173	58,2	124	41,8
<b>Área 3</b>	60	58,8	42	41,2	63	61,7	39	38,3
<b>Área 4</b>	193	64,3	107	35,7	182	60,7	118	39,3
<b>Área 5</b>	88	81,5	20	18,5	75	69,4	33	30,6
Total	663	69,6	290	30,4	596	62,5	357	37,5

\* Dois domicílios não possuíam identificação da área

Área 1 - Amorim, Parque Oswaldo Cruz (POC), Monsenhor Brito

Área 2 - Varginha, Nelson Mandela, Samora Machel, Embratel prédios, Embratel Terrenos.

Área 3 - Comunidade Agrícola de Higienópolis, Vila São Pedro.

Área 4 - Parque João Goulart, Conjunto Habitacional Provisório 2 (CHP2), Vila Turismo.

Área 5 - Desup, Vila União e Ex-combatentes.

Ao comparar a concordância entre cadastro ESF e Linkage SIAB pelas grandes áreas do inquérito, conforme apresentado na tabela 10, constatou-se na Área 2 um percentual maior (24,6%) de domicílios que responderam estar cadastrados na ESF, mas não foram identificados no banco de dados do SIAB. E na área 3, 19,6% dos domicílios informaram no inquérito não estar cadastrado na ESF e foram localizados no banco do SIAB.

**Tabela 10 - Percentual de domicílios relacionados entre as variáveis Cadastro ESF e Linkage SIAB segundo as Grandes áreas do Inquérito.**

Grandes áreas		Área 1	Área 2	Área 3	Área 4	Área 5
ESF cadastro	Linkage SIAB					
<b>Não</b>	<b>Não</b>	15,1	17,2	21,6	20,3	11,1
	<b>Sim</b>	17,8	7,4	19,6	15,3	7,4
<b>Sim</b>	<b>Não</b>	14,4	24,6	16,6	19	19,4
	<b>Sim</b>	52,7	50,8	42,2	45,3	62,1

\* Dois domicílios não possuíam identificação da área

Área 1 - Amorim, Parque Oswaldo Cruz (POC), Monsenhor Brito

Área 2 - Varginha, Nelson Mandela, Samora Machel, Embratel prédios, Embratel Terrenos.

Área 3 - Comunidade Agrícola de Higienópolis, Vila São Pedro.

Área 4 - Parque João Goulart, Conjunto Habitacional Provisório 2 (CHP2), Vila Turismo.

Área 5 - Desup, Vila União e Ex-combatentes.

A mesma comparação foi realizada utilizando-se a variável renda per capita, que se mostrou significativa no modelo de regressão apresentado anteriormente. Na tabela 11, observa-se um maior percentual de discordância

(26,2%) entre os domicílios com renda per capita até R\$300 que informaram estar cadastrados, mas não foram identificados no banco de dados do SIAB.

**Tabela 11 - Percentual de domicílios relacionados entre as variáveis Cadastro ESF e Linkage SIAB segundo renda per capita.**

		Até 300	300-600	600-1000	1000-6000
<b>ESF cadastro</b>	<b>Não</b>				
	<b>Sim</b>				
<b>Linkage SIAB</b>	<b>Não</b>	12,6	36	12,8	15,8
	<b>Sim</b>	6,6	13,5		15,4
<b>ESF cadastro</b>	<b>Não</b>	26,2	6,7	22,3	18,3
	<b>Sim</b>	54,6	43,8	49,4	50,5

É muito possível que as questões mais amplas sobre renda não recebam a atenção devida pelos ACS. Fortalece esta hipótese o não preenchimento de variáveis não obrigatórias que dizem respeito a aspectos socioeconômicos.

Avaliando a completude do SIAB dos registros linkados, observou-se que os dois indicadores avaliados, apresentaram um percentual de não preenchimento de aproximadamente 7%, conforme apresentado na Tabela 12.

**Tabela 12 - Número e percentual de domicílios com não preenchimento de variáveis selecionadas da Ficha A do SIAB.**

<b>Não preenchimento SIAB</b>		
Variáveis	N	%
Número de cômodos	2755	7,1
Alfabetização	2496	6,4

Total de registros: 38956 domicílios registrados no SIAB.

Para avaliar a concordância, os indicadores presentes nas duas fontes de dados analisadas estão apresentados na tabela 13. Embora 92% concordaram na resposta sobre domicílio construído em alvenaria e 91% sobre a rede de abastecimento de água, 45 domicílios não concordaram nestas questões, que podem ser preenchidas pelos ACS diretamente pela visualização da residência.

Analisando a categoria “Outros” das variáveis Rede de abastecimento de água e forma de construção do domicílio, segundo as grandes áreas do inquérito não se observou qualquer padrão. Pode-se supor que são os mesmos profissionais que cometem estas falhas e preenchem equivocadamente estas variáveis. Cabe lembrar que o momento de preenchimento destas informações na Ficha A pode ter sido muito anterior a realização do inquérito de saúde.

Pode-se dizer que nenhuma das variáveis analisadas obteve uma concordância razoável segundo a estatística de teste (Kappa). A variável coleta regular de lixo apresentou uma concordância reduzida (<50%) que pode estar relacionada a constante variação da forma de destinar os resíduos da residência, dependente das ações do Estado. Além disso a definição das categorias de coleta de lixo é problemática pois entende-se como de caráter público tanto a coleta regular porta a porta como a destinação em caçambas e outros pontos pré definidos pelo Estado. Outra variável com reduzido percentual de concordância foi o uso da filtração para tratamento da água utilizada para beber. Esta pode apresentar uma velocidade de mudança muito

intensa, uma vez que outras formas de adquirir água podem ser adotadas pelas famílias, por exemplo comprar água mineral de galão, e esta resposta não se apresenta como opção na Ficha A do SIAB.

**Tabela 13 - Proporção de respostas concordantes nas questões análogas do SIAB e Inquérito de Saúde.**

Variáveis	Linkage Base de dados				Kappa	Não Linkados
<b>Tipo de domicílio (SIAB)</b>						
<b>Parede do domicílio (Inquérito)</b>	Alvenaria	%	Outros	%	0	
	Alvenaria	526	<b>92,1</b>	45	7,89	383
	Outros	0	0	0	<b>0</b>	1
<b>Fonte de água (SIAB)</b>						
<b>Fonte de água (Inquérito)</b>	Cedae	%	Outros	%	-0,01303	
	Cedae	522	<b>91,4</b>	45	7,9	377
	Outros	4	0,7	0	<b>0</b>	7
<b>Coleta de lixo (SIAB)</b>						
<b>Coleta de Lixo (Inquérito)</b>	Não	%	Sim	%	0,0452	
	Não	37	<b>6,47</b>	275	48,2	178
	Sim	29	5,1	230	<b>40,3</b>	206
<b>Filtra água (SIAB)</b>						
<b>Filtra água (Inquérito)</b>	Não	%	Sim	%	0,17624	
	Não	65	<b>11,4</b>	124	21,7	142
	Sim	69	12,1	313	<b>54,8</b>	242

Na tabela 14, são apresentadas as variáveis domiciliares comparadas entre os domicílios linkados e não linkados no SIAB, ou seja, a cobertura por linkage analisada: destaca-se que 69% dos domicílios linkados são imóveis próprios, e entre os não cadastrados cerca de 30% residem em imóveis alugados. Cerca de 10% dos domicílios linkados e 12% dos não linkados recebem bolsa família. Sobre a renda per capita, 23% dos domicílios linkados têm renda de até R\$300 e 10% dos domicílios não linkados recebem mais de R\$1000.

Aspectos demográficos considerados prioritários para a ESF foram apresentados nesta mesma tabela, como a presença de crianças menores de 5 anos, não mostrando diferenças entre linkados e não linkados. Já a presença de idosos (> 60 anos) foi observada em 26% dos domicílios linkados. Por fim , o uso de plano de saúde foi relatado por 23 %, que utilizam-no para garantir acesso a rede privada de serviços de saúde.

**Tabela 14 - Número e percentual de domicílios segundo linkage do SIAB por variáveis extraídas do Questionário domiciliar.**

Variável	Categorias	Linkados	%	Não Linkados	%	Total	% Total
<b>Total</b>		<b>596</b>	<b>62,4</b>	<b>359</b>	<b>37,6</b>	<b>955</b>	
Condição de pagamento*	Alugado	140	23,5	109	30,4	249	26,1
	Posse	41	6,9	21	5,8	62	6,5
	Próprio	415	69,6	229	63,8	644	67,4
Filtra água	Não	195	32,7	136	37,9	331	34,7
	Sim	401	67,3	223	62,1	624	65,3
Compra água (galão)	Não	483	81,1	291	81,1	774	81,0
	Sim	113	18,9	68	18,9	181	19,0
Coleta regular lixo	Não	304	51,1	191	53,2	495	51,8
	Sim	292	48,9	168	46,8	460	48,2
Possui computador	Não	307	51,5	192	53,5	499	52,3
	Sim	289	48,5	167	46,5	456	47,7
Internet no domicílio	Não	63	10,6	37	10,3	100	10,5
	Sim	226	37,9	130	36,2	356	37,3
Possui carro	Não	502	84,2	305	85,0	807	84,5
	Sim	94	15,8	54	15,0	148	15,5
Criança < 5 anos	Não	470	78,9	283	78,8	753	78,8
	Sim	126	21,1	76	21,2	202	21,2
Idoso > 60 anos **	Não	436	73,2	305	85,0	741	77,6
	Sim	160	26,8	54	15,0	214	22,4
Insegurança alimentar	Não	396	66,4	228	63,5	624	65,3
	Sim	200	33,6	131	36,5	331	34,7
Bolsa família	Não	436	73,2	246	68,5	682	71,4
	Sim	61	10,2	43	12,0	104	10,9
Plano de saúde*	Não	447	75	287	79,9	734	76,9
	Sim	149	25	72	20,1	221	23,1
Renda per capita	Até R\$300	140	23,5	89	24,8	229	24,0
	Entre R\$300 e 600	172	28,8	93	25,9	265	27,7
	Entre R\$600 e 1000	137	22,9	71	19,8	208	21,8
	Mais de R\$1000	51	8,6	38	10,6	89	9,3
Morador por cômodo**	Até 0.5	180	30,2	115	32,0	295	30,9
	0.5 a 1	279	46,8	174	48,5	453	47,4
	1 a 2	118	19,8	50	13,9	168	17,6
	Mais de 2	18	3,2	20	5,6	38	4,0

\*\*0,05<p<0,1\*

Na tabela 15 são apresentados os resultados da regressão utilizando-se as informações referentes aos domicílios entrevistados pelo inquérito que

estavam presentes no SIAB. As variáveis selecionadas foram significativas no teste Qui Quadrado.

A probabilidade de estar linkado é maior para famílias que residem em domicílios próprios e possuam idosos na sua composição. Relacionou-se estas variáveis, com os domicílios entrevistados pelo inquérito que, de fato, estavam presentes no SIAB. Observa-se que a variável renda per capita deixou de ser significativa quando associada a esses domicílios linkados, porém, as outras variáveis mantiveram uma resposta semelhante.

**Tabela 15- Modelos de regressão simples com as variáveis selecionadas do Inquérito, Manguinhos 2012**

<b>Variáveis (Categorias de referência)</b>	<b>Linkados OR</b>	<b>IC</b>
Renda per capita (>R\$1000)		
Até R\$300	0,98	(0,31-3,10)
Entre R\$300 e 600	1,16	(0,37-3,64)
Entre R\$600 e 1000	1,21	(0,38-3,82)
Condição de pagamento (Aluguel)		
Próprio	1,41	(1,05-1,41)
Posse	<b>1,52</b>	<b>(0,85-2,72)</b>
Morador por cômodo (até 0.5)		
Entre 0.5 e 1	1,02	(0,76-1,38)
Entre 1 e 2	<b>1,51</b>	<b>(1,01-2,26)</b>
Entre 2 e 8	0,58	(0,29-1,13)
Idoso > 60 anos (Não)		
Sim	<b>1,74</b>	<b>(1,33-2,28)</b>
Criança < 5 anos (Não)		
Sim	0,97	(0,75-1,26)

## **DESDOBRAMENTOS DO TRABALHO**

Com o intuito de melhor avaliar os resultados observados nesta análise do SIAB, alguns indicadores de avaliação do próprio preenchimento deste sistema de informações, utilizado pelo serviço de saúde na rotina, e trabalhado nos espaços de educação permanente foram discutidos com os profissionais de saúde através de oficinas de trabalho.

A oficina intitulada “(Re)qualificação do processo de trabalho dos ACS no cadastramento pela Ficha A”, realizada em Setembro de 2013, teve como objetivo refletir e discutir sobre o processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) atuante no território de Manguinhos.

Esta atividade foi dividida em quatro etapas: a primeira parte destinou-se a uma dinâmica que propiciasse uma rápida reflexão sobre o uso e disseminação de informação utilizando os diversos meios de comunicação, e que pudesse favorecer a integração dos participantes; na segunda etapa foi elaborada uma simulação do processo de cadastramento de uma família/domicílio utilizando como instrumento a Ficha A, a fim de identificar as facilidades e dificuldades vivenciadas durante o cadastro; no terceiro momento, procurou-se estabelecer os conceitos e tipologias de famílias de acordo com a opinião dos participantes da oficina; por fim, abriu-se a discussão sobre as variáveis que os ACS tem mais dificuldade e facilidade de obter informação com os moradores. O relatório detalhado sobre esta atividade encontra-se no Apêndice 3.

Ao final da oficina, observou-se a dificuldade que estes profissionais encontram para estabelecer suas prioridades de atuação no serviço. O enfoque dado para as informações pessoais dos moradores como números do CPF (Cadastro de pessoa física), RG (Registro geral) e certidão de nascimento refletem a pressão da gestão por estas informações para relatórios de produtividade e prestação de contas, enquanto outras variáveis associadas as condições de vida e saúde das famílias permanecem em segundo plano.

Os ACS não conseguiram identificar quais variáveis, presentes na Ficha A, devem ser consideradas prioritárias para a execução de suas próprias atividades e de sua equipe. Nem observaram a importância do preenchimento adequado destas variáveis para o planejamento das suas ações de trabalho, uma vez que, estão distanciados do processo decisório.

## 7 DISCUSSÃO

Não foram localizados outros artigos que avaliassem a cobertura, a qualidade do registro utilizando dados populacionais e o sistema de informação do SIAB. O foco de alguns autores está no serviço de saúde, os profissionais que atuam neste e a gestão que necessita de informações para seu planejamento e tomada de decisões. E, mantêm em segundo plano o papel fundamental que os indivíduos que buscam e utilizam o serviço de saúde, sua interação com o ambiente onde residem e onde estão instalados os espaços de saúde que podem influenciar o acesso e cobertura da ESF (LINHARES; LIRA; ALBUQUERQUE, 2014; MEDINA; ROSANA E AQUINO; ANDRÉ LUIS, 2000; NEVES; MONTENEGRO; BITTENCOURT, 2014; FAUSTO et al., 2014).

Os instrumentos de avaliação disponibilizados por meio do PMAQ-AB, Quali-AB e PCATool são os mais utilizados e discutidos pelos especialistas (CASTANHEIRA et al., 2011; ILVA; FRACOLLI, 2014; MEDINA; ROSANA E AQUINO; ANDRÉ LUIS, 2000). O foco de outros autores é a avaliação por parte dos usuários do serviço utilizando-se os mesmos instrumentos disponibilizados (SILVA; FRACOLLI, 2014; CAMPOS et al., 2014).

## **7.1 A ATENÇÃO PRIMÁRIA E SUA RELAÇÃO COM ACESSO E COBERTURA NA ESF**

O que mais chama atenção nesta tese é a cobertura da ESF abaixo da expectativa de gestores e profissionais. No mínimo, 18% dos domicílios no território de Manguinhos não estão inseridos na ESF. Para realmente conseguir avaliar o alcance da ESF é necessário captar o olhar da população que reside no território adscrito. Baseado neste projeto, a coordenação do inquérito desenvolveu um livro já aceito para publicação onde são abordadas as metodologias necessárias para o desenvolvimento de um inquérito de saúde neste contexto (CARVALHO et al., 2016).

Sobre a cobertura do cadastramento, esta se insere na prática da atenção primária, entretanto, há divergências quanto ao significado da universalidade desejada e o escopo da estratégia da atenção primária aplicada na prática. Este serviço de saúde é universal, porém, ninguém é obrigado a ter um cadastro e ser atendido na ESF. O SUS pode ser acessado de diferentes maneiras, por meio das campanhas de vacinação, acesso a medicamentos para tuberculose e HIV/AIDS. Existe ainda uma tensão no modelo do SUS que permite e incentiva os seguros privados de saúde, segmentando a população em cidadã e consumidora, e a ideia que esta faz do serviço público. (OPAS, 2005; GIOVANELLA; STEGMÜLLER, 2014; VÁZQUEZ et al., 2012; PAIM et al., 2011; CONILL; FAUSTO; GIOVANELLA, 2010; PEREIRA et al., 2012).

A ESF como política do SUS visa atender todos os brasileiros, respeitando a constituição de 1988 e definida pela Lei orgânica da saúde (BRASIL, 2011b).

Entretanto, o Estado Brasileiro é frequentemente acusado de não ser um bom gestor (DE PAULA, 2005). Os frequentes artigos na mídia sobre hospitais superlotados, filas para conseguir agendar uma consulta médica ou exame complementar, falta de profissionais entre outros problemas reforçam este sentimento de desconfiança.

Ao final da década de 80, antes da implantação do SUS, os cuidados de saúde da população brasileira eram responsabilidade do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Os serviços eram acessados por um público restrito previamente selecionado, especificamente classes de trabalhadores formais. Com o SUS, e o conceito de acesso universal ocorreu uma abertura destes equipamentos de saúde, sem uma preocupação de ampliação destas estruturas para dar conta da nova demanda e uma utilização maciça dos serviços (PONTES et al., 2009). Dessa forma, a imagem criada para grande parcela da população é que somente indivíduos realmente pobres precisam dos serviços fornecidos e garantidos pelo Estado. E, os indivíduos que podem pagar devem fazê-lo pois não confiam e temem pela qualidade e continuidade desta prestação de serviços. Apesar disso, o tratamento de doenças crônicas que requerem equipamentos de alta complexidade são referência para os usuários do SUS.

Um aspecto deste trabalho diz respeito a demanda e utilização dos serviços de saúde, que para CAMPOS. (1993); CAMPOS et al. (2004), é um dos objetivos para o uso de inquéritos de saúde, associado ao diagnóstico das condições de vida e estudos de prevalência (CARVALHO et al.,2016). A grande vantagem dos inquéritos é ser dirigido aqueles que não tiveram contato com o

sistema de saúde ou aqueles cujo contato foi irregular, permitindo detectar as necessidades invisíveis (WHITE, 1985; NORDBERG, 1988). Raras pesquisas conseguem alcançar os moradores que não são cobertos pela ESF. Logo, um estudo que consegue avaliar a cobertura da atenção primária no território de Manguinhos, adquirindo informações relevantes sobre entrevistados que não tiveram contato com o serviço de saúde pode auxiliar o serviço de saúde na busca ativa de domicílios vulneráveis e invisíveis para a atenção primária. Cabe buscar dados mais precisos sobre as respostas discordantes identificadas entre as duas bases de dados.

Entre as dificuldades de relacionar as informações obtidas com um inquérito populacional e os dados oriundos de um sistema de informação como o SIAB está na ausência de campos comuns entre as bases, falhas na atualização e o processo do linkage propriamente dito.

A pergunta utilizada para identificar os domicílios cadastrados na ESF, embora tenha sido utilizada em outras pesquisas, pareceu de difícil compreensão e pode ter induzido a respostas equivocadas (ESCOREL et al., 2007; ESCOREL et al., 2005). Esta questão poderia ter sido formulada de outra maneira, por exemplo perguntando inicialmente se o domicílio recebia a visita do ACS, qual a frequência, entre outras.

Mesmo em uma comunidade carente como Manguinhos, algumas áreas reconhecidas como mais desenvolvidas no território se mostraram resistentes à inserção na ESF. Mesma resistência também foi observada com relação ao

consumo de alimentação oferecida na escola na mesma região, que vem diminuindo na última década (GAMA et al., 2011).

O acesso é um elemento essencial para avaliação da qualidade do atendimento dos serviços de saúde.(QUEIROZ et al., 2007). A simples entrada no serviço é percebida com maior facilidade pelos usuários e influencia a satisfação com o atendimento, determinando a escolha do serviço e estabelecendo, frequentemente, o vínculo expesso pela ampliação e frequência na utilização dos serviços ofertados ou os que vão se incorporando devido à demanda dos usuários ou por necessidades epidemiológicas (SCHWARTZ et al., 2010).

O nível de entendimento e informação da população sobre o SUS e os seus direitos em relação à assistência também influenciam no acesso aos serviços. A falta de informação se coloca em muitas situações como uma estratégia de invisibilidade sobre os direitos dos usuários e deveres do Estado no papel de gestores e trabalhadores de saúde. Assim, a experiência dos sujeitos com os distintos serviços vai depender de muitas variáveis: as informações que agregam e estão disponíveis a ele; a percepção sobre as facilidades e dificuldades para a obtenção de cuidados; a compreensão sobre necessidades de saúde que vão se construindo nos processos saúde doença de usuários e trabalhadores de saúde e, por fim, as formas como irão se estabelecer o vínculo e o acolhimento (TAVARES et al., 2003). Exatamente por conta disso é necessário avaliar junto a população a cobertura real da atenção primária, captando indivíduos excluídos pelo serviço que nem são visualizados e os que são mas não querem ser atendidos.

Com relação aos mais ricos este acesso seletivo se refere a distribuição de benefícios em função do poder de compra do usuário seja pelo desembolso direto ou pelos contratos estabelecidos por seguradoras de saúde, considerados medicina complementar (CAMPOS, 1991; CAMPOS, 1992; FLEURY, 2007; ASSIS, 1998; ASSIS; VILLA; NASCIMENTO, 2003; PASSAMANI et al., 2008). Esses contratos podem estar associados ao vínculo empregatício em trabalhos formais.

Em Manguinhos, cerca de 23% das famílias possuem plano privado de saúde. Este elevado percentual, principalmente em localidades com melhores condições sócio econômicas, concorda com outros estudos onde o gasto médio com planos de saúde foi maior à medida que aumentava a renda das famílias (GARCIA et al., 2015). Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a partir de dados das Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios (PNAD), o percentual de pessoas cobertas por pelo menos um plano de saúde cresceu entre 1998 (24,5%), 2003 (24,6%) e 2008 (26,3%) (IBGE, 2009).

Ainda sobre as condições socioeconômicas das famílias residentes em Manguinhos, a desvantagem no acesso aos serviços não estava relacionada a vulnerabilidade de saúde, contrariando em parte autores como FLEURY. (2007); WHITEHEAD. (2000); BUSS; PELLEGRINI FILHO. (2007); CNDSS. (2008); TRAVASSOS; CASTRO. (2008); TRAVASSOS et al. (2002), que apontam a forte relação entre pobreza e condições de saúde, onde os pobres tendem a adoecer mais e utilizam menos os serviços de saúde, o que tende a agravar ainda mais, as condições de vida deste grupo. Neste estudo, pelo contrário, a

chance de estar cadastrado era maior a medida que a renda per capita diminuía e o número de moradores por cômodo aumentava. Isto não significa que estas famílias cobertas obtenham acesso efetivo, e tenham atendidas todas as necessidades de saúde em tempo oportuno, mas indica que o serviço percebe a existência delas no território. Ressalta-se que se esta cobertura não for adequadamente planejada, persistirão as falhas já reconhecidas pelos usuários e não usuários (DE AZEVEDO; COSTA, 2010;(AZEVEDO, 2007).

O Programa Bolsa Família (PBF) implantado no município do Rio de Janeiro e em Manguinhos, em 2004, procurou oferecer a famílias carentes um auxílio financeiro mediante a contrapartida das crianças frequentarem a escola e as famílias terem acompanhadas suas condicionalidades de saúde (CNDSS, 2008; FERREIRA, 2009). Observamos que a variável Bolsa família se mostrou significativa para o cadastro das famílias na ESF, mas no modelo múltiplo não apresentou os mesmos resultados, justificado, talvez, pela elevada influência da renda per capita. Entretanto, esta informação no inquérito só era obtida caso o respondente aceitasse oferecer informações sobre seus rendimentos detalhados.

A insegurança alimentar é determinada, principalmente pela pobreza e desigualdades de renda e acesso a bens e serviços (CRUZ; MELO NETO, 2014). Esta questão abordada pelo Inquérito de Saúde mostrou-se significativa quando associada ao cadastramento no ESF. Entretanto, ao tratar deste termo, o instrumento utilizou somente uma pergunta validada para avaliar a presença ou ausência deste problema. Segundo CORRÊA. (2007), existe um instrumento de medição direta de segurança alimentar denominado

Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA) já validado no Brasil (SEGALL-CORRÊA; MARIN-LEON, 2009; PEREZ-ESCAMILLA et al., 2004; PANIGASSI et al., 2008; SANTOS; GIGANTE; DOMINGUES, 2010). Este instrumento, utilizado em pesquisas qualitativas e quantitativas, foi originalmente desenvolvido na Universidade Cornell ,e junto a outros projetos de avaliação nutricional de crianças nos Estados Unidos, sofreu uma série de adaptações, gerando a escala que é utilizada pelo censo americano para avaliação de segurança alimentar (BICKEL et al., 2000; RADIMER et al., 1992; WEHLER; SCOTT; ANDERSON, 1992. Dessa maneira, nenhum indicador, isoladamente, consegue dar conta de suas múltiplas dimensões, e por esta razão optou-se por não incluir esta variável no modelo final.

Ao observar o território de Manguinhos, delimitado pelo Inquérito de Saúde por meio de cinco áreas distintas compostas por 16 comunidades com diferenças socioeconômicas e estruturais intra e inter áreas discorda-se da hipótese de homogeneidade proposta por SALA et al. (2004), onde uma área geográfica adstrita à unidade de saúde da família geralmente é tomada como possuindo características homogêneas, por tratar-se de uma parte de um bairro próximo à unidade de saúde. No caso de Manguinhos, a organização do trabalho dirigido a esta comunidade, precisa verificar e atualizar constantemente as informações sobre condições de vida e de saúde dos moradores, estabelecendo, assim, rotinas de trabalho na unidade de saúde e nos domicílios. Por outro lado, OLIVEIRA; TEIXEIRA. (2013) concordam com os resultados desta tese e chamam a atenção para o fato de que os problemas de saúde não se distribuem de forma simétrica no espaço atendido por um serviço de saúde. Ao reconhecer diferenças na situação de vida e saúde destas

famílias, onde se inserem os fatores determinantes do adoecimento e das possibilidades de efetivo acesso ao cuidado em saúde, abrem-se possibilidades mais efetivas de atuação das equipes de saúde.

Ainda sobre o território, 18 a 41% dos domicílios não estão cadastrados na ESF dependendo da área onde estão inseridos. Chama a atenção a certeza de que mais de 20% dos não cadastrados residem em áreas distantes das clínicas da família. A distância da clínica para estas áreas é de cerca de 1,5km, 20 minutos de caminhada, sem a opção de transporte coletivo. Ressalta-se que o Ministério da Saúde não estabelece nenhum limite máximo para esta distância (BILLI; PAI; SPAHLINGER, 2007; HUERTA MUNOZ; KÄLLESTÅL, 2012).

Os resultados também indicam que famílias que residem em imóveis alugados têm menos chance de estar cadastradas na ESF. As contínuas mudanças dentro e fora do território justificadas pela busca por aluguéis menos custosos e em prazos menores atrai famílias e indivíduos que não possuem uma estabilidade financeira. GONÇALVES. (2009) corrobora com este achado ao afirmar que a condição de instabilidade constante diante da necessidade de sobrevivência, necessita de estratégias para buscar alternativas de moradia que atendessem as necessidades com um valor adequado, escapando das obrigações de cidadania. Somado a isso, questões socioculturais também influenciam esta escolha em virtude da proximidade dos familiares e amigos que constituem a rede social. No ano de realização desta pesquisa, algumas políticas de remoção, urbanização e inclusão social estavam sendo conduzidas no território com o financiamento do Estado, e

podem ter influenciado nesta condição de instabilidade. Cita-se como exemplos, o Programa de Aceleração ao Crescimento (PAC) e a Unidade de Polícia Pacificadora (UPP) (BIANCO, 2011; ZANCAN et al., 2011; RIO DE JANEIRO, 2012).

Um dos obstáculos para atingir a cobertura total de um determinado território está na mediação exercida pelos ACS, responsabilizados por um grande número de famílias. Para responder a isso, estabelecem-se prioridades nos serviços de saúde da atenção primária para atender adequadamente a demanda, complementando as ações programáticas com enfoque nas famílias com vulnerabilidade social (PRATI; COUTO; KOLLER, 2009; MENEZES et al., 2012). Um exemplo de priorização ocorre com o uso da escala de risco familiar proposta por Coelho e Savassi (SAVASSI; LAGE; COELHO, 2013).

Esta escala de vulnerabilidade consiste em uma lista de indicadores de risco familiar preestabelecidos aos quais são atribuídas pontuações entre mínima, que corresponde à ausência da sentinela para a avaliação de risco, e máxima, que corresponde à presença da sentinela de risco, conforme mostra o quadro 9

**Quadro.9 - Dados da Ficha A e Escore de Pontuação de Risco segundo Escala de Coelho. (SAVASSI; LAGE; COELHO, 2013).**

<b>Dados da Ficha A do SIAB</b>	<b>Pontuação</b>
<b>Sentinelas para avaliação da situação de risco</b>	
Acamado	3
Deficiência física	3
Deficiência mental	3
Baixas condições de saneamento	3
Desnutrição grave	3
Drogadição	2
Desemprego	2
Analfabetismo	1
Menor de seis meses de idade	1
Maior de 70 anos de idade	1
Hipertensão arterial sistêmica	1
Diabetes mellitus	1
Relação morador/cômodo	
Maior que 1	3
Igual a 1	2
Menor que 1	0

Entre as variáveis sentinelas, algumas são imperceptíveis no cotidiano de trabalho da equipe, como analfabetismo, desemprego, relação morador por cômodo e condições de saneamento, pois, o ACS não prioriza estas informações para executar suas atividades. Logo, a desatualização destas é constantemente observada no sistema. Já as outras variáveis relacionadas a condições individuais, como presença de moradores acamados, idosos, crianças e portadores de condições crônicas, regem a prática cotidiana pois demandam ações sobre as consultas e visitas domiciliares.

Na prática, as equipes não usam esta metodologia para reorientar suas atividades. Em Manguinhos, esta escala foi utilizada para auxiliar o processo

de (re)territorialização e redistribuição das famílias de acordo com o grau de vulnerabilidade.

Entre as variáveis estudadas por esta tese, destaca-se a relação morador por cômodo e a presença de moradores idosos que foram significativas no modelo final relacionado ao cadastramento das famílias na ESF, e representam variáveis importantes na escala de vulnerabilidade apresentada. Dessa maneira, domicílios que apresentam estas duas características devem ser considerados prioritários para as equipes da ESF de Manguinhos.

Concordamos com RODRIGUES et al. (2009); DOS SANTOS et al. (2012), que avaliaram o uso de serviços básicos por idosos, portadores de condições crônicas, residentes em áreas com ESF, nas regiões Nordeste e Sul, indicando que esse modelo promove um maior acesso desta população.

A priorização da saúde dos idosos na ESF visa responder ao avanço das doenças crônicas degenerativas, garantindo um envelhecimento mais saudável e ativo. Diversas capitais brasileiras alcançam elevadas proporções de idosos assistidos: 75% em Aracaju, 68% em Belo Horizonte, 76% em Florianópolis, e 67% em Vitória (DOS SANTOS et al., 2012; ROSA et al., 2003).

## 7.2 O FUNCIONAMENTO DA ESF

Uma discussão importante sobre o acesso se insere no papel do ACS. Estes profissionais estão inseridos em sistemas de saúde de diferentes partes do mundo e em diversos contextos como no Quênia, Bangladesh, Reino Unido e África do Sul (LIVINGSTON et al., 2012; CHOWDHURY et al., 1997; HARRIS; HAINES, 2012; SCHNEIDER; HLOPHE; RENSBURG, 2008).

No Brasil, este profissional integra o SUS há vários anos, mas a profissão foi criada somente em 2002 pela Lei nº10.507 (BRASIL, 2002; SHIMIZU; CARVALHO JUNIOR, 2012). Dentre as suas atribuições estão: cadastro e visita domiciliar, identificação das famílias de risco, orientação quanto ao uso dos serviços de saúde, encaminhamento e agendamento de consultas e exames e realização de práticas de educação em saúde (HILDEBRANDI; SHIMIZUI, 2008; DE MELO COSTA et al., 2013; BITTENCOURT et al., 2011). Destaca-se o papel das lideranças comunitárias para auxiliar as atividades dos ACS no território.

Prioriza-se a contratação de moradores para a atuação como ACS, por supor que convivem com situações semelhantes às dos usuários do serviço, o que o possibilita criar uma relação de aproximação com os moradores e compreender a realidade local (MOURA, 2005; KEBIAN; ACIOLI, 2014).

A mediação exercida pelos ACS é identificada pelos usuários como um facilitador do acesso ao serviço de saúde, porém este não é visto como capacitado para desenvolver ações coletivas de educação e saneamento, ou como um elo entre saberes científicos e popular (BORNSTEIN; STOTZ, 2008;

DE OLIVEIRA NUNES et al., 2002; BACHILLI; SCAVASSA; SPIRI, 2008; SOSSAI; PINTO; MELLO, 2010; SEOANE; DE CARVALHO FORTES, 2009). Esta interlocução ocorre em diversas partes do mundo e possibilita que as necessidades da população cheguem à equipe de profissionais, que irá intervir junto à comunidade, oferecendo uma atenção direcionada para as demandas (LIVINGSTON et al., 2012; CHOWDHURY et al., 1997; HARRIS; HAINES, 2012; SCHNEIDER; HLOPHE; RENSBURG, 2008). E, o fluxo contrário também ocorre, através da transmissão de informações de saúde, e sobre o próprio serviço para a população (DE OLIVEIRA NUNES et al., 2002).

Para fortalecer o vínculo entre profissionais e usuários do serviço, a ESF utiliza a visita domiciliar como instrumento para inserção e conhecimento do contexto de vida da população, as diferentes necessidades de saúde, o atendimento à saúde das famílias e a introdução de práticas de educação em saúde (MARIN et al., 2011; KEBIAN; ACIOLI, 2014; FERRAZ; DE CASTRO AERTS, 2005; DE MELO COSTA et al., 2013; SAKATA et al., 2007; CRUZ; BOURGET, 2010).

Nesta tese observou-se que aproximadamente 23% dos domicílios receberam a visita mensal do ACS, indicando um valor abaixo do recomendado pelo Ministério da Saúde que sugere a visita de todas as famílias cadastradas, com média de 40 visitas por semana (FAUSTO et al., 2014). Um estudo realizado em Porto Alegre confirma esta recomendação (FERRAZ; DE CASTRO AERTS, 2005). Ao pensar nas demandas e atividades praticadas por estes profissionais, torna-se inviável alcançar esta meta. O

contrato de gestão praticado em Mangueiras orienta que 75% dos domicílios devem receber a visita domiciliar (RIO DE JANEIRO, 2009).

O não acompanhamento de todas as famílias sob sua responsabilidade também foi constatado em outros estudos, em virtude do número de famílias muito elevado, o número de horas dispensadas para a atividade insuficiente e por ainda haver uma inadequação do horário destinado às visitas domiciliares (DE MELO COSTA et al., 2013; SAKATA et al., 2007). Outros fatores que contribuem para tal fato são o acúmulo excessivo de atividades sem considerar as singularidades do território e da população, as exigências de produtividade e a atuação em diversas funções (PERES et al., 2012; KEBIAN; ACIOLI, 2014; TRAD; ROCHA, 2011; DE OLIVEIRA NUNES et al., 2002).

O trabalho dos ACS também é susceptível a problemas no território e no próprio domicílio. A mudança das famílias, endereços errados, recusas e a dificuldade de praticá-las no horário comercial de trabalho são algumas delas (DOS SANTOS et al., 2011; DOS SANTOS CARDOSO; DO NASCIMENTO, 2010). O acesso aos domicílios pode ser dificultado em áreas de risco, problemas interpessoais na vizinhança, animais errantes nas ruas e locais alagados pelas chuvas (BITTENCOURT et al., 2011). Problemas atrelados à relação família e profissional de saúde também são citados, pois a visita domiciliar adentra a intimidade do lar, o que pode gerar desconforto. Somado a isso, alguns moradores não conferem aos agentes a legitimidade necessária, e tendem a ignorá-los ou dificultar-lhes o trabalho (DOS SANTOS CARDOSO; DO NASCIMENTO, 2010; LIVINGSTON et al., 2012). Situações complexas podem ser identificadas como violência familiar, miséria e consumo de drogas,

que exigem atuação interdisciplinar, intersetorial e participação do usuário, mas que acabam se tornando angústias devido aos entraves para se traçar esse tipo de trabalho na ESF (POLARO; GONÇALVES; ALVAREZ, 2013; KEBIAN; ACIOLI, 2014).

Nesse contexto, as visitas domiciliares devem ser planejadas conforme as características da comunidade local, pois uma alta demanda de necessidades em saúde sob responsabilidade do ACS pode extrapolar a sua capacidade de resposta às famílias cadastradas. Assim, os profissionais priorizam as famílias classificadas como grupo de risco ou prioritário, para o acompanhamento mais frequente (DE MELO COSTA et al., 2013).

Uma das responsabilidades dos ACS é realizar o cadastro das famílias residentes na sua microárea de atuação. Este cadastro, realizado durante a visita domiciliar, facilita o conhecimento das condições de vida daquelas famílias residentes na área de atuação da ESF. A avaliação da cobertura do cadastro da Ficha A permite identificar microáreas expostas a piores condições de vida que expõem os indivíduos a agravos a saúde. (RODRIGUES et al., 2008). Desde 2011, a ESF no território de Manguinhos utiliza o cadastro eletrônico da Ficha A por meio de dispositivos móveis, com o intuito de agilizar a coleta e utilização das informações, permitindo a produção de indicadores voltados para a organização do serviço, planejamento das ações e definição de prioridades (SHIMIZU; CARVALHO JUNIOR, 2012; FIGUEIREDO et al., 2010). Nesta tese identificou-se uma concentração maior de cadastros realizados cerca de um ano antes da realização do inquérito de saúde de Manguinhos, provavelmente em virtude de esforços conjuntos para realizar tal

prática e continuar o trabalho da ESF no território. Importante salientar que os moradores devem ter conhecimento sobre a definição do cadastro e suas implicações para a saúde da família, impactando a qualidade da resposta oferecida no inquérito de saúde sobre tal questão. (BESEN et al., 2007; MARTINS et al., 2009).

As práticas de saúde no enfoque da ESF sempre pertenceram a família, e os domicílios se configuravam como o local onde eram realizadas tais práticas, respeitando-se a dinâmica da comunidade inserida no território (SALA et al., 2004; KALACHE et al., 1987; NOGUEIRA et al., 2011; SILVA; GIOVANELLA; MAINBOURG, 2014). Profissionais de saúde se distanciam desta visão por diversas situações: em virtude da ideia negativa que manifestam sobre as dinâmicas familiares, como problemas interpessoais, aspectos socioeconômicos e o ambiente onde residem e pelo próprio sistema de informação, uma vez que os dados obtidos nas Fichas A provenientes do SIAB não estão vinculados diretamente as famílias e sim aos domicílios (BEERENWINKEL; KEUSEN, 2014; BRASIL, 2014; BRASIL, 2000). Dessa maneira, o cadastro na ESF pertence ao domicílio, respeitando o princípio da territorialização e divisão das microáreas para as equipes de saúde da família que atuarão especificamente em cada uma delas. Causa estranhamento este fato, pois, caso ocorra uma mudança da família, suas informações são desvinculadas do domicílio. E, se outra família vier a ocupar a residência, esta receberá o mesmo código de identificação.

Sabe-se que em uma comunidade carente como Manguinhos, o fluxo migratório interno e externo é intenso e constante. Perder ou substituir

informações de famílias diferentes gera distúrbios no processo de trabalho das equipes e dificulta o reconhecimento das prioridades locais, e a garantia da integralidade do cuidado. O ideal seria o cadastramento das famílias, e se houvesse mudanças para domicílios no mesmo território ou qualquer outro local, o número seria mantido, e as informações sobre os indivíduos pertencentes a esta família ficariam preservadas.

### **7.3 A INFORMAÇÃO**

Com a confirmação de que cerca de 18% dos domicílios não estão cadastrados na ESF e 32% não foram localizados na base de dados do SIAB é necessário o entendimento de que ponto este problema se refere a coleta das informações, uma vez que a SMSDC do Rio de Janeiro afirma que 100% do território de Manguinhos estava coberto pela ESF no ano de 2012 (MACHADO, 2009; CASANOVA; TEIXEIRA; MONTENEGRO, 2014).

Trata-se de coberturas diferenciadas, pois enquanto o território apresenta uma lista de ruas e domicílios bem estabelecida e os moradores residentes, mesmo sem cadastro podem ter acesso a UBS. A ESF precisa estar atenta as áreas e populações vulneráveis que merecem um olhar especial da atenção primária.

Do ponto de vista da coleta de informação do inquérito de saúde, problemas referentes a pergunta utilizada para avaliar o cadastramento, além da ausência de informações sobre os nomes completos dos residentes dos domicílios assim como suas datas de nascimento dificultaram o processo do

linkage. E no SIAB, cabe uma análise mais profunda deste sistema e das técnicas de preenchimento e atualização dos dados por parte do profissionais de saúde. Exemplo disso, ocorre quando um indivíduo ou família se muda dentro ou fora do território, pois há duas opções: O ACS responsável pela família identifica esta mudança e a desvincula deixando-a solta no sistema; Ou, o ACS responsável pela área para onde a família se mudou identifica-a e insere a mesma no seu sistema, alterando os dados relativos ao número da equipe, microárea e número da família. Nestas duas situações corre-se o risco de perder informações e atualizações importantes, pois famílias são substituídas a todo o momento.

A proposta executada por esta tese é inovadora no que diz respeito a utilização da técnica do Linkage para avaliar acesso e uso de serviços associado ao cadastramento da ESF, uma vez que, durante a busca bibliográfica, não se localizou artigos e outras publicações científicas que tratassem deste tema. Uma das principais vantagens da utilização deste procedimento é o baixo custo operacional, visto que os dados encontram-se registrados em bases de dados consolidadas (DE ALMEIDA; DE MELLO JORGE, 1996; SILVA et al., 2006). Essa técnica é comumente aplicada nos estudos de mortalidade infantil relacionando o banco de dados de nascimentos e óbitos, avaliando a qualidade dos dados e as intervenções no campo da saúde pública , porém nunca foi aplicada para avaliar uso e demanda de serviços de saúde (DA SILVA; LEITE; DE ALMEIDA, 2009; PINHEIRO et al., 2011; MARTINS; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, 2004; DE SOUZA MAIA; DE SOUZA; MENDES, 2012).

Entretanto tivemos problemas durante a execução do Linkage, pois durante o planejamento do Inquérito não se pensou na necessidade de aplicação do Linkage. A partir da constatação de divergências sobre o cadastro das famílias na ESF entre a base de dados do SIAB e o Inquérito de Saúde aplicou-se esta estratégia. Dessa forma, não foram coletadas todas as informações que poderiam contribuir para a otimização do linkage. Além disso, as base de dados do SIAB que englobam informações individuais e domiciliares não apresentavam um relacionamento específico, dificultando o processo.

A análise da qualidade dos dados do SIAB permitiu o cálculo da cobertura deste sistema e a verificação da completude dos campos. Exemplo disso, é a verificação do percentual de não preenchimento de variáveis da Ficha A não obrigatórias que contribuem para identificar lacunas no treinamento dos profissionais e a falta de sensibilização no processo de trabalho para a priorização de questões relevantes para o diagnóstico local, em concordância com diversos autores (DE ALMEIDA; DE MELLO JORGE, 1996; BOHLAND; MELLO JORGE, 1999; FILHA et al., 2004; DA SILVA; LEITE; DE ALMEIDA, 2009).

A característica principal do SIAB é ser um sistema territorializado que fornece indicadores populacionais (morbidade, mortalidade e de serviços) de uma determinada área de abrangência, facilitando a realização do diagnóstico de saúde, norteando o planejamento e avaliação de ações em saúde (MARCOLINO; SCOCHI, 2010; CARRENO et al., 2015; SILVA; LAPREGA, 2005; RIBEIRO et al., 2007. Porém, esta territorialização orientada pelo

cadastro e acompanhamento das famílias de acordo com a localização dos domicílios, indica uma lógica de fixação destas famílias no território o que não representa a realidade. Em um Inquérito de saúde semelhante realizado em Rio das Pedras - Jacarepaguá também se observou a intensa mobilidade das famílias (COLUMBIA UNIVERSITY; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; NÚCLEO DE CIDADANIA E PESQUISA DE RIO DAS PEDRAS, 2015). A atualização constante desta base de dados se faz necessário para que se reduza a perda de informações.

Ainda que seja atribuição do SIAB a identificação e avaliação das famílias, para construção de indicadores de saúde, que auxiliem a definição de prioridades, a organização do trabalho, e direcionamento das visitas domiciliares, percebe-se a dificuldade que as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) encontram para utilizar as informações produzidas e cadastradas no SIAB, mesmo que seja atribuição de todos os componentes garantir a qualidade do registro das atividades (DUARTE; TEDESCO; PARCIANELLO, 2012; FIGUEIREDO et al., 2010). Durante a realização da oficina, constatou-se dificuldades relacionadas ao manuseio e preenchimento, compreensão dos campos, além da elevada carga de trabalho, pressão por produtividade e priorização de variáveis estratégicas para a gestão (LIMA; CORRÊA; OLIVEIRA, 2012). Entretanto, observou-se que estes profissionais compreendem a finalidade do SIAB de produzir informações para auxiliar a equipe no diagnóstico da realidade local.

IBAÑEZ et al. (2006); FIGUEIREDO et al. (2010); LIMA et al. (2010) afirmam que o SIAB resume-se ao preenchimento de fichas e elaboração de

relatórios e não consegue ser um instrumento de reorganização das práticas de trabalho. Segundo MARCOLINO; SCOCHI. (2010), os profissionais de saúde não têm utilizado o SIAB enquanto instrumento gerencial básico para o planejamento e a avaliação das ações de promoção, prevenção e reabilitação em saúde e da transformação da situação local. Concordamos que a falta de supervisão sistematizada dos profissionais da enfermagem para o adequado preenchimento das fichas do SIAB pelos ACS, somados à falta de capacitação dos profissionais, têm contribuído para a baixa confiabilidade dos dados contidos no SIAB (CARRENO et al., 2015). Apesar dos ACS serem os profissionais que mais usam o SIAB, muitos não recebem apoio para tirar dúvidas e discutir sobre as informações coletadas com o restante da equipe (DUARTE; TEDESCO; PARCIANELLO, 2012).

Apesar da alta rotatividade destes profissionais no serviço, eles tem papel importante na comunicação de seu trabalho. Esta tese concorda com DOS SANTOS CARDOSO; DO NASCIMENTO. (2010) que constataram que a equipe técnica da ESF exercia a maior influência sobre o trabalho dos agentes. Apesar das reuniões de equipe da área de ESF constituírem no centro de apoio para os agentes, estas são dominadas por médicos, enfermeiros e dentistas, sendo quase nula a participação dos ACS que tendem a reproduzir junto a população o cumprimento de normativas do sistema profissional (CARDOSO; HENNINGTON, 2011; GOMES; ANSELMO; LUNARDI FILHO, 2000).

A gestão contribui para as dificuldades apresentadas, pois o grande número de dados que são encaminhados as Secretarias Municipais de Saúde

não são devolvidos sob a forma de informações consolidadas, fato que acaba desmotivando os profissionais em realizar corretamente o cadastro do SIAB. Além disso, esta instância não realiza o controle e análise da qualidade dos dados produzidos (ROESE et al., 2011; NEVES; MONTENEGRO; BITTENCOURT, 2014; LIMA; CORRÊA; OLIVEIRA, 2012; LIMA et al., 2010).

Uma limitação para o manuseio do SIAB é a falta de abordagem deste conhecimento durante a graduação dos profissionais de saúde que não promove a ESF no seu currículo. Uma questão a ser repensada é a forma como as instituições formadoras estão capacitando estes profissionais para o trabalho em equipe, e como os saberes multiprofissionais são apresentados e discutidos (MARCOLINO; SCOCHI, 2010; CARRENO et al., 2015). A criação de cursos de medicina da família com departamentos de medicina geral e de família em faculdades de medicina é uma realidade em alguns países europeus (GIOVANELLA; STEGMÜLLER, 2014; HERRMANN; GIOVANELLA, 2013). Neste sentido, o desenvolvimento de cursos técnicos direcionados aos ACS pode também auxiliar na capacitação destes profissionais (PINTO; FRACOLLI, 2010).

Outra dificuldade encontra-se na obtenção de todas as informações que compõem a Ficha A. Os ACS precisam obter dados sobre as características ambientais, coleta de esgoto, água, lixo, tipo de domicílio, e preencher fichas sobre os indivíduos que residem no domicílio, acompanhamento de enfermidades crônicas entre outras, o que pode comprometer o planejamento local em relação a saúde ambiental (ADDUM et al., 2011). Já os

entrevistadores do Inquérito só coletaram informações necessárias para a pesquisa aumentando a qualidade destes dados.

A reformulação do SIAB tenta solucionar algumas dessas dificuldades, mas não o essencial para evitar a perda de famílias no sistema. O SIAB/Plus foi elaborado com o intuito de melhorar o sistema de avaliação e monitoramento capaz de refletir a complexidade e heterogeneidade das várias realidades municipais e dos diferentes níveis de gestão do SUS (SILVA; LAPREGA, 2005; LIMA; CORRÊA; OLIVEIRA, 2012). Este sistema deveria garantir a entrada de dados e geração de informações únicas, a integração com os Sistema Cartão Nacional de Saúde (SCNS,) Cadastro no Sistema Único de Saúde (CadSUS), Sistema de Regulação (SISREG) e Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). Somado a otimização da captura de dados referentes aos diversos programas da atenção básica, evitando, assim, a duplicidade de esforços e a repetição de informações, uma vez que vários dados são coletados de forma desarticulada (FIGUEIREDO et al., 2010;.FREITAS; PINTO, 2005). Entretanto, esta reformulação foi testada somente em alguns municípios pilotos.

A modalidade eletrônica do SIAB garante que os dados das famílias possam ser compartilhados de forma efetiva e rápida por toda a equipe, e esse intercâmbio é possível até mesmo em longas distâncias, o que pode também ocorrer nas Redes de Atenção a Saúde (RAS) (GONÇALVES et al., 2013 PATRÍCIO et al., 2011; CAVALCANTE et al., 2006; CECILIO et al., 2012).

Problemas operacionais e as falhas de uso do software poderiam ser otimizadas ou resolvidas por meio de uma equipe treinada adequadamente (CARRENO et al., 2015.;BARBOSA; FORSTER, 2010). O papel da educação permanente é destacado por CAVALCANTE; VASCONCELLOS. (2007); MARCOLINO; SCOCHI. (2010); LIMA et al. (2010); LIMA; CORRÊA; OLIVEIRA. (2012); (FIGUEIREDO et al. (2010), que ressaltam a necessidade de investimento por parte dos gestores em ações educativas voltadas para a avaliação constante das dificuldades de utilização do SIAB e o aperfeiçoamento do manuseio do cadastro pelos profissionais envolvidos. Contudo, esta prática isolada não é capaz de alcançar os resultados esperados, sem contar com o apoio da gestão, que precisa incutir a cultura do planejamento nos profissionais seja médicos, enfermeiros e ACS. Estas ações são requisitos fundamentais para se alcançar os objetivos e as metas propostas pela ESF (QUEIROGA et al., 2012).

Investimentos em capacitações e treinamentos tornam-se fundamentais para que os ACS passem de meros coletores de dados para profissionais capacitados em interpretar, avaliar e atuar de forma mais resolutiva, possibilitando a troca de experiências e conhecimentos entre os sistemas popular e profissional de cuidado (NEVES; MONTENEGRO; BITTENCOURT, 2014; TIBIRIÇÁ et al., 2009; BITTENCOURT et al., 2011).

No Brasil, o monitoramento da qualidade dos dados dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) não segue um plano regular de avaliações, normatizado pelo Ministério da Saúde, resultando em iniciativas não sistemáticas e isoladas (LIMA et al., 2009; PAIM; NEHMY; GUIMARÃES,

2007). Das dimensões de qualidade definidas conceitualmente por LIMA et al. (2009), esta tese trabalhou com a completitude e a consistência tratada como concordância. Sobre esta última, observou-se uma incoerência entre as respostas no que diz respeito a coleta regular de lixo e filtração da água para beber, provavelmente por falhas na atualização das informações presentes na Ficha A.

No município do Rio de Janeiro, as Organizações Sociais de Saúde (OSS) gerenciam segundo as diretrizes da gestão municipal a atenção primária e utilizam-se da estratégia de pagamento por desempenho para repassar recursos as unidades de saúde. Esta prática pode produzir efeitos inesperados ou indesejáveis, motivando comportamentos distorcidos como ignorar importantes tarefas não recompensadas, fraudar a apresentação de relatórios de produtividade, selecionar usuários com base na facilidade para atingir metas, ocasionando disparidades motivadas por determinantes sociais e incentivos financeiros (OXMAN; FRETHEIM, 2009; (BARRETO, 2015).

Avaliações periódicas e rigorosas precisam ser implementadas na rotina de trabalho, por meio do uso de sistemas de informação confiáveis. Indicadores de médio prazo são necessários para a medição da eficácia dos contratos, e indicadores de longo prazo apoiam a avaliação do impacto sobre a morbidade e mortalidade da população coberta (IRELAND et al., 2016).

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudos voltados para a avaliação da ESF tendo como ponto de partida os usuários do serviço e a comunidade onde este se insere são escassos na literatura brasileira e internacional.

A ESF mostrou ter boa capilaridade no território ,priorizando os domicílios vulneráveis. Respeitando o dinamismo do território de Manguinhos via aumentar a adesão e o vínculo longitudinal das equipes com usuários.

Ao estudar o tema central desta tese, a ESF e sua cobertura, constatamos uma contradição essencial na lógica da ESF. Por um lado o SUS é único e universal, e por outro o Estado financia planos de saúde e consultas privadas, diferente de países como Reino Unido e Portugal onde a cobertura universal é reconhecida como um direito pela população. Somado a isso, o caráter focal e programático da ESF esbarra nas prioridades identificadas e específicas de cada território que merecem uma atenção especial.

Uma questão importante, que merece aprofundamento em outros estudos é a integração da ESF com a rede de serviços. Uma das perguntas do inquérito tratava sobre a assistência especializada, mas não foi analisada. Cabe ressaltar que a base de dados do inquérito está disponível para qualquer interessado em analisá-la ([pesquisa-teias@fiocruz.br](mailto:pesquisa-teias@fiocruz.br)).

A APS pode resolver 80% dos problemas de saúde da população, mas seu aprimoramento é necessário para alcançar resultados mais favoráveis. Seu papel como coordenadora das Redes de Atenção a Saúde (RAS) e responsável

pelo fluxo de referência e contrarreferência. Uma agenda pactuada entre gestores das três esferas de governo, aprofundando e qualificando os debates em torno do planejamento do SUS pode contribuir para tornar a gestão pública em saúde comprometida com mudanças mais efetivas que atendam as necessidades de saúde da população. Um exemplo disso, é a publicação do Manual do Planejamento do SUS, produzido pelo Ministério da Saúde e disponível desde Janeiro de 2016, tem o objetivo de auxiliar gestores de saúde na elaboração de instrumentos para o planejamento de ações de saúde nas diferentes esferas de governo.

Do ponto de vista do SIAB, diversos problemas foram identificados que indicam a baixa contribuição deste sistema para a avaliação dos serviços de atenção primária implementados no Brasil. A lógica territorial parte do pressuposto que as famílias estão fixadas nos domicílios. Sabe-se que em um território como Manguinhos, o fluxo migratório interno e externo é intenso e constante. Falhas da atualização das informações sobre as famílias, gera distúrbios no processo de trabalho das equipes e dificulta o reconhecimento das prioridades locais, e a garantia da integralidade do cuidado. O ideal seria o uso de um cadastro único, talvez o Cadastro de Pessoa Física (CPF) que identificaria o indivíduo no sistema. As famílias também receberiam um código único intransferível, e se houvesse mudanças para domicílios no mesmo território ou qualquer outro local, o número seria mantido, e as informações sobre os indivíduos pertencentes a esta família ficariam preservadas.

A análise de alguns indicadores da qualidade dos registros do SIAB indica a necessidade de uma atualização e monitoramento contínuo das condições de saúde e da atenção à saúde prestada a população de Manguinhos e de outras regiões consideradas prioritárias para a ESF. Esta atualização poderia seguir um protocolo pré estabelecido dependendo da importância das variáveis para o processo de trabalho da equipe. Por exemplo, informações sobre as condições de saúde dos moradores portadores de condições crônicas devem ser obtidas mensalmente, dados sobre rendimentos poderiam ser atualizadas anualmente, enquanto informações sobre a moradia semestralmente, dependendo das características dos domicílios visitados.

Além disso, poucos estudos contribuem para a discussão sobre a estrutura e programa de crítica do SIAB, o que corrobora para a implantação de uma avaliação sistemática de âmbito nacional com enfoque direcionado não somente para a gestão e processo de trabalho, mas para a organização do serviço direcionado aos usuários e o território onde se insere a atenção primária. Dessa forma, poderia se obter informações fidedignas da qualidade deste sistema de informações.

A gestão da atenção primária deve se preocupar com a sensibilização dos profissionais de saúde, em especial dos ACS durante o emprego de ferramentas de abordagem familiar e comunitária. O reconhecimento da importância de variáveis socioeconômicas e de saúde pode auxiliar na melhoria da qualidade dos dados coletados, permitindo uma adequada interpretação das informações obtidas. Durante a oficina de trabalho observou-se a angústia de alguns deles que retrataram a pressão pelo alcance

das metas de produção, como cadastramento dos domicílios e acompanhamento de grupos prioritários, e por isso não conseguiam estabelecer vínculos adequados com os moradores que favoreçam a longitudinalidade do cuidado, foco importante da atenção primária.

A formação profissional, tanto de nível médio/técnico como superior, deve priorizar o trabalho em equipe multiprofissional, a valorização da informação para o planejamento das ações e a melhoria da supervisão do processo de trabalho. Contribui para isto a prática da educação permanente, que precisa ser incentivada e explorada pelos gestores. Estratégias como a realização de oficinas, rodas de conversa, cursos introdutórios, fóruns, grupos de estudos, palestras e atividades intersetoriais poderiam contribuir para melhorar a qualidade das informações coletadas e analisadas.

Inquéritos domiciliares, apesar de requerer tempo, financiamento e recursos humanos treinados para a execução do trabalho de campo, auxiliam no planejamento em saúde, uma vez que, as informações coletadas são úteis para programação e avaliação, e estão disponíveis para o estabelecimento de prioridades e para a tomada de decisões, ordenando os problemas e necessidades de uma maneira mais racional. O trabalho no território de Manguinhos pode servir de exemplo para futuros projetos em áreas reconhecidas como instáveis, com uma população desfavorável socioeconomicamente, onde a ESF está instalada e necessita de apoio para promover uma gestão integrada. Além disso, este instrumento favorece a orientação das práticas de saúde de acordo com os perfis social, econômico e epidemiológico da comunidade na qual a ESF está inserida, por meio da

realização do diagnóstico local, elaborado com consulta a comunidade e aos bancos de dados oficiais, na tentativa de superar a verticalização das ações e dos serviços de saúde.

Por fim, o relacionamento das duas bases de dados - SIAB e inquérito de saúde - trouxe elementos esclarecedores sobre a concordância entre as respostas, a necessidade de atualização periódica das informações e o cadastramento ampliado das famílias.

No entanto o processo do Linkage enfrentou problemas em ambas as bases. No SIAB, a falta de um código identificador único que permitisse o relacionamento interno. Por outro lado, a falta de algumas informações mais detalhadas no inquérito como o nome completo dos demais moradores do domicílio e a data de nascimento destes limitaram as possibilidades.

Os moradores do território ocupam um papel central neste processo de desconstrução da lógica de atenção individual e privatizada, na tentativa de vislumbrar um sistema de saúde público, coletivo, universal e igualitário. O envolvimento efetivo destes, através da participação social consciente na gestão e no controle social do sistema deve ser prioridade no planejamento das ações.

Ressalta-se a necessidade de estudos que busquem ouvir os usuários para melhor avaliar a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, por meio de análise da adequação do espaço físico, da disponibilidade de insumos e equipamentos, do número suficiente de profissionais nas equipes e da estruturação e regulação da rede de referência e contra referência. Na

maioria das vezes, políticas públicas são pensadas e executadas sem se aprofundar adequadamente sobre as reais necessidades de saúde, nem sobre os interesses da população que é a verdadeira usuária deste serviço, e é capaz de identificar os problemas que enfrentam para acessá-lo e utilizá-lo concretamente, e não recebe a devida atenção seja por parte da gestão da saúde ou pelos estudiosos da área. Contudo, torna-se inviável criar uma política com enfoque individual que atenda perfeitamente estas necessidades.

Acreditamos que essa tese contribuirá para a gestão do serviço da saúde na esfera municipal e possivelmente contribuirá para a reformulação do SIAB e suas novas versões, colocando de fato os moradores e suas famílias no centro da atenção primária.

## 9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADAY, L. A.; ANDERSEN, R. A framework for the study of access to medical care. *Health services research*, v. 9, n. 3, p. 208, 1974.
- ADDUM, F. M. et al. Local planning, Environmental Health and Family Health Strategy: an analysis of the use of management tools to reduce the risk of enteroparasitosis contamination in the city of Venda Nova do Imigrante. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 21, n. 3, p. 955-978, 2011.
- AKINLEYE, S.O; FALADE, C.O; AJAYI, I.O. Knowledge and utilization of intermittent preventive treatment for malaria among pregnant women attending antenatal clinics in primary health care centers in rural southwest, Nigeria: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2009; 9:28.
- ALBUQUERQUE, K. M. DE et al. Cobertura do teste de Papanicolaou e fatores associados à não-realização: um olhar sobre o Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero em Pernambuco, Brasil. *Cad saúde pública*, v. 25, n. s2, 2009.
- ALBUQUERQUE, M. DO S. V. DE et al. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. *Saúde em Debate*, v. 38, n. special, 2014.
- ALFRADIQUE, M. E. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP-Brasil). *Cad Saúde Pública*, v. 25, n. 6, p. 1337-49, 2009.
- ALVAREZ, F. N. et al. Primary health care research in Bolivia: systematic review and analysis. *Health Policy and Planning*, 6 maio 2015.
- ALVES, M. C. B. et al. A QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES HIPERTENSOS EM UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, ANANINDEUA-PARÁ. *Gestão e Saúde*, v. 4, n. 1, p. pag-1659, 2013.
- ALVES, M. G. DE M. et al. Fatores condicionantes do acesso às equipes da Estratégia Saúde da Família no Brasil. *Saúde em Debate*, v. 38, n. special, 2014.
- ANDRADE, M. V. et al. Desigualdade socioeconômica no acesso aos serviços de saúde no Brasil: um estudo comparativo entre as regiões brasileiras em 1998 e 2008. *Economia Aplicada*, v. 17, n. 4, p. 623-645, 2013.
- AQUINO, R.; BARRETO, M. L. Programa Saúde da Família: acerca da adequação do uso do seu indicador de cobertura. *Cad. Saúde Pública*, v. 24, n. 4, p. 905-914, 2008.

ARAÚJO, M. A. L.; VIEIRA, N. F. C.; SILVA, R. M. DA. Implementação do diagnóstico da infecção pelo HIV para gestantes em Unidade Básica de Saúde da Família em Fortaleza, Ceará. *Ciênc saúde coletiva*, v. 13, p. 1899-906, 2008.

ASARIA, M. et al. How a universal health system reduces inequalities: lessons from England. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 19 jan. 2016.

ASSIS, M. M. . As formas de produção dos serviços de saúde: o público e o privado. Tese de doutorado—Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1998.

ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S.; NASCIMENTO, M. A. A. DO. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. *Ciênc Saúde Coletiva*, v. 8, n. 3, p. 815-23, 2003.

ATAGUBA, J. E.; DAY, C.; MCINTYRE, D. Monitoring and evaluating progress towards Universal Health Coverage in South Africa. *PLoS medicine*, v. 11, n. 9, p. e1001686, set. 2014.

AZEVEDO, A. L. M. DE. Acesso à atenção à saúde no SUS: o PSF como (estreita) porta de entrada. 2007.

BACHILLI, R. G.; SCAVASSA, A. J.; SPIRI, W. C. A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica. *Ciência & Saúde Coletiva*, p. 51-60, 2008.

BARBOSA, D. C. .; FORSTER, A. . Sistemas de Informação em Saúde: a perspectiva e a avaliação dos profissionais envolvidos na Atenção Primária a saúde de Ribeirão Preto/SP. *Cadernos de saúde coletiva*, v. 18, n. 3, p. 424-433, 2010.

BARRENECHEA, J.; TRUJILLO, E.; CHORNY, A. El proceso SPT/2000 y sus implicaciones para la orientación de la planificación y administración de los sistemas de servicios de salud. Bogotá: Editorial Universidad de Antioquia, 1990.

BARRETO, J. O. M. Pagamento por desempenho em sistemas e serviços de saúde: uma revisão das melhores evidências disponíveis. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 5, p. 1497-1514, maio 2015.

BEERENWINKEL, A.; KEUSEN, A. L. A dinâmica familiar sob a ótica do profissional da Estratégia Saúde da Família. *Saúde em Debate*, v. 38, n. 103, 2014.

BESSEN, C. B. et al. A estratégia saúde da família como objeto de educação em saúde. *Saúde e sociedade*, v. 16, n. 1, p. 57-68, 2007.

BIANCO, M. H. L. O PAC-Manguinhos: política urbana, usos e representações da cidade. [s.d.].

BICKEL, G. et al. Guide to measuring household food security. Alexandria. Department of Agriculture Food and Nutrition Service, 2000.

BILLI, J. E.; PAI, C.-W.; SPAHLINGER, D. A. The effect of distance to primary care physician on health care utilization and disease burden. *Health Care Management Review*, v. 32, n. 1, p. 22-29, mar. 2007.

BITTENCOURT, F. S. et al. Agentes comunitários de saúde: atribuições na saúde da criança. *Revista de Enfermagem da UFSM*, v. 1, n. 3, p. 318-325, 2011.

BODSTEIN, R. et al. Avaliação da Implantação do Programa de Desenvolvimento Integrado em Manguinhos: impasses na formulação de uma agenda local. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n. 3, p. 593-604, 2004.

BODSTEIN, R. et al. Estudos de Linha de Base do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (ELB/Proesf): considerações sobre seu acompanhamento. *Ciênc Saúde Coletiva*, v. 11, p. 725-31, 2006.

BOHLAND, A. K.; MELLO JORGE, M. H. P. Mortalidade infantil de menores de um ano de idade na região Sudoeste do Estado de São Paulo. *Rev Saúde Pública*, v. 33, n. 4, p. 366-373, 1999.

BORNSTEIN, V. J.; STOTZ, E. N. Concepts involved in the training and work processes of community healthcare agents: a bibliographical review. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. 1, p. 259-268, 2008.

BOUSQUAT, A.; ALVES, M. C. G. P.; ELIAS, P. E. Utilization of the Family Health Program in metropolitan regions: a methodological approach. *Revista de Saúde Pública*, v. 42, n. 5, p. 903-906, 2008.

BRANCO, M. A. . Informação e tecnologia: deasafios para a implantação da Rede Nacional de Informações em Saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 8, n. 2, p. 95-123, 1998.

BRASIL. Portaria nº2488 de 21 de Outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). . 2011a, Sec. 1, p. 55.

BRASIL, Ministério da Saúde. e-SUS Atenção Básica : manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria - Executiva, , 2014. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual\\_CDS\\_ESUS\\_1\\_3\\_0.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_CDS_ESUS_1_3_0.pdf)>

BRASIL, C. N. DE S. DE S. Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados. CONASS, , 2011b. Disponível em: <[http://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd\\_23.pdf](http://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_23.pdf)>

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8080. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990.

BRASIL. Ministério das Cidades. PAC: programa de Aceleração de Crescimento 2007-2010 Brasília , 2007. Disponível em: <[www.cidades.gov.br](http://www.cidades.gov.br)>

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL, Ministério da Saúde. Saúde da família panorama, avaliação e desafios. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Áreas específicas [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. e-SUS Atenção Básica: Sistema com Coleta de Dados Simplificada: CDS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de ciência, tecnologia e insumos estratégicos. Departamento de ciência e tecnologia. Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde., 2008. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/AGENDA\\_PORTUGUES\\_MONTADO.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/AGENDA_PORTUGUES_MONTADO.pdf)>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. Cadernos Metropolitanos: Região Metropolitana do Estado do Rio de Janeiro vol II: 2º Seminário de Gestão Participativa : Fórum de Conselhos Municipais de Saúde da Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro: Saúde da Família: panorama, avaliação e desafios. / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Participativa. - Brasília: Ministério da saúde, 2004.

BRASIL, Presidência da República. Lei nº 10507. Cria a profissão de agente comunitário de saúde e dá outras providências. 2002.

BRASIL. SIAB: manual do Sistema de Informação de Atenção Básica. 3a. reimp ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados, 1998-2004. 2a ed ed. Brasília, DF: Departamento de Atenção Básica, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília : CONASS, 2007. 232 p. (Coleção Progestores - Para entender a gestão do SUS, 8)

BRASIL. Política nacional de atenção básica. 1ª edição ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL; Departamento de atenção básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde = Primary care assessment tool, PCATool-Brasil. 2010.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis*, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CAETANO, R.; DAIN, S. O Programa de Saúde da Família e a reestruturação da atenção básica à saúde nos grandes centros urbanos: velhos problemas, novos desafios. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 12, n. 1, p. 11-21, 2002.

CAMARGO JR., K. R. DE; COELI, C. M. Going open source: some lessons learned from the development of OpenRecLink. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 31, n. 2, p. 257-263, fev. 2015.

CAMARGO, K. R.; COELI, C. M. RecLink 3: nova versão do programa que implementa a técnica de associação probabilística de registros (probabilistic record linkage). *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 14, n. 2, p. 399-404, 2006.

CAMPOS, G. W.S; AMARAL, M.A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 12,n. 4, p. 849-859, Aug. 2007.

CAMPOS, C. E. A. Os inquéritos de saúde sob a perspectiva do planejamento. *Cad Saúde Pública*, v. 9, n. 2, p. 190-200, 1993.

CAMPOS, G. W. . A saúde pública e a defesa da vida. São Paulo: Hucitec, 1991.

CAMPOS, G. W. . Reforma da reforma repensando a saúde. 1ª edição ed. São Paulo: Hucitec, 1992.

CAMPOS, M. R. et al. Consistência entre fontes de dados e confiabilidade inter observador do Estudo da Morbimortalidade e Atenção Peri e Neonatal no Município do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública*, v. 20, n. s1, 2004.

CAMPOS, R. T. O. et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. *Saúde em Debate*, v. 38, n. special, 2014.

CARDOSO, C. G.; HENNINGTON, É. A. Trabalho em equipe e reuniões multiprofissionais de saúde: uma construção à espera pelos sujeitos da mudança. *Trabalho, Educação e Saúde*, 2011.

CARDOSO, M. DE O.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Avaliação da cobertura da atenção básica à saúde em Salvador, Bahia, Brasil (2000 a 2007). *Cadernos de Saúde Pública*, v. 28, n. 7, p. 1273-1284, jul. 2012.

CARRENO, I. et al. Análise da utilização das informações do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB): uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 3, p. 947-956, mar. 2015.

CARVALHO, M. . et al. Inquérito de saúde na esfera local: colocando em prática. Rio de Janeiro: 2016.

CASANOVA, A. O.; TEIXEIRA, M. B.; MONTENEGRO, E. O apoio institucional como pilar na cogestão da atenção primária à saúde: a experiência do Programa TEIAS - Escola Manguinhos no Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 11, p. 4417-4426, nov. 2014.

CASTANHEIRA, E. R. L. et al. QualiAB: desenvolvimento e validação de uma metodologia de avaliação de serviços de atenção básica. *Saúde Soc*, v. 20, n. 4, p. 935-947, 2011.

CASTANHEIRA, E. R. L. et al. Avaliação de serviços de Atenção Básica em municípios de pequeno e médio porte no estado de São Paulo: resultados da primeira aplicação do instrumento QualiAB. *Saúde em Debate*, v. 38, n. 103, 2014.

CAVALCANTE, M. G. . et al. Análise de implantação das áreas estratégicas da atenção básica nas equipes de Saúde da Família em município de uma região metropolitana do Nordeste Brasileiro. *Revista Brasileira Saúde Materno Infantil*, v. 6, n. 4, p. 437-445, 2006.

CAVALCANTE, M. T. L.; VASCONCELLOS, M. M. Tecnologia de informação para a educação na saúde: duas revisões e uma proposta. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 3, p. 611-622, 2007.

CAVALLIERI, F.; VIAL, A. Favelas na cidade do Rio de Janeiro: o quadro populacional com base no Censo 2010 Instituto Pereira Passos/ Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, , Maio 2012. Disponível em: <[http://portalgeo.rio.rj.gov.br/estudoscariocas/download %5C3190\\_FavelasnacidadedoRiodeJaneiro\\_Censo\\_2010.PDF](http://portalgeo.rio.rj.gov.br/estudoscariocas/download%5C3190_FavelasnacidadedoRiodeJaneiro_Censo_2010.PDF)>

CECCON, R. F.; MENEGHEL, S. N.; VIECILI, P. R. N. Hospitalization due to conditions sensitive to primary care and expansion of the Family Health Program in Brazil: an ecological study. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 17, n. 4, p. 968-977, dez. 2014.

CECILIO, L. C. DE O. et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 11, p. 2893-2902, 2012.

CÉSARB, L. G. Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família (Qualis) no Município de São Paulo. *Rev Saúde Pública*, v. 39, n. 1, p. 90-9, 2005.

CESAR, C. L. et al. Morbidade referida e utilização de serviços de saúde em localidades urbanas brasileiras: metodologia. *Rev Saúde Pública*, v. 30, n. 2, p. 153-60, 1996.

CESAR, C. L. G.; OY, T. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990. *Cad Saúde Pública*, v. 12, n. Supl 2, p. 59-70, 1996.

CHOWDHURY, A. M. . et al. Control of tuberculosis by community health workers in Bangladesh. *LANCET*, v. 350, n. 9072, p. 169-172, 1997.

COIMBRA, L. C. et al. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. *Revista de Saúde Pública*, v. 37, n. 4, p. 456-462, ago. 2003.

COLUMBIA UNIVERSITY; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; NÚCLEO DE CIDADANIA E PESQUISA DE RIO DAS PEDRAS. Diagnóstico de Saúde em Rio das Pedras, 2015. Disponível em: <<http://www.avozderiodaspedras.com.br/Universidade%20de%20Columbia.pdf>>

COMISSÃO NACIONAL DE DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE - CNDSS. As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil. Relatório Final da Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais da Saúde. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <<http://www.determinantes.fiocruz.br>>.

CONILL, E. M.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. The contribution of comparative analysis to a comprehensive evaluation framework for primary care systems in Latin America. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 10, p. s14-s27, 2010.

CONTIERO, A. P. et al. Idoso com hipertensão arterial: dificuldades de acompanhamento na Estratégia Saúde da Família. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 30, n. 1, p. 62, 2009.

COOKE, G.S; LITTLE, K.E; BLAND, R.M; THULARE, H; NEWELL, M.L. Need for timely paediatric HIV treatment within primary health care in rural South Africa. *PLoS One* 2009; 4:e7101.

CORRÊA, A. M. S. Insegurança alimentar medida. *Estudos avançados*, v. 21, n. 60, p. 143, 2007.

COSTA, D. M. A programação pactuada integrada e a contratualização do SUS: Desafios e Possibilidades. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)—Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fira, 2012.

COSTA, E. M. .; CARBONE, M. . Saúde da Família: uma abordagem multidisciplinar. 2. ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2009.

COSTA NETO, M. . Implantação da Unidade de Saúde da Família. Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica , 2000.

CRUZ, M. M.; BOURGET, M. M. M. A visita domiciliária na Estratégia de Saúde da Família: conhecendo as percepções das famílias. Saúde e Sociedade, v. 19, n. 3, p. 605-613, 2010.

CRUZ, P. J. S. C.; MELO NETO, J. F. DE. Educação popular e nutrição social: considerações teóricas sobre um diálogo possível. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 18, p. 1365-1376, dez. 2014.

DAMACENA, G. N. et al. O processo de desenvolvimento da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil, 2013. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 24, n. 2, p. 197-206, jun. 2015.

DAS GRAÇAS TARGINO, M. Informação em Saúde: potencialidades e limitações. Informação & Informação, v. 14, n. 1, p. 52-81, 2009.

DA SILVA, C. F.; LEITE, Á. J. M.; DE ALMEIDA, N. M. G. S. Linkage entre bancos de dados de nascidos vivos e óbitos infantis em município do Nordeste do Brasil: qualidade dos sistemas de informação Linkage between live birth and infant death records in a municipality in Northeast Brazil. Cad. Saúde Pública, v. 25, n. 7, p. 1552-1558, 2009.

DA SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas1. Cad. Saúde Públ, v. 10, n. 1, p. 80-91, 1994.

DE ALMEIDA, M. F.; DE MELLO JORGE, M. H. P. O uso da técnica de "linkage" de sistemas de informação em estudos de coorte sobre mortalidade neonatal. Rev. Saúde Pública, v. 30, n. 2, p. 141-7, 1996.

DE AZEVEDO, A. L. M.; COSTA, A. M. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde. 2010.

DE BARROS, M. V.; DE ARKUS, V. N. Comportamentos de risco, auto-avaliação do nível de saúde e percepção de estresse entre trabalhadores da indústria. Revista de saúde pública, v. 35, n. 6, p. 554-564, 2001.

DE MELO COSTA, S. et al. Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. Ciência & Saúde Coletiva, v. 18, n. 7, p. 2147-2156, 2013.

DE MENEZES, E. A. Territórios Integrados de atenção à saúde como estratégia para implementação da política de saúde no município de Rio de Janeiro. Dissertação (mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UniRio. 84p. 2011.

DE MORAES, P. A.; BERTOLOZZI, M. R.; HINO, P. Percepções sobre necessidades de saúde na Atenção Básica segundo usuários de um serviço de saúde. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 45, n. 1, p. 19-25, 2011.

DE OLIVEIRA DODE, S.; FORMOSO ASSUNCAO, M. C.; VALLE, N. C. Cobertura, foco, fatores associados a participação e vinculação a Campanha Nacional de Detecção de Diabetes em uma cidade no Sul do Brasil. *Cad Saúde Publica*, v. 23, n. 8, p. 1877-1885, 2007.

DE OLIVEIRA NUNES, M. et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cad. saúde pública*, v. 18, n. 6, p. 1639-1646, 2002.

DE SOUZA, E. C. F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais. *Cad. saúde pública*, v. 24, n. Sup 1, p. S100-S110, 2008.

DE SOUZA MAIA, L. T.; DE SOUZA, W. V.; MENDES, A. DA C. G. Diferenciais nos fatores de risco para a mortalidade infantil em cinco cidades brasileiras: um estudo de caso-controle com base no SIM e no SINASC. *Cad. Saúde Pública*, v. 28, n. 11, p. 2163-2176, 2012.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, v. 114, n. 11, p. 1115-1118, nov. 1990.

DOS SANTOS, A. M. et al. Práticas assistenciais das Equipes de Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 10, 2012.

DOS SANTOS CARDOSO, A.; DO NASCIMENTO, M. C. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, 2010.

DOS SANTOS, K. T. et al. Agente comunitário de saúde: perfil adequado a realidade do Programa Saúde da Família? *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 1, p. 1023-1028, 2011.

DUARTE, M. DE L. C.; TEDESCO, J. DOS R.; PARCIANELLO, R. R. O uso do sistema de informação na estratégia saúde da família: percepções dos enfermeiros. *Rev Gaúcha Enferm*, v. 33, n. 4, p. 111-117, 2012.

ENGSTROM, E. M; FONSECA, Z; LEINMANN, B. A experiência do Território Escola Manguinhos na Atenção Primária à Saúde. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2012.

ENSP. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Inquérito sobre condições de saúde e utilização de serviços de saúde no território de Manguinhos, Rio de Janeiro. Projeto da Rede de pesquisa e Inovação PDTSP-TEIAS Manguinhos ENSP-Fiocruz, , 2011.

ESCOREL, S. et al. Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz, , 2005. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/miolo\\_saude\\_familia.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/miolo_saude_familia.pdf)>

- ESCOREL, S. et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*, v. 21, n. 2, p. 164-176, 2007.
- FACCHINI, L. A. et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciênc saúde coletiva*, v. 11, n. 3, p. 669-81, 2006.
- FACCHINI, L. A. et al. Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. *Cad Saúde Pública*, v. 24, n. s1, 2008.
- FAHEL, M. Desigualdades em Saúde no Brasil: análise do acesso aos serviços de saúde por estratos ocupacionais. *Gestão e Avaliação de Políticas Sociais no Brasil.*, n. Puc-Minas, p. 219-48, 2007.
- FAUSTO, M. C. R. et al. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB 2012. *Saúde em Debate*, v. 38, n. special, 2014.
- FERNANDES, L. C. L.; BERTOLDI, A. D.; BARROS, A. J. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. *Rev Saúde Pública*, v. 43, n. 4, p. 595-603, 2009.
- FERNANDES, T. M.; COSTA, R. G.-R. As comunidades de Manguinhos na história das favelas no Rio de Janeiro. *Tempo*, v. 17, n. 34, p. 117-133, 2013.
- FERRAZ, L.; DE CASTRO AERTS, D. R. G. O cotidiano de trabalho do agente comunitário. *Ciência & Saúde Coletiva*, p. 347-355, 2005.
- FERREIRA, M. N. Programas de Transferência Condicionada de Renda e Acesso aos Serviços de Saúde: um estudo da experiência do Programa Bolsa Família em Manguinhos, RJ. 2009.
- FIGUEIREDO, L. A. DE et al. Análise da utilização do SIAB por quatro equipes da estratégia saúde da família do município de Ribeirão Preto, SP. *Cad Saúde Colet (Rio J.)*, v. 18, p. 418-23, 2010.
- FILHA, M. M. T. et al. Confiabilidade do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos Hospitalares no Município do Rio de Janeiro, 1999-2001. *Cad. saúde pública*, v. 20, n. Sup 1, p. S83-S91, 2004.
- FLEURY, S. S Pobreza, desigualdades ou exclusão? *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 6, p. 1422-1428, 2007.
- FREITAS, F. P. DE; PINTO, I. C. Percepção da equipe de saúde da família sobre a utilização do sistema de informação da atenção básica-SIAB. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 13, n. 4, ago. 2005.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; ESCOREL, S. Saúde da família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados. Brasília, DF: Editora MS, 2005.

GALAVOTE, H. S. et al. Análise da organização da Atenção Básica no Espírito Santo: (des) velando cenários. Saúde em Debate, v. 38, n. special, 2014.

GAMA, S. R. et al. Cohort study for monitoring cardiovascular risk factors in children using a primary health care service: methods and initial results. Cadernos de Saúde Pública, v. 27, n. 3, p. 510-520, mar. 2011.

GARCIA, L. P. et al. Gastos com planos de saúde das famílias brasileiras: estudo descritivo com dados das Pesquisas de Orçamentos Familiares 2002-2003 e 2008-2009. Ciência & Saúde Coletiva, v. 20, n. 5, p. 1425-1434, maio 2015.

GIOVANELLA, L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. Cad. saúde pública, v. 22, n. 5, p. 951-963, 2006.

GIOVANELLA, L.; STEGMÜLLER, K. Tendências de reformas na atenção primária à saúde em países europeus. JMPHC. Journal of Management and Primary Health Care, v. 5, n. 1, p. 101-113, 2014.

GOES, E. F.; NASCIMENTO, E. R. DO. Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. Saúde em Debate, v. 37, n. 99, p. 571-579, dez. 2013.

GOMES, E. DOS S.; ANSELMO, M. E. DE O.; LUNARDI FILHO, W. D. As reuniões de equipe como elemento fundamental na organização do trabalho. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 53, n. 3, p. 472-480, 2000.

GONÇALVES, J. P. P. et al. Electronic Medical Record: a tool that can contribute to integration of Health Care Networks. Saúde em Debate, v. 37, n. 96, p. 43-50, 2013.

GONÇALVES, L. A. A. "Pra tá aqui tem que montar, desmontar e carregar". Mobilidade, território e cotidiano do trabalho na feira de artesanato da Avenida Beira-mar, Fortaleza (CE). 2009.

GUERREIRO, E. M. et al. O cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros\*. Revista Mineira de Enfermagem, v. 16, n. 3, p. 315-323, 2012.

HARRIS, M.; HAINES, A. The potential contribution of community health workers to improving health outcomes in UK primary care. J R Soc Med, v. 105, n. 8, p. 330-335, 2012.

HERRMANN, M.; GIOVANELLA, L. Desenvolvimento e formação profissional em medicina geral e de família na Alemanha. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v. 8, n. 27, p. 132-142, 1 abr. 2013.

HILDEBRANDI, S. M.; SHIMIZUI, H. E. Percepção do agente comunitário sobre o Programa Família Saudável. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 61, n. 3, p. 319-324, 2008.

HINO, P. et al. Necessidades em saúde e atenção básica: Validação de Instrumentos de Captação. *Rev. Esc. Enferm. USP*, v. 43, n. 2, p. 1156-67, 2009.

HIXON, A. L.; MASKARINEC, G. G. The Declaration of Alma Ata on its 30th anniversary: relevance for family medicine today. *Fam Med*, v. 40, n. 8, p. 585-8, 2008.

HORTALE, V. A.; LOYOLA, M. A.; BARRETO, M. *Pesquisa em Saúde Coletiva: fronteiras, objetos e métodos. Introdução*, 2010.

HUERTA MUNOZ, U.; KÄLLESTÅL, C. Geographical accessibility and spatial coverage modeling of the primary health care network in the Western Province of Rwanda. *International Journal of Health Geographics*, v. 11, p. 40, 2012.

IBAÑEZ, N. et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Ciênc saúde coletiva*, v. 11, n. 3, p. 683-703, 2006.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo demográfico 2010, 2010. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br>>

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil 2009. IBGE - Rio de Janeiro, , 2009.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: um panorama da saúde no Brasil. Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e de proteção à saúde. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2008.

IRELAND, M. et al. Expanding the primary health care workforce through contracting with nongovernmental entities: the cases of Bahia and Rio de Janeiro. *Human Resources for Health*, v. 14, n. 1, dez. 2016.

JARDIM, R.; BARRETO, S. M.; GIATTI, L. Confiabilidade das informações obtidas de informante secundário em inquéritos de saúde Reliability of information from proxy respondents in health surveys. *Cad. Saúde Pública*, v. 26, n. 8, p. 1537-1548, 2010.

JCAHO, J. C. The measuring mandate — on the road to performance improvement in health care Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, , 1993.

KALACHE, A. et al. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. *Rev Saúde Pública*, v. 21, n. 3, p. 200-10, 1987.

- KEBIAN, L. V. A.; ACIOLI, S. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 16, n. 1, 31 mar. 2014.
- LABONTÉ, R. et al. Is the Alma Ata vision of comprehensive primary health care viable? Findings from an international project. *Global Health Action*, v. 7, p. 24997, 2014.
- LIMA, C. R. DE A. et al. Review of data quality dimensions and applied methods in the evaluation of health information systems. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 25, n. 10, p. 2095-2109, 2009.
- LIMA, A. P. DE; CORRÊA, Á. C. DE P.; OLIVEIRA, Q. C. DE. Knowledge of Community Health Workers on the SIAB's instruments for data collection. *Revista brasileira de enfermagem*, v. 65, n. 1, p. 121-127, 2012.
- LIMA, R. T. DE et al. Information system as tool for planning and assessment of health services: descriptive study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, v. 9, n. 2, 2010.
- LINHARES, P. H. A.; LIRA, G. V.; ALBUQUERQUE, I. M. N. Avaliação do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade no estado do Ceará. *Saúde em Debate*, v. 38, n. special, 2014.
- LIVINGSTON, A. et al. Community Health Worker Home Visitation Project to Prevent Neonatal Deaths in Kenya. *J Trop Pediatr*, v. 59, n. 1, p. 64-66, 2012.
- MACHADO, K. Secretários discutem gestão do SUS., 2002. Disponível em: <<http://www.Ensp.Fiocruz.Br/radis01.pof>>. Acesso em: 16 jan. 2014
- MACHADO, K. Muito Além da UPA. *Revista RADIS*, v. 85, 2009.
- MACIEL, A. G.; DINIZ, F. J. L. DE S.; CALDEIRA, A. P. Impacto da Estratégia Saúde da Família sobre o perfil de morbidade hospitalar em Minas Gerais. *Saúde em Debate*, v. 38, n. special, 2014.
- MACINKO, J. et al. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *Journal of Epidemiology and Community Health*, v. 60, n. 1, p. 13-19, jan. 2006.
- MANNION, R.; DAVIES, H. T. Payment for performance in health care. *BMJ: British Medical Journal*, v. 336, n. 7639, p. 306, 2008.
- MARCOLINO, J. DE S.; SCOCHI, M. J. Information in health care: the use of SIAB by the professional teams of family health. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 31, n. 2, p. 314-320, 2010.
- MARIN, M. J. S. et al. O sentido da visita domiciliária realizada por estudantes de medicina e enfermagem: um estudo qualitativo com usuários de unidades de saúde da família. *Ciênc saúde coletiva*, v. 16, n. 11, p. 4357-65, 2011.

- MARTINS, E. F.; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, G. Determinants of neonatal mortality in a cohort of born alive infants, Montes Claros, Minas Gerais, 1997-1999. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 4, n. 4, p. 405-412, 2004.
- MARTINS, L. F. L.; THULER, L. C. S.; VALENTE, J. G. Cobertura do exame de Papanicolau no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura. *Rev bras ginecol obstet*, v. 27, n. 8, p. 485-92, 2005.
- MARTINS, P. C. et al. Democracia e empoderamento no contexto da promoção da saúde: possibilidades e desafios apresentados ao Programa de Saúde da Família. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 19, n. 3, p. 679-694, 2009.
- MEDINA, M. G. et al. Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de saúde da família? *Saúde em Debate*, v. 38, n. special, 2014.
- MEDINA, M. G.; ROSANA E AQUINO, C.; ANDRÉ LUIS, B. Avaliação da Atenção Básica: construindo novas ferramentas para o SUS. *Saúde Debate*, v. 21, p. 15-28, 2000.
- MENDES, E. Os grandes dilemas do SUS. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001.
- MENDES, I. A. C. Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 12, n. 3, p. 447-448, jun. 2004.
- MENDOZA-SASSI, R.; BÉRIA, J. U.; BARROS, A. J. D. Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study. *Revista De Saúde Pública*, v. 37, n. 3, p. 372-378, jun. 2003.
- MENEZES, A. H. R. et al. Classificação do risco familiar segundo escala de Coelho e Savassi - um relato de experiência. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 11, n. 1, 24 out. 2012.
- MENG, Q.; XU, L. Monitoring and evaluating progress towards Universal Health Coverage in China. *PLoS medicine*, v. 11, n. 9, p. e1001694, set. 2014.
- MOIMAZ, S. A. S. et al. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, p. 1419-1440, 2010.
- MOSQUERA, P. A. et al. The impact of primary healthcare in reducing inequalities in child health outcomes, Bogotá-Colombia: an ecological analysis. *International Journal for Equity in Health*, v. 11, p. 66, 2012.
- MOURA, B. L. A. et al. Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 10, p. s69-s81, nov. 2010.

- MOURA, F. J. . O mundo do trabalho da enfermeira no programa saúde da família: riscos e desgastes no enfrentamento da violência estrutural. Tese de Doutorado—Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery/Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2005.
- NERI, M.; SOARES, W. Desigualdade social e saúde no Brasil. Social Inequality and Health in Brazil. Cadernos de Saúde Pública, 2002.
- NEVES, T. C. DE C. L.; MONTENEGRO, L. A. A.; BITTENCOURT, S. D. DE A. Produção e registro de informações em saúde no Brasil: panorama descritivo através do PMAQ-AB. Saúde em Debate, v. 38, n. 103, 2014.
- NOGUEIRA, J. DE A. et al. Family focus and community orientation in tuberculosis control. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 14, n. 2, p. 207-216, 2011.
- NORDBERG, E. Household health surveys in developing countries: could more use be made of them planning? Health Policy and Planning, v. 3, p. 32-39, 1988.
- NUNES, B. P. et al. Socioeconomic inequalities in the access to and quality of health care services. Revista de Saúde Pública, v. 48, n. 6, p. 968-976, dez. 2014.
- OLIVEIRA, S. R. A.; TEIXEIRA, C. F. Avaliação da regionalização do SUS. Construção do modelo teórico- lógico. Revista Baiana de Saúde Pública, v. 37, n. 1, p. 236, 2013.
- ONOCKO-CAMPOS, R.T, et al . Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. Rev. Saúde Pública, São Paulo , v. 46, n. 1, p. 43-50, Feb. 2012 .
- OPAS, O. Renovação da atenção primária nas Américas. Documento de posicionamento da Organização Pan-americana de Saúde Washington: Pan-american Health Organization- PAHO/WHO, , 2005. Disponível em: <<http://www.cebes.org.br/media/File/OPAS%20renovacao%20APS%202005%20portugues.pdf>>
- OXMAN, A. D.; FRETHEIM, A. Can paying for results help to achieve the Millennium Development Goals? Overview of the effectiveness of results-based financing. Journal of Evidence-Based Medicine, v. 2, n. 2, p. 70-83, maio 2009.
- PAIM, I.; NEHMY, R. M. Q.; GUIMARÃES, C. G. Problematização do conceito “Qualidade” da Informação. Perspectivas em Ciência da Informação, v. 1, n. 1, 2007.
- PAIM, J. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. The Lancet, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, maio 2011.

PANIGASSI, G. et al. Insegurança alimentar como indicador de iniquidade: análise de inquérito populacional Food insecurity as an indicator of inequity: analysis of a population survey. *Cad. Saúde Pública*, v. 24, n. 10, p. 2376-2384, 2008.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E. A importância da humanização a partir do Sistema Único de Saúde. *Revista de Saúde Pública de Santa Catarina*, v. 1, n. 1, p. 92-100, 2008.

PASSAMANI, J. D. et al. Estratégia saúde da família: o acesso em um território de classe média. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research*, 2008.

PATEL, V. et al. Assuring health coverage for all in India. *Lancet* (London, England), v. 386, n. 10011, p. 2422-2435, 12 dez. 2015.

PATRÍCIO, C. M. et al. The electronic patient record in the Brazilian health system: is it a reality for physicians?. *Scientia Medica*, v. 21, n. 3, p. 121-131, 2011.

PAVÃO, A. L. B.; COELI, C. . Modelos teóricos do Uso de serviços de saúde: conceitos e revisão. *Cadernos de saúde coletiva*, v. 16, n. 3, p. 471-482, 2008.

PEARSON, S. D. et al. The Impact Of Pay-For-Performance On Health Care Quality In Massachusetts, 2001-2003. *Health Affairs*, v. 27, n. 4, p. 1167-1176, 1 jul. 2008.

PEER, R. F. Right to healthcare: the way forward. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, v. 2, n. 1, p. 4-8, jan. 2013.

PEREIRA, A. M. M. et al. Atenção primária à saúde na América do Sul em perspectiva comparada: mudanças e tendências. *Saúde Debate*, v. 36, n. 94, p. 482-99, 2012.

PERES, C. R. F. . et al. Ser agente comunitário de saúde: motivação e significado. *REME - Rev. Min. Enferm*, v. 14, n. 4, p. 559-565, 2012.

PEREZ-ESCAMILLA, R. et al. An Adapted Version of the U.S. Department of Agriculture Food Insecurity Module Is a Valid Tool for Assessing Household Food Insecurity in Campinas, Brazil. *J.Nutr*, v. 134, n. 8, p. 1923-1928, Agosto 2004.

PESSOTO, U. C. et al. Desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde na Região Metropolitana de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 2, p. 351-362, abr. 2007.

PINHEIRO, R. S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 7, n. 4, p. 687-707, 2002.

PINHEIRO, R. S. et al. Melhoria da qualidade do sistema de informação para a tuberculose: uma revisão da literatura sobre o uso do linkage entre bases de dados. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

PINHEIRO, R. S.; CAMARGO, K. R.; COELI, C. M. Relacionamento de Bases de Dados em Saúde. Cadernos Saúde Coletiva, v. XIV, n. 2, 2006.

PINTO, A. A. M.; FRACOLLI, L. A. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da promoção da saúde: considerações práticas. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 12, n. 4, 31 dez. 2010.

POLARO, S. H. I.; GONÇALVES, L. H. T.; ALVAREZ, A. M. Construindo o fazer gerontológico pelas enfermeiras das Unidades de Estratégia Saúde da Família. Rev esc enferm USP, v. 47, n. 1, p. 160-7, 2013.

PRATI, L. E.; COUTO, M. C. P.; KOLLER, S. H. Famílias em vulnerabilidade social: rastreamento de termos utilizados por terapeutas de família. Psic Teor e Pesq, v. 25, n. 3, p. 231-239, 2009.

PROTASIO, A. P. L. et al. Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba segundo os profissionais da Atenção Básica no contexto do 1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB. Saúde em Debate, v. 38, n. special, 2014.

QUEIROGA, R. M. DE et al. Aplicabilidade do Sistema de Informação da Atenção Básica no cotidiano de Enfermeiros. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene, v. 12, 2012.

QUEIROZ, M. V. O. et al. Indicadores de qualidade da assistência ao nascimento baseados na satisfação de puérperas. Texto Contexto Enferm, v. 16, n. 3, p. 479-87, 2007.

RADIMER, K. L. et al. Understanding hunger and developing indicators to assess it in women and children. Journal of Nutrition Education, v. 24, n. 1, p. 36S-44S, jan. 1992.

R CORE TEAM. R: A Language and Environment for Statistical Computing. Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing, 2015.

RESEGUE, R.; PUCCINI, R. F.; SILVA, E. M. K. DA S. Fatores de risco associados a alterações no desenvolvimento da criança. Pediatria (São Paulo), v. 29, n. 2, p. 117-128, 2007.

RIBEIRO, J. M.; DO ROSÁRIO COSTA, N. Atenção ao pré-natal na percepção das usuárias do Sistema Único de Saúde: um estudo comparativo. Cad. Saúde Pública, v. 20, n. 2, p. 534-545, 2004.

RIBEIRO, J. M.; SIQUEIRA, S. A. V. DE; PINTO, L. F. DA S. Avaliação da atenção à saúde da criança (0-5 anos) no PSF de Teresópolis (RJ) segundo a percepção dos usuários. Ciência & Saúde Coletiva, v. 15, n. 2, p. 517-527, 2010.

RIBEIRO, L. C. et al. Avaliação da cobertura do sistema de informação da atenção básica em saúde (SIAB): Uma aplicação da metodologia de amostragem para garantia da qualidade de lotes. Revista APS, v. 10, n. 2, p. 1-22, 2007.

RIBEIRO-SOBRINHO, C.; DE SOUZA, L. E. P. F.; CHAVES, S. C. L. Avaliação da cobertura do Serviço Odontológico da Polícia Militar da Bahia em Salvador, Bahia, Brasil Evaluation of dental care coverage in the State Military Police in Salvador, Bahia, Brazil. Cad. Saúde Pública, v. 24, n. 2, p. 295-302, 2008.

RIO DE JANEIRO, Complexo de Manguinhos receberá obras de infraestrutura. Imprensa RJ, 2012.

RIO DE JANEIRO, Censo Domiciliar do Complexo de Manguinhos, Rio de Janeiro, Relatório Final. Rio de Janeiro: [s.n.]. Disponível em: <[http://urutau.proderj.rj.gov.br/egprio\\_imagens/Uploads/MD.pdf](http://urutau.proderj.rj.gov.br/egprio_imagens/Uploads/MD.pdf)>. Acesso em: 15 out. 2013.

RIO DE JANEIRO, Secretaria Municipal de Saúde. Resolução nº431 de 14 de Abril de 1993 cria na cidade do Rio de Janeiro as Coordenadorias de Áreas de Planejamento.1993.

RIO DE JANEIRO, S. M. DE S. PMS- Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro - 2014-2017, 2013. Disponível em: <[http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4128745/PMS\\_20142017.pdf](http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4128745/PMS_20142017.pdf)>

RIO DE JANEIRO. Contrato de gestão no âmbito do território integral de atenção à saúde (TEIAS) de Manguinhos., 2009.

ROCHA, D. M. Benefícios do programa de saúde da família - PSF para a melhoria na qualidade de vida dos moradores no bairro São Pedro, em Teresina-PI. Revista Inova Ação, v. 1, n. 1, p. 01-14, 2014.

ROCHA, P. DE M. et al. An assessment of the Family Health Program in municipalities of Northeast Brazil: old and new challenges. Cadernos de Saúde Pública, v. 24, p. s69-s78, 2008.

RODRIGUES, C. G. et al. Os sistemas de informação em saúde: do processo de trabalho à geração dos dados em Minas Gerais. Anais do XIII Seminário sobre a Economia Mineira, 2008.

RODRIGUES, M. A. P. et al. Use of primary care services by elderly people with chronic conditions, Brazil. Revista de Saúde Pública, v. 43, n. 4, p. 604-612, 2009.

ROESE, A. et al. Perfil de hipertensão arterial sistêmica e de Diabetes Mellitus a partir de bases de dados nacionais em municípios em pequeno porte no Rio Grande do Sul, Brasil. Rev. APS, v. 14, n. 1, p. 75-84, mar. 2011.

ROHDE, J. et al. 30 years after Alma-Ata: has primary health care worked in countries? *Lancet* (London, England), v. 372, n. 9642, p. 950-961, 13 set. 2008.

RONCALLI, A. G.; LIMA, K. C. DE. Impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*, v. 11, n. 3, p. 713-24, 2006.

ROSA, T. E. DA C. et al. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Revista de Saúde Pública*, v. 37, n. 1, p. 40-48, 2003.

ROSA, W. A. G; LABATE, R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto , v. 13, n. 6, p. 1027-1034, Dec. 2005 .

RUZANY, M. H. et al. Avaliação das condições de atendimento do Programa de Saúde do Adolescente no Município do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública*, v. 18, n. 3, p. 639-649, 2002.

SAKATA, K. N. et al. Conceptions of the family health team about home visits. *Revista brasileira de enfermagem*, v. 60, n. 6, p. 659-664, 2007.

SALA, A. et al. Cadastro ampliado em saúde da família como instrumento gerencial para diagnóstico de condições de vida e saúde. *Cad. Saúde Pública*, v. 20, n. 6, p. 1556-1564, 2004.

SALTMAN, R.; RICO, A.; BOERMA, W. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <[http://www.euro.who.int/observatory/Studies/20020522\\_7](http://www.euro.who.int/observatory/Studies/20020522_7)>.

SANTANA, M. L.; CARMAGNANI, M. I. Programa Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. *Saude soc*, v. 10, n. 1, p. 33-54, 2001.

SANTOS, J. V. DOS; GIGANTE, D. P.; DOMINGUES, M. R. Prevalência de insegurança alimentar em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, e estado nutricional de indivíduos que vivem nessa condição. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 26, n. 1, p. 41-49, jan. 2010.

SARRETA, FO. Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 248 p. ISBN 978-85-7983-009-9

SAVASSI, L. C. M.; LAGE, J. L.; COELHO, F. L. G. Sistematização de instrumento de estratificação de risco familiar: a Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi. *JMPHC. Journal of Management and Primary Health Care*, v. 3, n. 2, p. 179-185, 2013.

SCHINCARIOL, I. Saúde em Construção. Iniciativa Teias leva atenção integrada e inovação para Manguinhos. *Revista Manguinhos*, 25 fev. 2001.

SCHNEIDER, H.; HLOPHE, H.; RENSBURG, D. VAN. Community health workers and the response to HIV/AIDS in South Africa:tensions and prospects. *Health Policy Plan*, v. 23, n. 3, p. 179-187, 2008.

SCHWARTZ, T. D. et al. Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 4, p. 2145-2154, 2010.

SEGALL-CORRÊA, A. M.; MARIN-LEON, L.; OTHERS. Food security in Brazil: the proposal and application of the Brazilian Food Insecurity Scale from 2003 to 2009. *Segurança alimentar e nutricional*, v. 16, n. 2, p. 1-19, 2009.

SEOANE, A. F.; DE CARVALHO FORTES, P. A. A percepção do usuário do Programa Saúde da Família sobre a privacidade e a confidencialidade de suas informações. *Saúde e Sociedade*, v. 18, n. 1, p. 42-49, 2009.

SHIMIZU, H. E.; CARVALHO JUNIOR, D. DE. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. *Cien Saude Colet*, v. 17, n. 9, p. 2405-2414, 2012.

SHROUT, P. E. Measurement reliability and agreement in psychiatry. *Statistical Methods in Medical Research*, v. 7, n. 3, p. 301-317, set. 1998.

SILVA, A. S. DA; LAPREGA, M. R. Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*, v. 21, n. 6, p. 1821-8, 2005.

SILVA, J. P. L. DA et al. Revisão sistemática sobre encadeamento ou linkage de bases de dados secundários para uso em pesquisa em saúde no Brasil. 2006.

SILVA, N. C. DA; GIOVANELLA, L.; MAINBOURG, E. M. T. The family in the practices of Family Health teams. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 67, n. 2, 2014.

SILVA, P. H. G. DA. Núcleo de apoio à saúde da família-NASF no Programa Nacional de Melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica PMAQ: análise dos indicadores do 2º ciclo da avaliação externa. 2014.

SILVA, S. A. DA; FRACOLLI, L. A. Avaliação da Estratégia Saúde da Família: perspectiva dos usuários em Minas Gerais, Brasil. *Saúde em Debate*, v. 38, n. 103, 2014.

SILVA, S. .; SOUTO JR., J. .; BRETAS JR., N. O Pacto pela Saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde. In: *Redes de Atenção à Saúde no SUS*. Campinas SP: Conasems, 2008.

SIQUEIRA, M. . Gestão estratégica da informação. Rio de Janeiro: Brasport,2005.

SOBERÓN, G. La extensión de cobertura de los servicios de salud. *Gac Méd*

Méx 1988; 124:163-75.

SOSSAI, L. C. F.; PINTO, I. C.; MELLO, D. F. DE. O agente comunitário de saúde (ACS) e a comunidade: percepções acerca do trabalho do ACS. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 9, n. 2, 23 set. 2010.

SOUSA, M. H. DE et al. Relacionamento probabilístico de registros: uma aplicação na área de morbidade materna grave (near miss) e mortalidade materna. *Cad Saude Publica*, v. 24, n. 3, p. 653-62, 2008.

SOUSA, L. B.; SOUZA, R. K. T.; SCOCHI, M. J. Hipertensão arterial e saúde da família: atenção aos portadores em município de pequeno porte na região sul do Brasil. *Arq Bras Cardiol*, v. 87, n. 1, 2006.

STARFIELD, B. Atenção primária, equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde, 2002.

STUCKLER, D; FEIGL, A.B; BASU, S; MCKEE, M. The political economy of universal health coverage. Background paper for the Global Symposium on Health System Research. Geneva: World Health Organization; 2010.

TAVARES, F. . et al. O SUS que temos e a informação como estratégia de invisibilidade. *Saúde em Debate*, v. 27, n. 65, p. 405-413, 2003.

TIBIRIÇÁ, S. H. . et al. O potencial do cadastro das famílias no Sistema de Informação da Atenção Básica em saúde, como base para determinação da amostra em pesquisas na área da saúde. *Rev. APS*, v. 12, n. 2, p. 161-167, jun. 2009.

TOSCANO, C. M. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. *Ciênc Saúde Coletiva*, v. 9, n. 4, p. 885-95, 2004.

TRAD, L. A. B.; ROCHA, A. Condições e processo de trabalho no cotidiano do Programa Saúde da Família: coerência com princípios da humanização em saúde. *Cienc Saude Coletiva*, v. 16, n. 3, 2011.

TRAVASSOS, C. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 13, n. 2, p. 325-330, abr. 1997.

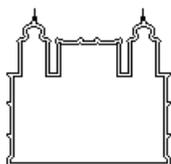
TRAVASSOS, C. et al. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Rev Panam Salud Publica*, v. 11, n. 5-6, p. 365-73, 2002.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 215-243.

- TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde A review of concepts in health services access and utilization. *Cad. Saúde Pública*, v. 20, n. Sup 2, p. S190-S198, 2004.
- TRAVASSOS, C. M. DE R. et al. Os suplementos saúde na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) no Brasil. 2008.
- VÁZQUEZ, M. L. et al. Organizaciones sanitarias integradas y otros ejemplos de colaboración entre proveedores. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*, v. 26, p. 94-101, mar. 2012.
- VIACAVA, F.; DE SOUZA-JUNIOR, P. R. B.; DA SILVA MOREIRA, R. Estimativas da cobertura de mamografia segundo inquéritos de saúde no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 43, n. suppl. 2, p. 117-125, 2009.
- VIEIRA DA SILVA, L. . Avaliação do processo de descentralização das ações de saúde. *Cienc Saude Coletiva*, v. 4, n. 2, p. 331-339, 1999.
- VPPLR, V. P. D. P. E. L. D. R. - F. PDTSP- Programa de Desenvolvimento Tecnológico em Saúde Pública. O que é., 2012. Disponível em: <<http://www.castelo.fiocruz.br/vpplr/pdtsp.php>>. Acesso em: 3 jul. 2013
- WEHLER, C. A.; SCOTT, R. I.; ANDERSON, J. J. The community childhood hunger identification project: A model of domestic hunger—Demonstration project in Seattle, Washington. *Journal of Nutrition Education*, v. 24, n. 1, p. 29S-35S, jan. 1992.
- WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health World Health Organization. 2000.
- WHITE, K., L. Health surveys: who, why and what? *World Health Statistics Quarterly*, v. 38, p. 2-14, 1985.
- WHO. World Health Organization. Health care systems in transition. Production template and questionnaire. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, , 1996.
- WHO. World Health Organization. Atenção primária à saúde: mais necessária que nunca The World Health Report. Geneva, , 2008. Disponível em: <[http://www.who.int/whr/2008/08\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf)>
- WONCA EUROPE. The European definition of general practice/family practice. Disponível em: <<http://www.medisin.ntnu.no/wonca/>>.
- ZANCAN, L. et al. O território de manguinhos na Internet: um sítio interativo para produção de conhecimento local: In: XI Congresso luso afro brasileiro de ciência sociais. Universidade Federal da Bahia - Salvador, 2011. Disponível em: <[http://www.xiconlab.eventos.dype.com.br/resources/anais/3/1307647012\\_ARQUIVO\\_Sitio\\_CONLAB2011GT78.pdf](http://www.xiconlab.eventos.dype.com.br/resources/anais/3/1307647012_ARQUIVO_Sitio_CONLAB2011GT78.pdf)>

# 10 APÊNDICES

**10.1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) do projeto “Inquérito sobre Condições de Saúde e Utilização de Serviços de Saúde no território de Manguinhos, Rio de Janeiro”.**



**Vice-Presidência de Pesquisa & Laboratórios de Referência - VPPLR**  
**Programa de Desenvolvimento e Inovação Tecnológica – PDTSP**

## **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

### **ENTREVISTA RESIDENCIAL**

Caro(a) Sr(a),

O(a) senhor(a) está convidado a participar de uma pesquisa que será realizada aqui em Manguinhos. Queremos conhecer melhor as condições de saúde e a utilização dos serviços de saúde da região de Manguinhos.

Sua residência foi sorteada e, se aceitar participar da pesquisa, responderá a um questionário sobre sua casa e as condições de saúde de sua família. O tempo previsto para isso é cerca de 30 minutos.

Garantimos que seu nome será guardado com todo cuidado e não será divulgado em hipótese alguma. Os questionários respondidos ficarão sob a guarda do coordenador dessa pesquisa. A entrevista não oferece qualquer risco à sua saúde e o(a) senhor(a) tem o direito de deixar de responder quando não se sentir confortável, podendo parar a qualquer momento, se assim desejar. Pode ser que precisemos voltar para verificar informações faltantes. Utilizaremos também as informações do cadastro de Saúde da Família para contribuir na melhoria da assistência.

Os resultados da pesquisa serão divulgadas em artigos, boletins informativos e oficinas com participação de pesquisadores e população.

Caso não queira responder, o(a) senhor(a) não será prejudicado em seu atendimento nas unidades de saúde de Manguinhos. Com essas informações, poderemos conhecer mais sobre os problemas e necessidades de saúde dos moradores, bem como avaliar os serviços de saúde da região para promover melhorias.

Uma cópia deste documento ficará com o(a) senhor(a). Em caso de dúvida, o(a) senhor(a) poderá procurar pelas coordenadoras Marília Sá Carvalho, no telefone (21) 3836-1100 ou 3836-1113 ou Juliana Tobinaga Pereira, no telefone (21) 2598-2739. Poderá ainda enviar um e-mail para [inquerito-teias@fiocruz.br](mailto:inquerito-teias@fiocruz.br).

O(a) senhor(a) pode consultar o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz no telefone (21) 2598-2863 ou pelo e-mail: [cep@ensp.fiocruz.br](mailto:cep@ensp.fiocruz.br).

Eu \_\_\_\_\_,  
declaro que compreendi o estudo e aceito participar da entrevista respondendo ao questionário residencial.

**Assinatura do respondente:** \_\_\_\_\_

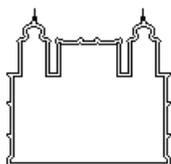
Entrevistador: \_\_\_\_\_

(Nome legível e assinatura)

Coordenador: \_\_\_\_\_

(Carimbo e assinatura)

Rio de Janeiro, data: \_\_\_\_\_



## **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ENTREVISTA INDIVIDUAL**

Caro(a) Sr(a),

O(a) senhor(a) está convidado a participar de uma pesquisa que será realizada aqui em Manguinhos. Queremos conhecer melhor as condições de saúde e a utilização dos serviços de saúde da região de Manguinhos.

O(a) senhor(a) foi sorteado e, se aceitar participar da pesquisa, responderá a um questionário sobre suas condições de vida e saúde que levará em torno de 20 minutos. Caso o sorteado seja menor de 10 anos, ou incapaz de responder por motivos de saúde, a entrevista será respondida pelo responsável. Caso o sorteado tenha entre 10 e 18 anos incompletos, o responsável deverá acompanhá-lo enquanto responde à entrevista.

Garantimos que seu nome será guardado com todo cuidado e não será divulgado em hipótese alguma. Os questionários respondidos ficarão sob a guarda do coordenador dessa pesquisa. A entrevista não oferece qualquer risco à sua saúde e o(a) senhor(a) tem o direito de deixar de responder quando não se sentir confortável, podendo parar a qualquer momento, se assim desejar. Pode ser que precisemos voltar para verificar informações faltantes. Utilizaremos também as informações do cadastro de Saúde da Família para contribuir na melhoria da assistência.

Os resultados da pesquisa serão divulgadas em artigos, boletins informativos e oficinas com participação de pesquisadores e população.

Caso não queira responder, o(a) senhor(a) não será prejudicado em seu atendimento nas unidades de saúde de Manguinhos. Com essas informações, poderemos

conhecer mais sobre os problemas e necessidades de saúde dos moradores, bem como avaliar os serviços de saúde da região para promover melhorias.

Uma cópia deste documento ficará com o(a) senhor(a). Em caso de dúvida, o(a) senhor(a) poderá procurar pelas coordenadoras Marília Sá Carvalho, no telefone (21) 3836-1100 ou 3836-1113 ou Juliana Tobinaga Pereira, no telefone (21) 2598-2739. Poderá ainda enviar um e-mail para [inquerito-teias@fiocruz.br](mailto:inquerito-teias@fiocruz.br).

O(a) senhor(a) pode consultar o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz no telefone (21) 2598-2863 ou pelo e-mail: cep@ensp.fiocruz.br.

Eu \_\_\_\_\_,  
declaro que compreendi o estudo e aceito participar da entrevista respondendo ao questionário individual.

**Assinatura do respondente:** \_\_\_\_\_

**ou**

**Assinatura do responsável:** \_\_\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_

(Nome legível e assinatura)

Coordenador: \_\_\_\_\_

(Carimbo e assinatura)

Rio de Janeiro, data: \_\_\_\_\_

**10.2 - Dicionário de Dados e Nota Técnica do projeto “Inquérito sobre Condições de Saúde e Utilização de Serviços de Saúde no território de Manguinhos, Rio de Janeiro”.**

INQUÉRITO SAÚDE-MANGUINHOS – DICIONÁRIO QUESTIONÁRIO DOMICILIAR

VARIÁVEL	PERGUNTA	RESPOSTA	OBSERVAÇÕES
id	Identificação do domicílio		
microarea	Comunidades que pertencem ao território de Manguinhos	Amorim, Cap braganca, chp2, comum agricola, conab, desup, embratel predios, embratel terrenos, ex-combatentes, joao goulart, monsenhor, nelson mandela, nova vila turismo, poc, samora machel, varginha, vila s.pedro, vila turismo, vila uniao	
tipodom	Tipo de Domicílio	part.permanente,improvisado	
casaouap	Tipo de Domicílio	casa, ap	
domprop	Condição de Ocupação do domicílio	proprio, pppagando, alugado, cedido, posse	
totmora	Quantidade moradores	Numérico	
nhom	Quantidade homens	Numérico	
nmul	Quantidade mulheres	Numérico	
ncomodos	Qual o número de cômodos no seu domicílio/utilizados por sua família? (são considerados cômodos os quartos e salas, cozinha, área de serviço e varanda fechada do seu domicílio)	Numérico	
nbanh	E de banheiros do domicílio/utilizados por sua família?	Numérico	
usobanh	Uso do banheiro ou sanitário	exclusivo, compartil	
parededom	Qual o material que predomina na construção das paredes externas do seu domicílio?	alvenaria, precario	
telhadom	Qual o material que predomina na cobertura (telhado) do domicílio?	telha, laje, amianto, outros	
pisodom	Qual o material que predomina no piso do domicílio?	madeira, ceramica/pedra, cimento, outros	
aguacan	Este domicílio tem água canalizada para pelo menos um cômodo?	sim, nao	
aguareserv	O(a) sr.(a) armazena água em algum reservatório? (ex: caixa d'água, cisterna, baldes e latões)	sim, nao	
caixatampa	Qual tipo de reservatório o sr(a) utiliza ?-Caixa de Água com tampa	sim,nao, nao informa	
caixasemtampa	Qual tipo de reservatório o sr(a) utiliza ?-Caixa de água sem tampa	sim,nao, nao informa	

INQUÉRITO SAÚDE-MANGUINHOS – DICIONÁRIO QUESTIONÁRIO DOMICILIAR

VARIÁVEL	PERGUNTA	RESPOSTA	OBSERVAÇÕES
cisterna	Qual tipo de reservatório o sr(a) utiliza ?-Cisterna	sim,nao, nao informa	
latao	Qual tipo de reservatório o sr(a) utiliza ?-Balde e Latões	sim,nao, nao informa	
limpareserv	Com que frequência o Sr.(a) limpa o reservatório principal?	semanal, mensal, trimestral, semestral, anual, bianual, nunca, nao sabe	
fonteagua	Qual é a principal forma de abastecimento de água deste domicílio?	cedae, poco, ign	
aguadiaria	No local onde o(a) sr.(a) mora, a água é fornecida diariamente?	sim, nao	
filtra	Como você trata a água para beber?-Filtra	sim, nao	
ferve	Como você trata a água para beber?-Ferve	sim, nao	
coaagua	Como você trata a água para beber?-Côa com pano	sim, nao	
naotratagua	Como você trata a água para beber?-Não faz nada	sim, nao	
compragua	Como você trata a água para beber? Compra água (galão)	sim, nao	
luz	Qual é a forma de iluminação deste domicílio?	eletric	
coleta	Qual o destino do lixo do seu domicílio?-É coletado regularmente no domicílio	sim, nao	
cacamba	Qual o destino do lixo do seu domicílio?-É jogado na caçamba	sim, nao	
queima	Qual o destino do lixo do seu domicílio?-É queimado ou enterrado	sim, nao	
jogado	Qual o destino do lixo do seu domicílio?-Jogado no rio, mar, terreno, etc.	sim, nao	
domest	Em sua casa, trabalha algum(a) empregado(a) doméstico(a) (diarista ou mensalista)?	sim, nao	
tv	Televisão a cores?	sim, nao	
ntv	Quantidade de televisão	Numérico	
geladeira	Geladeira?	sim, nao	
ngeladeira	Quantidade de geladeira	Numérico	
fogao	Fogão?	sim, nao	
nfogao	Quantidade de fogão	Numérico	

INQUÉRITO SAÚDE-MANGUINHOS – DICIONÁRIO QUESTIONÁRIO DOMICILIAR

VARIÁVEL	PERGUNTA	RESPOSTA	OBSERVAÇÕES
combfogao	Tipo de combustível utilizado para cozinhar	gasbujao, gasencan, eletrico, outro	
freezer	Freezer? (independente ou segunda porta da geladeira)	sim, nao	
nfreezer	Quantidade de freezer	Numérico	
radio	Rádio? (qualquer tipo de rádio, inclusive outros aparelhos que tenham rádio acoplado)	sim, nao	
nradio	Quantidade de rádio	Numérico	
dvd	Aparelho de DVD?	sim, nao	
ndvd	Quantidade de DVD	Numérico	
lavaroupa	Máquina de lavar roupa ou Tanquinho?	sim, nao	
nlavaroupa	Quantidade de máquina de lavar roupa ou tanquinho	Numérico	
telfixo	Linha de telefone fixo?	sim, nao	
ntelfixo	Quantidade de telefone fixo	Numérico	
cel	Linha de telefone celular?	sim, nao	
ncel	Quantidade de telefone celular	Numérico	
comput	Microcomputador?	sim, nao	
ncomput	Quantidade de microcomputador	Numérico	
internet	Microcomputador é utilizado para acessar a internet?	sim, nao, nao sabe	
microondas	Forno micro-ondas?	sim, nao	
nmicroondas	Quantidade de forno micro-ondas	Numérico	
carro	Carro?	sim, nao	
ncarro	Quantidade de carro	Numérico	
moto	Motocicleta?	sim, nao	
nmoto	Quantidade de motocicleta	Numérico	
esfcaastro	A sua família está cadastrada na Saúde da Família?	sim, nao, nunca ouviu	
esfondecaastro	Onde foi realizado o cadastro?	casa, clinica, nao sabe	
esftempo	Há quanto tempo foi realizado o cadastro na Estratégia Saúde da Família?	<2meses, 2a6meses, 6a12meses, >1ano, nao sabe	
esffreq	Com que frequência o seu domicílio recebe a visita de algum agente comunitário ou profissional de saúde?	mensal, bimensal, 2a4 por ano, anual, nunca, ausente, nao sabe	

INQUÉRITO SAÚDE-MANGUINHOS – DICIONÁRIO QUESTIONÁRIO DOMICILIAR

VARIÁVEL	PERGUNTA	RESPOSTA	OBSERVAÇÕES
esftransp	Caso alguma pessoa da família utilize alguma unidade de Saúde da Família, como vai para lá?	coletivo, carro ou moto, a pé, bicicleta, não frequenta clínica	
criancadom	Nos últimos 12 meses, nas visitas domiciliares, os profissionais da Equipe de Saúde da Família: Fizeram acompanhamento do crescimento das crianças do domicílio (medidas de peso e altura)?	sim, não, não sabe	Aplicável somente para crianças menores de 5 anos
criancacaderneta	Nos últimos 12 meses, nas visitas domiciliares, os profissionais da Equipe de Saúde da Família: Verificaram a caderneta da(s) criança(s) do domicílio?	sim, não, não sabe	Aplicável somente para crianças menores de 5 anos
paga.morador	Nos últimos 12 meses, quais das seguintes fontes de recurso foram utilizadas para pagar as despesas com saúde dos moradores deste domicílio? (exceto medicamentos) - Renda atual de algum morador do domicílio	sim, não	
paga.aplicacao	Nos últimos 12 meses, quais das seguintes fontes de recurso foram utilizadas para pagar as despesas com saúde dos moradores deste domicílio? (exceto medicamentos) - Economias (poupança, aplicações)	sim, não	
paga.venda	Nos últimos 12 meses, quais das seguintes fontes de recurso foram utilizadas para pagar as despesas com saúde dos moradores deste domicílio? (exceto medicamentos) - Venda de objetos ou bens	sim, não	
paga.amigo	Nos últimos 12 meses, quais das seguintes fontes de recurso foram utilizadas para pagar as despesas com saúde dos moradores deste domicílio? (exceto medicamentos) - Empréstimos ou doações de familiares ou amigos que moram em outro domicílio	sim, não	

INQUÉRITO SAÚDE-MANGUINHOS – DICIONÁRIO QUESTIONÁRIO DOMICILIAR

VARIÁVEL	PERGUNTA	RESPOSTA	OBSERVAÇÕES
paga.banco	Nos últimos 12 meses, quais das seguintes fontes de recurso foram utilizadas para pagar as despesas com saúde dos moradores deste domicílio? (exceto medicamentos) - Empréstimos de instituições financeiras (bancos, financiadoras, etc.)	sim, nao	
paga.plano	Nos últimos 12 meses, quais das seguintes fontes de recurso foram utilizadas para pagar as despesas com saúde dos moradores deste domicílio? (exceto medicamentos) - Plano de saúde	sim, nao	
segalimentar	Nos ÚLTIMOS 3 MESES, o(a) sr.(a) teve a preocupação de que a comida na sua casa acabasse antes que tivesse condição de comprar mais comida?	sim, nao	
moraporcomodo	Número de moradores por cômodo	Numérico	
rendadom	Renda total do domicílio	Numérico	
rendapercapita	Renda familiar per capita	Numérico	
bolsasimnao	Este domicílio recebe bolsa família?	Sim, Nao	
diasemana	Dia da semana em que a entrevista foi feita	Informação Sistema	
mes	Mês em que a entrevista foi feita	Informação Sistema	
data	Data em que a entrevista foi feita	Informação Sistema	

INQUÉRITO SAÚDE-MANGUINHOS – DICIONÁRIO QUESTIONÁRIO MORADORES

VARIÁVEL	PERGUNTA	RESPOSTA	OBSERVAÇÕES
id	Identificação do domicílio		
microarea	Comunidades que pertencem ao território de Manguinhos	Amorim, Cap braganca, chp2, comum agricola, conab, desup, embratel predios, embratel terrenos, ex-combatentes, joao goulart, monsenhor, nelson mandela, nova vila turismo, poc, samora machel, varginha, vila s.pedro, vila turismo, vila uniao	
PES	Identificação do morador dentro do domicílio (lista de moradores)	Numérico	
sexo	Sexo dos moradores	Masculino, Feminino	
idade	Idade	Numérico	
grupoetario	Faixas etárias	0a4, 5a17, 18a59, 60e+	
gestante	Gestante	sim, nao	Aplicável somente para mulheres
totmora	Quantidade de moradores	Numérico	
nhom	Quantidade de homens	Numérico	
nmul	Quantidade de mulheres	Numérico	
instr	Grau de Instrução	<1ano, 1 a 3 anos, 4 a 7 anos, fundamental completo, medio completo, superior completo, nao sabe	Aplicável somente para moradores com 5 anos ou mais de idade
trabalha	Trabalha?	sim, nao	Aplicável somente para moradores com 6 anos ou mais de idade
simtrabalha	Situação de trabalho	serv.publico, salario.carteira, sem.carteira, familiar, autonomo.com.estab, autonomo.sem.estab, patroa.ate 4, patroa.5 ou +,sem resposta	Aplicável somente para moradores com 6 anos ou mais de idade
naotrabalha	Razões de não estar trabalhando	dona.casa, procurando, estuda, aposentado.tempo, aposentado.invalido, afastado.doenca, afastado.outro, outro	Aplicável somente para moradores com 6 anos ou mais de idade
inforenda	O(a) sr.(a) tem rendimentos?	nao informa, sem renda, sabe detalhe, sabe so contrib	

INQUÉRITO SAÚDE-MANGUINHOS – DICIONÁRIO QUESTIONÁRIO MORADORES

VARIÁVEL	PERGUNTA	RESPOSTA	OBSERVAÇÕES
valorcontrib	Valor da contribuição do morador	Valor em Reais (R\$)	
trabalho	Trabalho	Valor em Reais (R\$)	
seg.desemp	Seguro desemprego	Valor em Reais (R\$)	
aposentadoria	Aposentadoria	Valor em Reais (R\$)	
pensao	Pensão	Valor em Reais (R\$)	
rendas.vitalicia	Renda Mensal Vitalícia	Valor em Reais (R\$)	
venda	Venda de produtos	Valor em Reais (R\$)	
aluguel	Aluguel	Valor em Reais (R\$)	
doacao	Doação de não-morador do domicílio	Valor em Reais (R\$)	
doacao.filantropia	Doação de igrejas/ONG/instituições filantrópicas	Valor em Reais (R\$)	
renda.aplica	Rendimentos de aplicações ou cadernetas de poupança	Valor em Reais (R\$)	
bolsa.fam	Bolsa Família	Valor em Reais (R\$)	
beneficio	Benefício de Prestação Continuada - BPC	Valor em Reais (R\$)	
cartao.alimenta	Cartão alimentação	Valor em Reais (R\$)	
bolsa.carioca	Bolsa Carioca	Valor em Reais (R\$)	
outra.renda	Outra fonte	Valor em Reais (R\$)	
rendapes	Renda por pessoa do domicílio	Numérico	
rendadom	Renda por domicílio	Numérico	
rendapercapita	Renda familiar per capita	Numérico	
avalsaude	Em geral, como é o estado de saúde do(a) sr.(a)?	muito boa, boa, regular, ruim, muito ruim	
saude.faltoutrabalho	Nos últimos 15 dias, o(a) sr.(a) deixou de ir ao trabalho ou de realizar as atividades habituais por motivo de saúde?	sim, nao, nao sabe	
saude.mesmoservico	O(a) sr.(a) costuma procurar o mesmo lugar, serviço de saúde ou médico quando precisa de assistência de saúde?	sim, nao, nao sabe	
saude.qualservico	Onde o(a) sr.(a) costuma procurar atendimento?	CFVValla, CSEGSF, CF-Fiocruz, UPA, emergencia publica, ambulatorio publico, consulta particular, emergencia particular, farmacia, outro	

INQUÉRITO SAÚDE-MANGUINHOS – DICIONÁRIO QUESTIONÁRIO MORADORES

VARIÁVEL	PERGUNTA	RESPOSTA	OBSERVAÇÕES
saude.qdomedico	Quando o(a) sr.(a) consultou um médico pela última vez?	<1 ano, 1 a <2 anos, 2 a <3 anos, 3 e +, nunca, nao sabe	
saude.qdodontista	Quando o(a) sr.(a) consultou um dentista pela última vez?	<1 ano, 1 a <2 anos, 2 a <3 anos, 3 e +, nunca, nao sabe	
procura.15dias	Nos últimos 15 dias, o(a) sr.(a) procurou algum serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à sua saúde, sem considerar internação hospitalar por 24 horas ou mais?	sim, nao, nao sabe	
motivo.15dias	Por que o(a) sr.(a) procurou atendimento relacionado à sua saúde na última vez?	doença, acidente, dentista, continuacao ttto, prenatal, puericultura, vacina, periodico, ex.complementar, outros preventivo, atestado, outro	
atendido.15dias	O(a) sr.(a) conseguiu ser atendido?	sim, nao, nao sabe	
local.15dias	Onde o(a) sr.(a) conseguiu?	CFVValla, CSEGSF, CF-Fiocruz, UPA, emergencia publica, ambulatorio publico, consulta particular, emergencia particular, farmacia, outro	
pagou.15dias	O(a) sr.(a) pagou pelo atendimento?	particular, reembolso parcial, SUS, plano, filantropica, nao sabe	
internou	Nos últimos 12 meses, o(a) sr.(a) precisou ser internado(a) em hospital por 24 horas ou mais?	sim, nao, nao sabe	
emergencia	A internação foi de emergência?	sim, nao	
motivo.internou	Qual o principal motivo da última internação?	clinica, parto vaginal, cesarea, cirurgia programada, psiquiatria, exames, outro	
pagou.internou	Pagou pela internação?	particular, reembolso total, reembolso parcial, SUS, plano, filantropica	
diasemana	Dia da semana em que a entrevista foi feita	Informação do Sistema	
mes	Mês em que a entrevista foi feita	Informação do Sistema	
data	Data em que a entrevista foi feita	Informação do Sistema	

INQUÉRITO SAÚDE-MANGUINHOS – DICIONÁRIO QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL

VARIÁVEL	PERGUNTA	RESPOSTA	OBSERVAÇÕES
idpes	Identificação do morador dentro do domicílio		
id	Identificação do domicílio		
microarea	Comunidades que pertencem ao território de Manguinhos	Amorim, Cap braganca, chp2, comum agricola, conab, desup, embratel predios, embratel terrenos, ex-combatentes, joao goulart, monsenhor, nelson mandela, nova vila turismo, poc, samora machel, varginha, vila s.pedro, vila turismo, vila uniao	
informante	O informante deste módulo é:	proprio, responsavel, 10-18a com respons	
sexo	Sexo do entrevistado (a)	MASCULINO, FEMININO	
idade	Idade do entrevistado(a)	Numérico	
grupoetario	Grupo etario do entrevistado(a)	0a4, 5a17, 18a59, 60e+	
estcivil	Qual o seu estado civil?	solteiro, casado, separado, viuvo	
raca	Qual é a sua cor (raça)?	branca, preta, amarela, parda, indigena	Auto-referida
trabalho	O(a) sr.(a) já trabalhou ou trabalha?	sim, nao	
profissoes	Qual era ou é a sua ocupação no trabalho?	QUESTÃO ABERTA	
ocupagrega	Qual era ou é a sua ocupação no trabalho?	Famílias de ocupações baseadas CBO 2002	Tabela anexada a Nota Técnica
frequeuniaio	Nos últimos 12 meses, com que frequência o(a) sr.(a) participou de reuniões de associações de moradores ou funcionários, sindicatos ou partidos, centros acadêmicos ou similares?	quinzenal ou +, algumas no ano, anual, nunca	Aplicável somente para indivíduos com 10 anos ou mais
freqvolunt	Nos últimos 12 meses, com que frequência o(a) sr.(a) participou de trabalho voluntário não remunerado, em organizações não-governamentais (ONGs), de caridade, religiosas ou outras? (ex: igreja, escolas, abrigos)	algumas na semana, semanal, 2-3x/mes, algumas no ano, anual, nunca	Aplicável somente para indivíduos com 10 anos ou mais

INQUÉRITO SAÚDE-MANGUINHOS – DICIONÁRIO QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL

VARIÁVEL	PERGUNTA	RESPOSTA	OBSERVAÇÕES
freqreligio	Nos últimos 12 meses, com que frequência o(a) sr.(a) compareceu a cultos ou atividades da sua religião ou de outra religião?	algumas na semana, semanal, 2-3x/mes, algumas no ano, anual, nunca	Aplicável somente para indivíduos com 10 anos ou mais
freqesf	Nos últimos 12 meses, com que frequência o(a) sr.(a) compareceu a reuniões organizadas pela Estratégia de Saúde da Família ?	quinzenal ou +, algumas no ano, anual, nunca	Aplicável somente para indivíduos com 10 anos ou mais
freqativ	Nos últimos 12 meses, com que frequência o(a) sr.(a) compareceu a atividades organizadas pelas escolas, pela Fiocruz, pelo PAC?	quinzenal ou +, algumas no ano, anual, nunca	Aplicável somente para indivíduos com 10 anos ou mais
aas	Em geral, como o(a) sr.(a) avalia a sua saúde?	muito boa, boa, regular, ruim, muito ruim	
diasfaltou	Nos últimos 15 dias, por quantos dias o(a) sr.(a) deixou de ir ao trabalho ou de realizar as atividades habituais por motivo de saúde?	Numérico	
avd.banho	BANHO (banho de leito, banheira ou chuveiro)	sem assist, assist parcial, com assist	Aplicável somente para indivíduos com 60 anos ou mais
avd.veste	VESTIR (pega roupa no armário e veste, incluindo roupas íntimas, roupas externas e fechos e cintos)	sem assist, assist parcial, com assist	Aplicável somente para indivíduos com 60 anos ou mais
avd.banheiro	IR AO BANHEIRO (dirige-se ao banheiro para urinar ou evacuar: faz sua higiene e se veste após as eliminações)	sem assist, com assist, nao vai	Aplicável somente para indivíduos com 60 anos ou mais
avd.transfere	TRANSFERÊNCIA (levanta-se da cama e senta em uma cadeira e vice-versa)	sem assist, com assist, nao sai	Aplicável somente para indivíduos com 60 anos ou mais
avd.continencia	CONTINÊNCIA (auto-controle em urinar ou defecar)	controle, perda ocasional, incontinente	Aplicável somente para indivíduos com 60 anos ou mais
avd.alimenta	ALIMENTAÇÃO (dirige a comida do prato ou similar à boca)	sem assist, assist parcial, com assist	Aplicável somente para indivíduos com 60 anos ou mais

INQUÉRITO SAÚDE-MANGUINHOS – DICIONÁRIO QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL

VARIÁVEL	PERGUNTA	RESPOSTA	OBSERVAÇÕES
ajuda.familia	Caso necessário, quem pode lhe prestar ajuda? - Familiar	nao, sim	Aplicável somente para indivíduos com 60 anos ou mais
ajuda.amigo	Caso necessário, quem pode lhe prestar ajuda? - Amigo	nao, sim	Aplicável somente para indivíduos com 60 anos ou mais
grupoidoso	O(a) sr.(a) participa de algum centro de convivência do idoso ou grupo da melhor idade?	sim,nao	Aplicável somente para indivíduos com 60 anos ou mais
crilevanta	LEVANTA (levantar-se de uma cadeira baixa ou do chão, deitar e levantar da cama)	nao	Aplicável somente para indivíduos entre 5 e 18 anos
crianda	ANDAR (andar na rua, em terreno plano ou subir cinco degraus)	nao	Aplicável somente para indivíduos entre 5 e 18 anos
crihigiene	HIGIENE (lavar e enxugar o corpo inteiro, sentar-se e levantar-se no vaso sanitário, escovar os dentes, pentear/escovar os cabelos)	sim,nao	Aplicável somente para indivíduos entre 5 e 18 anos
bengala	Para a locomoção, o (a) Sr(a) utiliza algum desses equipamentos-Bengala	sim, nao	Aplicável somente para indivíduos entre 5 e 18 anos e com idade superior a 60 anos
muleta	Para a locomoção, o (a) Sr(a) utiliza algum desses equipamentos-Muleta	sim, nao	Aplicável somente para indivíduos entre 5 e 18 anos e com idade superior a 60 anos
cadeirarodas	Para a locomoção, o (a) Sr(a) utiliza algum desses equipamentos-Cadeira-de-rodas	nao	Aplicável somente para indivíduos entre 5 e 18 anos e com idade superior a 60 anos
oculos	O(a) sr.(a) usa óculos ou lente de contato?	sim, nao	Aplicável somente para indivíduos entre 5 e 18 anos e com idade superior a 60 anos
oculos.vebem	Com óculos ou lentes de contado o(a) sr.(a) enxerga bem?	sim, nao	Aplicável somente para indivíduos entre 5 e 18 anos e com idade superior a 60 anos

INQUÉRITO SAÚDE-MANGUINHOS – DICIONÁRIO QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL

VARIÁVEL	PERGUNTA	RESPOSTA	OBSERVAÇÕES
ouve.aparelho	O(a) sr.(a) usa aparelho auditivo?	nao	Aplicável somente para indivíduos entre 5 e 18 anos e com idade superior a 60 anos
qdopesou	Quanto tempo faz que o(a) sr.(a) se pesou da última vez?	<1 semana, 7-30 dias, 1-6 meses, 6ou+meses, nunca	
sabepeso	O(a) sr.(a) sabe seu peso? (mesmo que seja valor aproximado)	sim, nao	
peso	Peso relatado pelo(a) entrevistado(a)	Numérico	
sabealtura	O(a) sr.(a) sabe sua altura? (mesmo que seja valor aproximado)	sim, nao	
altura	Altura relatado pelo(a) entrevistado(a)	Numérico	
imc	IMC do entrevistado(a)	Numérico	
freqdente	Com que frequência o(a) sr.(a) escova os dentes ?	nunca, naodiarria, 1x/dia, 2ou+x/dia	
escovaindividual	O(a) sr.(a) tem uma escova de dente só para você?	sim, nao	
aasbucal	Em geral, como o(a) sr.(a) avalia sua saúde bucal (dentes e gengivas)?	muito boa, boa, regular, ruim, muito ruim	
diasatfisica	Quantos dias por semana o(a) sr.(a) faz atividades físicas no seu tempo livre? (Por exemplo: corre, faz ginástica de academia, pedala em ritmo rápido, pratica esportes competitivos, joga bola, etc.)	Numérico	
athabitual	Considerando sua atuação no trabalho/ atividades habituais como o(a) sr.(a) classificaria sua atividade:	ativa, pouco ativa	
freqalcool	Com que frequência o(a) sr.(a) costuma consumir alguma bebida alcoólica?	nunca, <1x/semana, 1-2x/semana, 3x ou +/semana	
fumo	Atualmente, o(a) sr.(a) fuma?	nunca fumou, diariamente, raramente, nao fuma hoje	
fumoparouqdo	Quando parou de fumar?	<1ano, 1ano e +	

INQUÉRITO SAÚDE-MANGUINHOS – DICIONÁRIO QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL

VARIÁVEL	PERGUNTA	RESPOSTA	OBSERVAÇÕES
horastv	Em um dia de semana comum, cerca de quantas horas a criança/adolescente assiste televisão?	<1h, 1-2hs, >2hs, nao sabe	Aplicável somente para indivíduos entre 5 e 18 anos
horasgame	Em um dia de semana comum, cerca de quantas horas a criança/adolescente joga videogame?	<1h, 1-2hs, >2hs, nao sabe	Aplicável somente para indivíduos entre 5 e 18 anos
horascomput	Em um dia de semana comum, cerca de quantas horas a criança/adolescente permanece de frente para um computador?	<1h, 1-2hs, >2hs, nao sabe	Aplicável somente para indivíduos entre 5 e 18 anos
has	Algum médico já lhe deu o diagnóstico de alguma(s) destas doenças?-Hipertensão	sim, nao	
hasmedico	O(a) sr.(a) vai ao médico/serviço de saúde regularmente por causa da HIPERTENSÃO (PRESSÃO ALTA)? [Explicação: consultas de acompanhamento marcadas periodicamente]	regularmente, raramente, nunca	
hasnaomedico	Qual o principal motivo do(a) sr.(a) não visitar o médico/serviço de saúde regularmente por causa da HIPERTENSÃO (PRESSÃO ALTA)?	espera muito, desnecessario, sem horario, plano nao cobre, nao sabe onde ir, outro, sem vaga	
hasdieta	O(a) sr.(a) faz DIETA atualmente por causa da HIPERTENSÃO (PRESSÃO ALTA)?	sim, nao, ja fazia	
hasatfisica	O(a) sr.(a) pratica ATIVIDADE FÍSICA atualmente por causa da HIPERTENSÃO (PRESSÃO ALTA)?	sim, nao, ja fazia	
hasmedicamento	O(a) sr.(a) toma MEDICAMENTOS por causa da HIPERTENSÃO (PRESSÃO ALTA)?	sim, nao	
hasmedicoonde	Na última vez que recebeu assistência médica para HIPERTENSÃO (PRESSÃO ALTA), onde o(a) sr(a) foi atendido?	CFVValla, CSEGSF, CF-Fiocruz, UPA, emergencia publica, ambulatorio publico, consulta particular, emergencia particular, outro	

INQUÉRITO SAÚDE-MANGUINHOS – DICIONÁRIO QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL

VARIÁVEL	PERGUNTA	RESPOSTA	OBSERVAÇÕES
hasmedicopagou	O(a) sr.(a) pagou pelo atendimento?	particular, reembolso total, plano cobriu, filantropica, SUS	
hassangue	Nos últimos 12 meses, o(a) sr.(a) realizou exame de sangue?	sim, nao	
hassangueonde	Onde foi realizado esse exame de sangue?	CFVValla, CSEGSF, CF-Fiocruz, UPA, emergencia publica, ambulatorio publico, consulta particular, emergencia particular, outro	
colest	Algum médico já lhe deu o diagnóstico de alguma(s) destas doenças?-Colesterol	sim, nao	
colestmedico	O(a) sr. (a) vai ao médico/serviço de saúde regularmente por causa da doença? [Explicação: consultas de acompanhamento marcadas periodicamente]	sim, nao	
cardio	Algum médico já lhe deu o diagnóstico de alguma(s) destas doenças?-Doença do coração (angina/ infarto)	sim, nao	
cardiomedico	O(a) sr. (a) vai ao médico/serviço de saúde regularmente por causa da doença? [Explicação: consultas de acompanhamento marcadas periodicamente]	sim, nao	
avc	Algum médico já lhe deu o diagnóstico de alguma(s) destas doenças?-AVC ou Derrame	sim, nao	
avcmedico	O(a) sr. (a) vai ao médico/serviço de saúde regularmente por causa da doença? [Explicação: consultas de acompanhamento marcadas periodicamente]	sim, nao	

INQUÉRITO SAÚDE-MANGUINHOS – DICIONÁRIO QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL

VARIÁVEL	PERGUNTA	RESPOSTA	OBSERVAÇÕES
osteoart	Algum médico já lhe deu o diagnóstico de alguma(s) destas doenças?-Artrite /Reumatismo	sim, nao	
osteoartmedico	O(a) sr. (a) vai ao médico/serviço de saúde regularmente por causa da doença? [Explicação: consultas de acompanhamento marcadas periodicamente]	sim, nao	
diabetes	Algum médico já lhe deu o diagnóstico de alguma(s) destas doenças?-Diabetes	sim, nao	
diabetesmedico	O(a) sr. (a) vai ao médico/serviço de saúde regularmente por causa da doença? [Explicação: consultas de acompanhamento marcadas periodicamente]	sim, nao	
asma	Algum médico já lhe deu o diagnóstico de alguma(s) destas doenças?-Asma/ Bronquite	sim, nao	
asmamedico	O(a) sr. (a) vai ao médico/serviço de saúde regularmente por causa da doença? [Explicação: consultas de acompanhamento marcadas periodicamente]	sim, nao	
depressao	Algum médico já lhe deu o diagnóstico de alguma(s) destas doenças?-Depressão	sim, nao	
depressaomedico	O(a) sr. (a) vai ao médico/serviço de saúde regularmente por causa da doença? [Explicação: consultas de acompanhamento marcadas periodicamente]	sim, nao	
medicamentos.uso	O(a) sr.(a) utiliza medicamentos de uso contínuo?	sim,nao	

INQUÉRITO SAÚDE-MANGUINHOS – DICIONÁRIO QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL

VARIÁVEL	PERGUNTA	RESPOSTA	OBSERVAÇÕES
medicamentos.prescri	Todos os medicamentos de uso contínuo que o(a) sr.(a) utiliza foram prescritos pelo médico?	sim, nem todos, nenhum	
medicamentos.gracass	Como o(a) sr.(a) obtém os medicamentos de uso contínuo? Gratuitamente em serviços públicos de saúde	todos, alguns, nenhum	
medicamentos.gracafp	Como o(a) sr.(a) obtém os medicamentos de uso contínuo? Gratuitamente na farmácia popular	todos, alguns, nenhum	
medicamentos.comprafp	Como o(a) sr.(a) obtém os medicamentos de uso contínuo? Compra no programa de farmácia popular	todos, alguns, nenhum	
medicamentos.comprafar	Como o(a) sr.(a) obtém os medicamentos de uso contínuo? Compra na farmácia	todos, alguns, nenhum	
medicamentos.dadomed	Como o(a) sr.(a) obtém os medicamentos de uso contínuo? São dados pelo médico	todos, alguns, nenhum	
medicamentos.dadoout	Como o(a) sr.(a) obtém os medicamentos de uso contínuo? São dados por amigos, vizinhos, parentes	todos, alguns, nenhum	
medicamentos.entidfil	Como o(a) sr.(a) obtém os medicamentos de uso contínuo? Em entidades filantrópicas, igreja, ONG	alguns, nenhum	
medicamentos.obteve	Todos os medicamentos de uso contínuo prescritos foram obtidos?	sim, não	
medicamentos.motnao	Qual o principal motivo do(a) sr.(a) não ter conseguido obter todos os medicamentos?	sem dinheiro, desnecessario, não conseguiu FP	
exgineco	A sra. já fez algum exame ginecológico?	sim, nao	Aplicável somente para mulheres com mais de 18 anos

INQUÉRITO SAÚDE-MANGUINHOS – DICIONÁRIO QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL

VARIÁVEL	PERGUNTA	RESPOSTA	OBSERVAÇÕES
exginecoonde	Na última vez a sra. fez um exame ginecológico, onde foi atendida?	CFVValla, CSEGSF, CF-Fiocruz, UPA, emergencia publica, ambulatorio publico, consulta particular, emergencia particular, outro	Aplicável somente para mulheres com mais de 18 anos
exginecopagou	A sra. pagou pelo atendimento?	particular, reembolso total, reembolso parcial, plano, filantropica, SUS	Aplicável somente para mulheres com mais de 18 anos
preventivo	Quando foi a última vez que a sra. fez o preventivo para câncer de colo do útero e coletou material ? [Entrevistador: apenas para mulheres de 25 aos 64 anos de idade]	nunca, <1 ano, 1 a <2 anos, 2 a <3 anos, 3 e +	Aplicável somente para mulheres de 25 aos 64 anos de idade
motivonaosexgineco	Qual o principal motivo da sra. nunca ter feito um exame ginecológico?	desnecessario, nunca orientada, nao conseguiu marcar, espera longa, sem dinheiro, horario incompativel, nao sabe onde ir, vergonha	Aplicável somente para mulheres com mais de 18 anos
contracepcao	Qual método contraceptivo a sra. utiliza para evitar a gravidez atualmente ?	pillula, tabela, condom masc, condom fem, DIU, injetavel, laqueadura, nao utiliza	Aplicável somente para mulheres com mais de 18 anos
contracepcaoonde	Onde adquire esse produto ou recebe orientações a respeito do planejamento familiar?	CFVValla, CSEGSF, CF-Fiocruz, UPA, ambulatorio publico, consulta particular, emergencia particular, outro	Aplicável somente para mulheres com mais de 18 anos
motivonacontracepcao	Qual o principal motivo de não evitar a gravidez? [Entrevistador: Esta questão deve ser respondida pelas mulheres que não utilizam métodos contraceptivos]	quer engravidar, grávida, laqueadura, vasectomia, sem parceiro, menopausa, histerectomia, outros	Aplicável somente para mulheres com mais de 18 anos
mamografiapedida	Algum médico já lhe solicitou um exame de mamografia?	sim, nao	Aplicável somente para mulheres de 50 a 69 anos de idade
mamografiafeita	A sra. fez o exame de mamografia?	sim, nao	Aplicável somente para mulheres de 50 a 69 anos de idade

INQUÉRITO SAÚDE-MANGUINHOS – DICIONÁRIO QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL

VARIÁVEL	PERGUNTA	RESPOSTA	OBSERVAÇÕES
motivonaomamog	Qual o principal motivo da sra. Não ter feito o exame de mamografia?	tempo, nao conseguiu marcar, distancia	Aplicável somente para mulheres de 50 a 69 anos de idade (NÃO ENCONTREI NO BANCO!!!)
vitimafogo	Nos últimos 6 meses o(a) sr.(a) foi vítima de agressão com arma de fogo?	sim, nao, nao respondeu	Aplicável somente para indivíduos com 18 anos ou mais de idade
vitimacontundente	Nos últimos 6 meses o(a) sr.(a) foi vitima de agressão com arma branca ou contundente ? (ex: faca, canivete, estilete)	sim, nao, nao respondeu	Aplicável somente para indivíduos com 18 anos ou mais de idade
vitimasearma	Nos últimos 6 meses o(a) sr.(a) foi vítima de agressão física sem arma ?	sim, nao, nao respondeu	Aplicável somente para indivíduos com 18 anos ou mais de idade
saude.qdomedico	Quando o(a) sr.(a) consultou um médico pela última vez?	<1 ano, 1 a 2 anos, 2 a 3 anos, 3 e +, nunca	
saude.qdodontista	Quando o(a) sr.(a) consultou um dentista pela última vez?	<1 ano, 1 a 2 anos, 2 a 3 anos, 3 e +, nunca	
procura.15dias	Nos últimos 15 dias, o sr.(a) procurou algum serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à sua saúde, sem considerar internação hospitalar por 24 horas ou mais?	sim, nao	
motivo.15dias	Por que o(a) sr.(a) procurou atendimento relacionado à sua saúde na última vez?	doenca, acidente, dente, continuacao, prenatal, vacina, periodico, ex.complementar, outros preventivo, atestado, outros	
local.15dias	Onde procurou atendimento por este motivo?	CFVValla, CSEGSF, CF-Fiocruz, UPA, emergencia publica, ambulatorio publico, consulta particular, emergencia particular, outro	
atendido.15dias	Conseguiu ser atendido?	sim, nao	

INQUÉRITO SAÚDE-MANGUINHOS – DICIONÁRIO QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL

VARIÁVEL	PERGUNTA	RESPOSTA	OBSERVAÇÕES
pagou.15dias	O(a) sr.(a) pagou pelo atendimento?	particular, reembolso total, reembolso parcial, SUS, plano	
ultimoatendimento	Qual foi o principal atendimento de saúde que o(a) sr.(a) recebeu na última vez que foi atendido?	consulta, mediaealta.complex, vacina, outros preventivos, ex.complementar, cirurgia ambul., outro ambul.	
profissaude	Qual o profissional de saúde que lhe prestou assistência?	medico, interconsulta, especialista, dentista, enfermeiro, fisioterapeuta, psicologo, nutricionista, outro	
avaliacaoatend	Na última vez que recebeu assistência de saúde, como o(a) sr.(a) avalia o atendimento recebido?	muito bom, bom, medio, ruim, muito ruim	
avaliacaoesperaatend	Na última vez que recebeu assistência de saúde, como o(a) sr.(a) avalia o tempo de espera até ser atendido?	muito rapido, rapido, razoavel, longo, muito longo	
avaliacaorespeitoatend	Na última vez que recebeu assistência de saúde, como o(a) sr.(a) avalia o respeito na maneira de recebê-lo(a) e tratá-lo(a)?	muito bom, bom, medio, ruim, muito ruim	
interna	Nos últimos 12 meses, precisou ser internado(a) em hospital por 24 horas ou mais?	sim, nao	
internaqtasvezes	Nos últimos 12 meses, precisou ser internado(a) em hospital por 24 horas ou mais?-Quantidade	1, 2 ou +	
internaemerg	Na última vez que o(a) sr.(a) esteve internado, a internação foi de emergência?	sim, nao	
internamotivo	Na última vez que o(a) sr.(a) esteve internado(a),	clinica, partovaginal, cesarea, cirurgia, psiquiatria, outro	
internadias	Quanto tempo ficou internado(a)Na última vez?-Dias	Numérico	
internatempo	Quanto tempo ficou internado(a)Na última vez?-Tempo	1 a 3 dias, 4 a 7 dias, 8 a 15 dias, 16 e + dias	

INQUÉRITO SAÚDE-MANGUINHOS – DICIONÁRIO QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL

VARIÁVEL	PERGUNTA	RESPOSTA	OBSERVAÇÕES
internapagou	O(a) sr.(a) pagou pela internação?	particular, reembolso parcial, SUS, plano, filantropica	
internaavaliacao	Na última vez que o(a) sr.(a) foi internado(a), como o(a) sr.(a) avalia o atendimento?	muito bom, bom, medio, ruim	
totmora	Quantidade moradores	Numérico	
ponderacao	Fração amostral do indivíduo	Numérico	
diasemana	Dia da semana em que a entrevista foi feita	Informação do Sistema	
data	Data em que a entrevista foi feita	Informação do Sistema	
instr	Nível de instrução/escolaridade	<1 ano, 1 a 3 anos, 4 a 7 anos, fundamental completo, medio completo, superior completo, não sabe	
trabalha	Trabalha?	sim, nao	Aplicável somente para moradores com 6 anos ou mais de idade
simtrabalha	Situação de trabalho	serv.publico, salario.carteira, sem.carteira, familiar, autonomo.com.estab, autonomo.sem.estab, patroa.5 ou +,sem resposta	Aplicável somente para moradores com 6 anos ou mais de idade
naotrabalha	Razões de não estar trabalhando	dona.casa, procurando, estuda, aposentado.tempo, aposentado.invalido, afastado.doenca, afastado.outro, outro	Aplicável somente para moradores com 6 anos ou mais de idade
inforenda	O(a) sr.(a) tem rendimentos?	nao informa, sem renda, sabe detalhe, sabe so contrib	
valorcontrib	Valor da contribuição do morador	Valor em Reais (R\$)	
trabalho	Trabalho	Valor em Reais (R\$)	
seg.desemp	Seguro desemprego	Valor em Reais (R\$)	
aposentadoria	Aposentadoria	Valor em Reais (R\$)	
pensao	Pensão	Valor em Reais (R\$)	
rendas.vitalicia	Renda Mensal Vitalícia	Valor em Reais (R\$)	
venda	Venda de produtos	Valor em Reais (R\$)	

INQUÉRITO SAÚDE-MANGUINHOS – DICIONÁRIO QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL

VARIÁVEL	PERGUNTA	RESPOSTA	OBSERVAÇÕES
aluguel	Aluguel	Valor em Reais (R\$)	
doacao	Doação de não-morador do domicílio	Valor em Reais (R\$)	
doacao.filantropia	Doação de igrejas/ONG/instituições filantrópicas	Valor em Reais (R\$)	
renda.aplica	Rendimentos de aplicações ou cadernetas de poupança	Valor em Reais (R\$)	
bolsa.fam	Bolsa Família	Valor em Reais (R\$)	
beneficio	Benefício de Prestação Continuada - BPC	Valor em Reais (R\$)	
cartao.alimenta	Cartão alimentação	Valor em Reais (R\$)	
bolsa.carioca	Bolsa Carioca	Valor em Reais (R\$)	
outra.renda	Outra fonte	Valor em Reais (R\$)	
rendapes	Renda por pessoa do domicílio	Numérico	
rendapercapita	Renda familiar per capita	Numérico	
bolsasimnao	A família recebe bolsa família?	sim, nao	

# BANCOS DE DADOS DO INQUÉRITO DE SAÚDE DE MANGUINHOS

## NOTA TÉCNICA

Os dados do “Inquérito sobre condições de vida e saúde e acesso aos serviços de saúde do território de Manguinhos, RJ” foram coletados entre fevereiro e dezembro de 2012.

Foram entrevistados 955 domicílios pelo questionário domiciliar, o que representa pouco menos de 10% das residências da região. Na ocasião obteve-se informações de 2918 moradores. Foram entrevistados 882 indivíduos pelo questionário individual.

Como instrumento de coleta da pesquisa foi utilizado um questionário eletrônico, elaborado pelos pesquisadores da rede, a partir da revisão e seleção das variáveis elencadas em questionário preliminar em papel. Posteriormente, no processo de análise e organização dos bancos de dados, estas variáveis foram reestruturadas.

Os dados estão organizados em três bancos: a) dados gerais dos DOMICÍLIOS; b) dados dos MORADORES dos domicílios e; c) dados dos INDIVIDUOS. A identificação do domicílio (ID), identificador gerado pelo sistema, é uma chave única, presente em todos os bancos. Os bancos estão em formato ‘texto’ (.csv), separado por ponto e vírgula (;) com decimal vírgula (,). Para cada banco está disponível um dicionário das variáveis com a descrição das perguntas, respostas possíveis e observações pertinentes.

Variáveis sem resposta estão codificadas como “NA”. Algumas perguntas eram destinadas a um público específico e a determinadas faixas etárias, como idosos, crianças e adolescentes, mulheres.

Como as perguntas não são universais observa-se um grande número de “não informados” (NA) nesses itens. Algumas questões estão presentes em mais de um banco: total de moradores, homens, mulheres, bolsa família, renda do domicílio, renda per capita.

Para todas as informações foram criados rótulos (labels), com exceção das profissões e suas agregações. As ocupações dos indivíduos foram obtidas a partir das suas declarações. Os 635 registros com informações correspondiam a 237 ocupações distintas, que foram agrupadas em 30 famílias de ocupações baseadas na Classificação Brasileira de Ocupação 2002 (CBO 2002), conforme tabela em anexo. Para algumas ocupações não foram identificadas famílias na CBO 2002, essas foram adaptadas a classificações mais aproximadas e estão assinaladas no quadro ao final.

Algumas questões abordadas nas entrevistas aceitavam mais de uma resposta do entrevistado: a) tipo de reservatório utilizado para armazenamento de água, b) formas de tratamento da água para beber, c) destino do lixo do domicílio, d) fontes de recursos utilizados para pagamentos de despesas com saúde dos moradores do domicílio e; e) local para obtenção de medicamentos de uso contínuo do indivíduo.

Com base na análise exploratória, foram retirados dados inconsistentes e algumas categorias de perguntas que não tiveram nenhuma resposta durante as entrevistas, e incluídas outras que tiveram grande quantidade de respostas nas opções 'outros'. Outras inconsistências devem aparecer no decorrer do uso dos dados, e devem ser informadas para que todos possam ter acesso aos dados corrigidos.

Dúvidas e outras informações: [pesquisa-teias@fiocruz.br](mailto:pesquisa-teias@fiocruz.br).

## **Observações e Limitações**

### **BD Domiciliar**

- Nove registros informam em "AGUACAN" não ter água canalizada em sua residência, mas em "fonte de água" (FONTEAGUA) informam "CEDAE", o que pode significar que buscam água canalizada em outros locais

- Observa-se a informação em "tipo de combustível utilizado para cozinhar" (COMBFOGAO) "Gás encanado" em micro áreas que não dispõem desse serviço.

- Em 6 registros que não dispõem de "FOGAO" está informado que se utilizam de "Gás de botijão" para cozinhar ("COMBFOGAO"), podendo significar possuir fogareiro ou outro equipamento similar.

### **BD Domiciliar e Moradores**

- Apresentam 2 e 3 registros, respectivamente, que não dispõem da microarea identificada, por falta de informações no registro de domicilio .

### **BD Individual**

A variável "ponderacao" representa a probabilidade de um morador ser sorteado considerando que os domicílios possuem quantidades diferentes de moradores.

Tabela de ocupações baseada na CBO 2002

Família de Ocupação	Profissão Declarada
1. AGENTES, ASSISTENTES E AUXILIARES ADMINISTRATIVOS	administrador
	agente faturamento
	almojarifado
	analista administrativo
	analista cobrança
	assist administrativo
	aux administrativo
	aux almojarifado
	aux escritorio
	aux estoque
	aux topografia
	conselheiro administrativo
	escriturario
	secretario
2. COZINHEIRO	cozinheiro
3. TRABALHADORES AUXILIARES NOS SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO	acogueiro
	ajudante cozinha
	ajudante padaria
	aux cozinha
	cantineiro
	copeiro
	merendeira
4. CHURRASQUEIROS, PIZZAIOLOS E SUSHIMEN	churrasqueiro
	pizzaiolo
5. PADEIROS, CONFEITEIROS E AFINS	confeiteiro
	padeiro
6. TRABALHADORES NO ATENDIMENTO EM ESTABELECIAMENTOS DE SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO, BEBIDAS E AFINS	aviario
	feirante
	garcon
	gerente padaria
7. ARTESÃOS E AFINS ***	artesao
	artista plastico
	decorador papel parede
	desenhista projetista
8. TRABALHADORES NOS SERVIÇOS DE EMBELEZAMENTO E HIGIENE	letrista
	ajudante salao
	aux corte
	barbeiro
	cabeleireiro
	esteticista
manicure	

9. OPERADORES DO COMÉRCIO EM LOJAS E MERCADOS	ajudante entrega
	atendente
	aux adegas
	balconista
	biscateiro
	caixa
	camelo
	comerciante
	comerciaro
	confeccao
	confeccao ioias
	demonstrador
	deposista
	detetizador
	embalador
	entregador
	estoquista
	fabrica disco
	fiscal loja
	frentista
	frentista caixa
	gerente vendas
	grafico
	lava-iato
	lavanderia
	lustrador
	lustrador movies
	operador caixa
	promotor vendas
	repcionista
	repositor estoque
	representante vendas
	sapateiro
trabalha na rua	
vendedor	
vendedor cafe	
vendedor milho	
vendedor pao	
10. AJUDANTES DE OBRAS CIVIS	ajudante obra
	ajudante pedreiro
	amarrador vergalhao
	apontador obra
	conferente
	encarregado
	servente
servente limpeza	
servente obra	
servente pedreiro	

11. TÉCNICOS EM CONSTRUÇÃO CIVIL (EDIFICAÇÕES)	bombeiro hidraulico
	carpinteiro
	construcao civil
	eletricista
	gesseiro
	marleteiro
	pedreiro
	pintor
	serralheiro
	soldador
12. OPERADORES DE MÁQUINAS PARA COSTURA DE PEÇAS DO VESTUÁRIO	aux costura
	auxilia corte
	costureiro
13. PROFISSIONAIS DE ADMINISTRAÇÃO ECÔNOMICO-FINANCEIRA	analista mercado financeiro
	aux contabilidade
	bancario
14. TRABALHADORES NA ÁREA DE EDUCAÇÃO ***	assist ciencia e tecnologia
	atendente biblioteca
	atendente creche
	aux biblioteca
	aux de pesquisa
	bioterista
	coordenador turno
	estagiario
	explicador
	inspetor aluno
	instrutor transito
	instrutor treinamento incendio
	pesquisador livro
	professor
	professor artesanato
	professor educacao fisica
professor musica	
15. PREPARADORES E OPERADORES DE MÁQUINAS-FERRAMENTA CONVENCIONAIS	chefe producao
	gravador cilindro
	metalurgico
	operador intalacao e manutencao
	operador maquina
	operador rocadeira
	operador serra
torneiro mecanico	
16. TÉCNICOS MECÂNICOS NA FABRICAÇÃO E MONTAGEM DE MÁQUINAS, SISTEMAS E INSTRUMENTOS	eletromecanico
	mechanico
	mechanico refrigeracao
	meio oficial hidraulico
	tec em automacao industrial
	tec manutencao
	tec refrigeracao
lojistica	
17. TÉCNICOS DE DESENVOLVIMENTO DE SISTEMAS E APLICAÇÕES E AFINS	analista sistemas
	programador visual
	tec informatica
18. OFICIAIS DAS FORÇAS ARMADAS	armador
	militar
	militar da aeronautica
	sub oficial da marinha

19. ENFERMEIROS E AFINS	aux enfermagem
	enfermeira
	tec enfermagem
20. TRABALHADORES EM SERVIÇOS DE PROMOÇÃO E APOIO À SAÚDE	aux fisioterapia
	protetico
	assist tec saude
	laboratorio quimico
	quimico
21. VIGILANTES E GUARDAS DE SEGURANÇA	tec em polissonografia
	vigilancia em saude
	seguranca
22. AGENTES, ASSISTENTES E AUXILIARES ADMINISTRATIVOS DO SERVIÇO PÚBLICO***	assist seguranca trabalho
	agente comunitario
	bombeiro
	carteiro
	func publ servente
	funcionario publico
	gari
servidor publico	
23. TRABALHADORES DOS SERVIÇOS DOMÉSTICOS EM GERAL	arrumador
	cuidador idoso
	diarista
	domestico
	governanta
	passadeiro
	zelador
	acompanhante
24. PORTEIROS E VIGIAS	baba
	jardineiro
	agente de portaria
25. TRABALHADORES NOS SERVIÇOS DE MANUTENÇÃO E DE ADMINISTRAÇÃO E AFINS ***	vigia
	porteiro
	ajudante
	ajudante producao
	ascensorista
	aux limpeza
	aux montagem
	aux operacoes
	aux producao
aux serv gerais	
26. OPERADORES DE TELEFONIA E AFINS	encarregada limpeza
	atendente telefone
	oficial rede
	telefonista
27. FISCAIS E COBRADORES DOS TRANSPORTES COLETIVOS	telemarketing
	cobrador
	trocador na kombi

28. MOTORISTA EM GERAL E AFINS ***	Frete
	motorista
	motorista caminhao
	motorista particular
	taxista
	transporte escolar
	ajudante caminhao
	conferente carga
	manobrista
	moto taxista
29. OUTROS	atleta profissional
	ajustador ferramenteiro
	camareiro
	calandrista
	emalador
	assistente lbv
	panfletista
	carregador no porto
	do lar
	guardador automoveis
	merchandising
	oficial refrigeracao
	operador circuito interno TV
	operador trilingue
	organizador eventos
	ouvidor
pintor carro	
radialista	
securitario	
tec eletronica	
30. NÃO INFORMADA	aprendiz
	assist operacional
	assist tec
	autonomo
	aux
	consultor
	coordenador
	eletrotec
	empresario
	producao
	projeto jovem aprendiz
	promotor
	supervisor atendimento
supervisor auditoria	
trabalhou em laboratorio de patologia	

\*\*\* Família Adaptada

**10.3 - Relatório da Oficina “(Re)qualificação do processo de trabalho dos ACS no cadastramento pela Ficha A”.**

## **RELATÓRIO DE ATIVIDADES**

Projeto: Análise da qualidade das informações do sistema de informação da atenção básica (SIAB) em Manguinhos: uma perspectiva comparativa com um inquérito de saúde.

### **Título: Oficina de (re)qualificação do processo de trabalho dos ACS no cadastramento pela Ficha A:**

Na quinta-feira, dia 18 de setembro, de 13h às 17h, realizou-se oficina para todos os Agentes Comunitários de Saúde e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família, na Biblioteca Parque de Manguinhos. Estes profissionais foram divididos em dois espaços físicos distintos de acordo com a microárea de atuação dentro da equipe: no varandão da biblioteca ficaram acomodados os agentes das microáreas ímpares, e na sala Meu Bairro os agentes das microáreas pares.

Renata Rabello, Isabella Koster, juntas com Giselle Marques e Daniela de Jesus, apoiadoras da equipe de informação do TEIAS, atuaram como facilitadoras da oficina que teve como objetivo refletir/discutir sobre o processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) no cadastramento das famílias para balizamento do conceito e tipologias de famílias, e conceitos das variáveis mais relevantes; e identificar as facilidades e dificuldades durante o cadastro. Pois, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, os ACS possuem como uma de suas principais atribuições cadastrar e manter atualizado os dados das famílias e domicílios de sua microárea de atuação na Estratégia Saúde da Família.

As atividades previstas dessa oficina foram divididas em quatro etapas, que serão apresentadas e discutidas a seguir:

#### **ETAPA 1 – Dinâmica de grupo:**

Na apresentação da oficina foi elaborada uma dinâmica que propiciasse uma rápida reflexão sobre o uso e disseminação de informação utilizando os diversos meios de comunicação, e que pudesse favorecer a integração entre os poucos ACS que estavam presentes neste momento inicial. A estratégia do telefone sem fio, serviu de exemplo clássico para mostrar que a fala e a escuta devem ser utilizadas cuidadosamente em qualquer esfera, pois a informação repassada de maneira equivocada pode provocar

consequências inesperadas e até nocivas. Em um segundo momento, as facilitadoras requisitaram que três pessoas saíssem da sala, que deveriam retornar em alguns instantes. Neste momento, foi lido um breve texto para os demais participantes que deveriam relatar a essas três pessoas do que se tratava a história contada. Observou-se que a maneira de explicar do que se tratava a história variou consideravelmente entre eles, indicando que a interpretação influencia diretamente a maneira de abordar ou apresentar um assunto seja ele qual for.

## **ETAPA 2 – Simulação de cadastro na Ficha A utilizando diferentes equipamentos.**

Esta etapa foi elaborada para simular uma situação “real” que os ACS convivem durante o processo de cadastramento de uma família/domicílio utilizando como instrumento a FICHA A . Foram criadas três famílias fictícias contendo diversas informações relevantes sobre o domicílio e características individuais de cada morador. Os ACS foram divididos em três grupos, sendo que um participante de cada grupo seria o ACS propriamente dito, que seria o responsável em proceder o cadastramento. Os outros participantes seriam membros das famílias que relatariam suas características importantes para o preenchimento, e observadores deste processo, relatando dúvidas e apoiando a atividade. Ressalta-se que cada grupo utilizou um equipamento diferente para proceder o cadastramento: tablet, notebook e ficha A em papel foram as opções desta oficina.

Durante esta etapa da atividade, observou-se que os ACS não entenderam claramente a proposta de trabalho, pois eles não conseguiram incorporar o personagem (morador) que era seu papel naquele momento. Eles ficaram muito tempo discutindo a ausência de informações sobre a documentação dos moradores, e da falta do nome da mãe para dar prosseguimento ao cadastro. Além disso, o ACS indicado para realizar o cadastramento, não se sentiu a vontade nesta função, e decidiu repassá-la para outro colega, indicando o papel das lideranças dentro desta categoria. Em alguns momentos, observou-se também que fatos que não estavam presentes na história inicial foram incorporados, e ocasionaram o preenchimento inadequado de algumas variáveis da Ficha A .

Ainda nesta etapa, o ACS do consultório de rua questionou as facilitadoras a respeito da relação entre os moradores de rua e suas famílias que residem no território.

O uso diferenciado destes equipamentos pode apoiar a discussão sobre as facilidades e dificuldades para o uso dos mesmos de acordo com a necessidade dos ACS em campo. O ideal, seria que estes profissionais soubessem manusear todas as opções de equipamentos de modo satisfatório, de maneira que o processo de trabalho não fosse prejudicado por falhas no sistema informatizado ou outros problemas relacionados as

práticas do dia a dia.

### **3º ETAPA – Trabalhando o conceito de Família:**

Neste momento, todos os participantes da oficina receberam uma tarjeta de papel, e foi requisitado que eles escrevessem livremente o que é família na opinião de cada um. Essas targetas foram recolhidas pelas facilitadoras e deu-se início a discussão que se baseou nas famílias utilizadas na etapa de cadastramento, e no dia a dia de trabalho dos ACS.

Ficou claro, nesta etapa, que eles não conseguiram associar a opinião individual sobre família com a relação administrativa que o conceito de família influencia no processo de trabalho deles. Dessa maneira, os ACS não conseguiram refletir sobre o conceito ampliado de família em virtude de questões administrativas impostas pela Ficha A que obriga a vinculação da família a seu domicílio, independente da opinião/visão do morador sobre sua relação familiar e os membros que compõe esta estrutura.

Entre os exemplos abordados, um tema bastante polêmico dominou a discussão, pois relaciona-se com o cotidiano vivenciado pelas equipes de saúde de Manguinhos. Questionou-se a relação entre o cadastramento x acompanhamento de presidiários que podem ter residido no território e foram cadastrados antes de serem presos ou um morador de um domicílio relatar que um presidiário é membro da família e “reside” naquele local. Os participantes expuseram suas opiniões, deixando claro a relação entre cadastro e responsabilização, mas omitindo o acompanhamento destas pessoas privadas de liberdade. A justificativa para este fato variou entre as falas, em virtude da territorialização das equipes, a presença de equipamentos de saúde dentro das instituições carcerárias entre outros pontos.

Em um segundo exemplo, questionou-se sobre o atendimento das necessidades de saúde dos trabalhadores da área, ou seja, que não residem no território, mas passam boa parte do dia no local. Os ACS compreendem que é papel das equipes de saúde cadastrar e atender essas pessoas.

Para ampliar a reflexão sobre os diferentes conceitos de família existentes, procedeu-se a leitura de três targetas escolhidas pelas facilitadoras, e questionou-se os participantes sobre suas opiniões a respeito dos conceitos dos colegas, e de que forma a construção destes conceitos ocorreu.

### **4º ETAPA – Discussão sobre as Variáveis da Ficha A :**

Após a simulação do cadastro, abriu-se a discussão sobre as variáveis que os ACS tem

mais dificuldade e facilidade de obter informação com os moradores. Os principais aspectos abordados foram:

- documentação, que compreende o número do CPF, RG, comprovante de residência, entre outros. Que por necessidade e pressão da Secretaria de Saúde se tornou o principal foco dos ACS no cadastramento das famílias.
- Raça/Cor – diversos ACS relataram a dificuldade de abordar os moradores com esta questão, que pode parecer constrangedora ou preconceituosa e gerar desconfortos no momento do cadastro.
- Renda/Bolsa Família – questão muitas vezes omitida por diversos moradores que tem receio de indicar seus rendimentos em razão de cobranças ou fiscalização dos benefícios oferecidos.
- Condições referidas – tais como fumantes e usuários de bebidas alcoólicas não relatam adequadamente estas informações, pois temem ser repreendidos pelos profissionais de saúde aos quais estabelecem algum tipo de vínculo.

Foram distribuídas duas tarjetas de papel para cada participante que deveria escrever, levando em conta a sua opinião, quais variáveis seriam as mais importantes e menos relevantes para a condução das suas atividades relacionadas a saúde.

Um quadro foi criado em uma das paredes de cada sala para que fossem coladas as tarjetas que apresentassem o mais número de respostas associadas, de acordo com o grau estabelecido pelos participantes ( Mais importante – Importante – Menos importante).

Constatou-se neste momento, que as opiniões diversas e a dificuldade de exercer a escuta, dificultaram o andamento da atividade, uma vez que todos queriam falar, mas ninguém conseguia ouvir os colegas, que algumas vezes compartilhavam de opiniões semelhantes.

Na visão de boa parte dos participantes, todas as variáveis poderiam ser consideradas muito importantes, mas sem uma clara noção da real necessidade e importância das mesmas, para o prosseguimento das suas atividades de trabalho.

Observou-se também que boa parte dos ACS ainda não entenderam claramente a importância de algumas variáveis como número de cômodos, bolsa família, gestantes, entre outras, para estabelecer a vulnerabilidade do território através da Escala de Coelho. Esta escala de risco familiar está sendo implementada no território de Manguinhos e aplicada como instrumento, visando auxiliar o planejamento da gestão, na priorização das

visitas domiciliares, favorecendo o desenvolvimento de estratégias que reduzam os riscos preveníveis desta população.

Ao final da oficina, foi oferecido um espaço para que todos os participantes opinassem sobre as atividades desenvolvidas no período e sugerissem alternativas. Ocorreu uma crítica generalizada sobre o tamanho e disposição das salas utilizadas para a oficina, assim como o excesso de participantes, porém foi explicado que a divisão em dois espaços foi a única opção possível em virtude do número reduzido de facilitadoras para condução das atividades, e o escasso número de espaços disponíveis tanto dentro quanto fora da Fiocruz.

Os enfermeiros questionaram o por quê da escolha das metodologias utilizadas, e sugeriram que fosse realizado um treinamento somente com os ACS, para esses fossem sensibilizados sobre o tema em questão. Neste momento, as facilitadoras responderam que a aplicação de um treinamento no formato “receita de bolo” não era a intenção do projeto, que visa entender quais são as principais dificuldades levantadas pelos próprios ACS, e de que maneira eles visualizam e vivenciam a prática do cadastro no cotidiano. Já os ACS questionaram o excesso de carga de trabalho e as diferentes faixas salariais.

O produto obtido na oficina será analisado com o intuito de realizar outros desdobramentos inerentes a (re)qualificação do processo de trabalho dos ACS, como por exemplo, treinamentos mais específicos sobre todos os campos da Ficha A, que já pode ser observado durante esta atividade. Esses treinamentos serão realizados no início de 2015, e a ideia seria incluir todos os membros da equipe para trabalhar todas as variáveis da Ficha A, campo a campo, incluído a nova versão da Ficha A que em breve será empregada no serviço.

E posteriormente, reavaliar a qualidade do preenchimento deste instrumento, evidenciando melhoras ou não neste processo, após a realização desta oficina e futuros treinamentos.

Como produto imediato voltado diretamente para os ACS e outros profissionais das equipes de saúde, pretende-se divulgar nos espaços informativos das clínicas da família, as principais observações obtidas neste oficina: os conceitos de família obtidos, principais dificuldades e facilidades relacionadas ao cadastramento, apresentando as diferentes visões sobre os temas abordados.

## **11 ANEXOS**

### **11.1 - Fichas que compõem o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)**

ENDEREÇO	NÚMERO	BAIRRO	CEP
	<input type="text"/>		<input type="text"/>

MUNICÍPIO	SEGMENTO	ÁREA	MICROÁREA	FAMÍLIA	DATA
<input type="text"/>					

**CADASTRO DA FAMÍLIA**

PESSOAS COM 15 ANOS E MAIS  NOME	DATA NASC.	IDADE	SEXO	ALFABETIZADO		OCUPAÇÃO	DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA (sigla)
				sim	não		

PESSOAS DE 0 A 14 ANOS  NOME	DATA NASC.	IDADE	SEXO	FREQUÊNTA A ESCOLA		OCUPAÇÃO	DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA (sigla)
				sim	não		

*Siglas para a indicação das doenças e/ou condições referidas*

<i>ALC - Alcoolismo</i>	<i>EPI - Epilepsia</i>	<i>HAN - Hanseníase</i>
<i>CHA - Chagas</i>	<i>GES - Gestação</i>	<i>MAL - Malária</i>
<i>DEF - Deficiência</i>	<i>HA - Hipertensão Arterial</i>	
<i>DIA - Diabetes</i>	<i>TB - Tuberculose</i>	

## SITUAÇÃO DA MORADIA E SANEAMENTO

TIPO DE CASA	
Tijolo/Adobe	
Taipa revestida	
Taipa não revestida	
Madeira	
Material aproveitado	
Outro - Especificar:	
Número de cômodos / peças	
Energia elétrica	
DESTINO DO LIXO	
Coletado	
Queimado / Enterrado	
Céu aberto	

TRATAMENTO DA ÁGUA NO DOMICÍLIO	
Filtração	
Fervura	
Cloração	
Sem tratamento	
ABASTECIMENTO DE ÁGUA	
Rede pública	
Poço ou nascente	
Outros	
DESTINO DE FEZES E URINA	
Sistema de esgoto (rede geral)	
Fossa	
Céu aberto	

## OUTRAS INFORMAÇÕES

Alguém da família possui Plano de Saúde?		Número de pessoas cobertas por Plano de Saúde	
Nome do Plano de Saúde _____			

EM CASO DE DOENÇA PROCURA	
Hospital	
Unidade de Saúde	
Benzedeira	
Farmácia	
Outros - Especificar:	
MEIOS DE COMUNICAÇÃO QUE MAIS UTILIZA	
Rádio	
Televisão	
Outros - Especificar:	

PARTICIPA DE GRUPOS COMUNITÁRIOS	
Cooperativa	
Grupo religioso	
Associações	
Outros - Especificar:	
MEIOS DE TRANSPORTE QUE MAIS UTILIZA	
Ônibus	
Caminhão	
Carro	
Carroça	
Outros - Especificar:	

A família é beneficiária do Programa Bolsa Família?		NIS do Responsável	_____
A família está inscrita no Cadastro Único de Programas Sociais do Governo Federal (CAD-Único)?			

*OBSERVAÇÕES*













P	Atendimento específico para AT																			
R	Visita de Inspeção Sanitária																			
O	Atend. individual prof. nível superior																			
C	Curativos																			
E	Inalações																			
D	Injeções																			
I	Retirada de pontos																			
M	Terapia da Reidratação Oral																			
E	Sutura																			
N	Atend. Grupo - Educação em saúde																			
T	Procedimentos Coletivos I (PC I)																			
O	Reuniões																			
S	Visita domiciliar																			

N O T I F I C A Ç Õ E S	A	< 2 anos que tiveram diarreia																			
	C	< 2 anos que tiveram diarreia e usaram TRO																			
	S	< 2anos que tiveram Infecção Respiratória Aguda																			
	M	E	Pneumonia em < 5 anos																		
		E	Valvulopatias reumáticas em pessoas de 5 a 14 anos																		
	D	E	Acidente Vascular Cerebral																		
		D	Infarto Agudo do Miocárdio																		
	F	E	E	DHEG (forma grave)																	
			E	Doença Hemolítica Perinatal																	
		N	E	Fratura de colo de fêmur em >50 anos																	
N			Meningite tuberculosa em < 5 anos																		
F	F	Hanseníase com incapacidade II e III																			
	F	Citologia Oncótica NIC III (carcinoma <i>in situ</i> )																			

**HOSPITALIZAÇÕES**

<i>DATA</i>	<i>NOME</i>	<i>ENDEREÇO</i>	<i>SEXO</i>	<i>IDADE</i>	<i>CAUSA</i>	<i>NOME DO HOSPITAL</i>

**ÓBITOS**

<i>DATA</i>	<i>NOME</i>	<i>ENDEREÇO</i>	<i>SEXO</i>	<i>IDADE</i>	<i>CAUSA</i>



## **11.2 - Relatórios produzidos pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)**





<b>Relatório PMA2</b>	<b>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA</b>				
<b>MUNICÍPIO</b>  _ _ _ _ _ _ _	<b>SEGMENTO</b>  _ _	<b>UNIDADE</b>  _ _ _ _ _	<b>ÁREA</b>  _ _ _	<b>MÊS</b>  _ _	<b>ANO</b>  _ _ _ _
<b>RELATÓRIO DE PRODUÇÃO E DE MARCADORES PARA AVALIAÇÃO</b>					

ATIVIDADES/ PRODUÇÃO			
<b>C O N S  M É D I C A</b>	Residentes fora da área de abrangência		
	<b>Residentes na área de abrangência da equipe</b>	< 1	
		1 - 4	
		5 - 9	
		10 - 14	
		15 - 19	
		20 - 39	
		40 - 49	
		50 - 59	
		60 e mais	
Total			
Total geral de consultas			
<b>Tipo de Atendimento de Médico e de Enfermeiro</b>	Puericultura		
	Pré-Natal		
	Prevenção do Câncer Cérvico-Uterino		
	DST/AIDS		
	Diabetes		
	Hipertensão Arterial		
	Hanseníase		
	Tuberculose		
<b>Solicitação médica de exames complementares</b>	Patologia Clínica		
	Radiodiagnóstico		
	Citopatológico cérvico-vaginal		
	Ultrassonografia obstétrica		
	Outros		
<b>Encaminhamentos médicos</b>	Atend. Especializado		
	Internação Hospitalar		
	Urgência/Emergência		

MARCADORES	
Valvulopatias reumáticas em pessoas de 5 a 14 anos	
Acidente Vascular Cerebral	
Infarto Agudo do Miocárdio	
DHEG (forma grave)	
Doença Hemolítica Perinatal	
Fraturas de colo de fêmur em > 50 anos	
Meningite tuberculosa em menores de 5 anos	
Hanseníase com grau de incapacidade II e III	
Citologia Oncótica NIC III (carcinoma in situ)	
RN com peso < 2500g	
Gravidez em < 20 anos	
Hospitalizações em < 5 anos por pneumonia	
Hospitalizações em < 5 anos por desidratação	
Hospitalizações por abuso de álcool	
Hospitalizações por complicações do Diabetes	
Hospitalizações por qualquer causa	
Internações em Hospital Psiquiátrico	
Óbitos em < 1 ano por todas as causas	
Óbitos em < 1 ano por diarreia	
Óbitos em < 1 ano por infecção respiratória	
Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos	
Óbitos de adolescentes (10-19) por violência	

Internação Domiciliar		
<i>P</i>	Atendimento específico para AT	
<i>R</i>	Visita de Inspeção Sanitária	
<i>O</i>	Atend. individual Enfermeiro	
<i>C</i>	Atend. individual outros prof. nível superior	
<i>E</i>	Curativos	
<i>D</i>	Inalações	
<i>I</i>	Injeções	
<i>M</i>	Retirada de pontos	
<i>E</i>	Terapia da Reidratação Oral	
<i>N</i>	Sutura	
<i>T</i>	Atend. Grupo - Educação em Saúde	
<i>O</i>	Procedimentos Coletivos I (PC I)	
<i>S</i>	Reuniões	

VISITAS DOMICILIARES	
Médico	
Enfermeiro	
Outros profissionais de nível superior	
Profissionais de nível médio	
ACS / Outros Profissionais	
<b>Total</b>	

<b>Relatório PMA2-C</b>		<b>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA</b>			
<b>MUNICÍPIO</b>  _ _ _ _ _ _ _	<b>SEGMENTO</b>  _ _	<b>UNIDADE</b>  _ _ _ _ _ _ _	<b>ÁREA</b>  _ _ _	<b>MÊS</b>  _ _	<b>ANO</b>  _ _ _ _
<b>RELATÓRIO DE PRODUÇÃO E DE MARCADORES PARA AVALIAÇÃO – COMPLEMENTAR</b>					

Relatório PMA2-C		
<b>MUNICÍPIO</b>  _ _ _ _ _ _ _	<b>SEGMENTO</b>  _ _	<b>UNIDADE</b>  _ _ _ _ _ _ _
	<b>RELATÓRIO DE PRODUÇÃO E DE MARCADORES PARA AVALIAÇÃO – COMPLEMENTAR</b>	<b>RELATÓRIO DE PRODUÇÃO E DE MARCADORES PARA AVALIAÇÃO – COMPLEMENTAR</b>
	<b>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA</b>	<b>Relatório PMA2-C</b>
	<b>SEGMENTO</b>  _ _	<b>UNIDADE</b>  _ _ _ _ _ _ _
<b>RELATÓRIO DE PRODUÇÃO E DE MARCADORES PARA AVALIAÇÃO – COMPLEMENTAR</b>	<b>RELATÓRIO DE PRODUÇÃO E DE MARCADORES PARA AVALIAÇÃO – COMPLEMENTAR</b>	<b>RELATÓRIO DE PRODUÇÃO E DE MARCADORES PARA AVALIAÇÃO – COMPLEMENTAR</b>
	<b>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA</b>	<b>Relatório PMA2-C</b>
	<b>SEGMENTO</b>  _ _	<b>UNIDADE</b>  _ _ _ _ _ _ _
	<b>RELATÓRIO DE PRODUÇÃO E DE MARCADORES PARA AVALIAÇÃO – COMPLEMENTAR</b>	<b>RELATÓRIO DE PRODUÇÃO E DE MARCADORES PARA AVALIAÇÃO – COMPLEMENTAR</b>
<b>RELATÓRIO DE PRODUÇÃO E DE MARCADORES PARA AVALIAÇÃO – COMPLEMENTAR</b>	<b>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA</b>	<b>Relatório PMA2-C</b>
	<b>SEGMENTO</b>  _ _	<b>UNIDADE</b>  _ _ _ _ _ _ _
	<b>RELATÓRIO DE PRODUÇÃO E DE MARCADORES PARA AVALIAÇÃO – COMPLEMENTAR</b>	<b>RELATÓRIO DE PRODUÇÃO E DE MARCADORES PARA AVALIAÇÃO – COMPLEMENTAR</b>
	<b>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA</b>	<b>Relatório PMA2-C</b>
	<b>SEGMENTO</b>  _ _	<b>UNIDADE</b>  _ _ _ _ _ _ _
	<b>RELATÓRIO DE PRODUÇÃO E DE MARCADORES PARA AVALIAÇÃO – COMPLEMENTAR</b>	<b>RELATÓRIO DE PRODUÇÃO E DE MARCADORES PARA AVALIAÇÃO – COMPLEMENTAR</b>

**RELATÓRIO DE PRODUÇÃO E DE  
MARCADORES PARA AVALIAÇÃO –  
COMPLEMENTAR**

**RELATÓRIO DE PRODUÇÃO E DE MARCADORES PARA  
AVALIAÇÃO – COMPLEMENTAR**

**RELATÓRIO DE PRODUÇÃO E DE MARCADORES PARA  
AVALIAÇÃO – COMPLEMENTAR**

**MUNICÍPIO**

| | | | | | | |

**RELATÓRIO DE PRODUÇÃO E DE MARCADORES PARA AVALIAÇÃO – COMPLEMENTAR**

**RELATÓRIO DE PRODUÇÃO E DE MARCADORES PARA  
AVALIAÇÃO – COMPLEMENTAR**

**11.3 - Questionários Domiciliar e Individual do projeto  
“Inquérito sobre Condições de Saúde e Utilização de  
Serviços de Saúde no território de Manguinhos, Rio de  
Janeiro”**

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Vice-Presidência de Pesquisa & Laboratórios de Referência - VPPLR

Programa de Desenvolvimento e Inovação Tecnológica – PDTSP

INQUÉRITO REDE PDTSP -2011 – VERSÃO UTILIZADA EM CAMPO

## QUESTIONÁRIO DOMICILIAR

O informante deste módulo deve ser um indivíduo responsável pelo domicílio, ou morador com mais de 18 anos de idade que melhor saiba informar sobre as características do domicílio e dos seus moradores. Se o informante precisar de ajuda para o preenchimento desta parte, ele poderá consultar qualquer outro membro do domicílio.

### A. INFORMAÇÕES GERAIS

Quantas famílias residem nesse domicílio? \_\_\_\_\_

Caso mais de uma família, identifique a localização da família entrevistada dentro do domicílio.

(Caso o domicílio só possua uma família, escrever 0 (zero) no campo deste questão. Ex. Frente, fundos, andar de cima).

(Família: Conjunto de pessoas que compartilham cozinha, geladeira, recursos financeiros, em geral, parentes, residentes no mesmo domicílio (moradia).

Informações para futuros contatos

É possível que um supervisor lhe telefone ou visite novamente para fazer uma checagem de entrevista ou recolher informações adicionais no futuro.

Chefe da família está associado a autoridade e a responsabilidade pelos negócios da família e na maioria dos casos a mais importante fonte de sustento.

A8 Qual o seu nome completo?

\_\_\_\_\_

A9 Qual é o seu endereço? Rua

\_\_\_\_\_

Ponto de Referência \_\_\_\_\_

A10 Poderia me informar seus telefones de contato? (celular e/ou fixo) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

A11 Quem é o responsável/chefe da família desse domicílio?

\_\_\_\_\_

A12 Qual o seu parentesco com o responsável/chefe da família?

\_\_\_\_\_

### B. LISTA DE MORADORES (Família) DO DOMICÍLIO

HOMENS

Nome

Idade

MULHERES

Nome

Idade

Gestantes:

1- Sim

2- Não

Orientações para o Entrevistador:

Preencher com o nome completo do(a) morador(a).

Preencher com a idade em anos. Caso seja criança menor de 1 ano, preencha com zero.

### C. SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA

A- Grau de Instrução (Aplicável somente para moradores com 5 anos ou mais de idade)

1. Analfabeto(a) ou menos de um ano de instrução
2. Elementar/Primário incompleto (1 a 3anos)
3. Elementar/ Primário completo e fundamental incompleto (4 a 7 anos)
4. Fundamental completo e ensino médio incompleto
5. Ensino médio completo e superior incompleto
6. Superior completo e mais
888. Não sabe

B- Trabalha (Aplicável somente para moradores com 6 anos ou mais de idade)

1. Sim
2. Não – Ir para letra D

C- Situação de Trabalho (Aplicável somente para moradores com 6 anos ou mais de idade) (considerar apenas a renda principal) .

1. Servidor(a) público(a)
2. Empregado(a) assalariado(a) com carteira de trabalho
3. Empregado(a) assalariado(a) sem carteira de trabalho
4. Empregado(a) familiar não remunerado(a)
5. Conta própria ou autônomo(a) com estabelecimento
6. Conta própria ou autônomo (a) sem estabelecimento
7. Empregador(a) com até 5 funcionários fixos
8. Empregador(a) com 5 ou mais funcionários fixos
888. Não sabe  
Ir para Rendimentos

D- Razão de não estar trabalhando (Aplicável somente para moradores com 6 anos ou mais de idade)

1. Dona de casa/se dedica aos afazeres domésticos
  2. Está procurando, mas não consegue encontrar trabalho (desempregado)
  3. Estudos/treinamento
  4. Aposentado(a) por tempo de trabalho/idade
  5. Aposentado(a) por doença/invalidez
  6. Afastado por doença
  7. Afastado por outro motivo
  8. Outra razão
888. Não sabe

RENDIMENTOS: Considerar todos os rendimentos

O(a) sr.(a) tem rendimentos?

- 1- Não Informou – Ir para Segurança Alimentar
- 2- Não possui renda – Ir para Segurança Alimentar
- 3- Sabe os Rendimentos Detalhados
- 4- Sabe somente o valor da contribuição (Informar valor aproximado emR\$)- Ir para Segurança Alimentar

Rendimentos Detalhados: (Valor em Reais R\$)

- A- Trabalho
- B- Seguro Desemprego
- C- Aposentadoria
- D- Pensão
- E- Renda Mensal Vitalícia
- F- Venda de produtos
- G- Aluguel
- H- Doação de não morador do domicílio
- I- Doação de igrejas/ONG/Instituições filantrópicas
- J- Rendimentos de aplicações ou cadernetas de poupança
- K- Bolsa Família
- L- Benefício de prestação continuada (BPC)
- M- Cartão Alimentação
- N- Bolsa carioca
- O- Outra fonte

Instruções para preenchimento:

Para cada fonte de rendimento, preencha com o valor em reais (R\$) do rendimento mensal informado e com “0” quando não tiver rendimento no item.

SEGURANÇA ALIMENTAR:

Nos ÚLTIMOS 3 MESES, o(a) sr.(a) teve a preocupação de que a comida na sua casa acabasse antes que tivesse condição de comprar mais comida?

1. Sim
2. Não
3. Não sabe

## D. INFORMAÇÕES DO DOMICÍLIO

Agora vou lhe fazer perguntas sobre o seu domicílio

[Entrevistador: as questões D1 e D2 devem ser respondidas pelo próprio entrevistador]

### D1 Espécie de Domicílio

Particular permanente: É o domicílio que foi construído para servir exclusivamente a habitação/moradia a uma ou mais pessoas.

Particular improvisado: É aquele localizado em unidade não-residencial (loja, fábrica, etc.) que não foi originalmente destinado para moradia, mas que, estava ocupado por moradores.

1. Particular permanente
2. Particular improvisado

### D2 Tipo de Domicílio

1. Casa
2. Apartamento

AGORA VOU LHE FAZER PERGUNTAS SOBRE O SEU DOMICÍLIO.

### D3 Condição de Ocupação do domicílio (Ler todas as opções para o entrevistado)

1. Próprio – já pago
2. Próprio – ainda pagando
3. Alugado
4. Cedido
5. Outros \_\_\_\_\_

D4 Qual o número de cômodos no seu domicílio/utilizados por sua família? \_\_\_\_\_  
(são considerados cômodos os quartos e salas, cozinha, área de serviço e varanda fechada do seu domicílio)

D5 E de banheiros do domicílio/utilizados por sua família? \_\_\_\_\_ 0. Nenhum

### D6 Uso do banheiro ou sanitário

1. Exclusivo do domicílio/família
2. Comum a mais de um domicílio/família

D7 Qual o material que predomina na construção das paredes externas do seu domicílio? Ler todas as opções para o entrevistado

1. Alvenaria
2. Madeira aparelhada
3. Madeira aproveitada
4. Papelão
5. Outro Especifique: \_\_\_\_\_

D8 Qual o material que predomina na cobertura (telhado) do domicílio? Ler todas as opções para o entrevistado  
Predominar significa estar em primeiro lugar, prevalecer, sobressair. Amianto = Eternit

1. Telha
2. Laje de Concreto
3. Madeira Aparelhada
4. Zinco
5. Amianto
6. Madeira Aproveitada
7. Outro material Especifique \_\_\_\_\_

D9 Qual o material que predomina no piso do domicílio? Ler todas as opções para o entrevistado

1. Madeira
2. Cerâmica/Pedra
3. Carpete
4. Piso plástico
5. Cimento
6. Terra/Barro
7. Outro Especifique: \_\_\_\_\_

D10 Este domicílio tem água canalizada para pelo menos um cômodo?

1. Sim
2. Não

D11 O(a) sr.(a) armazena água em algum reservatório? (ex: caixa d'água, cisterna, baldes e latões)

1. Sim
2. Não - Ir para D14

D12 Qual tipo de reservatório o(a) sr.(a) utiliza? Marque mais de uma opção se necessário. Ler todas as opções para o entrevistado

Somente a tampa específica para caixa d'água deve ser considerado. Não considerar coberturas improvisadas ou plásticos.

1. Caixa de Água com tampa
2. Caixa de água sem tampa
3. Cisterna
4. Baldes e Latões
5. Outro Especifique: \_\_\_\_\_

D13 Com que frequência o sr.(a) limpa o reservatório?

1. A cada semana ou menos
2. Todo mês
3. De 3 em 3 meses
4. A cada 6 meses
5. Todo ano
6. A cada dois anos ou mais
7. Não limpa
8. Não sabe
9. Outras Especifique: \_\_\_\_\_

D14 Qual é a principal forma de abastecimento de água deste domicílio? Ler todas as opções para o entrevistado

1. Rede geral de distribuição (Cedae)
2. Poço ou nascente
3. Outro Especifique: \_\_\_\_\_ (Se 2 ou 3 ir para D17)

D15 No local onde o(a) sr.(a) mora, a água é fornecida: Ler todas as opções para o entrevistado

1. Todos os dias
2. Uma vez por semana
3. Só nos meses de \_\_\_\_\_
4. Outros \_\_\_\_\_

D16 Como você trata a água para beber? (marque mais de uma, se necessário)  
Se o entrevistado responder GALÃO, marcar a opção 7.Outros e especificar.

1. Filtra
2. Decanta / deixa descansar
3. Ferve
4. Côa com pano
5. Clora
6. Não faz nada
7. Outros: \_\_\_\_\_

D17 Qual é a forma de iluminação deste domicílio? Ler todas as opções para o entrevistado

1. Elétrica (de rede, gerador, solar)
2. Óleo, querosene ou gás de botijão
3. Outra forma Especifique: \_\_\_\_\_

D18 Qual o destino do lixo do seu domicílio? Marque mais de uma opção se necessário. Ler todas as opções para o entrevistador

1. É coletado regularmente no domicílio
2. É jogado na caçamba
3. É queimado ou enterrado
4. Jogado no rio, terreno, etc.
5. Outro Especifique: \_\_\_\_\_

D19 Em sua casa, trabalha algum(a) empregado(a) doméstico(a) (diarista ou mensalista)?

1. Sim
2. Não

BENS DO DOMICÍLIO

POR FAVOR, INDIQUE QUAIS DESTES BENS EXISTEM NO SEU DOMICILIO.

D20 Televisão a cores?

1. Sim. Quantos? \_\_\_\_\_
2. Não

D21 Geladeira?

1. Sim. Quantos? \_\_\_\_\_
2. Não

D22 Fogão?

1. Sim. Quantos? \_\_\_\_\_
2. Não

D23 Tipo de Combustível utilizado para cozinhar?

1. Gás de Botijão
2. Gás Canalizado
3. Lenha
4. Carvão
5. Energia Elétrica
6. Outro combustível

D24 Freezer? (independente ou segunda porta da geladeira)

1. Sim. Quantos? \_\_\_\_\_
2. Não

D25 Rádio? (qualquer tipo de rádio, inclusive outros aparelhos que tenham rádio acoplado, Mp3 e Mp4)

1. Sim. Quantos? \_\_\_\_\_
2. Não

D26 Aparelho de DVD?

1. Sim. Quantos? \_\_\_\_\_
2. Não

D27 Máquina de lavar roupa ou Tanquinho?

1. Sim. Quantos? \_\_\_\_\_
2. Não

D28 Linha de telefone fixo?

1. Sim. Quantos? \_\_\_\_\_
2. Não

D29 Linha de telefone celular?

1. Sim. Quantos? \_\_\_\_\_
2. Não

D30 Microcomputador?

1. Sim. Quantos? \_\_\_\_\_
2. Não – Ir para D32

D31 Microcomputador é utilizado para acessar a internet?

1. Sim
2. Não
3. Não sabe

D32 Forno micro-ondas?

1. Sim. Quantos? \_\_\_\_\_
2. Não

D33 Carro?

1. Sim. Quantos? \_\_\_\_\_
2. Não

D34 Motocicleta?

1. Sim. Quantos? \_\_\_\_\_
2. Não

## E. SAÚDE

Nesta parte do questionário domiciliar, irei lhe fazer perguntas sobre cobertura da estratégia de saúde da família, gastos do domicílio com saúde, estado de saúde dos moradores do domicílio e acesso e utilização dos serviços de saúde.

### Estratégia de Saúde da Família

A Saúde da família é entendida como uma estratégia, onde ações de promoção da saúde, prevenção, reabilitação de doença e manutenção da saúde da comunidade são realizadas por equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de pessoas/famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. O atendimento ocorre em unidades básicas de saúde ou nos domicílios.

E1 A sua família está cadastrada na Saúde da Família?

1. Sim
2. Não
3. Nunca ouviu falar (Se 2 ou 3: Ir para GASTOS EM SAÚDE)

E2 Onde foi realizado o cadastro?

1. Em sua residência
2. Na clínica
3. Não sei

E3 Há quanto tempo foi realizado o cadastro na Estratégia Saúde da Família?

1. Há menos de 2 meses
2. Entre 2 e 6 meses
3. Entre 6 meses e 1 ano
4. Há mais de 1 ano
5. Não sei

E4 Com que frequência o seu domicílio recebe a visita de algum agente comunitário ou profissional de saúde?  
Frequência estabelecida a partir da segunda visita

1. Mensalmente
2. A cada dois meses
3. Duas a quatro vezes por ano
4. Uma vez por ano
5. Nunca recebeu
6. O domicílio recebe a visita, mas nunca há pessoas em casa para receber
7. Não sei

E5 Caso alguma pessoa da família utilize alguma unidade de Saúde da Família, como vai para lá?  
Só marcar a opção que utiliza com mais frequência

1. Transporte coletivo
2. Carro ou motocicleta
3. A pé
4. Bicicleta
5. Outro (especifique): \_\_\_\_\_

(ATENÇÃO: A QUESTÃO E6 É DIRIGIDA A DOMICÍLIOS COM CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS)

E6 Nos últimos 12 meses, nas visitas domiciliares, os profissionais da Equipe de Saúde da Família:

A. Fizeram acompanhamento do crescimento das crianças do domicílio (medidas de peso e altura)?

1. Sim
2. Não
3. Não sei

B. Verificaram a caderneta da(s) criança(s) do domicílio?

[Entrevistador: explicar caderneta da criança, se necessário]

1. Sim
2. Não
3. Não sei

#### GASTOS COM SAÚDE

Agora vou lhe fazer perguntas sobre como foram pagas as despesas de saúde (exceto medicamentos) dos moradores do domicílio no último ano.

E7 Nos últimos 12 meses, quais das seguintes fontes de recurso foram utilizadas para pagar as despesas com saúde dos moradores deste domicílio? Todas as opções devem ser lidas pelo entrevistador

A-Renda atual de algum morador do domicílio

- 1-Sim
- 2- Não

B-Economias (poupança, aplicações)

- 1-Sim
- 2- Não

C-Venda de objetos ou bens

- 1-Sim
- 2- Não

D- Empréstimos ou doações de familiares ou amigos que moram em outro domicílio

- 1-Sim
- 2- Não

E-Empréstimos de instituições financeiras (bancos, financiadoras, etc.)

- 1-Sim
- 2- Não

F-Plano de saúde

- 1-Sim
- 2- Não

G-Outra Especifique: \_\_\_\_\_

- 1-Sim
- 2- Não

## UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

E8- Agora vou lhe fazer perguntas sobre o estado de saúde e utilização de serviços de saúde dos moradores do domicílio.

A- Em geral, como é o estado de saúde de \_\_\_\_\_?

1. Muito bom
2. Bom
3. Regular
4. Ruim
5. Muito ruim

B- Nos últimos 15 dias, \_\_\_\_ deixou de ir ao trabalho ou de realizar as atividades habituais por motivo de saúde?

1. Sim
2. Não
3. Não sabe

C- \_\_\_\_ costuma procurar o mesmo lugar, serviço de saúde ou médico quando precisa de assistência de saúde?

1. Sim
2. Não
3. Não sabe

Se 2 ou 3: vá para a Questão E

D- Onde \_\_\_\_\_ costuma procurar atendimento?

1. Clínica da Família Victor Valla
2. Centro Escola Germano Sinval Faria (FIOCRUZ)
3. Saúde da Família Fiocruz
4. UPA
5. Pronto-socorro ou emergência de hospital público
6. Ambulatório de hospital público
7. Consultório particular ou consultório de estabelecimento de saúde privado ou ambulatório de empresa ou sindicato
8. Pronto-socorro ou emergência de hospital privado
9. Farmácia
10. Outro

E- Quando \_\_\_\_\_ consultou um médico pela última vez?

1. Há menos de um ano
2. Entre 1 e menos de dois anos
3. Entre 2 e menos de 3 anos
4. 3 anos ou mais
5. Nunca consultou
888. Não sabe

F- Quando \_\_\_\_\_ consultou um dentista pela última vez?

1. Há menos de um ano
2. Entre 1 e menos de 2 anos
3. Entre 2 e menos de 3 anos
4. 3 anos ou mais
5. Nunca consultou
888. Não sabe

G- Nos últimos 15 dias, \_\_\_\_\_ procurou algum serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à sua saúde, sem considerar internação hospitalar por 24 horas ou mais? (consulta médica, odontológica ou com outro profissional de saúde ou qualquer atendimento ambulatorial).

1. Sim
2. Não
3. Não sabe

Se 2 ou 3: Ir para Questão L

Profissional de saúde é a pessoa que trabalha na área de saúde, além dos médicos e dentistas, incluindo enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, agentes comunitários de saúde. O médico busca tratar e curar as doenças das pessoas, indicando tratamentos/medicamentos, procedimentos cirúrgicos ou mudanças de hábitos alimentares. Exemplo. Clínico geral, cardiologista, ginecologista, pediatra, dermatologista.

H- Porque o(a) sr.(a) \_\_\_\_procurou atendimento relacionado à sua saúde na última vez?

1. Doença /Problema saúde
2. Acidente ou lesão
3. Consulta odontológica
4. Continuação de tratamento, terapia, reabilitação
5. Pré-natal
6. Puericultura/Pediatria
7. Vacinação
8. Exames médicos periódicos
9. Exames laboratoriais ou exames complementares de diagnóstico
10. Outros atendimentos preventivos
11. Atestado de saúde
12. Outro
888. Não sabe

I- \_\_\_\_\_ conseguiu ser atendido?

1. Sim
2. Não
3. Não sabe

Se 2 ou 3: vá para a Questão L

J- Onde \_\_\_\_ conseguiu?

1. Clínica da Família Victor Valla
2. Centro Escola Germano Sinval Faria (FIOCRUZ)
3. Saúde da Família Fiocruz
4. UPA
5. Pronto-socorro ou emergência de hospital público
6. Ambulatório de hospital público
7. Consultório particular ou consultório de estabelecimento de saúde privado ou ambulatório de empresa ou sindicato
8. Pronto-socorro ou emergência de hospital privado
9. Farmácia
10. Outro

K- \_\_\_\_\_ pagou pelo atendimento?

1. Sim, diretamente sem reembolso
2. Sim, diretamente com reembolso total
3. Sim, diretamente com reembolso parcial
4. Não, porque o atendimento foi feito pelo SUS
5. Não, porque o plano de saúde cobriu totalmente o serviço
6. Não, porque o atendimento foi pago por instituição filantrópica, igreja, ou ONG
888. Não sabe

L- Nos últimos 12 meses, \_\_\_\_\_ precisou ser internado(a) em hospital por 24 horas ou mais?

1. Sim
2. Não
3. Não sabe

Se 2 ou 3: Ir para a próxima pessoa.

M- A internação foi de emergência?

1. Sim
2. Não
3. Não sabe

N- Qual o principal motivo da última internação? (Só marcar a principal razão que levou a internação)

1. Tratamento clínico
2. Parto vaginal
3. Parto cesáreo
4. Cirurgia
5. Tratamento psiquiátrico
6. Exames
7. Outro
888. Não sabe

Para os moradores do sexo masculino, não ler as opções 2. Parto vaginal e 3. Parto cesáreo.

O- Pagou pela internação?

1. Sim, diretamente sem reembolso.
2. Sim, diretamente com reembolso total
3. Sim, diretamente com reembolso parcial
4. Não, porque o atendimento foi feito pelo SUS.
5. Não, porque o plano de saúde cobriu totalmente o serviço.
6. Não, porque o atendimento foi pago por instituição filantrópica, igreja, ONG.
888. Não sabe

Agradecemos sua participação e aproveitamos a oportunidade para perguntar se o(a) sr.(a) gostaria de colaborar, como voluntário, em outras pesquisas realizadas pela Fiocruz.

1. Sim
2. Não

HORÁRIO DE TÉRMINO: \_\_\_/\_\_\_

FIM MUITO OBRIGADO!

Vice-Presidência de Pesquisa & Laboratórios de Referência - VPPLR

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Programa de Desenvolvimento e Inovação Tecnológica – PDTSP

INQUÉRITO REDE PDTSP -2011 – VERSÃO UTILIZADA EM CAMPO

### QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL

O indivíduo selecionado com equiprobabilidade entre todos os moradores do domicílio deve responder, individualmente, a esta parte do questionário. Apenas no caso do indivíduo selecionado não ter condições de responder por ter menos de 18 anos ou por motivo de saúde (física ou mental), solicite ao responsável para responder pelo indivíduo selecionado.

O informante deste módulo é:

- A própria pessoa
- Indivíduo de 10 a 18 anos acompanhado do responsável
- O responsável pela criança ou indivíduo que não tem condições de responder por motivo de saúde

### IA01 – ASSINATURA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Opção “Não agora” deve ser escolhida, caso o morador indicado pelo sorteio não esteja em casa no momento, e precise ser realizado um novo agendamento.

- Sim
- Não
- Não agora

## A. CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

Neste módulo, vou fazer perguntas sobre as suas características pessoais, características socioeconômicas, e relações com família e amigos.

A1 Qual o seu estado civil?

1. Nunca foi casado(a)
2. Casado(a) ou vive com companheiro(a)
3. Separado(a) ou divorciado(a)
4. Viúvo(a)

A2 Qual é a sua cor (raça)?

[Entrevistador: Leia as opções para o entrevistado] Pardo = cor entre preto e branco

1. Branca
2. Preta
3. Amarela
4. Parda
5. Indígena

A3 O(a) sr.(a) já trabalhou ou trabalha?

1. Sim
2. Não – Não responder A4

A4 Qual era ou é a sua ocupação no trabalho? \_\_\_\_\_  
(Escrever exatamente o que o entrevistado responder)

AS PRÓXIMAS PERGUNTAS SÃO SOBRE ASPECTOS DA SUA VIDA COM A FAMÍLIA, AMIGOS E ALGUMAS ATIVIDADES EM GRUPO.

[Entrevistador: apenas indivíduos com 10 anos e mais]

A5 Nos últimos 12 meses, com que frequência o(a) sr.(a) participou de reuniões de associações de moradores ou funcionários, sindicatos ou partidos, centros acadêmicos ou similares?

1. Mais de uma vez por semana
2. Uma vez por semana
3. De 2 a 3 vezes por mês
4. Algumas vezes no ano
5. Uma vez no ano
6. Nenhuma vez

A6 Nos últimos 12 meses, com que frequência o(a) sr.(a) participou de trabalho voluntário não remunerado, em organizações não-governamentais (ONGs), de caridade, religiosas ou outras? (ex: igreja, escolas, abrigos)

1. Mais de uma vez por semana
2. Uma vez por semana
3. De 2 a 3 vezes por mês
4. Algumas vezes no ano
5. Uma vez no ano
6. Nenhuma vez

A7 Nos últimos 12 meses, com que frequência o(a) sr.(a) compareceu a cultos ou atividades da sua religião ou de outra religião? [Entrevistador: não considerar situações como casamento, batizado, ou enterro]

1. Mais de uma vez por semana
2. Uma vez por semana
3. De 2 a 3 vezes por mês
4. Algumas vezes no ano
5. Uma vez no ano
6. Nenhuma vez

A8 Nos últimos 12 meses, com que frequência o(a) sr.(a) compareceu a reuniões organizadas pela Estratégia de Saúde da Família ?

1. Mais de uma vez por semana
2. Uma vez por semana
3. De 2 a 3 vezes por mês
4. Algumas vezes no ano
5. Uma vez no ano
6. Nenhuma vez

A9 Nos últimos 12 meses, com que frequência o(a) sr.(a) compareceu a atividades organizadas pelas escolas, pela Fiocruz, pelo PAC?

1. Mais de uma vez por semana
2. Uma vez por semana
3. De 2 a 3 vezes por mês
4. Algumas vezes no ano
5. Uma vez no ano
6. Nenhuma vez

#### B. AUTO-AVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE.

As perguntas deste módulo são sobre sua saúde em geral.

B1 Em geral, como o(a) sr.(a) avalia a sua saúde? Ler todas as opções para o entrevistado

1. Muito boa
2. Boa
3. Regular
4. Ruim
5. Muito ruim

B2 Nos últimos 15 dias, por quantos dias o(a) sr.(a) deixou de ir ao trabalho ou de realizar as atividades habituais por motivo de saúde?

Só utilizar números (0 a 15)

\_\_\_\_\_ dias

0.Nenhum dia

AS QUESTÕES B3 A B10 DESSE MÓDULO DEVEM SER APLICADAS PARA IDOSOS (INDIVÍDUOS COM 60 ANOS E MAIS)

As próximas questões irão abordar diferentes atividades da sua vida diária. Para cada área que perguntaremos, diga qual descrição que melhor se aplica. A palavra “assistência” significa supervisão, orientação ou auxílio pessoal.

B3 BANHO (banho de leito, banheira ou chuveiro)

- 1-Não recebe assistência (entra e sai do banho sozinho)
- 2- Recebe assistência no banho somente para uma parte do corpo (como costas ou uma perna)
- 3- Recebe assistência no banho em mais de uma parte do corpo

B4 VESTIR (pega roupa no armário e veste, incluindo roupas íntimas, roupas externas e fechos e cintos)

- 1-Pega as roupas e se veste completamente sem assistência
- 2-Pega as roupas e se veste sem assistência, exceto para amarrar os sapatos
- 3-Recebe assistência para pegar as roupas ou para vestir-se (ou permanece parcial ou totalmente despido)

B5 IR AO BANHEIRO (dirige-se ao banheiro para urinar ou evacuar: faz sua higiene e se veste após as eliminações)

1-Vai ao banheiro, higieniza-se e se veste após as eliminações sem assistência (pode utilizar objetos de apoio como bengala, andador, barras de apoio ou cadeira de rodas e pode utilizar comadre ou urinol à noite esvaziando por si mesmo pela manhã)

2-Recebe assistência para ir ao banheiro ou para higienizar-se ou para vestir-se após as eliminações ou para usar urinol ou comadre à noite

3-Não vai ao banheiro para urinar ou evacuar

B6 TRANSFERÊNCIA (levanta-se da cama e senta em uma cadeira e vice-versa)

1-Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira sem assistência (pode utilizar um objeto de apoio como bengala ou andador)

2-Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira com auxílio

3-Não sai da cama

B7 CONTINÊNCIA (auto-controle em urinar ou defecar)

1-Tem controle sobre as funções de urinar e evacuar

2- Tem “acidentes”\* ocasionais

\* acidentes= perdas urinárias ou fecais

3-Supervisão para controlar urina e fezes, utiliza cateterismo ou é incontinente

B8 ALIMENTAÇÃO (dirige a comida do prato ou similar à boca)

1-Alimenta-se sem assistência

2-Alimenta-se sem assistência, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão

3-Recebe assistência para se alimentar ou é alimentado parcial ou totalmente por sonda enteral ou parenteral

B9 Caso necessário, quem pode lhe prestar ajuda? (marque mais de uma, se necessário)

1. Familiar

2. Vizinho(a) ou amigo (a)

3. Cuidador domiciliar da equipe de saúde da família

4. Cuidador contratado

5. Outro Especifique: \_\_\_\_\_

B10 O(a) sr.(a) participa de algum centro de convivência do idoso ou grupo da melhor idade?

1. Sim. Qual? \_\_\_\_\_

2. Não

AS PRÓXIMAS QUESTÕES DEVEM SER APLICADAS PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES (INDIVÍDUOS COM IDADE ENTRE 5 E 18 ANOS).

Nas questões seguintes, por favor marque a resposta que melhor descreve as atividades habituais da criança/adolescente (em média durante um dia inteiro) DURANTE A SEMANA PASSADA.

B11 LEVANTAR-SE (ex: levantar-se de uma cadeira baixa ou do chão, deitar e levantar da cama)

1. Sem NENHUMA dificuldade

2. Com ALGUMA dificuldade

3. Com MUITA dificuldade

4. INCAPAZ de fazer

B12 ANDAR (ex: andar na rua, em terreno plano ou subir cinco degraus)

1. Sem NENHUMA dificuldade

2. Com ALGUMA dificuldade

3. Com MUITA dificuldade

4. INCAPAZ de fazer

B13 HIGIENE (ex: lavar e enxugar o corpo inteiro, sentar-se e levantar-se no vaso sanitário, escovar os dentes, pentear/escovar os cabelos)

1. Sem NENHUMA dificuldade
2. Com ALGUMA dificuldade
3. Com MUITA dificuldade
4. INCAPAZ de fazer

B14 Caso necessário, quem pode lhe prestar ajuda? (marque mais de uma, se necessário)

1. Familiar
2. Vizinho (a) ou amigo (a)
3. Cuidador domiciliar da equipe de saúde da família
4. Cuidador contratado
5. Outro Especifique: \_\_\_\_\_

AS PRÓXIMAS QUESTÕES DESSE MÓDULO DEVEM SER APLICADAS PARA IDOSOS (INDIVÍDUOS COM IDADE SUPERIOR A 60 ANOS) E CRIANÇAS E ADOLESCENTES (INDIVÍDUOS COM IDADE ENTRE 5 E 18 ANOS)

B15 Para a locomoção, o (a) Sr(a) utiliza algum desses equipamentos listados a seguir:

A- Bengala

- 1- Sim
- 2- Não

B- Muleta

- 1- Sim
- 2- Não

C- Cadeira de rodas

- 1- Sim
- 2- Não

D- Andador

- 1- Sim
- 2- Não

E- Calçado Ortopédico

- 1- Sim
- 2- Não

F- Outro

- 1- Sim
- 2- Não

Especifique:

---

B16 O(a) sr.(a) usa óculos ou lente de contato?

1. Sim
2. Não - Ir para B18

B17 Com óculos ou lentes de contato o(a) sr.(a) enxerga bem?

1. Sim
2. Não

B18 O(a) sr.(a) usa aparelho auditivo?

1. Sim
2. Não - Fim do módulo

B19 Com aparelho auditivo o(a) sr.(a) ouve bem a TV, por exemplo?

1. Sim
2. Não

### C. ESTILO DE VIDA

Neste módulo, vamos lhe fazer perguntas sobre o seu estilo de vida, saúde bucal e a prática de atividade física.

C1 Quanto tempo faz que o(a) sr.(a) se pesou da última vez?

1. Menos de 1 semana
2. Entre 1 semana e menos de 1 mês
3. Entre 1 mês a menos de 6 meses
4. 6 meses ou mais atrás
5. Nunca se pesou

C2 O(a) sr.(a) sabe seu peso? (mesmo que seja valor aproximado)

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ kg  
888. Não sabe

C3 O(a) sr.(a) sabe sua altura? (mesmo que seja valor aproximado)

\_\_\_\_\_ m \_\_\_\_\_ cm  
888. Não sabe

C4 Com que frequência o(a) sr.(a) escova os dentes ?

1. Nunca escovei os dentes
2. Não escovo todos os dias
3. 1 vez por dia
4. 2 vezes ou mais por dia

C5 O(a) sr.(a) tem uma escova de dente só para você?

1. Sim, tenho uma somente para mim
2. Não, compartilho minha escova com outra(s) pessoa(s)

C6 Em geral, como o(a) sr.(a) avalia sua saúde bucal (dentes e gengivas)?

1. Muito boa
2. Boa
3. Regular
4. Ruim
5. Muito ruim

C7 Quantos dias por semana o(a) sr.(a) faz atividades físicas no seu tempo livre? (Por exemplo: corre, faz ginástica de academia, pedala em ritmo rápido, pratica esportes competitivos, joga bola, etc.)

Orientações sobre atividade física para crianças até 10 anos . Jogar bola, andar de bicicleta, pular corda, jogar queimado, soltar pipa, natação...

\_\_\_\_\_ dias por semana . (preencher de 1 a 7dias)

Por quanto tempo? \_\_\_\_\_ minutos

0. Menos do que um dia por semana/Não faz

C8 Considerando sua atuação no trabalho/ atividades habituais como o(a) sr.(a) classificaria sua atividade: (Ler todas as opções para o entrevistado, incluindo os exemplos)

1. Ativa (Caminha por pelo menos 10min. contínuos ou corre; carrega peso; sobre escada mais de uma vez; faz serviços de limpeza ou manutenção)

2. Pouco ativa (Maior parte do tempo sentada)

C9 Com que frequência o(a) sr.(a) costuma consumir alguma bebida alcoólica?

1. Não bebe nunca

2. Menos de uma vez por semana

3. Mais de uma vez por semana . Quantos dias ? \_\_\_\_\_. (preencher de 1 a 7dias)

C10 O(a) sr.(a) já fumou?

1. Sim

2. Não - Pular C11 e C12

C11 Atualmente, o(a) sr.(a) fuma?

1. Sim, diariamente.

2. Sim, raramente, comopor exemplo, 1 vez por semana (Se 1 ou 2: Pular C12)

3. Não Fumo

C12 Quando parou de fumar?

1. Há menos de um ano

2. Há mais de um ano

AS PRÓXIMAS PERGUNTAS DESSE MÓDULO SÃO DIRECIONADAS PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM IDADE ENTRE 5 E 18 ANOS.

C13 Em um dia de semana comum, cerca de quantas horas a criança/adolescente assiste televisão?

Se não possuir televisão, marcar a opção “menos de 1 hora”

1. Menos de 1 hora

2. Entre 1 e 2 horas

3. Mais de 2 horas

4. Não sabe

C14 Em um dia de semana comum, cerca de quantas horas a criança/adolescente joga videogame?

Se não possuir videogame, marcar a opção “menos de 1 hora”

1. Menos de 1 hora

2. Entre 1 e 2 horas

3. Mais de 2 horas

4. Não sabe

C15 Em um dia de semana comum, cerca de quantas horas a criança/adolescente permanece de frente para um computador?

Se não possuir computador, marcar a opção “menos de 1 hora”

1. Menos de 1 hora
2. Entre 1 e 2 horas
3. Mais de 2 horas
4. Não sabe

#### D. MORBIDADE REFERIDA

As perguntas deste módulo são sobre doenças crônicas e infecciosas. Vou fazer perguntas sobre diagnóstico de doenças, uso dos serviços de saúde e tratamento dos problemas.

D1 Algum médico já lhe deu o diagnóstico de alguma(s) destas doenças?

[Entrevistador: caso reponda sim para alguma(s) doença(s), responda a Questão B, com exceção de hipertensão arterial]

A- Algum médico já lhe deu o diagnóstico de alguma(s) destas doenças? (nos casos de asma/bronquite e depressão, responda sim apenas para quem ainda é portador do problema)

1- Hipertensão arterial (pressão alta)

Sim

Não

2- Colesterol alto

Sim

Não

3- Doença do coração (angina/ infarto)

Sim

Não

4- AVC ou Derrame

Sim

Não

5- Artrite /Reumatismo

Sim

Não

6- Diabetes

Sim

Não

7- Asma/ Bronquite

Sim

Não

8- Depressão

Sim

Não

B- O(a) sr. (a) vai ao médico/serviço de saúde regularmente por causa da doença?  
[Explicação: consultas de acompanhamento marcadas periodicamente]

2- Colesterol alto

Sim

Não

3- Doença do coração (angina/ infarto)

Sim

Não

4- AVC ou Derrame

Sim

Não

5- Artrite /Reumatismo

Sim

Não

6- Diabetes

Sim

Não

7- Asma/ Bronquite

Sim

Não

8- Depressão

Sim

Não

#### MEDICAMENTOS:

Agora vamos falar sobre os medicamentos de uso contínuo

D2 O(a) sr.(a) utiliza medicamentos de uso contínuo?

Medicamentos contínuos . são aqueles empregados no tratamento de doenças crônicas e ou degenerativas, utilizados continuamente assim como anticoncepcionais.

1. Sim

2. Não - Ir para o próximo módulo

D3 Todos os medicamentos de uso contínuo que o(a) sr.(a) utiliza foram prescritos por médico?

1. Sim, todos

2. Não, nem todos

3. Nenhum foi prescrito por médico

D4 Como o(a) sr.(a) obtém os medicamentos de uso contínuo?

[Entrevistador: No caso de um dos itens ser respondido com 1, passar para a próxima questão]

A. Gratuitamente em serviços públicos de saúde

1. Todos

2. Alguns

3. Nenhum

B. Gratuitamente na farmácia popular

1. Todos

2. Alguns

3. Nenhum

C. Compra no programa de farmácia popular

1. Todos

2. Alguns

3. Nenhum

D. Compra na farmácia

1. Todos
2. Alguns
3. Nenhum

E. São dados pelo médico

1. Todos
2. Alguns
3. Nenhum

F. São dados por amigos, vizinhos, parentes

1. Todos
2. Alguns
3. Nenhum

G. Em entidades filantrópicas, igreja, ONG

1. Todos
2. Alguns
3. Nenhum

D5 Todos os medicamentos de uso contínuo prescritos foram obtidos?

1. Sim – Fim medicamentos
2. Não

D6 Qual o principal motivo do(a) sr.(a) não ter conseguido obter todos os medicamentos? Ler todas as opções para o entrevistado

1. Não tinha dinheiro
2. Não achou necessário
3. Desistiu de procurar, pois melhorou
4. Não conseguiu encontrar todos os medicamentos na farmácia
5. Não conseguiu o(s) medicamento(s) no programa de farmácia popular
6. Outro Especifique: \_\_\_\_\_

**ATENÇÃO: AS PERGUNTAS ABAIXO DEVEM SER RESPONDIDAS APENAS POR PESSOAS COM DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL (PRESSÃO ALTA).**

D7 O(a) sr.(a) vai ao médico/serviço de saúde regularmente por causa da HIPERTENSÃO (PRESSÃO ALTA)? [Explicação: consultas de acompanhamento marcadas periodicamente]

1. Sim - Ir para D9
2. Não, só quando tem algum problema
3. Nunca vai

D8 Qual o principal motivo do(a) sr.(a) não visitar o médico/serviço de saúde regularmente por causa da HIPERTENSÃO (PRESSÃO ALTA)?

1. O serviço de saúde é muito distante
2. O tempo de espera no serviço de saúde é muito grande
3. Tem dificuldades financeiras
4. Não acha necessário
5. O horário de funcionamento do serviço de saúde é incompatível com suas atividades de trabalho ou domésticas
6. O plano de saúde não cobre as consultas
7. Não sabe quem procurar ou aonde ir
8. Outro Especifique: \_\_\_\_\_

D9 O que o(a) sr.(a) faz atualmente por causa da HIPERTENSÃO (PRESSÃO ALTA)?

A. Dieta

1. Sim
2. Não
3. Já fazia antes do diagnóstico de hipertensão (pressão alta)

B. Prática de atividade física

1. Sim
2. Não
3. Já fazia antes do diagnóstico de hipertensão (pressão alta)

C. Toma medicamentos

1. Sim
2. Não

D10 Na última vez que recebeu assistência médica para HIPERTENSÃO (PRESSÃO ALTA), onde o(a) sr(a) foi atendido?

1. Clínica da Família Victor Valla
2. Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria
3. Saúde da Família da Fiocruz
4. UPA
5. Pronto-socorro ou emergência de hospital público
6. Ambulatório de hospital público
7. Consultório particular ou consultório de estabelecimento de saúde privado ou ambulatório de empresa ou sindicato
8. Pronto-socorro ou emergência de hospital privado
9. Outro Especifique: \_\_\_\_\_

D11 O(a) sr.(a) pagou pelo atendimento?

1. Sim, pagou diretamente sem reembolso
2. Sim, mas teve reembolso total através do plano de saúde
3. Sim, mas teve reembolso parcial através do plano de saúde
4. Não, porque o plano de saúde cobriu totalmente o serviço
5. Não, porque o atendimento foi pago por entidade filantrópica, igreja, ONG
6. Não, porque o atendimento foi feito pelo SUS

D12 Nos últimos 12 meses, o(a) sr.(a) realizou exame de sangue?

1. Sim
2. Não
3. Não lembra (Se 2 ou 3: fim do módulo)

D13 Onde foi realizado esse exame de sangue?

1. Clínica da Família Victor Valla
2. Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria
3. Saúde da Família da Fiocruz
4. UPA
5. Pronto-socorro ou emergência de hospital público
6. Ambulatório de hospital público
7. Consultório particular ou consultório de estabelecimento de saúde privado ou ambulatório de empresa ou sindicato
8. Pronto-socorro ou emergência de hospital privado
9. Outro Especifique: \_\_\_\_\_

E. SAÚDE DA MULHER (Mulheres de 18 anos ou mais de idade)  
NESTE MÓDULO, VAMOS FAZER PERGUNTAS SOBRE A SUA SAÚDE, EXAMES PREVENTIVOS E REPRODUÇÃO.

E1 A sra. já fez algum exame ginecológico?

1. Sim
2. Não – Ir para E5

E2 Na última vez que a sra. fez um exame ginecológico, onde foi atendida?

1. Clínica da Família Victor Valla
2. Centro de saúde Escola Germano Sinval Faria
3. Saúde da Família de Fiocruz
4. UPA
5. Pronto-socorro ou emergência de hospital público
6. Ambulatório de hospital público
7. Consultório particular ou consultório de estabelecimento de saúde privado ou ambulatório de empresa ou sindicato
8. Pronto-socorro ou emergência de hospital privado
9. Outro (especifique): \_\_\_\_\_

E3 A sra. pagou pelo atendimento?

1. Sim, pagou diretamente sem reembolso
2. Sim, mas teve reembolso total através do plano de saúde
3. Sim, mas teve reembolso parcial através do plano de saúde
4. Não, porque o plano de saúde cobriu totalmente o serviço
5. Não, porque o atendimento foi pago por entidade filantrópica, igreja, ONG
6. Não, porque o atendimento foi feito pelo SUS

E4 Quando foi a última vez que a sra. fez o preventivo para câncer de colo do útero e coletou material ?  
[Entrevistador: apenas para mulheres de 25 aos 64 anos de idade]

1. Nunca fez
2. Menos de 1 ano atrás
3. De 1 ano a menos de 2 anos
4. De 2 anos a menos de 3 anos
5. 3 anos ou mais atrás

E5 Qual o principal motivo da sra. nunca ter feito um exame ginecológico?

1. Nunca teve relações sexuais - Ir para E9
2. Não acha necessário
3. Nunca foi orientada para fazer o exame
4. Teve dificuldades para marcar consulta
5. O tempo de espera no serviço de saúde é muito grande
6. O serviço de saúde é muito distante
7. Tem dificuldades financeiras
8. Tem dificuldades de transporte
9. O horário de funcionamento do serviço é incompatível com suas atividades de trabalho ou domésticas
10. O plano de saúde não cobre a consulta
11. Não sabe quem procurar ou aonde ir
12. Outro (especifique): \_\_\_\_\_

E6 Qual método contraceptivo a sra. utiliza para evitar a gravidez atualmente ?

1. Pílula
2. Tabela
3. Camisinha Masculina
4. Camisinha Feminina
5. Diafragma
6. DIU
7. Contraceptivo Injetável
8. Implantes (Norplant)
9. Cremes
10. Pílula do dia seguinte (Contraceção de emergência)
11. Outro (Especifique) \_\_\_\_\_
12. Não utiliza - Ir para E8

E7 Onde adquire esse produto ou recebe orientações a respeito do planejamento familiar? (Ir para E9)

1. Clínica da Família Victor Valla
2. Centro de saúde Escola Germano Sinval Faria
3. Saúde da Família de Fiocruz
4. UPA
5. Pronto-socorro ou emergência de hospital público
6. Ambulatório de hospital público
7. Consultório particular ou consultório de estabelecimento de saúde privado ou ambulatório de empresa ou sindicato
8. Pronto-socorro ou emergência de hospital privado
9. Outro (especifique): \_\_\_\_\_

E8 Qual o principal motivo de não evitar a gravidez?

[Entrevistador: Esta questão deve ser respondida pelas mulheres que não utilizam métodos contraceptivos]

1. Quer engravidar ou não se incomoda de engravidar
2. Por motivos religiosos
3. Não conseguiu participar de grupo sobre planejamento familiar
4. Não sabe como evitar
5. Não sabe aonde ir ou quem procurar para lhe dar orientações
6. Está grávida
7. Ligou as trompas
8. O companheiro fez vasectomia
9. Outro (especifique): \_\_\_\_\_

As questões E9 a E11 devem ser respondidas por mulheres de 50 a 69 anos.

E9 Algum médico já lhe solicitou um exame de mamografia?

1. Sim
2. Não - Fim do módulo Saúde da Mulher

E10 A sra. fez o exame de mamografia?

1. Sim - Fim do módulo
2. Não

E11 Qual o principal motivo da sra. não ter feito o exame de mamografia?

1. O exame está marcado, mas ainda não fez
2. Não conseguiu marcar
3. Não achou necessário
4. O tempo de espera no serviço de saúde era muito grande
5. Estava com dificuldades financeiras
6. O serviço de saúde era muito distante
7. Teve dificuldades de transporte
8. O horário de funcionamento do serviço de saúde era incompatível com as suas atividades de trabalho e domésticas
9. O plano de saúde não cobria a mamografia
10. Não sabia onde realizar o exame
11. Outro Especifique: \_\_\_\_\_

F. VIOLÊNCIA ( Perguntas direcionadas para indivíduos com 18 anos ou mais de idade)

As perguntas a seguir abordam o tema da violência. Caso o entrevistado não se sinta a vontade de responder este módulo, o mesmo poderá ser pulado.

F1 Nos últimos 6 meses o(a) sr.(a) foi vítima de agressão com arma de fogo?

1. Sim
2. Não
3. Não lembro

F2 Nos últimos 6 meses o(a) sr.(a) foi vítima de agressão com arma branca ou contundente ? (ex: faca, canivete, estilete)

1. Sim
2. Não
3. Não lembro

F3 Nos últimos 6 meses o(a) sr.(a) foi vítima de agressão física sem arma ?

1. Sim
2. Não
3. Não lembro

## G. DESEMPENHO DO SISTEMA DE SAÚDE

NESTE MÓDULO, VOU FAZER PERGUNTAS SOBRE O USO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE, DIFICULDADES PARA CONSEGUIR O ATENDIMENTO E SUA AVALIAÇÃO SOBRE O ATENDIMENTO RECEBIDO NO SERVIÇO DE SAÚDE.

G1 Quando o(a) sr.(a) consultou um médico pela última vez?

O médico busca tratar e curar as doenças das pessoas, indicando tratamentos, procedimentos cirúrgicos ou mudança de hábitos alimentares. Exemplos. Clínico geral, cardiologista, ginecologista, pediatra, dermatologista.

1. Há menos de 1 ano
2. Entre 1 e menos de 2 anos
3. Entre 2 e menos de 3 anos
4. 3 anos ou mais
5. Nunca consultou

G2 Quando o(a) sr.(a) consultou um dentista pela última vez?

1. Há menos de 1 ano
2. Entre 1 e menos de 2 anos
3. Entre 2 e menos de 3 anos
4. 3 anos ou mais
5. Nunca consultou

G3 Nos últimos 15 dias, o sr.(a) procurou algum serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à sua saúde, sem considerar internação hospitalar por 24 horas ou mais? (consulta médica, odontológica ou com outro profissional de saúde ou qualquer atendimento ambulatorial).

Profissional de saúde é a pessoa que trabalha na área da saúde, incluindo os médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, agentes comunitários de saúde.

1. Sim
2. Não - Ir para G13

G4 Por que o(a) sr.(a) procurou atendimento relacionado à sua saúde na última vez? Marcar mais de uma opção se necessário, lembrando que foi o atendimento mais recente.

1. Doença ou problema de saúde
2. Acidente ou lesão
3. Consulta odontológica
4. Continuação de tratamento, terapia ou reabilitação
5. Pré-natal
6. Exames médicos periódicos
7. Exames laboratoriais ou exames complementares de diagnóstico
8. Vacinação
9. Outros atendimentos preventivos
10. Solicitação de atestado de saúde
11. Outro Especifique: \_\_\_\_\_

G5 Onde procurou atendimento por este motivo?

1. Clínica da Família Victor Valla
2. Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (Fiocruz)
3. Saúde da Família Fiocruz
4. UPA
5. Pronto-socorro ou emergência de hospital público
6. Ambulatório de hospital público
7. Consultório particular ou consultório de estabelecimento de saúde privado ou ambulatório de empresa ou sindicato
8. Pronto-socorro ou emergência de hospital privado
9. Outro Especifique: \_\_\_\_\_

G6 Conseguiu ser atendido?

1. Sim
2. Não - Ir para G13

G7 O(a) sr.(a) pagou pelo atendimento?

1. Sim, pagou diretamente sem reembolso
2. Sim, mas teve reembolso total através do plano de saúde
3. Sim, mas teve reembolso parcial através do plano de saúde
4. Não, porque o atendimento foi feito pelo SUS
5. Não, porque o plano de saúde cobriu totalmente o serviço
6. Não, porque o atendimento foi pago por entidade filantrópica, igreja, ONG

G8 Qual foi o principal atendimento de saúde que o(a) sr.(a) recebeu na última vez que foi atendido?

Atendimento preventivo: Objetiva atuar de forma contundente na prevenção de doenças como diabetes, hipertensão, câncer de próstata, câncer de mama, cáries ... e não diretamente na cura. Ler todas as opções para o entrevistado

1. Consulta com profissional de saúde
2. Quimioterapia, radioterapia, hemodiálise, hemoterapia
3. Vacinação
4. Outros atendimentos preventivos
5. Injeção, curativo ou medição de pressão arterial
6. Exames médicos complementares
7. Gesso ou imobilização
8. Pequena cirurgia
9. Outro atendimento ambulatorial

G9 Qual o profissional de saúde que lhe prestou assistência? Ler todas as opções para o entrevistado

1. Médico / Médico da família
2. Médico especialista atendendo JUNTO COM o médico de família (pediatra, psiquiatra, ginecologista, cardiologista, dermatologista, geriatra, clínico, doenças infecciosas)
3. Médico especialista atendendo SEM a presença do médico de família (pediatra, psiquiatra, ginecologista, cardiologista, dermatologista, geriatra, clínico, doenças infecciosas)
4. Dentista
5. Enfermeiro
6. Fisioterapeuta
7. Psicólogo
8. Assistente social
9. Nutricionista
10. Profissional da Educação Física
11. Outro Especifique \_\_\_\_\_

G10 Na última vez que recebeu assistência de saúde, como o(a) sr.(a) avalia o atendimento recebido?

1. Muito bom
2. Bom
3. Médio
4. Ruim
5. Muito ruim

G11 Na última vez que recebeu assistência de saúde, como o(a) sr.(a) avalia o tempo de espera até ser atendido?

1. Muito rápido
2. Rápido
3. Razoável
4. Longo
5. Muito longo

G12 Na última vez que recebeu assistência de saúde, como o(a) sr.(a) avalia o respeito na maneira de recebê-lo(a) e tratá-lo(a)?

1. Muito bom
2. Bom
3. Médio
4. Ruim
5. Muito Ruim

G13 Nos últimos 12 meses, precisou ser internado(a) em hospital por 24 horas ou mais?

1. Sim. Quantas vezes \_\_\_\_\_
2. Não - Fim da Entrevista

G14 Na última vez que o(a) sr.(a) esteve internado, a internação foi de emergência?

1. Sim
2. Não

G15 Na última vez que o(a) sr.(a) esteve internado(a), qual foi o principal motivo da internação?

Para os moradores do sexo masculino, não ler as opções 2. Parto vaginal e 3. Parto cesáreo.

Tratamento clínico . consiste em ações para promoção, prevenção, recuperação da saúde em virtude de problemas de saúde me geral como, infarto, úlcera, mal estar.

Cirurgia . Somente eletivas, ou seja, aquelas que foram marcadas e estavam programadas, não considerar as realizadas em emergência.

1. Tratamento clínico
2. Parto vaginal
3. Parto cesáreo
4. Cirurgia
5. Tratamento psiquiátrico
6. Exames
7. Outro Especifique: \_\_\_\_\_

G16 Quanto tempo ficou internado(a) na última vez?

\_\_\_\_\_ meses \_\_\_\_\_ dias

G17 O(a) sr.(a) pagou pela internação?

1. Sim, pagou diretamente sem reembolso .
2. Sim, mas teve reembolso total através do plano de saúde .
3. Sim, mas teve reembolso parcial através do plano de saúde .
4. Não, porque a internação foi paga pelo SUS .
5. Não, porque o plano de saúde cobriu totalmente a internação .
6. Não, porque a internação foi paga por entidade filantrópica, igreja, ONG.

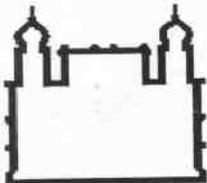
G18 Na última vez que o(a) sr.(a) foi internado(a), como o(a) sr.(a) avalia o atendimento?

1. Muito bom
2. Bom
3. Médio
4. Ruim
5. Muito ruim

Agradecemos sua participação e aproveitamos a oportunidade para perguntar se o(a) sr.(a) gostaria de colaborar, como voluntário, em outras pesquisas realizadas pela Fiocruz.

1. Sim
2. Não

**11.4 - Parecer de aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa do projeto  
“Inquérito sobre Condições de Saúde e Utilização de Serviços de  
Saúde no território de Manguinhos, Rio de Janeiro”**



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz  
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca  
Comitê de Ética em Pesquisa



Rio de Janeiro, 15 de dezembro de 2011.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – CEP/ENSP, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo, discriminado:

**PROTOCOLO DE PESQUISA CEP/ENSP - Nº 289/11**  
**CAAE: 0306.0.031.000-11**

**Título do Projeto:** “Inquérito sobre Condições de Saúde e Utilização de Serviços de Saúde no território de Manguinhos, Rio de Janeiro.”

**Classificação no Fluxograma:** Grupo III

**Será encaminhado à Conep (áreas temáticas especiais) e, portanto, deve aguardar a apreciação final desta para início da execução?** Não

**Pesquisadora Responsável:** Marília Sá Carvalho

**Instituição Proponente:** Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP/FIOCRUZ

**Data de recebimento no CEP-ENSP:** 27 / 10 / 2011

**Data de apreciação:** 09 / 11 / 2011

**Parecer do CEP/ENSP:** Aprovado.

CEP/ENSP
HORA: 13:00h
DATA: 15/12/11
RECEBI: <i>[assinatura]</i>

*Juliana Tobinaga  
Berlino*

Ressaltamos que a pesquisadora responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII.13.d., da resolução CNS/MS Nº 196/96*) de acordo com o modelo disponível na página do CEP/ENSP na internet.

Esclarecemos, que o CEP/ENSP deverá ser informado de quaisquer fatos relevantes (incluindo mudanças de método) que alterem o curso normal do estudo, devendo a pesquisadora justificar caso o mesmo venha a ser interrompido.

*[assinatura]*

Profa. Ângela Esher  
Coordenadora  
Comitê de Ética em Pesquisa  
CEP/ENSP