

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA**

**ELISABETE COSTA DE SOUZA**

**ATENÇÃO À SAÚDE DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS NA ESTRATÉGIA DE  
SAÚDE DA FAMÍLIA EM PERNAMBUCO: UM ESTUDO DAS  
CARACTERÍSTICAS DA QUALIDADE DO ATENDIMENTO**

**RECIFE**

**2012**

**ELISABETE COSTA DE SOUZA**

**ATENÇÃO À SAÚDE DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS NA ESTRATÉGIA DE  
SAÚDE DA FAMÍLIA EM PERNAMBUCO: UM ESTUDO DAS  
CARACTERÍSTICAS DA QUALIDADE DO ATENDIMENTO**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública, do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/ Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

Orientadoras:

Profª Drª Annick Fontbonne

Profª Drª Eduarda Ângela Pessoa Cesse

Recife

2012

**Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães**

---

S729a Souza, Elisabete Costa.

Atenção à saúde de hipertensos e diabéticos na estratégia de saúde da família em Pernambuco: um estudo das características da qualidade do atendimento / Elisabete Costa Souza. — Recife: E. C. Souza, 2012.

125 p.: il.

Dissertação (Mestrado profissional em saúde pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadoras: Annick Fontbonne, Eduarda Ângela Pessoa Cesse

1. Programa Saúde da Família. 2. Diabetes mellitus. 3. Hipertensão. 4. Qualidade da Assistência à Saúde. 5. Análise Fatorial. I. Fontbonne, Annick. II. Cesse, Gabriella Eduarda Ângela Pessoa. III. Título.

---

CDU 614.39

**ELISABETE COSTA DE SOUZA**

**ATENÇÃO À SAÚDE DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS NA ESTRATÉGIA DE  
SAÚDE DA FAMÍLIA EM PERNAMBUCO: UM ESTUDO DAS  
CARACTERÍSTICAS DA QUALIDADE DO ATENDIMENTO**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública, do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/ Fundação Oswaldo Cruz, para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

Área Temática: Gestão de sistemas de vigilância em saúde.

Aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Annick Fontbonne  
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - CPqAM/FIOCRUZ

---

Prof. Dr. Sidney Feitoza de Farias  
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - CPqAM/FIOCRUZ

---

Dr<sup>ª</sup> Isabel Cristina Ramos Vieira Santos  
Faculdade de Enfermagem, Universidade de Pernambuco

Aos meus pais João Joaquim (in Memoriam)  
e Deta, razão de ser das minhas lutas e conquistas,  
grandes motivadores dos meus projetos de vida.

## AGRADECIMENTOS

À Deus por me permitir a concretização deste projeto de vida, conduzindo-me e fazendo-me crer que conforme sua vontade, seu consentimento e seu amor infinito, tudo é possível.

À minha família pelo apoio constante em minha vida.

Ao meu esposo Adilson, parceiro e companheiro de todos os momentos, por entender (será?) esta minha prioridade.

Às minhas duas joias, minhas filhas, Alina e Júlia, por tolerar e compreender meus períodos de ausência da convivência familiar enquanto me dedicava ao curso e a elaboração deste estudo.

À minha orientadora Annick Fontbonne pela disponibilidade, atenção e dedicação, contribuindo valiosamente ao meu crescimento profissional.

A minha co-orientadora Eduarda Cesse pelo norteamento na elaboração deste trabalho sempre muito paciente e simpática.

Ao estatístico Yuri que sempre me atendeu prontamente nas análises e cálculos estatísticos.

Ao colega Fernando Oliveira Júnior, pela contribuição na formatação deste trabalho.

Ao Prefeito de Poção, Roberivan de Melo, pela indicação e liberação para os estudos do Mestrado.

Aos gestores de Poção, Pastor Fábio Monezzi e Zilda Duarte, e de Pesqueira, José Peixoto, pelo apoio incondicional que me concederam durante o curso.

À gestora de Caruaru, Aparecida Souza, pelo incentivo e confiança no meu potencial.

À equipe da Secretaria de Saúde de Poção, na pessoa de Eliane, Rozeane e Karla, que sempre me motivaram nos desafios que me propunha enfrentar.

À Equipe de Saúde da Família Renascença, funcionários e usuários, pela compreensão de minha ausência no período das aulas.

Ao Gestor da VI Região de Saúde, Alécio Galindo, pelo apoio dispensado na reta final deste estudo, quando ingressei em sua equipe de trabalho.

Às colegas de trabalho da VI Região de Saúde, Jhanybete, Karely, Raquel, Vanilda e especialmente, Laura, pelas palavras de incentivo que muito me fortaleceram.

Ao casal Reginaldo e Marleide, por me acolherem em sua casa, e a seus filhos Renata, Ricardo e Roseane sempre prontos a me ajudarem nas minhas necessidades.

À Rubinho, Sr. Cícero e Sr. Givaldo, pela disponibilidade em atender meus pedidos de deslocamento para as aulas do Mestrado.

À minha mãe Deta, minha sogra, Ceci Ferreira e tia Maria, cuja ajuda foi fundamental no cuidado com minhas filhas, para que eu conseguisse me ausentar para as aulas, realização dos trabalhos e viagens.

À Coordenadora, professora Tereza Lyra, pelos direcionamentos e pelos incentivos constantes.

Aos professores que se dispuseram a compor a Banca de Defesa, suas contribuições engrandeceram ainda mais este estudo.

Aos meus colegas do Mestrado Profissional, pela convivência e experiências partilhadas, momentos ricos de crescimento intelectual e profissional.

Aos financiadores da Pesquisa SERVIDIAH: CNPq, FACEPE, Fiocruz e IRD (no âmbito do seu convênio de cooperação internacional com o CNPq).

Aos funcionários da biblioteca do CPqAM, pela prestimosa atenção com as referências bibliográficas.

Aos que fazem a Secretaria Acadêmica do CPqAM, pela dedicação e disponibilidade ao bom andamento deste curso.

À amiga Valquíria Farias grande motivadora do meu crescimento intelectual.

A todos que contribuíram para a concretização deste meu projeto de vida.

“Nas grandes batalhas da vida,  
o primeiro passo para a vitória é o desejo de vencer.”

Mahatma Gandhi



SOUZA, Elisabete Costa. Atenção à saúde de hipertensos e diabéticos na estratégia de saúde da família em Pernambuco: um estudo das características da qualidade do atendimento. 2012. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

## RESUMO

Os processos de transição enfrentados pelo Brasil nas últimas décadas decorreram das mudanças ocorridas nos padrões comportamentais e nos modos de vida da população, que caracterizaram a transição demográfica, a transição epidemiológica e a transição nutricional. Neste enfoque de mudanças, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) contribuem na elevação dos indicadores de morbi-mortalidade por estas causas. Especificamente a hipertensão arterial e o diabetes mellitus são doenças de alta prevalência e de grande impacto na morbimortalidade da população brasileira, gerando sofrimento pessoal e familiar, com alto custo financeiro e social, relacionadas sobretudo às complicações que são preveníveis quando diagnosticadas precocemente e tendo o paciente um acompanhamento regular e de qualidade pelos serviços de saúde, o que requer a adoção de um novo modelo de cuidados, o Modelo de Cuidado Crônico (MCC). Objetivando descrever as características indicadoras de qualidade da atenção prestada ao hipertenso e diabético no âmbito da Estratégia de Saúde da Família em Pernambuco, foram utilizadas variáveis do banco de dados do estudo SERVIDIAH que refletissem ou abordassem a produção do cuidado ao hipertenso e diabético. Para isso foram selecionadas 30 variáveis no formulário do usuário diabético e 27 variáveis no formulário do usuário hipertenso. O estudo contou com o uso de técnicas estatísticas multivariadas, em especial, análise fatorial, que reduziu estas variáveis selecionadas em quatro fatores: (1) Qualidade da interação com os profissionais no momento da consulta; (2) Realização das medidas antropométricas; (3) Explicações em relação aos medicamentos, doença e prognóstico e (4) Preocupação dos profissionais com o estilo de vida. Os resultados evidenciam os principais aspectos da qualidade da assistência prestada a estes usuários na perspectiva de buscar sua relação com o controle dos agravos crônicos não transmissíveis aqui tratados: o diabetes mellitus e a hipertensão arterial.

Palavras chaves: Programa Saúde da Família. Diabetes mellitus. Hipertensão. Qualidade da assistência à saúde. Análise Fatorial.

SOUZA, Elisabete Costa. Attention to health of hypertensive and diabetic in the family health strategy in Pernambuco: a study of the characteristics of quality of service. 2012. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

## **ABSTRACT**

In recent decades, Brazil faced the changes in behavioral patterns and ways of life, which characterized the demographic, epidemiological and nutritional transitions. In this changing context, chronic noncommunicable diseases (NCDs) which shall represent important indicators of increased morbidity and mortality. Specifically, hypertension and diabetes mellitus are diseases of high prevalence and significant impact on morbidity and mortality of the population, creating personal and family suffering with high financial and social costs, especially related to complications. These complications are preventable if diagnosed early and if the patient has regular monitoring and access to quality health services. This requires the adoption of a new model of care, the Chronic Care Model (CCM). Aiming to describe the quality characteristics of attention to hypertension and diabetes within the Family Health Strategy in Pernambuco, we used variables from the database of the study SERVIDIAH that reflected or addressed the production of care to hypertensive and diabetic patients. For this, 30 variables were selected in the diabetic user form and 27 variables in the hypertensive user form. The study relied on the use of multivariate statistical techniques, in particular, factor analysis, which reduced these selected variables into four factors: (1) Quality of interaction with professionals at time of visit, (2) Realization of anthropometric measurements, (3) Explanations in relation to drugs, disease and prognosis, and (4) Professionals' concern with regard to lifestyle. The results highlight the main aspects of quality of care delivered to these users, in the objective of seeking their relation to the control of non-communicable chronic diseases here considered: diabetes mellitus and hypertension.

Keywords: Family Health Program. Diabetes mellitus. Hypertension. Quality of Health Care. Factorial Analysis.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Modelo de Atenção às Condições Crônicas – MACC.....	23
Quadro 1 -	Variáveis selecionadas no formulário usuário diabético.....	32
Quadro 2 -	Variáveis selecionadas no formulário usuário hipertenso.....	34
Quadro 3 -	Descrição das variáveis resumidas do formulário usuário diabético.....	36
Gráfico 1 -	Autovalores por componentes principais das variáveis do formulário usuário diabético.....	39
Quadro 4 -	Descrição das variáveis resumidas do formulário usuário hipertenso.....	42
Gráfico 2 -	Autovalores por componentes principais das variáveis do formulário usuário hipertenso.....	44

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Variância explicada para os 30 fatores (componentes) da Análise de Componentes Principais correspondendo às variáveis do formulário usuário diabético.....	37
Tabela 2 -	Comunalidades para 30 variáveis do formulário usuário diabético.....	40
Tabela 3 -	Cargas Fatoriais para 4 Fatores utilizando a Rotação Varimax.....	41
Tabela 4 -	Variância explicada para os 27 fatores (componentes) da Análise de Componentes Principais correspondendo às 27 variáveis do formulário usuário hipertenso.....	43
Tabela 5 -	Comunalidades para 27 variáveis do formulário usuário hipertenso.....	45
Tabela 6 -	Cargas Fatoriais para 4 Fatores utilizando a Rotação Varimax.....	46

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACP	Análise de Componentes Principais
APS	Atenção Primária à Saúde
CCM	Chronic Care Model
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CPqAM	Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
DECIT	Departamento de Ciência e Tecnologia
DM	Diabetes mellitus
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FACEPE	Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco
GP	Grande Porte
HA	Hipertensão arterial
Hab.	Habitantes
HiperDia	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
IMIP	Instituto Materno Infantil Fernando Figueira
IRD	Institut de Recherche pour le Développement
LAM SAÚDE	Laboratório de Avaliação, Monitoramento e Vigilância em Saúde
MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
MCC	Modelo de Cuidado Crônico
MCT	Ministério da Ciência e Tecnologia
MP	Médio Porte
MS	Ministério da Saúde
PP	Pequeno Porte

RAS	Redes de Atenção à Saúde
SCTIE	Secretaria da Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
SERVIDIAH	Avaliação de Serviços de atenção à saúde para diabéticos e hipertensos no âmbito do Programa de Saúde da Família
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SUS	Sistema Único de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>16</b>
<b>1.1 Doenças Crônicas Não Transmissíveis e Vigilância à Saúde.....</b>	<b>16</b>
<b>1.2 A Atenção Primária em Saúde: A Estratégia de Saúde da Família e a Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus.....</b>	<b>18</b>
<b>1.3 Qualidade da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.....</b>	<b>20</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>26</b>
<b>2.1 Objetivo Geral.....</b>	<b>26</b>
<b>2.2 Objetivos Específicos.....</b>	<b>26</b>
<b>3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....</b>	<b>27</b>
<b>3.1 O Estudo SERVIDIAH.....</b>	<b>27</b>
3.1.1 Tipo de Estudo.....	27
3.1.2 Área do Estudo.....	27
3.1.3 População do Estudo.....	27
3.1.4 Desenho Amostral.....	28
3.1.4.1 Seleção dos municípios.....	28
3.1.4.2 Seleção das Equipes de Saúde da Família e da amostra de seus Usuários e profissionais.....	28
3.1.5 Considerações Éticas.....	29
<b>3.2 Guia Teórico para Seleção das Variáveis.....</b>	<b>29</b>
<b>3.3 Análise Fatorial.....</b>	<b>30</b>
<b>4 RESULTADOS.....</b>	<b>32</b>
<b>4.1 Seleção das variáveis consideradas indicadoras de qualidade.....</b>	<b>32</b>
4.1.1 Formulário do usuário diabético.....	32
4.1.2 Formulário do usuário hipertenso.....	34
<b>4.2 Análise Fatorial.....</b>	<b>36</b>
4.2.1 Análise de componentes principais do questionário usuário Diabético.....	36
4.2.2 Análise de componentes principais do questionário usuário Hipertenso.....	42

<b>5 DISCUSSÃO.....</b>	<b>48</b>
<b>6 CONCLUSÃO.....</b>	<b>51</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>53</b>
<b>GLOSSÁRIO.....</b>	<b>59</b>
ANEXO A – Formulário do usuário Diabético.....	61
ANEXO B – Formulário do usuário Hipertenso.....	96



## **1 INTRODUÇÃO**

### **1.1 Doenças Crônicas Não Transmissíveis e Vigilância à Saúde**

O Brasil vem nas últimas décadas passando por processos de transição que produziram importantes mudanças no perfil das doenças que ocorrem na população, processos estes denominados transição demográfica, epidemiológica e nutricional. Estas transições foram influenciadas pelas mudanças ocorridas nos padrões de vida da população.

A transição demográfica é resultante da diminuição das taxas de fecundidade e natalidade, conseqüentemente no aumento da expectativa de vida e da proporção de idosos, representando o envelhecimento populacional. No processo de transição epidemiológica observa-se o crescimento da morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis sobressaindo-se sobre a ocorrência das doenças infecciosas e parasitárias, evento atribuído ao investimento em ações de prevenção da doença como saneamento básico e imunização, ao acesso aos serviços de saúde e às mudanças nos padrões culturais da sociedade moderna. E a transição nutricional se caracteriza pelo aumento de sobrepeso e obesidade influenciados pelas mudanças do padrão alimentar e do sedentarismo da vida moderna.

Freese e Foontbonne (2006) pontuam que os processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional não ocorrem independente um do outro. Cada um destes processos está correlacionado e associado, ou seja, ocorrem simultaneamente e de maneira complementar numa dada sociedade.

Assim, enquanto que o desafio no início do século XX era o controle das doenças infectocontagiosas, no início deste século o grande desafio é o controle das doenças crônicas.

O termo doença crônica é usado para designar patologias com um ponto em comum: são persistentes e necessitam de cuidados permanentes. Para Phipps et al. (1995, p. 226), doença crônica “é aquela que produz sintomas e sinais num período variável de tempo, de curso prolongado, havendo apenas recuperação parcial.”

Este grupo das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) compreende majoritariamente doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas. Muitas doenças deste grupo têm fatores de risco comuns, e demandam por assistência

continuada de serviços e ônus progressivo, na razão direta do envelhecimento dos indivíduos e da população (ACHUTTI; AZAMBUJA, 2004).

Especificamente a Hipertensão Arterial (HA) e o Diabetes Mellitus (DM) são doenças de alta prevalência e de grande impacto na morbimortalidade da população brasileira, gerando sofrimento pessoal e familiar, com alto custo financeiro e social, relacionadas sobretudo às complicações que são preveníveis quando diagnosticadas precocemente e tendo o paciente um acompanhamento regular e de qualidade pelos serviços de saúde.

Quadrante (2012) aponta que o crescimento destas condições crônicas é vertiginoso e atualmente são responsáveis por cerca de 60% do ônus decorrente de todas as doenças no mundo e acredita-se que em 2020 responderão por 80% das doenças em países em desenvolvimento. Essas mudanças causam impacto em níveis individuais, sociais e econômicos. O indivíduo necessitará alterar hábitos de vida e, muitas vezes, aderir a tratamentos medicamentosos, além de conviver com a incapacidade, se o controle da patologia não tiver sucesso. Há grande impacto econômico causado não só pelos custos diretamente relacionados ao tratamento de saúde, como também por aqueles derivados da diminuição da força laboral devida a óbitos, incapacidade e perda de produtividade. No Brasil, estimativa de gastos do Sistema Único de Saúde (SUS) com DCNT em 2002 revela que o total de gastos com esse grupo de doenças, incluindo aqueles com os procedimentos ambulatoriais e com as internações, corresponde a 69% (BRASIL, 2005).

No Estado de Pernambuco o Coeficiente de Mortalidade por doenças hipertensivas, doenças isquêmicas do coração e doenças cerebrovasculares no ano de 2000, era de 152,17/100.000 hab. e o de Mortalidade por Diabetes mellitus era de 27,27/100.000 hab. Em 2010 estes coeficientes foram de 189,28/100.000 hab. e de 41,29/100.000 hab. (BRASIL, 2010), representando um aumento nestes coeficientes de 19,6% e de 33,9%, respectivamente.

Diante do contexto apresentado, constata-se a importância que a Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus assumem na atualidade, tendo em vista que a ocorrência destas está relacionada aos hábitos de vida, envolvem múltiplos fatores de risco, e o controle e a prevenção das complicações demandam ações, procedimentos e a organização dos serviços de saúde.

## **1.2 A Atenção Primária em Saúde: A Estratégia de Saúde da Família e a Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus**

O acompanhamento e o controle da Hipertensão Arterial e do Diabetes Mellitus no âmbito da atenção básica poderá evitar o surgimento e o agravamento das complicações crônicas, reduzindo o número de internações hospitalares, bem como a mortalidade secundária a esses agravos (GALINDO, 2010).

A Atenção Básica em Saúde caracteriza-se por desenvolver um conjunto de ações que abrangem a promoção, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação.

A Saúde da Família, desenhada inicialmente como um programa, passou a ser considerada pelo Ministério da Saúde como uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de Saúde, visando à reorientação do modelo de atenção e a uma nova dinâmica da organização dos serviços e ações de saúde. Sua premissa parte do “estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre profissionais de saúde e a população” (BRASIL, 1997. p. 7), buscando a integração e a organização das atividades em um território definido com o propósito de favorecer o enfrentamento dos problemas identificados.

A Atenção Básica atua segundo as diretrizes da integralidade da atenção em saúde, do vínculo e responsabilização, da Adstrição da clientela às unidades de saúde, da participação comunitária, da humanização e promoção da saúde. Busca desenvolver suas ações priorizando o princípio da vigilância da saúde, com atuação inter e multidisciplinar.

É neste contexto que a Estratégia de Saúde da Família idealizada como modelo de atenção à saúde orienta sua assistência (BRASIL, 2007, 2009; MENDES, 2012; TEIXEIRA; SOLLA, 2006), e sua base é propícia à implantação de estratégias e inovações em saúde que minimizem as complicações dos agravos crônicos não transmissíveis, como a Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus.

A identificação precoce dos casos e o estabelecimento de vínculos entre os portadores e as unidades básicas de saúde são de suma importância para o controle destes agravos.

O Ministério da Saúde, partindo desta perspectiva, assumiu o compromisso de executar ações, em parceria com estados, municípios e Sociedades Brasileiras de Cardiologia, Nefrologia, Hipertensão, Diabetes, Federações Nacionais de Portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes, Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), para apoiar a reorganização da rede de saúde, para melhorar a atenção aos portadores dessas patologias através do Plano de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus (BRASIL, 2002; SERVIDIAH, 2011). Este Plano foi proposto pelo Ministério da Saúde objetivando estabelecer diretrizes e metas para essa reorganização no Sistema Único de Saúde (SUS), investindo na atualização de profissionais da rede básica, oferecendo a garantia do diagnóstico e proporcionando a vinculação do paciente às unidades de saúde para tratamento e acompanhamento, promovendo a reestruturação e a ampliação do atendimento resolutivo e de qualidade para os portadores (BRASIL, 2001a).

O Plano inclui quatro etapas citadas a seguir: 1. Capacitação de multiplicadores para atualização de profissionais da rede básica na atenção à HA e ao DM; 2. Campanha de informação e de identificação de casos suspeitos de HA e DM e Promoção de hábitos saudáveis de vida; 3. Confirmação diagnóstica e início da terapêutica; e 4. Cadastramento, vinculação e acompanhamento dos pacientes portadores de HA e DM às Unidades Básicas de Saúde (PICCINI et al., 2006).

O Programa estabelece responsabilidades solidárias, inclusive financiamento, entre União, Estados e Municípios, com objetivos de: implantar o cadastramento dos portadores de hipertensão e diabetes mediante a instituição do cadastro nacional de portadores de hipertensão e diabetes; ofertar de maneira contínua para rede básica os medicamentos para hipertensão (hidroclorotiazida 25mg, propranolol 40mg, captopril 25mg) e diabetes (glibenclamida 5mg, metformina 850mg e insulina); acompanhar e avaliar os impactos na morbimortalidade para estas doenças, decorrentes da implementação do Programa Nacional (BRASIL, 2002; GALINDO, 2010).

Conforme estabelecido, o Plano tem na educação e promoção à saúde seus alicerces, mas não pode prescindir das evidências acumuladas de prevenção secundária contra as complicações, as quais necessariamente incluem tratamento farmacológico e exames a ser oferecidos ainda na Atenção Básica.

O sucesso do plano, num país com as dimensões e heterogeneidades regionais observadas no Brasil, está diretamente relacionado à adesão de todas as entidades governamentais e não governamentais envolvidas com esses importantes problemas de saúde pública.

### **1.3 Qualidade da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus**

A avaliação em saúde vem passando por fase de expansão e diversidade conceitual e metodológica em face de uma crescente demanda para se constituir em instrumento de apoio às decisões necessárias à dinâmica dos sistemas e serviços de saúde na implementação das políticas de saúde.

A ideia de qualidade está relacionada com os processos avaliativos, pois estes dizem respeito à atribuição de juízos de valor, sobre determinadas coisas, processos, produtos, e outros, a partir de parâmetros indicativos de mais ou menos qualidade. Por sua vez, o encaminhamento de processos avaliativos tem por objetivo último detectar a distância ou proximidade dos serviços e ações profissionais de uma dada qualidade almejada.

As mudanças na organização da atenção à saúde objetivam criar cultura, organização e mecanismos que promovam uma atenção segura e de alta qualidade. A melhoria da saúde das pessoas portadoras de condições crônicas requer transformar um sistema de atenção à saúde que é essencialmente reativo, fragmentado e episódico, respondendo às demandas de condições e eventos agudos, em um outro sistema que seja proativo, integrado, contínuo e focado na promoção e na manutenção da saúde (MENDES, 2011).

A demanda atual requer um modelo de cuidados que envolva a busca ativa de casos novos para permitir um diagnóstico precoce, o acompanhamento e tratamento sistemático realizado por profissionais capacitados, associado a adoção de uma mudança comportamental do usuário hipertenso ou diabético, evitando, portanto, a ocorrência de complicações, ou que estas sejam amenizadas com este novo modelo, que constitui uma grande reavaliação da prática do atendimento às doenças crônicas na atenção primária de saúde (BODENHEIMER; WAGNER; GRUMBACH, 2007). Para Rothman e Wagner (2003) esta conduta é essencial e estes autores pontuam que o “*Disease Management*” seria o percurso mais indicado na superação dos desafios frente aos pacientes em condições especiais.

Sobre a assistência ao hipertenso e diabético, é previsto que encontrem um serviço de saúde que disponibilize profissionais capacitados, medicamentos específicos, trabalhos desenvolvidos em grupo e acompanhamento domiciliar, refletindo a Estratégia Saúde da Família (ESF) no contexto social da população com melhoria da sua qualidade de vida.

Wagner (1998) aponta que se quisermos melhorar o atendimento para a maioria dos pacientes com doença crônica, as evidências sugerem fortemente que é necessário remodelar o sistema de cuidados ambulatoriais para esta finalidade.

Segundo Villagra (2001) a palavra-chave é *sistema*, querendo com isso enfatizar que a gestão da doença organiza uma variedade de serviços à volta de uma doença ou combinação de doenças que coexistam num mesmo indivíduo e que esta organização e coordenação elevam o nível dos cuidados que essa pessoa recebe. Não basta, por isso, acrescentar componentes aos já existentes.

O termo gestão da doença é uma tradução literal da designação americana *disease management* foi registrado pela primeira vez pela consultoria americana Boston Consulting Group (1993) no relatório "*The Changing Environment for US Pharmaceuticals*" e emerge do contexto dos cuidados geridos [*managed care*], cuja abordagem prevalente em 1980 era a gestão de componente (p.ex. internamento, medicamentos, exames complementares). Neste relatório foram identificadas as principais razões para justificar a falência da abordagem da gestão do componente isolado são: a falha no reconhecimento das inter-relações entre os custos através dos componentes; análise do componente de tratamento e não da doença, como unidade central de custos e o afastamento dos médicos e dos gestores de cuidados de saúde.

A teoria por trás da gestão da doença é a de que os recursos podem ser usados mais efetivamente se o doente se tornar o centro à volta do qual o sistema de saúde se organiza (HUNTER, 1999). Em vez de divisões funcionais, tais como as que existem entre cuidados primários e hospitalares ou entre diferentes especialidades clínicas, as divisões passam a ser entre doenças. Uma única organização conduz a prevenção, à recuperação, o diagnóstico, o tratamento e o seguimento de uma determinada doença (HUNTER, 2000).

Esta é a proposta de países desenvolvidos em relação às doenças crônicas, porém observa-se que o sistema de saúde brasileiro enfoca a assistência baseada em cuidados

agudos, com fragmentação de ações e serviços a pacientes passivos, incipiente investimento na prevenção destas doenças e a adoção de tratamentos inapropriados.

A gestão da doença deve ser encarada como uma abordagem multidisciplinar, baseada na prestação de cuidados de saúde contínua que, proativamente, identifica populações com, ou em risco de desenvolver doenças crônicas (COONS, 1996; TERRY K, 1997; GUERRA, 2006).

O modelo de gestão que hoje se apresenta como mais apropriado para o cuidado de doenças crônicas, por ter sido validado e estar sendo utilizado em mais de 10 países, é o Modelo de Atenção Crônica (MAC), tradução do termo *Chronic Care Model* (CCM), desenvolvido por Wagner e colaboradores no *MacColl Institute for Health Innovation* de Seattle nos Estados Unidos. Esse modelo identifica como elementos essenciais de um sistema de saúde, para incentivar a alta qualidade do cuidado: a comunidade, a organização do sistema de saúde; o apoio ao autocuidado; o desenho da linha de cuidado para a gestão integrada, o apoio à decisão clínica e o sistema de informação clínica (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2003; WAGNER, 1998).

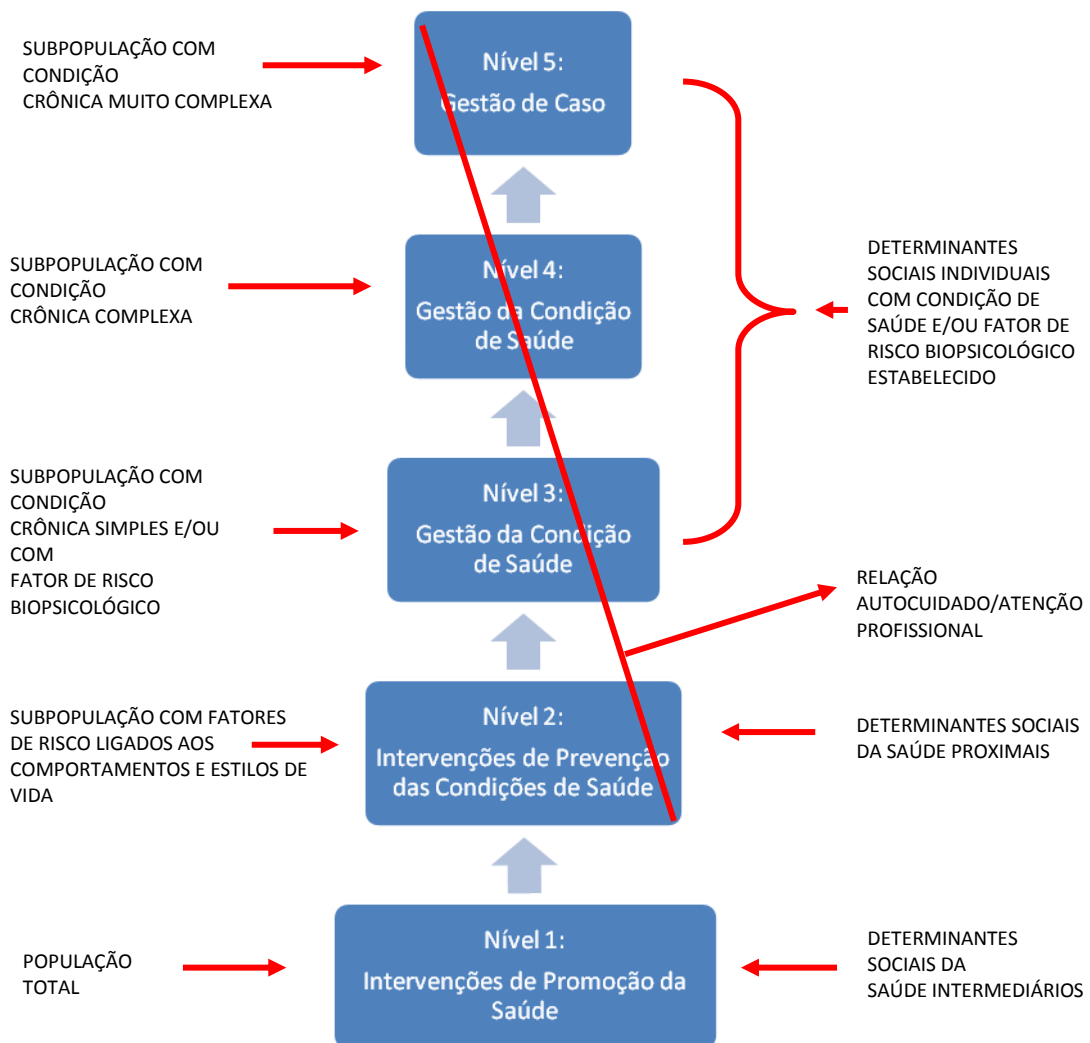
Para o Sistema Único de Saúde, o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) foi desenvolvido por Mendes (2007; 2012) com base no modelo da Determinação Social da Saúde, nas relações que se estabelecem entre as equipes de saúde e as pessoas usuárias dos serviços de saúde e em função da singularidade do sistema público de atenção à saúde brasileira.

As principais variáveis incorporadas no MACC e que derivam de evidências robustas produzidas pela avaliação do CCM são: diretrizes clínicas baseadas em evidência; sistema de identificação das pessoas usuárias; estratificação da população em subpopulações por riscos; registro das pessoas usuárias por condição de saúde e por riscos; prontuários eletrônicos; sistema de lembretes, alertas e *feedbacks* como funcionalidades dos prontuários eletrônicos; sistema de acesso regulado à atenção à saúde; continuidade da atenção: oferta de cuidados primários, secundários e terciários integrados; atenção integral: oferta de cuidados promocionais, preventivos, curativos, cuidadores, reabilitadores e paliativos; plano de cuidado individual; autocuidado apoiado; uso de ferramentas de gestão da clínica: gestão das condições de saúde e gestão de caso; coordenação das Redes de Atenção à Saúde - RAS - pela Atenção Primária à Saúde – APS -; suporte especializado à APS; educação permanente dos profissionais de saúde; educação em saúde das pessoas usuárias; presença de profissional de saúde comunitária; e articulação do sistema de atenção à saúde com os recursos comunitários (MENDES, 2007, p. 245).

O MACC estrutura-se em cinco níveis e em três componentes integrados: a população (à esquerda da Figura 1), os focos das intervenções de saúde (à direita da Figura 1) e os tipos de intervenções de saúde (no meio da Figura 1).

O modelo está representado na figura 1:

Figura 1 - Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)



Fonte: Adaptado de Mendes (2007)

Mendes (2007) explicita que o processo de estratificação da população, representado pelo lado esquerdo da Figura 1, é central na construção das RAS porque permite identificar pessoas e grupos com necessidades de saúde semelhantes que devem ser atendidos por



tecnologias e recursos específicos, segundo uma estratificação de riscos. Sua lógica se apoia num manejo diferenciado, pelas RAS, de pessoas e de grupos que apresentam riscos similares.

A estratificação da população é fundamental nas RAS, porque ao invés de ter uma atenção única para todas as pessoas usuárias, diferencia-as, por estratos de riscos, e permite definir, nas diretrizes clínicas, os tipos de atenção e a sua concentração relativa a cada grupo populacional. Dessa forma, os portadores de condições crônicas de menores riscos têm sua condição centrada em tecnologias de autocuidado apoiado e com foco na APS, enquanto que os portadores de condições de alto e muito alto riscos têm uma presença mais significativa de atenção profissional, com uma concentração maior de cuidados pela equipe de saúde e com a coparticipação da atenção especializada (MENDES, 2007).

No centro da Figura 1 encontram-se descritos os níveis de atenção e o foco das intervenções. O primeiro nível tem como sujeito a população total, como focos de intervenções os determinantes sociais da saúde intermediários (os fatores relativos às condições de vida e de trabalho, o acesso a serviços essenciais e as redes sociais e comunitárias) por meio de intervenções de promoção da saúde materializadas, especialmente, em projetos intersetoriais.

O nível 2 está voltado para a prevenção das condições de saúde em subpopulações de risco com intervenções sobre os determinantes sociais da saúde proximais, relativos aos comportamentos e aos estilos de vida. Estes comportamentos incluem o fumo e álcool, a dieta, o sobrepeso e a atividade física.

As atividades dos terceiro, quarto e quinto níveis, correspondem a manifestações sobre os determinantes individuais, de fatores de risco biopsicológicos e de condições de saúde já estabelecidas que, para fim de uma abordagem clínica adequada, Mendes (2007) estratifica por riscos e apresenta seu manejo por meio das tecnologias de gestão da clínica: gestão da condição de saúde e gestão de caso.

Esta estratificação aproxima o nível da intervenção ao tipo de condição da subpopulação, por conseguinte sua abordagem será pormenor estruturada, atingindo o subgrupo alvo das intervenções propostas com mais fidedignidade em relação às suas necessidades de saúde.

É esta a proposta do Modelo de Atenção às Condições Crônicas no Brasil, especificamente voltado à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Descrever as características indicadoras de qualidade da atenção prestada ao hipertenso e diabético no âmbito da Estratégia de Saúde da Família em Pernambuco.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- a) Selecionar as variáveis possivelmente indicadoras de qualidade da atenção prestada ao hipertenso e diabético no âmbito da Estratégia de Saúde da Família aplicadas no estudo SERVIDIAH;
- b) Identificar as relações entre elas por meio de análise fatorial.

### **3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

Trata-se de um estudo quantitativo e descritivo, que utilizou o banco de dados do estudo SERVIDIAH - Avaliação de Serviços de atenção à saúde para diabéticos e hipertensos no âmbito do Programa de Saúde da Família, realizado pelo Laboratório de Avaliação, Monitoramento e Vigilância em Saúde (LAM SAÚDE) do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM).

#### **3.1 O Estudo SERVIDIAH**

##### **3.1.1 Tipo de Estudo**

O estudo SERVIDIAH é resultante de intercâmbio interdisciplinar e parceria interinstitucional entre o Brasil e a França, que tem como objetivo o desenvolvimento de pesquisa avaliativa em serviços de atenção primária em saúde para as doenças crônicas, visando a elaboração de uma proposta de intervenção. Conta com a parceria do *Institut de Recherche pour le Développement* (IRD - França), Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e Instituto Materno Infantil Fernandes Figueira (IMIP) com abrangência em todo o Estado de Pernambuco. Esse estudo foi financiado pelo CNPq (Edital MCT/CNPq/MS-SCTIEDECIT/MS N° 37/2008), FACEPE (Edital FACEPE 09/2008 / PPSUS – Pernambuco MS/CNPq/FACEPE/SES), Fiocruz (Edital PAPES V) e IRD (no âmbito do seu convênio de cooperação internacional com o CNPq).

##### **3.1.2 Área do Estudo**

O estudo foi realizado no Estado de Pernambuco que está localizado no centro-leste da região Nordeste, possui área territorial de 98.311 Km<sup>2</sup> e densidade demográfica de 89,5 habitantes por Km<sup>2</sup> e, atualmente, seu território está dividido em 184 municípios, além do território de Fernando de Noronha (PERNAMBUCO, 2012).

##### **3.1.3 População do Estudo**

A população do estudo foi compreendida por usuários hipertensos e diabéticos acima de 20 anos, cadastrados nas Unidades de Saúde da Família do Estado de Pernambuco que foram selecionadas por meio de sorteio aleatório para participar do Estudo SERVIDIAH, e os profissionais de saúde que compõem a Estratégia de Saúde da Família.

O critério de inclusão das equipes de saúde da família foi a sua atuação em atividades assistenciais na rede de Atenção Primária desde Junho de 2007.

### 3.1.4 Desenho Amostral

O desenho amostral foi concebido de maneira a possibilitar a comparação, com representatividade, entre municípios de pequeno (<20.000 habitantes), médio (20 a 100.000 habitantes) e grande porte (>100.000 habitantes), segundo as três estratégias delineadas para o estudo:

- a) Estratégia 1: Avaliação de condições de risco à saúde dos portadores de Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial (HA);
- b) Estratégia 2: Avaliação das ações de atenção básica à saúde implementadas para portadores de DM e HA;
- c) Estratégia 3: Avaliação socioeconômico dos portadores de DM e HA.

#### 3.1.4.1 Seleção dos municípios

Para os municípios de grande porte foram escolhidos, por critérios de representatividade, Recife, Caruaru e Petrolina, principais municípios de três macrorregiões geográficas do Estado de Pernambuco, ou seja, Região Metropolitana, Agreste e Sertão.

Para cada categoria de médio e pequeno porte foram sorteados aleatoriamente 16 municípios, perfazendo um total na pesquisa de 35 municípios participantes.

#### 3.1.4.2 Seleção das Equipes de Saúde da Família e da amostra de seus usuários e profissionais

Para seleção das equipes de saúde da família, bem como dos usuários e profissionais, inicialmente partiu-se do total de equipes da ESF cadastradas nos municípios de pequeno e médio porte do estado de Pernambuco já sorteados, assim como em Recife, Caruaru e Petrolina. A escolha dessas equipes se fez por sorteio, a partir da relação do total das equipes atuando no estado de Pernambuco em Agosto de 2008.

Foram sorteados 10% do total das equipes dos municípios de forma proporcional ao porte populacional, resultando em 37 equipes nos municípios de pequeno porte (PP), 98 em municípios de médio porte (MP) e 73 em municípios de grande porte (GP), totalizando 208 equipes.

Para alcançar, de forma proporcional ao porte populacional, os 800 diabéticos e 800 hipertensos pretendidos tomou-se como base o quantitativo de:

- a) 12 usuários (06 diabéticos e 06 hipertensos) nos municípios de PP por Equipe;
- b) 06 usuários (03 diabéticos e 03 hipertensos) nos municípios de MP por Equipe;
- c) 08 usuários (04 diabéticos e 04 hipertensos) nos municípios de GP por Equipe;

O quantitativo final de diabéticos e hipertensos entrevistados foram respectivamente 823 e 785.

Quanto a amostra de profissionais, para cada equipe selecionada, foi realizada entrevistas com um agente comunitário de saúde (ACS) (através de sorteio, se necessário) e um profissional de nível superior (médico ou enfermeiro) que aceitaram participar da pesquisa.

### 3.1.5 Considerações Éticas

O estudo fez parte do projeto intitulado SERVIDIAH - Avaliação de SERVIÇOS de atenção à saúde para DIABÉTICOS e Hipertensos no âmbito do Programa de Saúde da Família, aprovado pelo Comitê de Ética do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, sob nº 43/2008 e no CONEP com Parecer nº 899/2008.

## 3.2 Guia Teórico para Seleção das Variáveis

Partindo de todo o banco de dados do estudo SERVIDIAH, foram selecionadas variáveis que refletissem ou abordassem a produção do cuidado ao hipertenso e diabético, bem como a qualidade desta atenção prestada.

No cumprimento do primeiro objetivo específico utilizou-se os questionários aplicados no estudo SERVIDIAH ao diabético e ao hipertenso. Em cada formulário fez-se uma leitura criteriosa das perguntas e analisou-se a possibilidade de refletir na qualidade da atenção prestada a estes usuários.

Nesta leitura e análise cogitou-se que:

- a) as perguntas feitas pelos profissionais quanto aos hábitos de vida poderiam indicar a preocupação do paciente em aderir ao tratamento no que se refere às mudanças comportamentais;
- b) a satisfação/opinião do usuário sobre a atuação do serviço, e
- c) a assistência recebida nas consultas de acompanhamento (medidas antropométricas, aferição da pressão, orientações sobre autocuidado).

### **3.3 Análise Fatorial**

Para análise dos dados aplicou-se a técnica de Análise Fatorial para reduzir categoricamente o conjunto extenso das variáveis selecionadas para um tamanho mais tratável de análise (FIGUEIREDO FILHO; SILVA JÚNIOR, 2010; MARDIA; KENT e TIBBY, 1989).

Quando muitas das variáveis originais são altamente correlacionadas, é possível reduzir um grande número de variáveis originais para um número menor de fatores subjacentes. A análise fatorial reduz as colunas do banco de dados para construir um número menor de novos fatores ou índices que são combinações lineares das variáveis originais (ROGERSON, 2012). Dessa forma, além dos critérios técnicos é necessário considerar teoricamente como os fatores se relacionam com as variáveis observadas (HOFFMAN; FRANKE, 1986; KING, 2001; SILVA; VERTINELLI, 1997).

Para a aplicação da análise fatorial verificou-se inicialmente a adequabilidade da base dos dados. Em relação ao nível de mensuração, a literatura mais conservadora recomenda apenas a utilização de variáveis contíguas ou discretas.

Após verificação da adequabilidade da base de dados definiu-se a técnica de análise de componentes principais como técnica de extração dos fatores e posteriormente determinou-se o número de fatores a serem extraídos. A análise de componentes principais é em geral preferida para fins de redução de dados, traduzindo o espaço das variáveis num espaço ótimo de fatores (GARSON, 2009) e o objetivo da extração dos fatores é determinar a quantidade de fatores que melhor representa o padrão de correlação entre as variáveis observadas (FIGUEIREDO FILHO; SILVA JÚNIOR, 2010).

Após cumprimentos destas etapas procedeu-se então a rotação dos fatores. Há duas formas de procedimento da rotação da matriz: a rotação ortogonal (rotação varimax), que mantém os fatores não correlacionados e a rotação oblíqua, que torna os fatores correlacionados entre si. A ideia básica do giro de fatores é identificar alguns fatores que possuam variáveis que tenham alta correlação e outros com variáveis que possuam baixa correlação.

Neste estudo optou-se pela rotação ortogonal. O método de rotação se refere ao método matemático que rotaciona os eixos no espaço geométrico. Isso torna mais fácil determinar quais variáveis são carregadas em quais componentes (SCHAWB, 2007).

A análise dos dados foi realizada através do software estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 19.0.



## 4 RESULTADOS

### 4.1 Seleção das variáveis consideradas indicadoras de qualidade

As variáveis indicadoras de qualidade na assistência prestada aos hipertensos e diabéticos na Estratégia de Saúde da Família em Pernambuco, foram selecionadas separadamente por tipo de formulário: usuário diabético (Anexo A) e usuário hipertenso (Anexo B).

Em cada formulário identificou-se a que tipo de variável correspondia à questão investigada.

#### 4.1.1 Formulário do usuário diabético

No formulário do usuário diabético foram selecionadas as variáveis apresentadas no quadro 1.

Quadro 1 - Variáveis selecionadas no formulário usuário diabético.

(continua)

QUESTÕES	VARIÁVEIS
<b>BUSCA DOS HÁBITOS DE VIDA PELO SERVIÇO</b>	
Pergunta sobre Nível de atividade física	36. Algum profissional da USF onde o sr/sra. consulta já perguntou se o sr/sra. realiza alguma atividade física?
	37. Algum profissional desta USF já orientou para modificar (aumentar) seus hábitos de atividade física?
Pergunta sobre Fuma / fumou / nunca fumou	40. Algum profissional da USF onde o sr/sra. consulta já perguntou se o sr/sra. fumava, parou de fumar ou nunca fumou?
Pergunta sobre Consome/consumiu/ nunca consumiu bebida alcoólica	47. Algum profissional da USF onde o sr/sra. consulta já perguntou se o sr/sra. consumia bebidas alcoólicas?
Controle do peso e orientações sobre a dieta	55. Algum profissional da USF onde o sr/sra. consulta já disse que o sr./ sra. precisava perder peso?
	64. Algum profissional desta USF realizou orientações sobre alimentação saudável, como comer pouca gordura, comer mais alimentos com fibras e comer alimentos com menor quantidade de sal?
<b>HISTÓRIA E TRATAMENTO DO DIABETES</b>	
Grau de confiança e opinião quanto à prescrição, e fornecimento da medicação	79. Qual é o seu grau de confiança na receita dada pelo(a) médico(a)/enfermeiro (a) da USF?
	80. Qual sua opinião sobre as explicações do(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF com respeito ao uso dos remédios?
	81. Qual a sua opinião sobre o fornecimento das medicações (com a forma de receber os remédios)?

Quadro 1 - Variáveis selecionadas no formulário usuário diabético.

(conclusão)

CONSULTAS / VISITAS DE ACOMPANHAMENTO DO DIABETES (AB)	
Agendamento de consulta, acolhimento e atenção, procedimentos técnicos do acompanhamento	92. Nos últimos 12 meses, quantas vezes o sr/a sra consultou na USF devido ao diabetes?
	95. Esta consulta foi agendada?
	96. Foi fácil marcar hora para esta consulta?
	97. Uma vez que o sr/s sra. chegou à unidade, o sr/a sra esperou mais de 30 minutos para consultar com o(a) médico(a)/enfermeiro(a) (sem contar triagem ou acolhimento)?
	98. Qual sua opinião sobre a forma de atender por parte da recepção? (o pessoal da recepção foi gentil, educado, simpático?)
	99. Qual sua opinião sobre a forma de atender do profissional (médico (a)/enfermeiro(a)) que atendeu? (foi gentil, educado (a), simpático (a)?)
	100. Qual sua opinião sobre a atenção dada as suas queixas pelo profissional que atendeu? (ouviu com atenção o motivo da consulta, suas queixas?)
	101. Qual sua opinião sobre o exame clínico, sobre o jeito como o(a) médico(a)/enfermeiro(a) o examinou?
	102. Qual sua opinião sobre a confiança despertada pelo(a) médico(a)/enfermeiro(a)? (o sr/a sra confiou no(a) médico(a)/enfermeiro(a)?)
	103. Qual a sua avaliação geral da consulta (opinião geral sobre a consulta como um todo)?
	104. Nesta última consulta que o sr/a sra realizou devido ao diabetes, o sr/a sra teve sua pressão arterial aferida?
	105. Nesta última consulta que o sr/a sra realizou devido ao diabetes, o sr/a sra teve seu peso medido?
	106. Nas consultas que o sr/a sra realizou na USF, já teve sua altura medida alguma vez?
	107. Nas consultas que o sr/a sra realizou na USF, já teve sua cintura medida alguma vez?
108. Nas consultas que o sr/a sra realizou na USF, já teve a circunferência de seus quadris medida alguma vez?	
109. Qual sua opinião sobre as explicações que o sr/a sra já recebeu por parte do(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF com respeito a sua doença (diabetes)?	
110. Qual sua opinião sobre as explicações que o sr/a sra já recebeu por parte do(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF quanto ao prognóstico/à evolução de sua doença (diabetes)?	
ORIENTAÇÕES/ EXAMES DE ACOMPANHAMENTO DO DIABETES (AB)	
Aferição da Pressão, orientações em higiene bucal e vacina contra gripe	119. Nos últimos 12 meses, algum profissional da USF aferiu sua pressão arterial ou orientou que fosse à unidade para aferir?
	120. Nos últimos 12 meses, algum profissional da USF realizou orientações sobre higiene bucal (forma correta de escovar os dentes, uso do fio dental)?
	121. Nos últimos 12 meses o sr/a sra recebeu vacina contra a gripe por orientação de algum profissional da USF?
Exame dos pés e orientações sobre cuidados com os pés	122. Nos últimos 12 meses, em alguma consulta na USF fizeram um exame nos seus pés para verificar feridas ou testar sensibilidade?

Fonte: SERVIDIAH (em fase de elaboração<sup>1</sup>)

<sup>1</sup> Projeto SERVIDIAH elaborado pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães.

Observa-se que foram selecionadas 30 variáveis, distribuídas nas áreas de: Busca dos hábitos de vida pelo serviço, História e tratamento do diabetes, consultas/visitas de acompanhamento do diabetes (AB), Orientações/exames de acompanhamento do diabetes (AB).

#### 4.1.2 Formulário do usuário hipertenso

No formulário do usuário hipertenso foram selecionadas as variáveis apresentadas no quadro 2.

Quadro 2 - Variáveis selecionadas no formulário usuário hipertenso

(continua)

QUESTÕES	VARIÁVEIS
<b>BUSCA DOS HÁBITOS DE VIDA PELO SERVIÇO</b>	
Pergunta sobre Nível de atividade física	36. Algum profissional da USF ou da UBS onde o sr/sra. consulta já perguntou se o sr/sra. realiza alguma atividade física?
	37. Algum profissional desta USF/UBS já orientou para modificar (aumentar) seus hábitos de atividade física?
Pergunta sobre Fuma / fumou / nunca fumou	40. Algum profissional da USF ou da UBS onde o sr/sra. se consulta já perguntou se o sr/sra. fumava, parou de fumar ou nunca fumou?
Pergunta sobre Consome/consumiu/ nunca consumiu bebida alcoólica	47. Algum profissional da USF/UBS onde o sr/sra. consulta já perguntou se o sr/sra. consumia bebidas alcoólicas?
Controle do peso e orientações sobre a dieta	55. Algum profissional da USF onde o sr/sra. consulta já disse que o sr./ sra. precisava perder peso?
<b>HISTÓRIA E TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL</b>	
Grau de confiança e opinião quanto à prescrição, e fornecimento da medicação	79. Qual é o seu grau de confiança na receita dada pelo(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF/UBS?
	80. Qual sua opinião sobre as explicações do(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF/UBS com respeito ao uso dos remédios/
	81. Qual a sua opinião sobre o fornecimento das medicações (com a forma de receber os remédios)?

Quadro 2 - Variáveis selecionadas no formulário usuário hipertenso

(conclusão)

CONSULTAS / VISITAS DE ACOMPANHAMENTO DA HIPERTENSÃO (AB)	
Agendamento de consulta, acolhimento e atenção, procedimentos técnicos do acompanhamento.	86. Esta consulta foi agendada?
	87. Foi fácil marcar hora para esta consulta?
	88. Uma vez que o sr/a sra chegou à unidade (USF/UBS), o sr/a sra esperou mais de 30 minutos para consultar com o (a) médico(a)/enfermeiro(a) (sem contar triagem ou acolhimento)?
	89. Qual sua opinião sobre a forma de atender por parte da recepção? (o pessoal da recepção foi gentil, educado, simpático?)
	90. Qual sua opinião sobre a forma de atender do profissional (médico (a)/enfermeiro(a)) que atendeu? (foi gentil, educado (a), simpático (a)?)
	91. Qual sua opinião sobre a atenção dada as suas queixas pelo profissional que atendeu? (ouviu com atenção o motivo da consulta, suas queixas?)
	92. Qual sua opinião sobre o exame clínico, sobre o jeito como o (a) médico (a)/enfermeiro(a) o examinou?
	93. Qual sua opinião sobre a confiança despertada pelo(a) médico(a)/enfermeiro(a)? (o sr/a sra confiou no(a) médico(a)/enfermeiro(a)?)
	94. Qual a sua avaliação geral da consulta (opinião geral sobre a consulta como um todo)?
	95. Nesta última consulta que o sr/a sra realizou devido a seu problema de pressão alta, o sr/a sra teve sua pressão arterial aferida?
	96. Nesta última consulta que o sr/a sra realizou devido a seu problema de pressão alta, o sr/a sra teve seu peso medido?
	97. Nas consultas que o sr/a sra realizou na USF/UBS, o sr/a sra já teve sua altura medida alguma vez?
	98. Nas consultas que o sr/a sra realizou na USF/UBS, o sr/a sra já teve sua cintura medida alguma vez?
	99. Nas consultas que o sr/a sra realizou na USF/UBS, o sr/a sra já teve a circunferência de seus quadris medida alguma vez?
100. Qual sua opinião sobre as explicações que o sr/a sra já recebeu por parte do(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF/UBS com respeito a sua doença (hipertensão arterial)?	
101. Qual sua opinião sobre as explicações que o sr/a sra já recebeu por parte do(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF quanto ao prognóstico/à evolução de sua doença (hipertensão arterial)?	
ORIENTAÇÕES/ EXAMES DE ACOMPANHAMENTO DA HIPERTENSÃO (AB)	
Aferição da Pressão, orientações em higiene bucal e vacina contra gripe	109. Nos últimos 12 meses, algum profissional da USF/UBS aferiu sua pressão arterial ou orientou que fosse à unidade para aferir?
	110. Nos últimos 12 meses, algum profissional da USF realizou orientações sobre higiene bucal (forma correta de escovar os dentes, uso do fio dental)?
	111. Nos últimos 12 meses o sr/a sra recebeu vacina contra a gripe por orientação de algum profissional da USF?

Fonte: SERVIDIAH(em fase de elaboração<sup>1</sup>)

No formulário do hipertenso foram selecionadas 27 variáveis, distribuídas nas áreas de: Busca dos hábitos de vida pelo serviço, História e tratamento da hipertensão, consultas/visitas de acompanhamento da hipertensão (AB), Orientações/exames de acompanhamento da hipertensão (AB).

## 4.2 Análise Fatorial

### 4.2.1 Análise de componentes principais do formulário usuário diabético

De posse das variáveis selecionadas optou-se por utilizar a denominação resumida, apresentada no quadro 3, para facilitar a leitura dos resultados e as interpretações a seguir.

Quadro 3 - Descrição das variáveis resumidas do questionário usuário diabético

Variável	Nome resumido
01	Pergunta sobre atividade física
02	Orientação sobre atividade física
03	Pergunta sobre fumo
04	Pergunta sobre álcool
05	Orientação sobre peso
06	Orientação sobre alimentação saudável
07	Confiança na receita
08	Opinião sobre explicação da receita
09	Opinião sobre fornecimento dos medicamentos
10	Número de consultas
11	Agendamento das consultas
12	Facilidade em marcar hora da consulta
13	Tempo de espera para consulta
14	Opinião sobre atendimento da recepção
15	Opinião sobre atendimento do profissional
16	Opinião sobre atenção dada pelo profissional
17	Opinião sobre exame clínico
18	Confiança no profissional
19	Avaliação geral da consulta
20	Medição da Pressão Arterial na última consulta
21	Medição do peso na consulta
22	Medição da altura na consulta
23	Medição da cintura na consulta
24	Medição dos quadris na consulta
25	Opinião sobre explicação da doença
26	Opinião sobre explicação do prognóstico
27	Medição da Pressão Arterial no ano
28	Orientação sobre higiene bucal
29	Vacina contra a gripe
30	Realização de exame dos pés no ano

Fonte: SERVIDIAH (em fase de elaboração<sup>1</sup>)

Depois de caracterizada cada variável, foi conduzida a Análise de Componentes Principais (ACP), que resultou em 30 fatores, ou componentes (Tabela 1). Determinou-se então o número de fatores a serem extraídos. O objetivo da extração dos fatores (*factor extraction*) é determinar a quantidade de fatores que melhor representa o padrão de correlação entre as variáveis observadas. Quanto menos fatores forem extraídos, maior é o grau de

parcimônia, todavia, menor será a quantidade total de variância carregada pelos fatores. Dessa forma, a solução ótima é identificar o número mínimo de fatores que maximiza a quantidade de variância total explicada (FIGUEIREDO FILHO; SILVA JÚNIOR, 2010).

Apesar de não existir um critério consensual para definir quantos fatores devem ser extraídos, a literatura aponta alguns métodos que podem auxiliar o pesquisador na hora de tomar essa decisão. A regra do *Eigenvalue* - Autovalor (critério de Kaiser) sugere que devem ser extraídos apenas os fatores com valor de *Eigenvalue* acima de um. Isso porque se o fator apresenta baixo *Eigenvalue*, ele está contribuindo pouco para explicar a variância nas variáveis originais. Para Tabachinick e Fidell (2007), esse método funciona melhor quando utiliza-se entre 20 e 50 variáveis, que é o caso deste estudo.

Tabela 1 - Variância explicada para os 30 fatores (componentes) da Análise de Componentes Principais correspondendo as 30 variáveis do formulário usuário diabético.

(continua)

Componente	Autovalor	% Variância	% Acumulada
1	5,545	18,482	18,482
2	3,159	10,531	29,013
3	2,322	7,741	36,755
4	1,588	5,293	42,048
5	1,351	4,504	46,552
6	1,204	4,013	50,565
7	1,161	3,869	54,434
8	1,066	3,552	57,986
9	1,038	3,459	61,445
10	,973	3,245	64,689
11	,930	3,099	67,789
12	,899	2,996	70,785
13	,871	2,903	73,688
14	,830	2,768	76,456
15	,757	2,523	78,980
16	,735	2,450	81,430
17	,696	2,320	83,749
18	,679	2,262	86,011
19	,577	1,922	87,934
20	,549	1,830	89,764
21	,477	1,591	91,355
22	,428	1,427	92,782
23	,391	1,302	94,084

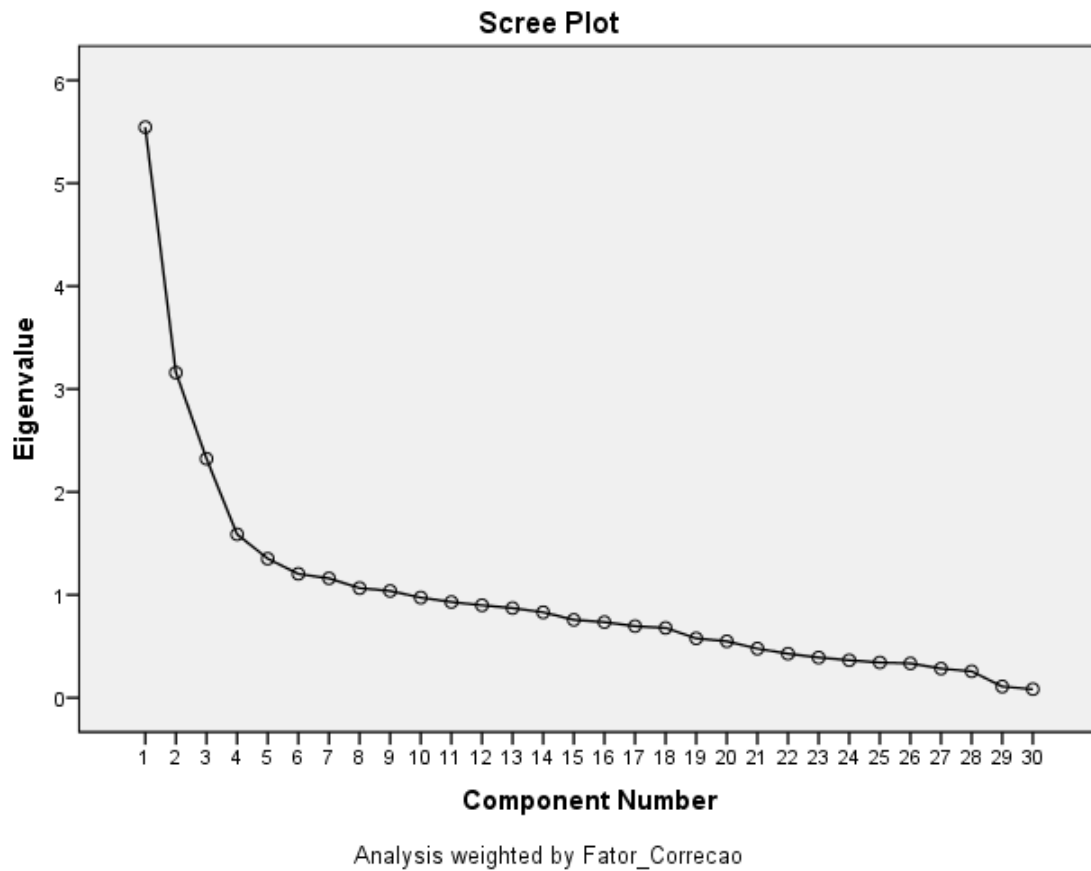
Tabela 1 - Variância explicada para os 30 fatores (componentes) da Análise de Componentes Principais correspondendo as 30 variáveis do formulário usuário diabético.

(conclusão)			
Componente	Autovalor	% Variância	% Acumulada
24	,365	1,217	95,301
25	,343	1,143	96,444
26	,333	1,112	97,555
27	,284	,946	98,501
28	,257	,857	99,359
29	,109	,364	99,723
30	,083	,277	100,000

Fonte: SERVIDIAH (em fase de elaboração<sup>1</sup>)

Pela regra de Kaiser, neste caso extrair-se-ia nove fatores: o primeiro apresenta um *Eigenvalue* de 5,545, carregando cerca de 18% da variância e o nono fator apresenta *Eigenvalue* de 1,038, carregando 3% da variância. Em conjunto, esses nove fatores explicam 61,445% da variância das variáveis originais. O gráfico 1 ilustra a dispersão dos componentes no *Scree Plot*, que é outra possibilidade recomendada para otimizar a extração dos fatores.

Gráfico 1 - Eigenvalue por componentes principais das variáveis do formulário usuário diabético



Fonte: SERVIDIAH (em fase de elaboração<sup>1</sup>)

O método auxiliar do Scree Plot analisa graficamente a dispersão do número de fatores até que a curva da variância individual de cada fator se torne horizontal ou sofra uma queda abrupta (BONJEAN; BROWNING, 1966; CATELL, 1978). Em ambas as situações, isso indica que muita variância foi perdida e, por isso, deve-se parar de extrair fatores.

No gráfico 1 é possível observar que esta horizontalidade definida por Catell (1978) ocorre logo depois do quarto fator, conseqüentemente a decisão foi tomada de extrair os 4 primeiros fatores da ACP.

A tabela 2 apresenta as comunalidades associadas a cada variável pela ACP.



Tabela 2 - Comunalidades para 30 variáveis do formulário usuário diabético

Comunalidades	Extração
<b>Pergunta sobre atividade física</b>	<b>0,549</b>
<b>Orientação sobre atividade física</b>	<b>,500</b>
<b>Pergunta sobre fumo</b>	<b>,424</b>
<b>Pergunta sobre álcool</b>	<b>,478</b>
Orientação sobre peso	,289
Orientação sobre alimentação saudável	,332
<b>Confiança na receita</b>	<b>,538</b>
<b>Opinião sobre explicação da receita</b>	<b>,598</b>
<b>Opinião sobre fornecimento dos medicamentos</b>	<b>,452</b>
Número de consultas	,213
Agendamento das consultas	,061
Facilidade em marcar hora da consulta	,056
Tempo de espera para consulta	,053
<b>Opinião sobre atendimento da recepção</b>	<b>,415</b>
<b>Opinião sobre atendimento do profissional</b>	<b>,655</b>
<b>Opinião sobre atenção dada pelo profissional</b>	<b>,618</b>
<b>Opinião sobre exame clínico</b>	<b>,522</b>
<b>Confiança no profissional</b>	<b>,672</b>
<b>Avaliação geral da consulta</b>	<b>,570</b>
Medição da Pressão Arterial na última consulta	,132
<b>Medição do peso na consulta</b>	<b>,424</b>
<b>Medição da altura na consulta</b>	<b>,684</b>
<b>Medição da cintura na consulta</b>	<b>,843</b>
<b>Medição dos quadris na consulta</b>	<b>,808</b>
<b>Opinião sobre explicação da doença</b>	<b>,602</b>
<b>Opinião sobre explicação do prognóstico</b>	<b>,585</b>
Medição da Pressão Arterial no ano	,224
Orientação sobre higiene bucal	,223
Vacina contra a gripe	,018
Realização de exame dos pés no ano	,074

Fonte: SERVIDIAH (em fase de elaboração<sup>1</sup>)

De acordo com Schawb (2007), as comunalidades representam a proporção da variância para cada variável incluída na análise que é explicada pelos componentes extraídos. De acordo com a tabela 2 é possível observar que dos trinta fatores extraídos o fator Medição da cintura na consulta explica 84,3% da variância. E o menos explicado é a variável sobre a vacina contra gripe que representa apenas 1,8%. Usualmente o valor mínimo aceitável é de 0,50, porém optou-se por conservar as variáveis acima de 0,40.

Logo, foram excluídas as variáveis com comunalidades abaixo desse patamar e observando os resultados apresentados na tabela 2 é possível verificar que foram excluídas 11 variáveis relativas à: orientação sobre peso e alimentação saudável; sobre número de consultas e seu agendamento, sobre a facilidade em marcar a consulta e o tempo de espera; aferição da pressão arterial na última consulta; sobre a medição da pressão arterial no ano; orientação sobre higiene bucal; vacina contra gripe e realização do exame dos pés no ano.

A baixa comunalidade das variáveis excluídas indica que elas têm pouca relação com as demais, e com os componentes, ou seja, cada uma se explica por si só. Depois de eliminar essas variáveis, procedeu-se a análise das cargas fatoriais de cada variável em relação aos componentes extraídos. A Tabela 3 sintetiza essas informações.

Tabela 3 - Cargas Fatoriais para 4 fatores utilizando a Rotação Varimax

Matrix Rotacionada	Componente			
	1	2	3	4
Pergunta sobre atividade física	,068	,072	,059	<b>,790</b>
Orientação sobre atividade física	,067	,027	,024	<b>,750</b>
Pergunta sobre fumo	-,009	,066	,093	<b>,683</b>
Pergunta sobre álcool	,011	,075	,105	<b>,706</b>
Confiança na receita	,283	-,036	<b>,691</b>	,021
Opinião sobre explicação da receita	,165	,046	<b>,773</b>	,024
Opinião sobre fornecimento dos medicamentos	,158	,068	<b>,641</b>	-,078
Opinião sobre atendimento da recepção	<b>,646</b>	,079	,112	-,003
Opinião sobre atendimento do profissional	<b>,830</b>	,013	,098	,031
Opinião sobre atenção dada pelo profissional	<b>,784</b>	-,013	,157	,019
Opinião sobre exame clínico	<b>,670</b>	,050	,241	,058
Confiança no profissional	<b>,799</b>	,055	,178	,076
Avaliação geral da consulta	<b>,735</b>	,028	,156	,043
Medição do peso na consulta	,126	<b>,621</b>	,062	,099
Medição da altura na consulta	,063	<b>,824</b>	,088	,108
Medição da cintura na consulta	-,007	<b>,923</b>	,028	,031
Medição dos quadris na consulta	-,030	<b>,904</b>	,038	,023
Opinião sobre explicação da doença	,141	,114	<b>,692</b>	,347
Opinião sobre explicação do prognóstico	,170	,095	<b>,677</b>	,342

Fonte: SERVIDIAH (em fase de elaboração<sup>1</sup>)

É possível observar na tabela 3 que nenhuma variável apresenta estrutura complexa, ou seja, cargas fatoriais acima de 0,40 nos quatro componentes e que os 04 fatores apresentam

as variáveis mais correlacionadas a cada um deles, as variáveis em negrito são aquelas que apresentaram correlação forte em um só fator.

Em termos substantivos, o primeiro fator está relacionado às variáveis: opinião sobre atendimento na recepção, sobre o atendimento do profissional, sobre atenção dada pelo profissional, sobre exame clínico, confiança no profissional e avaliação geral da consulta, representando a dimensão do atendimento dispensado pelo profissional. O segundo fator está associado às variáveis: medição do peso, da altura, da cintura e dos quadris na consulta, ilustrando a dimensão das medidas aferidas na consulta. O terceiro fator relaciona-se com as variáveis: confiança na receita, opinião sobre explicação da receita, opinião sobre fornecimento dos medicamentos, opinião sobre a explicação da doença e do prognóstico, representando a dimensão da explicação sobre os medicamentos, doença e prognóstico. E o quarto fator está relacionado com as variáveis: pergunta sobre atividade física, orientação sobre atividade física, pergunta sobre fumo e sobre álcool, que representa a dimensão da preocupação dos profissionais sobre os hábitos de vida.

#### 4.2.2 Análise de componentes principais do questionário usuário Hipertenso

As variáveis selecionadas no questionário do usuário hipertenso foram em número de 27 e estão resumidas no quadro a seguir.

Quadro 4 - Descrição das variáveis resumidas do formulário usuário hipertenso

<b>Variável</b>	<b>Nome resumido</b>
01	Pergunta sobre atividade física
02	Orientação sobre atividade física
03	Pergunta sobre fumo
04	Pergunta sobre álcool
05	Orientação sobre peso
06	Confiança na receita
07	Opinião sobre explicação da receita
08	Opinião sobre fornecimento dos medicamentos
09	Agendamento das consultas
10	Facilidade em marcar hora da consulta
11	Tempo de espera para consulta
12	Opinião sobre atendimento da recepção
13	Opinião sobre atendimento do profissional
14	Opinião sobre atenção dada pelo profissional
15	Opinião sobre exame clínico
16	Confiança no profissional

*Atenção à Saúde de Hipertensos e Diabéticos na Estratégia de Saúde da Família em Pernambuco:  
Um Estudo das Características da Qualidade do Atendimento.*

Quadro 4 - Descrição das variáveis resumidas do formulário usuário hipertenso  
(conclusão)

17	Avaliação geral da consulta
18	Medição da Pressão Arterial na última consulta
19	Medição do peso na consulta
20	Medição da altura na consulta
21	Medição da cintura na consulta
22	Medição dos quadris na consulta
23	Opinião sobre explicação da doença
24	Opinião sobre explicação do prognóstico
25	Medição da Pressão Arterial no ano
26	Orientação sobre higiene bucal
27	Vacina contra a gripe

Fonte: SERVIDIAH (em fase de elaboração<sup>1</sup>)

Tabela 4 - Variância explicada para os 27 fatores (componentes) da Análise de Componentes Principais correspondendo as 27 variáveis do formulário usuário hipertenso.

(continua)			
Componente	Autovalor	% Variância	% Acumulada
<b>1</b>	<b>5,261</b>	<b>19,486</b>	<b>19,486</b>
<b>2</b>	<b>3,150</b>	<b>11,666</b>	<b>31,152</b>
<b>3</b>	<b>2,252</b>	<b>8,343</b>	<b>39,495</b>
<b>4</b>	<b>1,502</b>	<b>5,564</b>	<b>45,059</b>
5	1,361	5,040	50,099
6	1,205	4,463	54,562
7	1,151	4,262	58,824
8	1,051	3,893	62,717
9	1,028	3,809	66,526
10	,975	3,610	70,136
11	,887	3,285	73,421
12	,793	2,937	76,358
13	,749	2,775	79,133
14	,707	2,618	81,751
15	,667	2,470	84,221
16	,655	2,428	86,648
17	,582	2,154	88,802
18	,483	1,789	90,591
19	,412	1,528	92,119
20	,388	1,435	93,554
21	,376	1,391	94,945
22	,345	1,278	96,223
23	,304	1,126	97,348
24	,243	,899	98,248
25	,231	,855	99,103

Tabela 4 - Variância explicada para os 27 fatores (componentes) da Análise de Componentes Principais correspondendo as 27 variáveis do formulário usuário hipertenso.

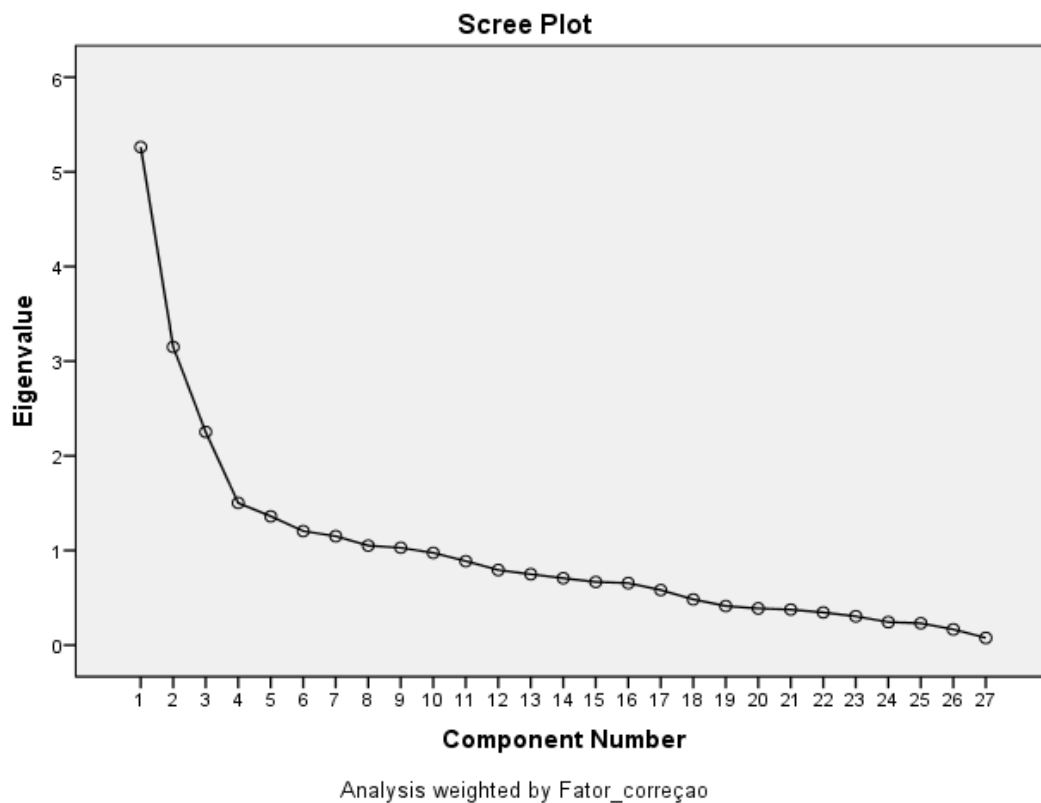
Componente	Autovalor	% Variância	(conclusão)
			% Acumulada
26	,166	,614	99,717
27	,076	,283	100,000

Fonte: SERVIDIAH (em fase de elaboração<sup>1</sup>)

Na tabela 4 é possível observar os 27 componentes e pelo critério de Kaiser adotaria-se nove fatores e com isso explicar cerca de 66,52% da variabilidade dos dados: o primeiro apresenta um *eigenvalue* de 5,261, carregando cerca de 19% da variância e o nono fator apresenta *eigenvalue* de 1,028, carregando 3% da variância.

O gráfico 2 ilustra a dispersão dos componentes no *Scree Plot*.

Gráfico 2 - Eigenvalue por componentes principais das variáveis do formulário usuário hipertenso



Fonte: SERVIDIAH (em fase de elaboração<sup>1</sup>)

No gráfico 2 é possível verificar que *Engenvalue* dos quatro primeiros componentes apresenta-se bem verticalizado, sendo, portanto realizado a rotação ortogonal com estes 4 fatores.

Tabela 5 - Comunalidades para 27 variáveis do formulário usuário hipertenso

Comunalidade Geral	Extração
<b>Pergunta sobre atividade física</b>	<b>0,625</b>
<b>Orientação sobre atividade física</b>	<b>0,638</b>
<b>Pergunta sobre fumo</b>	<b>0,451</b>
<b>Pergunta sobre álcool</b>	<b>0,473</b>
Orientação sobre peso	0,318
<b>Confiança na receita</b>	<b>0,460</b>
<b>Opinião sobre explicação da receita</b>	<b>0,488</b>
<b>Opinião sobre fornecimento dos medicamentos</b>	<b>0,425</b>
Agendamento das consultas	0,059
Facilidade em marcar hora da consulta	0,154
Tempo de espera para consulta	0,096
Opinião sobre atendimento da recepção	0,239
<b>Opinião sobre atendimento do profissional</b>	<b>0,652</b>
<b>Opinião sobre atenção dada pelo profissional</b>	<b>0,764</b>
<b>Opinião sobre exame clínico</b>	<b>0,625</b>
<b>Confiança no profissional</b>	<b>0,698</b>
<b>Opinião geral sobre a consulta</b>	<b>0,632</b>
Medição da Pressão Arterial na consulta	0,167
<b>Medição do peso na consulta</b>	<b>0,509</b>
<b>Medição da altura na consulta</b>	<b>0,655</b>
<b>Medição da cintura na consulta</b>	<b>0,749</b>
<b>Medição dos quadris na consulta</b>	<b>0,723</b>
<b>Opinião sobre explicação da doença</b>	<b>0,582</b>
<b>Opinião sobre explicação do prognóstico</b>	<b>0,575</b>
Medição da Pressão Arterial no ano	0,214
Orientação sobre higiene bucal	0,161
Vacina contra a gripe	0,034

Fonte: SERVIDIAH (em fase de elaboração<sup>1</sup>)

Na tabela 5 mostra as comunalidades para as 27 variáveis depois da ACP. Note que o fator mais bem explicado é a opinião sobre a atenção dada pelo profissional (76%) e o menos explicado é a vacina contra gripe (3%).

Foram excluídas as variáveis com comunalidades abaixo de 0,40 que se referiam a orientação sobre peso, agendamento das consultas, facilidade em marcar a consulta e o tempo

de espera para a consulta; opinião sobre o atendimento da recepção; a medição da pressão arterial na consulta; a medição da pressão arterial no ano; orientação sobre higiene bucal e vacina contra a gripe.

Após esta exclusão procedeu-se à rotação apresentada na tabela 6.

Tabela 6 - Cargas Fatoriais para 4 fatores utilizando a Rotação Varimax

Matrix Rotacionada	Componentes			
	1	2	3	4
Pergunta sobre atividade física	,075	,107	,071	<b>,783</b>
Orientação sobre atividade física	,041	,078	,086	<b>,800</b>
Pergunta sobre fumo	,041	,043	,100	<b>,704</b>
Pergunta sobre álcool	,093	,001	,135	<b>,706</b>
Confiança na receita	,263	,017	<b>,639</b>	,038
Opinião sobre explicação da receita	,183	,022	<b>,697</b>	,055
Opinião sobre fornecimento dos medicamentos	,034	,013	<b>,681</b>	-,010
Opinião sobre atendimento do profissional	<b>,801</b>	-,023	,133	,027
Opinião sobre atenção dada pelo profissional	<b>,874</b>	-,013	,146	,069
Opinião sobre exame clínico	<b>,776</b>	,044	,177	,115
Confiança no profissional	<b>,822</b>	-,034	,196	,073
Opinião geral sobre a consulta	<b>,770</b>	,056	,176	,046
Medição do peso na consulta	,046	<b>,685</b>	,011	,025
Medição da altura na consulta	,013	<b>,830</b>	,108	,067
Medição da cintura na consulta	-,034	<b>,909</b>	,051	,077
Medição dos quadris na consulta	-,014	<b>,895</b>	,031	,078
Opinião sobre explicação da doença	,163	,086	<b>,696</b>	,244
Opinião sobre explicação do prognóstico	,196	,109	<b>,670</b>	,264

Fonte: SERVIDIDAH (em fase de elaboração<sup>1</sup>)

A tabela 6 apresenta a matriz rotacionada com 18 variáveis e é possível observar que o fator um relaciona-se às variáveis: sobre o atendimento do profissional, sobre atenção dada pelo profissional, sobre exame clínico, confiança no profissional e avaliação geral da consulta, representando a qualidade da interação com os profissionais no momento da consulta. O fator dois está associado às variáveis: medição do peso, da altura, da cintura e dos quadris na consulta, ilustrando a dimensão da realização das medidas antropométricas. O fator três relaciona-se com as variáveis: confiança na receita, opinião sobre explicação da receita, opinião sobre fornecimento dos medicamentos, opinião sobre a explicação da doença e do prognóstico, representando a dimensão da explicação em relação aos medicamentos, doença e prognóstico. E o quarto fator está relacionado com as variáveis: pergunta sobre atividade

física, orientação sobre atividade física, pergunta sobre fumo e sobre álcool, configurando a preocupação dos profissionais com o estilo de vida.



## **5 DISCUSSÃO**

O propósito essencial da análise fatorial é descrever, se possível, a estrutura de covariâncias entre as variáveis em termos de um número menor de variáveis (não observáveis) chamadas fatores, ou seja, a análise fatorial estuda os inter-relacionamentos entre as variáveis, num esforço para encontrar um conjunto de fatores em menor número que o conjunto de variáveis originais, que exprima o que as variáveis originais partilham em comum (LUCAS, 2012).

Sendo assim aplicou-se a análise fatorial ao estudo SERVIDIAH devido a seu número elevado de variáveis selecionadas como indicadoras de qualidade na assistência de hipertensos e diabéticos atendidos na Estratégia de Saúde da Família do Estado de Pernambuco. Foram selecionadas 30 variáveis no formulário do usuário diabético e 27 variáveis no formulário usuário hipertenso; após aplicação da análise fatorial foi possível identificar 4 fatores principais em cada grupo de usuários que “explicam” a qualidade do atendimento a estes usuários.

Constata-se que o primeiro fator subjacente ao conjunto de atributos associados à qualidade da assistência prestada a hipertensos e diabéticos atendidos na Estratégia de Saúde da Família (ESF), é significativamente carregado por seis variáveis originais no formulário do usuário diabético: opinião sobre o atendimento da recepção, sobre o atendimento do profissional, sobre a atenção dada pelo profissional, sobre o exame clínico, a confiança geral no profissional e avaliação geral da consulta. No formulário do usuário hipertenso a maior carga no primeiro fator foi de cinco variáveis originais, excluindo-se a opinião sobre o atendimento da recepção.

Analisando tais resultados, pode-se concluir que esse fator se refere à qualidade da interação com os profissionais no momento da consulta e a relevância deste fator está intimamente relacionada à postura adotada pelo profissional ao realizar seu atendimento. É aquele usuário que necessita comparecer ao serviço pelo menos uma vez ao mês para o acompanhamento e encontra no profissional a atenção devida para satisfazê-lo em suas expectativas.

Para o tratamento do diabetes mellitus e da hipertensão arterial, são imprescindíveis a vinculação do paciente às unidades de atendimento, a garantia do diagnóstico e o atendimento

por profissionais atualizados, uma vez que seu diagnóstico e controle evitam complicações ou, ao menos, retardam a progressão das já existentes. Além disso, o maior contato com o serviço de saúde promove maior adesão ao tratamento (PAIVA; BERSUSA; ESCUDER, 2006).

O fator seguinte é explicado fundamentalmente por quatro variáveis nos dois formulários: medição do peso na última consulta, medição da altura, cintura e/ou dos quadris ao menos numa das consultas na ESF. Desta forma tais resultados parecem sugerir que tomada das medidas antropométricas constitui-se em fator determinante para a qualidade de atendimento a estes usuários. Segundo os resultados encontrados tiveram maiores cargas fatoriais nos dois grupos a medição da cintura e a medição dos quadris.

O fator três inclui cinco variáveis originais nos dois grupos de usuários: confiança na receita, opinião sobre a explicação da receita, opinião sobre o fornecimento dos remédios, opinião sobre explicação da doença e opinião sobre seu prognóstico. Por suas características é possível apontar que estas variáveis referem-se a explicação em relação aos medicamentos, doença e prognóstico. Encontra-se neste fator variáveis relativas à atenção dispensada pelo profissional em demandar tempo e atenção na consulta para fornecer estas explicações, oportunizando ao paciente receber informações sobre aspectos importantes no seu tratamento.

O fator quatro está representado por quatro variáveis semelhantes nos dois tipos de formulário: pergunta sobre atividade física, orientação sobre atividade física, pergunta sobre fumo e álcool, indicando a preocupação dos profissionais com o estilo de vida do paciente, que apresenta uma conotação de estabelecer a corresponsabilidade do paciente no sucesso do tratamento. Apresentaram maiores cargas fatoriais as variáveis relativas à atividade física, podendo ser entendida pelo usuário hipertenso e diabético como fator importante para o controle de sua doença.

Sobre as variáveis que foram excluídas na análise fatorial por apresentarem baixa carga fatorial, observa-se que mesmo como indicadoras de qualidade elas não se relacionaram com nenhum outro fator. As variáveis excluídas foram as que tratam do agendamento da consulta, ao atendimento com hora marcada e ao tempo de espera, assim como as variáveis sobre a vacina de gripe, o exame dos pés, a saúde bucal e a medição da pressão arterial. Consideradas importantes no contexto do tratamento e controle do hipertenso e diabético estas

variáveis se auto-explicam sozinhas e não apresentam relação com as demais variáveis analisadas.

Nos dois grupos, a verificação da pressão arterial não apresentou carga fatorial importante, ficando esta variável excluída da matriz rotacionada. Isto pode ser atribuído ao fato do procedimento ser realizado comumente na maioria dos atendimentos a usuários/pacientes adultos.

Com base nos quatro fatores identificados fica a interrogação da relação destes com o controle dos dois agravos crônicos não transmissíveis aqui tratados: diabetes mellitus e hipertensão arterial. De certa forma eles podem ser considerados elementos indicativos da qualidade da assistência prestada aos usuários portadores destes dois agravos. É certo que para a assistência destes usuários há a recomendação de que sejam acompanhados pela equipe de saúde da família e com abordagem padronizada pelo Programa do Ministério da Saúde intitulado HIPERDIA (BRASIL, 2002). Na ficha de cadastro e acompanhamento constam algumas das variáveis abordadas neste estudo, porém percebe-se ser ainda insuficiente tratando-se de pacientes que requerem um modelo de cuidados permanente assim como recomenda o Modelo de Cuidado Crônico, ainda incipiente no Sistema de Saúde Brasileiro.

Tomando-se como exemplo o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, podem-se identificar as chamadas linhas de cuidado, que têm início na atenção básica e acompanham o paciente nas ações de média e alta complexidade. No âmbito da atenção básica estão as mudanças de hábitos alimentares, a prática de atividade física, a avaliação clínica sistemática e o acesso aos medicamentos capazes de manter sob controle os níveis de pressão arterial e glicemia. Por outro lado, também se inclui a organização da atenção especializada, capaz de dar respostas efetivas às complicações que porventura surgirem, evitando a morte precoce e a incapacidade (BRASIL, 2008).

## **6 CONCLUSÃO**

A problemática das doenças crônicas não transmissíveis tem se configurado como importante problema de saúde pública nas últimas décadas com a nova representação dos padrões comportamentais da população brasileira.

Os serviços de saúde devem estar preparados para atender esta demanda com políticas de prevenção e controle. A rede de atenção básica, que tem com estratégia organizativa a Estratégia de Saúde da Família, tem papel fundamental nesse processo, em especial por tratar de doenças que demandam intervenções preventivas mais precoces para que sejam evitadas complicações e maiores prejuízos sociais e financeiros (FELISBERTO et al., 2006).

A doença crônica diferentemente da doença aguda requer tratamento sistemático e integral com abordagem multifatorial e multiprofissional, proposto no Modelo de Cuidado Crônico. Esse modelo identifica como elementos essenciais de um sistema de saúde, para incentivar a alta qualidade do cuidado: a comunidade, a organização do sistema de saúde; o apoio ao autocuidado; o desenho da linha de cuidado para a gestão integrada, o apoio à decisão clínica e o sistema de informação clínica (Organização Mundial da Saúde, 2003; WAGNER, 1998).

Sob este aspecto, num esforço de identificar a qualidade da assistência prestada pela Estratégia de Saúde da Família no Estado de Pernambuco ao usuário diabético e hipertenso, este estudo utilizou-se da análise fatorial para identificar no banco de dados do Estudo SERVIDIAH as características indicadoras desta qualidade.

Com a aplicação da Análise Fatorial identificou-se quatro fatores para cada tipo de formulário, que contemplaram as variáveis originais em número de 30 para o formulário do usuário diabético e de 27 para o formulário do usuário hipertenso.

O conjunto de quatro fatores encontrados após rotação das variáveis exprime o que estas variáveis originais partilham em comum e podem ser traduzidos como:

1. Qualidade da interação com os profissionais no momento da consulta;
2. Realização das medidas antropométricas;

3. Explicações em relação aos medicamentos, doença e prognóstico;
4. Preocupação dos profissionais com o estilo de vida.

Estes fatores apresentam-se num contexto de representatividade da qualidade da assistência prestada aos usuários diabéticos e hipertensos pelas equipes de saúde da família em Pernambuco e possuem estreita relação com o controle dos agravos crônicos não transmissíveis aqui tratados: o diabetes mellitus e a hipertensão arterial.

## REFERÊNCIAS

ACHUTTI, A.; AZAMBUJA, M. I. R. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 833-840, 2004.

ARAÚJO, R. B. et al. Avaliação do cuidado prestado a pacientes diabéticos em nível primário. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 33, p. 24-32, 1999.

ARAÚJO, A. L. et al. *Municípios: a gestão da mudança em saúde*. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2004.

BODENHEIMER, T.; WAGNER, E. H.; GRUMBACH, K. Improving primary care for patients with chronic illness. *Journal of the American Medical Association*, Chicago, v. 288, n. 14, 2007.

BONJEAN, C. M.; BROWNING, H. L. The Scree Test for the Number of Factors. *Multivariate Behavioral Research. The Sociological Quarterly*, Malden, v. 1, n.2, p. 245-276, 1966.

BOSTON CONSULTING GROUP. *The Changing Environment for US Pharmaceuticals*. New York, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial*. Brasília, DF, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Plano Nacional de Saúde – 2004-2007*. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta nº 2, de 05 de março de 2002. *Diário Oficial [da República Federativa de Brasil]*, Brasília, DF, n. 44, S. 1, p. 91, 6 mar. 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. *Sistema de informação de mortalidade*. Disponível em: <  
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?simp/cnv/obtbr.def>> . Acesso em: 09 set. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. (Série Pacto pela Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretoria de Apoio à Gestão em Vigilância em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. (Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Secretaria de Políticas Públicas. *Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001a. (Informes técnicos).

\_\_\_\_\_. Secretaria de Políticas Públicas. *Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus: fase de detecção de casos suspeitos de DM.* Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001b. (Informes técnicos).

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. *A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro.* Brasília, Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. *Diretrizes e recomendações para o cuidado integral das doenças crônicas não transmissíveis.* Brasília, DF, 2006. (Série Pacto pela Saúde).

\_\_\_\_\_. *Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência.* Brasília, DF, 2008.

BRITO, D. M. S. et al. Qualidade de vida e percepção da doença entre portadores de hipertensão arterial. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 933-940, 2008.

CAMPOS, R. O.; FURTADO, J. P. *Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde.* Campinas: Unicamp, 2011.

CATTELL, R. B. *The Scientific Use of Factor Analysis in Behavioral and Life Sciences.* Nova York: Plenum, 1978.

CESSE, E. A. P.; FREESE, E. Características e determinantes do padrão brasileiro de ocorrência das DCNT no século XX. In: FREESE, E. (Org.). *Epidemiologia, políticas e determinantes das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil.* Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2006. cap. 2, p. 47-72.

CESSE, E. A. P. *Epidemiologia e determinantes sociais das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil.* 2007. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu, Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007.

CHIZZOTTI, A. *Pesquisa em Ciências Humanas.* São Paulo: Cortez, 1998.

COONS, S. J. Disease Management: definitions and exploration. *Clinical therapeutics*, Princeton, v. 18, n. 6, p. 1321-1326, 1996.

DUBEUX, L. S.; BEZERRA, L. C. A.; FREESE, E. A vigilância epidemiológica e a assistência às doenças Crônicas não transmissíveis: uma reflexão sobre as ações básicas de saúde. In: FREESE, E. (Org.). *Epidemiologia, políticas e determinantes das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil.* Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2006. cap. 6, p. 121-138.

FELISBERTO, E. et al. Avaliação da Atenção Básica e as doenças crônicas não transmissíveis. In: FREESE, E. (Org.). *Epidemiologia, Políticas e determinantes das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil.* Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2006. p. 89-104.

FIGUEIREDO FILHO, D. B.; SILVA JÚNIOR, J. A. Visão além do alcance: uma introdução à análise fatorial. *Opinião Pública*, Campinas, v. 16, n. 1, p. 160-185, 2010.

- FREESE, E; FONTBONNE, A. Transição epidemiológica comparada: modernidade, precariedade e vulnerabilidade. In: *Epidemiologia, políticas e determinantes das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil*. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2006. cap. 1, p. 17-45.
- GADELHA, C.A.G. O complexo industrial da saúde: desafios para uma política de inovação e desenvolvimento. In: BUSS, P. M.; CARVALHEIRO, J. da R.; TEMPORÃO, J. G. *Vacinas, soros e imunizações no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. part. 2, cap. 3, p. 69-90.
- GALINDO, A. J. A. *Avaliação do controle clínico de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Acompanhamento da Atenção Básica (HIPERDIA) no município de Arcoverde – Pernambuco. 2010*. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.
- GARSON, G.D. Statnotes: topics in multivariate analysis. Disponível em: <<http://faculty.chass.ncsu.edu/garson/PA765/statnote.htm>>. Acesso em: 13 out. 2012.
- GIL, A. C. *Como elaborar Projetos de Pesquisa*. São Paulo: Atlas, 2010.
- GUERRA, J. Conceito de gestão da doença. Disponível em: <[www.observaport.org/sites/observaport.org/files/conceito\\_gestao\\_doenca.pdf](http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/conceito_gestao_doenca.pdf)>. Acesso em: 09 out.2012.
- HOFFMAN, D. L.; FRANKE, G. R. Correspondence analysis: graphical representation of categorical data in marketing research. Chicago. *Journal of Marketing Research*. Chicago, v. 23, n. 3, p. 213-217, aug. 1986.
- HUNTER, D. J., et al. Managed Care: Disease Management. *British Medical Association*. London. v. 315, p. 50-53, 1997.
- HUNTER, D.J. Disease Management: has it a future? *British Medical Association*. London. v. 320, p: 530, 2000.
- KING, G. *How not to lie with statistics*. Disponível em: <<http://gking.harvard.edu/files/mist.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2012.
- KITZINGER, J. Qualitative research. Introducing focus groups. *British Medical Association*. London. v. 311, n. 7000, p. 299-302. 29 jul. 1995.
- LUCAS, C. Análise de componentes principais e análise fatorial. Disponível em: <<http://www.estv.ipv.pt/PaginasPessoais/lucas/material/Acetatos%20ACP%20e%20AFC%20%C2%AAparte%20aluno.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2012.
- MALTA, D.C. et al. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 15, n. 1, p. 47-65, 2006.



MARDIA, K. V.; KENT, J. T.; BIBBY, J. M. Multivariate analysis. London: *Academic press*, 1989.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. E. V. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2012.

MORAES, O. B.; ABIKO, A. K. Utilização da análise fatorial para a identificação de estruturas de interdependência de variáveis em estudos de avaliação pós-ocupação. In: ENCONTRO NACIONAL DE TECNOLOGIA NO AMBIENTE CONSTRUÍDO, 11., 2006, Florianópolis. *Anais*. Porto Alegre: ANTAC, 2006. p. 1233-1242.

NOGUEIRA, A. C. L. *Custos de transação e arranjos institucionais alternativos: uma análise da avicultura de corte no Estado de São Paulo*. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação*. Brasília, 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes*. Brasília, DF, 2010.

PAIM, J. S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL, M., ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia & Saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. cap. 19, p. 567-586.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. de. *A Crise da Saúde Pública e a Utopia da Saúde Coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

PAIVA, D. C. P. de; BERSUSA, A. A. S.; ESCUDER, M. M. L. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, São Paulo, n. 22, v. 2, p. 377-385, 2006.

PEREIRA, P. M. H. *Avaliação da atenção básica ao diabetes mellitus na estratégia Saúde da Família*. 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007.

PHIPPS, W. L. et al. Doença crônica. In: \_\_\_\_\_. *Enfermagem médico cirúrgica: conceitos e práticas clínicas*. Lisboa: Lusodidacta, 1995. cap. 13, p. 225-246.

PICCINI, R. X. et al. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica á saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n. 11, v. 3, p. 657-667, 2006.

QUADRANTE, A. C. R. *Doenças crônicas e o envelhecimento*. Disponível em: <<http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/acervo/artieop/Geral/artigo250.htm>>. Acesso em: 15 maio 2012.

ROCHA JÚNIOR, W. F. et al. Avaliação de contratos: uma abordagem utilizando a Análise Fatorial de Correspondência. *Revista de Economia Rural*, Piracicaba, SP, v. 46, n. 2, abr./jun. 2008.

ROGERSON, P. A. *Métodos Estatísticos para Geografia*, um guia para o estudante. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2012.

ROTHMAN, A.A.; WAGNER, E.H. Chronic illness management: what is the role of primary care? *Annals of Internal Medicine*, Philadelphia, v. 138, n.3, p. 256-261, 2003.

SCHAWB, A. J. *Eletronic Classroom*. Disponível em: <<http://www.utexas.edu/ssw/eclassroom/schwab.html>> Acesso em 15 out. 2012.

SERVIDIAH. Relatório final. FACEPE/PPSUS. 2011. 108 p.

SILVA, E.; VERTINELLI, M. A. *Avaliação em massa de terrenos em Blumenau (Santa Catarina – Brasil) usando análises fatorial de correspondência e regressão múltipla*. Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina, n. 09/97. Outubro 1997.

SILVA, L. M. V. da. Conceitos, abordagens e estratégias para avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M. A. (Org). *Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: EdUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 15-40.

SILVA, L. M. V. da; FORMIGLI, V. L. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 80-91, 1994.

SILVA, T.R., et al. Controle de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial com Grupos de Intervenção Educacional e Terapêutica em Seguimento Ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 15, n. 3, set/dez, 2006.

TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. *Modelo de Atenção à Saúde: Promoção, vigilância e Saúde da família*. Salvador, EDUFBA, 2006.

TEIXEIRA, C. F., PAIM, J. S. e VILASBOAS, A. L. SUS, Modelos assistenciais e vigilância da Saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, Brasília, DF, vol VII, n. 2, p. 7-28, 1998.

TERRY, K. The Disease Management. *Medical Economics*. Oradell, v. 74, n. 14, p. 6264, 1997.

TOSCANO, C. M. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p.885-895, out. /dez., 2004.

VERDINELLI, M. A. *Análise inercial em ecologia*. 1980. Tese (Doutorado em Ciências Biológicas) – Universidade de São Paulo, São Paulo. 1980.

VILLAGRA, V. DMAA New Definition. *Disease Management News*, v. 6, n. 25, p. 5- 6, 2001.

WAGNER, E. H. Chronic disease management: what will take to improve care for chronic illness? *Effective Clinical Practice*. Philadelphia, v. 1, n. 1, p. 2-4, 1998.

## GLOSSÁRIO

**Análise de componentes principais (ACP)** - é um método estatístico multivariado que permite transformar um conjunto de variáveis iniciais correlacionadas entre si, num outro conjunto de variáveis não-correlacionadas (ortogonais), as chamadas componentes principais, que resultam de combinações lineares do conjunto inicial.

**Análise Fatorial** - parte da estrutura de dependência existente entre as variáveis de interesse (em geral representada pelas correlações ou covariâncias entre essas variáveis), permitindo a criação de um conjunto menor de variáveis (variáveis latentes, ou fatores) obtidas como função das variáveis originais.

**Autovalores** - ou Eigenvalue são valores obtidos a partir das matrizes de covariância ou de correlação, cujo objetivo é obter um conjunto de vetores independentes, não correlacionados, que expliquem o máximo da variabilidade dos dados. A razão de *eigenvalues* é a razão da importância explicativa dos fatores em relação às variáveis. Se um fator tem um *eigenvalue* baixo ele contribui pouco para a explicação das variâncias nas variáveis e pode ser ignorado como redundante em relação a fatores mais importantes.

**Cargas fatoriais** - são as correlações entre as variáveis originais e os fatores. Esse é um dos pontos principais da AF, quanto maior a carga fatorial maior será a correlação com determinado fator.

**Comunalidades** - são quantidades das variâncias (correlações) de cada variável explicada pelos fatores. Quanto maior a comunalidade, maior será o poder de explicação daquela variável pelo fator.

**Especificidade** - ou erro é a parcela da variância (correlação) dos dados que não pode ser explicada pelo fator.

**Fatores** - ou construtos são variáveis hipotéticas, combinações lineares das variáveis observadas, que explicam partes da variabilidade dos dados.

**Matriz de correlação** - é uma matriz quadrada cujos elementos são as correlações entre as variáveis analisadas. Na diagonal principal todos os elementos são iguais a 1 (hum), visto que cada variável é totalmente correlacionada com ela mesma.

**Matriz de covariância** - é uma matriz quadrada cujos elementos fora da diagonal principal são as covariâncias entre as variáveis e na diagonal principal são as variâncias de cada variável.

**Rotação fatorial** é o processo de manipulação ou de ajuste dos eixos fatoriais para conseguir uma solução fatorial mais simples e pragmaticamente mais significativa, cujos fatores sejam mais facilmente interpretáveis.

## ANEXO A – Formulário do usuário Diabético

	<input type="text"/> <input type="text"/>	Porte	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Nº F.S.F.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>   D	Nº Entrevista/n
Não escrever nada nesta coluna						
13. Data da entrevista:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>DADOS GERAIS</b>						
14. Data de nascimento:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;">           15. Sexo:      1 <input type="checkbox"/> Masculino                      2 <input type="checkbox"/> Feminino         </div> <div style="width: 30%;"> <input type="text"/> DIAE    <input type="text"/> MESE    <input type="text"/> ANOE         </div> </div>						
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;">           16. Qual o senhor/a senhora <del>uma</del> que é a cor da sua pele ou sua raça?  <small>Per os a/terceirista</small>  <input type="checkbox"/> Negra  <input type="checkbox"/> Branca  <input type="checkbox"/> Amarela  <input type="checkbox"/> Parda  <input type="checkbox"/> Indígena  <input type="checkbox"/> Outra _____  <input type="checkbox"/> NA         </div> <div style="width: 30%;"> <input type="text"/> DIAN    <input type="text"/> MESN    <input type="text"/> ANON   <input type="text"/> SEXO         </div> </div>						
<b>CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS/ SOCIOECONÔMICAS</b>						
17. Número de pessoas que moram na casa:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	pessoas			
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;">           18. Nível de estudos:            01 <input type="checkbox"/> Analfabeto            02 <input type="checkbox"/> Sabe ler e escrever            03 <input type="checkbox"/> Primário incompleto            04 <input type="checkbox"/> Primário completo            05 <input type="checkbox"/> Primeiro grau incompleto            06 <input type="checkbox"/> Primeiro grau completo            07 <input type="checkbox"/> Segundo grau incompleto            08 <input type="checkbox"/> Segundo grau completo            09 <input type="checkbox"/> Técnico            10 <input type="checkbox"/> Superior incompleto            11 <input type="checkbox"/> Superior completo            12 <input type="checkbox"/> Pós-graduado            13 <input type="checkbox"/> Outro _____         </div> <div style="width: 30%;"> <input type="text"/> DEMO1   <input type="text"/> DEMO2         </div> </div>						
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;">           19. No último mês, quanto o senhor/a senhora ganhou?            1 <input type="checkbox"/> Até 1 SM            2 <input type="checkbox"/> Mais de 1 e até 4 SM            3 <input type="checkbox"/> Mais de 4 SM            4 <input type="checkbox"/> Não sei/ Não lembro  <del>5 <input type="checkbox"/> NA</del> </div> <div style="width: 30%;"> <input type="text"/> DEMO3         </div> </div>						
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;">           20. No último mês, qual foi a renda familiar? (Considere como renda: salários, pensões, bolsa-família, etc., de todos que moram na casa)            1 <input type="checkbox"/> Até 1 SM            2 <input type="checkbox"/> Mais de 1 e até 4 SM            3 <input type="checkbox"/> Mais de 4 SM            4 <input type="checkbox"/> Não sei/ Não lembro  <del>5 <input type="checkbox"/> NA</del> </div> <div style="width: 30%;"> <input type="text"/> DEMO4         </div> </div>						
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;">           21. A renda familiar do último mês foi muito diferente do habitual?            1 <input type="checkbox"/> Sim      2 <input type="checkbox"/> Não      3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro      <del>4 <input type="checkbox"/> NA</del> </div> <div style="width: 30%;"> <input type="text"/> DEMO5         </div> </div>						
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;">           21.1. Caso sim, quanto é habitualmente?            1 <input type="checkbox"/> Até 1 SM            2 <input type="checkbox"/> Mais de 1 e até 4 SM            3 <input type="checkbox"/> Mais de 4 SM            4 <input type="checkbox"/> Não sei/ Não lembro            5 <input type="checkbox"/> NA         </div> <div style="width: 30%;"> <input type="text"/> DEMO6         </div> </div>						

	<input type="text"/> <input type="text"/> Porte	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NºFSF	<input type="text"/> <input type="text"/> Nºentrevistado	<input type="checkbox"/> D
Não escrever nada nesta coluna				
<b>22. Neste momento, o senhor/a senhora está:</b> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin: 5px 0;">ler as opções e marcar apenas uma, a principal</div>				
<p>01 <input type="checkbox"/> Empregado, com carteira assinada</p> <p>02 <input type="checkbox"/> Empregado, sem carteira assinada</p> <p>03 <input type="checkbox"/> Fazendo biscates</p> <p>04 <input type="checkbox"/> Dono do próprio negócio</p> <p>05 <input type="checkbox"/> Trabalhador autônomo</p> <p>06 <input type="checkbox"/> Desempregado</p> <p style="margin-left: 20px;">Caso sim, há quanto tempo? <input type="text"/> anos e/ou <input type="text"/> meses</p> <p>07 <input type="checkbox"/> Dona de casa</p> <p>08 <input type="checkbox"/> Estudante</p> <p>09 <input type="checkbox"/> Aposentado</p> <p style="margin-left: 20px;">Caso sim, há quanto tempo? <input type="text"/> anos e/ou <input type="text"/> meses</p> <p>10 <input type="checkbox"/> Auxílio doença (encostado por doença)</p> <p style="margin-left: 20px;">Caso sim, há quanto tempo? <input type="text"/> anos e/ou <input type="text"/> meses</p> <p>11 <input type="checkbox"/> Pensionista</p> <p style="margin-left: 20px;">Caso sim, há quanto tempo? <input type="text"/> anos e/ou <input type="text"/> meses</p> <p>12 <input type="checkbox"/> Outro _____</p> <p><del>13 <input type="checkbox"/> Não sabe</del></p>	<p><input type="text"/> <input type="text"/> DEM07</p>  <p><input type="text"/> <input type="text"/> ANODES    <input type="text"/> <input type="text"/> MESDES</p>  <p><input type="text"/> <input type="text"/> ANOAP0    <input type="text"/> <input type="text"/> MESAP0</p>  <p><input type="text"/> <input type="text"/> ANODOE    <input type="text"/> <input type="text"/> MESDOE</p>  <p><input type="text"/> <input type="text"/> ANOPEN    <input type="text"/> <input type="text"/> MESPEN</p>			
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin: 5px 0;">Se o senhor/a senhora não é o chefe da família</div>				
<b>23. Até que ano o chefe da família cursou na escola ou faculdade?</b>				
<p>01 <input type="checkbox"/> Analfabeto</p> <p>02 <input type="checkbox"/> Sabe ler e escrever</p> <p>03 <input type="checkbox"/> Primário incompleto</p> <p>04 <input type="checkbox"/> Primário completo</p> <p>05 <input type="checkbox"/> Primeiro grau incompleto</p> <p>06 <input type="checkbox"/> Primeiro grau completo</p> <p>07 <input type="checkbox"/> Segundo grau incompleto</p> <p>08 <input type="checkbox"/> Segundo grau completo</p> <p>09 <input type="checkbox"/> Técnico</p> <p>10 <input type="checkbox"/> Superior incompleto</p> <p>11 <input type="checkbox"/> Superior completo</p> <p>12 <input type="checkbox"/> Pós-graduado</p> <p>13 <input type="checkbox"/> Outro _____</p>	<p><input type="text"/> <input type="text"/> DEM08</p>			
<b>24. Neste momento, o chefe da família está:</b> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin: 5px 0;">ler as opções e marcar apenas uma, a principal</div>				
<p>01 <input type="checkbox"/> Empregado, com carteira assinada</p> <p>02 <input type="checkbox"/> Empregado, sem carteira assinada</p> <p>03 <input type="checkbox"/> Fazendo biscates</p> <p>04 <input type="checkbox"/> Dono do próprio negócio</p> <p>05 <input type="checkbox"/> Trabalhador autônomo</p> <p>06 <input type="checkbox"/> Desempregado</p> <p style="margin-left: 20px;">Caso sim, há quanto tempo? <input type="text"/> anos e/ou <input type="text"/> meses</p> <p>07 <input type="checkbox"/> Dona de casa</p> <p>08 <input type="checkbox"/> Estudante</p> <p>09 <input type="checkbox"/> Aposentado</p> <p style="margin-left: 20px;">Caso sim, há quanto tempo? <input type="text"/> anos e/ou <input type="text"/> meses</p> <p>10 <input type="checkbox"/> Auxílio doença (encostado por doença)</p> <p style="margin-left: 20px;">Caso sim, há quanto tempo? <input type="text"/> anos e/ou <input type="text"/> meses</p> <p>11 <input type="checkbox"/> Pensionista</p> <p style="margin-left: 20px;">Caso sim, há quanto tempo? <input type="text"/> anos e/ou <input type="text"/> meses</p> <p>12 <input type="checkbox"/> Outro _____</p> <p><del>13 <input type="checkbox"/> Não sabe</del></p>	<p><input type="text"/> <input type="text"/> DEM09</p>  <p><input type="text"/> <input type="text"/> ANODESC    <input type="text"/> <input type="text"/> MESDESC</p>  <p><input type="text"/> <input type="text"/> ANOAP0C    <input type="text"/> <input type="text"/> MESAP0C</p>  <p><input type="text"/> <input type="text"/> ANODOEC    <input type="text"/> <input type="text"/> MESDOEC</p>  <p><input type="text"/> <input type="text"/> ANOPENC    <input type="text"/> <input type="text"/> MESPENC</p>			

Porte

NºFSF

Nºentrevistado

ID

Não escrever nada nesta coluna

### GASTOS COM SAÚDE E POR CAUSA DA DOENÇA

Agora queremos saber um pouco sobre seus gastos mensais para cuidar de sua saúde

25. O senhor/a senhora tem plano de saúde ou seguro de saúde?

1  Sim 2  Não 3  Não sei/não lembro 4  NA

GAST01

25.1. Caso sim, quanto gasta em média por mês com este plano?

R\$     ,   riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra

GAST1

26. O senhor/a senhora tem plano odontológico?

1  Sim 2  Não 3  Não sei/não lembro 4  NA

GAST02

26.1. Caso sim, quanto gasta em média por mês com este plano?

R\$     ,   riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra

GAST2

Agora queremos saber um pouco sobre seus gastos mensais com transporte e perdas de salário/ dinheiro para cuidar de sua saúde indo ao PSF

27. Para ir ao PSF o Sr/a Sra precisa pagar o transporte?

1  Sim 2  Não 3  Não sei/não lembro 4  NA

GAST3

27.1. Caso sim, quanto gasta em média por mês com passagens (ida e volta)?

R\$     ,   riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra

GAST4

28. O Sr/a Sra precisa ir com acompanhante para estas consultas?

1  Sim 2  Não 3  Não sei/não lembro 4  NA

GAST5

28.1. Caso sim, o Sr/a Sra tem que pagar transporte para ele/ela?

1  Sim 2  Não 3  Não sei/não lembro 4  NA

GAST6

28.1.2. Caso sim, quanto gasta por mês (ida e volta)?

R\$     ,   riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra

GAST7

29. O Sr/a Sra tem outros gastos para fazer estas consultas (por exemplo: lanches, etc.)?

1  Sim 2  Não 3  Não sei/não lembro 4  NA

GAST8

29.1. Caso sim, quanto acha que gasta por mês?

R\$     ,   riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra

GAST9

30. O Sr/a Sra teve que pedir licença de seu trabalho ou deixar de trabalhar para fazer estas consultas?

1  Sim 2  Não 3  Não sei/não lembro 4  NA

GAST10

30.1. Caso sim, foi descontado do seu salário (ou deixou de ganhar) para o(s) dia(s) que faltou no mês?

1  Sim 2  Não 3  Não sei/não lembro 4  NA

GAST11

30.1.2. Caso sim, quanto acha que perde por mês?

R\$     ,   riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra

GAST12

Agora queremos saber um pouco sobre seus gastos mensais com transporte fora do PSF e perda de renda com exames e especialistas indicados ou não pelo PSF



	<input type="text"/> <input type="text"/> Porte	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Nº F.SF	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Nº Entrevistado	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> D
Não escrever nada nesta coluna				
<p>31. Para realizar as consultas e exames (fora do PSF) o Sr/a Sra precisa pagar o transporte?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input type="checkbox"/> NA</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/> GAST13</p>				
<p>31.1. Caso sim, quanto gasta por mês com passagens (ida e volta)?</p> <p>R\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GAST14</p>				
<p>31.2. No último mês em que precisou realizar exames ou consulta fora do PSF, quantas vezes o Sr/a Sra foi atendido/a fora do PSF?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Uma vez 2 <input type="checkbox"/> Duas vezes 3 <input type="checkbox"/> Três vezes 4 <input type="checkbox"/> Quatro vezes 5 <input type="checkbox"/> Mais de quatro 6 <input type="checkbox"/> Não sei/ não lembro 7 <input type="checkbox"/> NA</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/> GAST15</p>				
<p>32. O Sr/a Sra precisa ir com acompanhante para estas consultas?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input type="checkbox"/> NA</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/> GAST16</p>				
<p>32.1. Caso sim, o Sr/a Sra tem que pagar transporte para ele/ela?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input type="checkbox"/> NA</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/> GAST17</p>				
<p>32.1.2. Caso sim, quanto gasta por mês (ida e volta)?</p> <p>R\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GAST18</p>				
<p>33. O Sr/a Sra tem outros gastos para fazer estas consultas (por exemplo: lanches, etc.)?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input type="checkbox"/> NA</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/> GAST19</p>				
<p>33.1. Caso sim, quanto acha que gasta por mês?</p> <p>R\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GAST20</p>				
<p>34. O Sr/a Sra teve que pedir licença de seu trabalho ou deixar de trabalhar para fazer estas consultas?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input type="checkbox"/> NA</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/> GAST21</p>				
<p>34.1. Caso sim, foi descontado do seu salário (ou deixou de ganhar) para o(s) dia(s) que faltou no mês?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input type="checkbox"/> NA</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/> GAST22</p>				
<p>34.1.2. Caso sim, quanto acha que perde por mês?</p> <p>R\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GAST23</p>				

## HÁBITOS DE VIDA

### Atividade física

35. Como o Sr/a Sra classificaria sua atividade física de lazer?
- 1  Leve (caminhar, pedalar ou dançar  $\geq$  3 horas por semana)  
2  Moderada (correr, fazer ginástica ou praticar esportes  $\geq$  3 horas por semana)  
3  Intensa (treinamento para competição)  
4  Não tem (o lazer não inclui atividade física)
36. Algum profissional da USF (Unidade de Saúde da Família) onde o Sr/a Sra consulta já perguntou se o Sr/a Sra realiza alguma atividade física?
- 1  Sim    2  Não    3  Não sei/não lembro    4  NA

AF1

AF2

o de email usando um aplicativo de  
web

Porte

NºFSF

Nºentrevistado

D

Não escrever nada nesta coluna

37. Algum profissional desta USF já orientou para modificar (aumentar) seus hábitos de atividade física?

1  Sim 2  Não 3  Não sei/não lembro 4  NA

AF3

37.1. Caso sim, ele/ela já deu dicas práticas para o Sr/a Sra conseguir esta modificação (por exemplo: orientou sobre o tipo de atividade que o Sr/a Sra poderia fazer, indicou fisioterapeuta, aconselhou uma academia onde o Sr/a Sra pudesse se matricular, etc.)?

1  Sim 2  Não 3  Não sei/não lembro 4  NA

AF4

38. O Sr/a Sra já modificou (aumentou) seus hábitos de atividade física?

1  Sim 2  Não 3  NA

AF5

38.1. Caso sim, teve, ou continua tendo, gastos para isto (por exemplo: matricular-se numa academia ou num clube, comprar equipamento, etc.)?

1  Sim 2  Não 3  Não sei/não lembro 4  NA

AF6

38.1.1. Caso sim, quanto acha que gastou e por quantos meses? (se já parou de gastar)

R\$     ,   riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembro

AF7

Por   mês/meses riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembro

AF8

38.1.2. OU, quanto acha que gasta em média por mês? (se está gastando atualmente)

R\$     ,   riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembro

AF9

### Hábito de fumar

39. O Sr/a Sra fuma cigarro/ cachimbo/ charuto ou outros tipos de fumo atualmente ou já fumou no passado?

1  Sim, fumo atualmente  
2  Fumei no passado, mas parei de fumar  
3  Nunca fumei

FUM0N

40. Algum profissional da USF (Unidade de Saúde da Família) onde o Sr/a Sra se consulta já perguntou se o Sr/a Sra fumava, parou de fumar ou nunca fumou?

1  Sim 2  Não 3  Não sei/não lembro 4  NA

FUM1

### Caso o senhor/a senhora fume atualmente

41. Algum profissional desta USF já orientou para parar de fumar?

1  Sim 2  Não 3  Não sei/não lembro 4  NA

FUM2

41.1. Caso sim, ele/ela já deu dicas práticas para o Sr/a Sra conseguir (por exemplo: ofereceu ajuda na USF, receitou remédios para parar de fumar, encaminhou para consulta especializada, etc.)?

1  Sim 2  Não 3  Não sei/não lembro 4  NA

FUM3

42. O Sr/a Sra já tentou parar de fumar?

1  Sim 2  Não 3  NA

FUM4

42.1. Caso sim, teve gastos para isto (por exemplo: comprar remédios para parar de fumar, pagar para consulta especializada, etc.)?

1  Sim 2  Não 3  Não sei/não lembro 4  NA

FUM5

42.1.1. Caso sim, quanto acha que gastou e por quantos meses? (se já parou de gastar)

	_ _	_ _ _	_ _	_
	Porte	NºFSF	Nºentrevistado	D
	Não escrever nada nesta coluna			
<p>R\$  _ _ _ _  ,  _ _  <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembro</span></p> <p>Por  _ _  mês/meses <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembro</span></p> <p><b>42.1.2. OU, quanto acha que gasta em média por mês?</b> (se está gastando atualmente)</p> <p>R\$  _ _ _ _  ,  _ _  <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembro</span></p>	_ _ _ _  ,  _ _  FUM6			
	_ _  FUM7			
<b>Caso o senhor/a senhora tenha parado de fumar</b>				
<p>43. Há quanto tempo o Sr/a Sra está sem fumar?</p> <p> _ _  anos (ou, se menos de 01 ano:  _ _  meses)</p> <p style="text-align: center;"><span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembro</span></p> <p>44. Foi por orientação de algum profissional da USF que o Sr/a Sra parou de fumar?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input type="checkbox"/> NA</p> <p><b>44.1. Caso sim, ele/ela já deu dicas práticas para o Sr/a Sra conseguir</b> (por exemplo: ofereceu ajuda na USF, receitou remédios para parar de fumar, encaminhou para consulta especializada, etc.)?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input type="checkbox"/> NA</p> <p>45. O Sr/a Sra teve gastos para conseguir parar de fumar (por exemplo: comprar remédios para parar de fumar, pagar para consulta especializada, etc.)?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input type="checkbox"/> NA</p> <p><b>45.1. Caso sim, quanto acha que gastou e por quantos meses?</b> (se já parou de gastar)</p> <p>R\$  _ _ _ _  ,  _ _  <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembro</span></p> <p>Por  _ _  mês/meses <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembro</span></p> <p><b>45.2. OU, quanto acha que gasta em média por mês?</b> (se está gastando atualmente)</p> <p>R\$  _ _ _ _  ,  _ _  <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembro</span></p>	_ _  ANOFUM     _ _  MESFUM			
	_  FUM9			
	_  FUM10			
	_  FUM11			
	_ _ _ _  ,  _ _  FUM12			
	_ _  FUM13			
	_ _ _ _  ,  _ _  FUM14			
<b>Consumo de bebidas alcoólicas</b>				
<p>46. O Sr/a Sra consome algum tipo de bebida alcoólica?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim, ao menos uma vez por semana</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Sim, menos que uma vez por semana</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Não, nunca consumi</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Não, parei de consumir</p> <p><del>5 <input type="checkbox"/> NA</del></p> <p><b>46.1. Caso sim, quantas doses diria que consome por semana</b> (uma dose = uma lata de cerveja, uma taça de vinho, uma dose de cachaça)?</p> <p> _ _  doses <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembro</span></p> <p>47. Algum profissional da USF onde o Sr/a Sra consulta já perguntou se o Sr/a Sra consumia bebidas alcoólicas?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input type="checkbox"/> NA</p>	_  ALCO5N			
	_ _  ALCO1			
	_  ALCO2			
<b>Caso o senhor/a senhora consuma bebidas alcoólicas</b>				
<p>48. Algum profissional desta USF já orientou para diminuir ou parar?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input type="checkbox"/> NA</p>	_  ALCO3			

	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Porte	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NºFSF	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Nºentrevistado	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> D
Não escrever nada nesta coluna				
<p><b>48.1. Caso sim, ele/ela já deu dicas práticas para o Sr/a Sra conseguir (por exemplo: encaminhou para grupo de apoio, receitou remédios para ajudar, etc.)?</b></p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input type="checkbox"/> NA</p> <p><b>49. O Sr/a Sra já tentou reduzir ou parar?</b></p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> NA</p> <p><b>49.1. Caso sim, teve gastos para isto (por exemplo: comprar remédios, pagar para consulta especializada, etc.)?</b></p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input type="checkbox"/> NA</p> <p><b>49.1.1. Caso sim, quanto acha que gastou e por quantos meses? (se já parou de gastar)</b></p> <p>R\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembro</p> <p>Por <input type="text"/> <input type="text"/> mês/meses <input type="text"/> <input type="text"/> riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembro</p> <p><b>49.1.2. OU, quanto acha que gasta em média por mês? (se está gastando atualmente)</b></p> <p>R\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembro</p>	<p><input type="checkbox"/> ALCO4</p> <p><input type="checkbox"/> ALCO5</p> <p><input type="checkbox"/> ALCO6</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ALCO7</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> ALCO8</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ALCO9</p>			
<b>Caso o Sr/a Sra tenha parado de consumir bebidas alcoólicas</b>				
<p><b>50. Há quanto tempo o Sr/a Sra está sem beber?</b></p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> anos (ou, se menos de 01 ano: <input type="text"/> <input type="text"/> meses)</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembro</p> <p><b>51. Foi por orientação de algum profissional da USF que o Sr/a Sra parou de beber?</b></p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input type="checkbox"/> NA</p> <p><b>51.1. Caso sim, ele/ela já deu dicas práticas para o Sr/a Sra conseguir (por exemplo: ofereceu ajuda na USF, encaminhou para grupo de apoio, receitou remédios para ajudar, etc.)?</b></p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input type="checkbox"/> NA</p> <p><b>52. O Sr/a Sra teve gastos para conseguir parar de beber (por exemplo: comprar remédios, pagar para consulta especializada, etc.)?</b></p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input type="checkbox"/> NA</p> <p><b>52.1. Caso sim, quanto acha que gastou e por quantos meses? (se já parou de gastar)</b></p> <p>R\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembro</p> <p>Por <input type="text"/> <input type="text"/> mês/meses <input type="text"/> <input type="text"/> riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembro</p> <p><b>52.2. OU, quanto acha que gasta em média por mês? (se está gastando atualmente)</b></p> <p>R\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembro</p>	<p><input type="text"/> <input type="text"/> ANOALC    <input type="text"/> <input type="text"/> MESALC</p> <p><input type="checkbox"/> ALCO10</p> <p><input type="checkbox"/> ALCO11</p> <p><input type="checkbox"/> ALCO12</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ALCO13</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> ALCO14</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ALCO15</p>			
<b>História do peso, dieta e hábitos alimentares</b>				
<p><b>53. Qual era seu peso aos 20 anos de idade?</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> kg</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembro</p> <p><b>54. Qual foi o peso máximo que o Sr/a Sra já pesou na vida?</b></p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> kg <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembro</p> <p><b>55. Algum profissional da USF onde o Sr/a Sra consulta já disse que o Sr/a Sra precisaria perder peso?</b></p>	<p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> PES020</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> PES0MAX</p>			

	<input type="text"/> <input type="text"/>	Porte	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	N°ESF	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	N°entrevistado	<input type="text"/>	
<i>Não escrever nada nesta coluna</i>								
1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro	4 <input type="checkbox"/> NA					<input type="text"/> ALIM1
56. O Sr/a Sra está seguindo uma dieta para perder peso?								
1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro	4 <input checked="" type="checkbox"/> NA					<input type="text"/> ALIM2
<b>Caso o Sr/a Sra esteja seguindo uma dieta para perder peso</b>								
57. Essa dieta foi orientada por algum profissional da USF?								
1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro	4 <input type="checkbox"/> NA					<input type="text"/> ALIM3
57.1. Caso sim, ele/ela já deu dicas práticas para ajudar o Sr/ a Sra a perder peso (por exemplo: fez perguntas sobre seus hábitos alimentares, indicou os alimentos a evitar, encaminhou p/ nutricionista, aconselhou atividade física, receitou remédios, etc.)?								
1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro	4 <input type="checkbox"/> NA					<input type="text"/> ALIM4
58. O Sr/a Sra já perdeu peso seguindo esta dieta?								
1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro	4 <input type="checkbox"/> NA					<input type="text"/> ALIM5
58.1. Caso sim, quantos quilos, mais ou menos? <input type="text"/> <input type="text"/> kg								
<small>riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra</small>								
59. O Sr/a Sra teve, ou continua tendo, gastos para seguir esta dieta (por exemplo: nutricionista, comprar alimentos light, etc.)?								
1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro	4 <input type="checkbox"/> NA					<input type="text"/> ALIM7
59.1. Caso sim, quanto acha que gastou e por quantos meses? (se já parou de gastar)								
R\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> ALIM8
<small>riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra</small>								
Por <input type="text"/> <input type="text"/> mês/meses <small>riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra</small>								
<small>riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra</small>								
59.2. OU, quanto acha que gasta em média por mês? (se está gastando atualmente)								
R\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> ALIM10
<small>riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra</small>								
<b>Caso o Sr/a Sra não esteja seguindo uma dieta para perder peso</b>								
60. Qual é a razão principal para isto? <small>Uma resposta só</small>								
1 <input type="checkbox"/> Não preciso perder peso								
2 <input type="checkbox"/> Nunca fui orientado(a) a fazer dieta para perder peso								
3 <input type="checkbox"/> Já tentei, mas não deu certo, cansei								
4 <input type="checkbox"/> Já tentei, mas sai caro demais								
5 <input type="checkbox"/> Já tentei, mas não combinava com meu estilo de vida								
6 <input type="checkbox"/> Já tentei, mas não combinava com os hábitos da família								
7 <input type="checkbox"/> Já tentei, mas não combinava com meu trabalho								
8 <input type="checkbox"/> Outra: _____								
9 <input type="checkbox"/> NA								
61. O Sr/a Sra tirou de sua dieta os alimentos com açúcar (doces, chocolates, sobremesas, refrigerantes não light/diet) ?								
1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro/NA						<input type="text"/> ALIM12
<b>Caso o Sr/a Sra tenha tirado de sua dieta os alimentos com açúcar</b>								
62. Isto foi orientado por algum profissional da USF?								
1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro	4 <input type="checkbox"/> NA					<input type="text"/> ALIM13
63. O Sr/a Sra teve, ou continua tendo, gastos para se adequar a isto (por exemplo: comprar alimentos "para diabéticos" ou adoçantes, etc.)?								

	[ ][ ] Porte	[ ][ ][ ][ ] Nº F.S.F.	[ ][ ] Nº entrevistado	[ ] [D]
Não escrever nada nesta coluna				
<p>1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input type="checkbox"/> NA</p>				
<p>63.1. Caso sim, quanto acha que gastou e por quantos meses? (se já parou de gastar)</p>				
R\$ [ ][ ][ ][ ] , [ ][ ]	riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra			
Por [ ][ ] mês/meses	riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra			
<p>63.2. OU, quanto acha que gasta em média por mês? (se está gastando atualmente)</p>				
R\$ [ ][ ][ ][ ] , [ ][ ]	riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra			
<p>[ ][ ] ALIM4</p>				
<p>[ ][ ][ ][ ][ ] , [ ][ ][ ][ ] ALIM5</p>				
<p>[ ][ ][ ] ALIM15</p>				
<p>[ ][ ][ ][ ][ ] , [ ][ ][ ][ ] ALIM17</p>				
<p>64. Algum profissional da USF realizou orientações sobre alimentação saudável, como comer pouca gordura, comer mais alimentos com fibras e comer alimentos com menor quantidade de sal?</p>				
<p>1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input type="checkbox"/> NA</p>				
<p>[ ][ ] ALIM18</p>				
<p>65. O Sr/a Sra acha que se adequa, mais ou menos, a este tipo de alimentação saudável?</p>				
<p>1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro/NA</p>				
<p>[ ][ ] ALIM19</p>				
<p>66. O que o Sr/a Sra acha que é menos saudável no seu jeito de se alimentar? <i>não ler as alternativas, escolher o mais próximo da 1ª resposta que o entrevistado falou</i></p>				
<p>01 <input type="checkbox"/> Comer em horários irregulares  02 <input type="checkbox"/> Beliscar (salgadinhos, biscoitos, doces, etc.)  03 <input type="checkbox"/> Pular muitas refeições  04 <input type="checkbox"/> Comer muito (em quantidade)  05 <input type="checkbox"/> Beber muito (bebidas alcoólicas)  06 <input type="checkbox"/> Comer muitos embutidos, enlatados, salsichas, etc.  07 <input type="checkbox"/> Comer muita carne  08 <input type="checkbox"/> Comer pouco peixe  09 <input type="checkbox"/> Comer muitas frituras  10 <input type="checkbox"/> Acrescentar muito sal na sua alimentação  11 <input type="checkbox"/> Não comer muitas verduras nem frutas  12 <input type="checkbox"/> Comer muitos doces/açucarados  13 <input type="checkbox"/> Comer muitos alimentos salgados (carne de sol, charque, entre outros)  14 <input type="checkbox"/> Comer muitos alimentos gordurosos  15 <input type="checkbox"/> Outro: _____  16 <input type="checkbox"/> NA</p>				
<p>[ ][ ][ ] ALIM20</p>				
<p><b>MEDIDA PRESSÃO ARTERIAL 1</b></p>				
<p>67. Pressão arterial (1ª medida - SENTADO):</p>				
Sistólica	[ ][ ][ ]	mmHg	[ ][ ][ ]	PAS1
Diastólica	[ ][ ][ ]	mmHg	[ ][ ][ ]	PAD1
<p><b>HISTÓRIA E TRATAMENTO DO DIABETES</b></p>				
<p>68. Há quanto tempo o Sr/a Sra sabe que tem diabetes?</p>				
[ ][ ] anos (ou, se menos de 01 ano: [ ][ ] meses)	riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra			
<p>[ ][ ][ ] ANODIA    [ ][ ][ ] MESDIA</p>				
<p>69. Nos últimos 12 meses, o Sr/a Sra já participou de alguma atividade educativa em um grupo de diabéticos na USF?</p>				
<p>1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input type="checkbox"/> NA</p>				
<p>[ ][ ] GRUPO6N</p>				
<p>69.1. Caso sim, quantas vezes nos últimos 12 meses?</p>				
[ ][ ] vezes	riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra			
<p>[ ][ ][ ] GRUPO1</p>				

\_\_\_\_  
Porte

\_\_\_\_  
NºF.SF

\_\_\_\_  
Nºentrevistado

\_\_\_\_  
D

Não escrever nada nesta coluna

69.2. Caso sim, qual sua opinião sobre esta atividade educativa com o grupo de diabéticos na USF (o que o Sr/a Sra achou do grupo)?

- Muito boa  
 Boa  
 Regular  
 Ruim  
 Muito ruim  
 Não sei dizer/ não tenho opinião sobre isso  
 NA

### Tratamento

70. Atualmente, o Sr/a Sra usa comprimidos para tratar o diabetes?

- Sim     Não     Não sei/não lembro     NA

GRUPO2

COMP5

70.1 Caso sim, qual(is) o(s) nome(s)?

pedir para ver a receita ou a embalagem; precisar nº de comprimidos/dia

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

preencher depois:

70.1.1 Sulfoniluréias:             Sim     Não

Caso sim: \_\_\_\_ comprimidos/dia

70.1.2 Metformina:             Sim     Não

Caso sim: \_\_\_\_ comprimidos/dia

70.1.3 Outro antidiabético oral:     Sim     Não

Caso sim: \_\_\_\_ comprimidos/dia

COMP1

COMP2

COMP3

COMP4

COMP5

COMP6

70.2. Estes comprimidos foram prescritos pela USF?

- Sim     Não     Não sei/não lembro     NA

70.2.1. Caso não, quem foi que receitou esses comprimidos?

- Especialista em endocrinologia, por encaminhamento da USF  
 Centro de referência de diabetes  
 Médico particular/desembolso direto  
 Médico do Plano de Saúde  
 Outro: \_\_\_\_\_  
 NA

COMP7

COMP8

70.3. Estes comprimidos são todos fornecidos pela USF?

- Sim     Não     Não sei/não lembro     NA

COMP9

70.4. O Sr/a Sra precisa comprar algum(uns) destes comprimidos?

- Sim     Não     Não sei/não lembro     NA

COMP10

70.4.1. Caso sim, quanto diria que gasta em média por mês com esta compra?

R\$ \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ COMP11

71. Atualmente, o Sr/a Sra usa insulina (injeções) para tratar o diabetes?

- Sim     Não     Não sei/não lembro     NA

INSUSN

71.1 Caso sim, quantas injeções por dia? \_\_\_\_

INSU1

71.2. Esse tratamento foi prescrito pela USF?

- Sim     Não     Não sei/não lembro     NA

INSU2

Atenção à Saúde de Hipertensos e Diabéticos na Estratégia de Saúde da Família em Pernambuco:  
Um Estudo das Características da Qualidade do Atendimento.

<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Porte	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NºUSF	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NºEntrevistado	<input type="text"/> <input type="text"/> ID
Não escrever nada nesta coluna			
<b>71.2.1. Caso não, quem foi que receitou a insulina?</b> 1 <input type="checkbox"/> Especialista em endocrinologia, por encaminhamento da USF 2 <input type="checkbox"/> Centro de referência de diabetes 3 <input type="checkbox"/> Médico particular/desembolso direto 4 <input type="checkbox"/> Médico do Plano de Saúde 5 <input type="checkbox"/> Outro: _____ 6 <input type="checkbox"/> NA			
<b>71.3. Esse tratamento está acompanhado pela USF?</b> 1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input type="checkbox"/> NA			
<b>71.3.1. Caso não, quem é que acompanha esse tratamento com insulina?</b> 1 <input type="checkbox"/> Especialista em endocrinologia, por encaminhamento da USF 2 <input type="checkbox"/> Centro de referência de diabetes 3 <input type="checkbox"/> Médico particular/desembolso direto 4 <input type="checkbox"/> Médico do Plano de Saúde 5 <input type="checkbox"/> Outro: _____ 6 <input type="checkbox"/> NA			
<b>71.4. A insulina e o material de injeção (agulhas, seringas, etc.) são todos fornecidos pela USF?</b> 1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input type="checkbox"/> NA			
<b>71.5. O Sr/a Sra precisa comprar uma parte deste tratamento (insulina e/ou material de injeção)?</b> 1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input type="checkbox"/> NA			
<b>71.5.1. Caso sim, quanto diria que gasta em média por mês com esta compra?</b> R\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <i>riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra</i>			
<b>72. Atualmente, o Sr/a Sra usa uso <u>outro tipo de tratamento</u> (remédios caseiros, simpatias, etc.) para tratar o diabetes?</b> 1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input checked="" type="checkbox"/> NA			
<b>72.1. Caso sim, quais são?</b> _____ _____			
<b>72.2. Alguém receitou esse(s) outro(s) tipo(s) de tratamento(s)?</b> 1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input type="checkbox"/> NA			
<b>72.2.1. Caso sim, quem foi que receitou?</b> 1 <input type="checkbox"/> Curandeiro 2 <input type="checkbox"/> Curioso 3 <input type="checkbox"/> Balconista da farmácia 4 <input type="checkbox"/> Outro: _____ 5 <input type="checkbox"/> NA			
<b>72.3. O Sr/a Sra teve, ou continua tendo, que pagar essa pessoa?</b> 1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input type="checkbox"/> NA			
<b>72.3.1. Caso sim, quanto acha que gastou e por quantos meses? (se já parou de gastar)</b> R\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <i>riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra</i> Por <input type="text"/> <input type="text"/> mês/meses <i>riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra</i>			



	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Porte	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Nº PSF	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Nº entrevistado	<input type="checkbox"/>
Não escrever nada nesta coluna				
<p>72.3.2. OU, quanto acha que gasta em média por mês? (se está gastando atualmente)</p> <p>R\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra</p>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> TRAT6			
<p>72.4. O Sr/a Sra precisa comprar todos ou parte desses outros tipos de remédios/tratamentos?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim, todos 2 <input type="checkbox"/> Sim, parte deles 3 <input type="checkbox"/> Não 4 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro 5 <input type="checkbox"/> NA</p> <p>72.4.1. Caso sim, quanto diria que gasta em média por mês com esta compra?</p> <p>R\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra</p>	<input type="text"/> TRAT7			
<p>73. O Sr/a Sra foi orientado(a) a fazer <u>auto-monitoramento da glicemia</u>, com tiras e aparelho de leitura?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    <input checked="" type="checkbox"/> NA</p>	<input type="text"/> AMGSN1			
<p>74. O Sr/a Sra faz o auto-monitoramento da glicemia, com tiras e aparelho de leitura? <input type="checkbox"/> se menos de 1 vez/semana, considerar que não faz</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    <input checked="" type="checkbox"/> NA</p> <p>74.1. Caso não, porquê não faz? <input type="text"/> uma resposta só</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Não achei importante fazer 2 <input type="checkbox"/> Não recebi o aparelho de leitura nem as tiras do PSF, nem tive dinheiro para comprá-los 3 <input type="checkbox"/> Só recebi o aparelho de leitura e não tive dinheiro para comprar as tiras 4 <input type="checkbox"/> Tinha que comprar o aparelho de leitura para poder receber as tiras e não tive dinheiro para comprar o aparelho de leitura 5 <input type="checkbox"/> Não tenho tempo, não combina com meu trabalho ou meus afazeres 6 <input type="checkbox"/> Não foi orientado(a) 6 <input type="checkbox"/> Outro: _____ 7 <input type="checkbox"/> NA</p>	<input type="text"/> AMGSN2 <input type="text"/> AMG1			
Caso tenha sido orientado e faça o auto-monitoramento da glicemia				
<p>75. Quem foi que orientou a fazer este auto-monitoramento?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Algum profissional da USF 2 <input type="checkbox"/> Especialista em endocrinologia, por encaminhamento da USF 3 <input type="checkbox"/> Centro de referência de diabetes 4 <input type="checkbox"/> Médico particular/desembolso direto 5 <input type="checkbox"/> Médico do Plano de Saúde 6 <input type="checkbox"/> Outro: _____ 7 <input type="checkbox"/> NA</p>	<input type="text"/> AMG2			
<p>76. O Sr/a Sra precisou comprar o aparelho de leitura?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input type="checkbox"/> NA</p> <p>76.1. Caso sim, quanto gastou com esta compra?</p> <p>R\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra</p>	<input type="text"/> AMG3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AMG4			
<p>77. O Sr/a Sra precisa comprar as tiras reativas?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input type="checkbox"/> NA</p> <p>77.1. Caso sim, quanto diria que gasta em média por mês com esta compra?</p> <p>R\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra</p>	<input type="text"/> AMG5 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AMG6			

Porte

NºFSF

Nºentrevistado

ID

Não escrever nada nesta coluna

78. Caso o Sr/a Sra tenha problemas em obter ou pagar pelo tratamento de seu diabetes, o(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF sabe disso?

- 1  Sim    2  Não    3  Não sei/não lembro    4  NA

OPINDIA1

79. Qual é o seu grau de confiança na receita dada pelo(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF?

- 1  Muito bom  
2  Bom  
3  Regular  
4  Ruim  
5  Muito ruim  
6  Não sei dizer/ não tenho opinião sobre isso  
7  NA

OPINDIA2

80. Qual sua opinião sobre as explicações do(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF com respeito ao uso dos remédios?

- 1  Muito boa  
2  Boa  
3  Regular  
4  Ruim  
5  Muito ruim  
6  Não lembro ter recebido explicações  
7  Não sei dizer/ não tenho opinião sobre isso  
8  NA

OPINDIA3

81. Qual a sua opinião sobre o fornecimento das medicações (com a forma de receber os remédios)?

- 1  Muito boa  
2  Boa  
3  Regular  
4  Ruim  
5  Muito ruim  
6  Não sei dizer/ não tenho opinião sobre isso  
7  NA

OPINDIA4

## HISTÓRIA E TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

82. Algum profissional de saúde já disse a(o) Sr/Sra que tem pressão alta?

- 1  Sim    2  Não    3  Não sei/não lembro    4  NA

HASN

Preencher as perguntas seguintes até 91 (MEDIDA PRESSÃO ARTERIAL 2) somente CASO SIM

83. Há quanto tempo o Sr/a Sra sabe que tem pressão alta?

\_\_\_\_ anos (ou, se menos de 01 ano: \_\_\_\_ meses)

riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra

\_\_\_\_ ANCHA    \_\_\_\_ MESHA

84. O Sr/a Sra tirou ou procurou tirar o sal de sua dieta (evitar alimentos como enlatados/embutidos, não colocar sal na mesa, etc)?

- 1  Sim    2  Não    3  NA

HA1

84.1. Caso sim, isto foi orientado por algum profissional da USF?

- 1  Sim    2  Não    3  Não sei/não lembro    4  NA

HA2

84.2. O Sr/a Sra teve ou continua tendo gastos para se adequar a isto (por exemplo: comprar alimentos ou temperos sem sal)?

- 1  Sim    2  Não    3  Não sei/não lembro    4  NA

HA3

84.2.1. Caso sim, quanto acha que gastou e por quantos meses? (se já parou de gastar)

R\$ \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ HA4

Por \_\_\_\_\_ mês/meses riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra

\_\_\_\_ HA5

Porte      N°FSF      N°entrevistado      D

*Não escrever nada nesta coluna*

84.2.2. OU, quanto acha que gasta em média por mês?  
(se está gastando atualmente)  
 R\$           riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra

85. O Sr/a Sra usa comprimidos para controlar a pressão?  
 1  Sim      2  Não      3  Não sei/não lembro      4  NA

**Caso o Sr/a Sra use comprimidos para controlar a pressão**

86. Qual(is) o(s) nome(s)?  
 pedir para ver a receita ou a embalagem; precisar n° de comprimidos/dia

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**preencher depois**

86.1. Diuréticos:	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> HACP1
Caso sim: <input type="text"/> comprimidos/dia			<input type="checkbox"/> HACP2
86.2. Inibidores simpáticos:	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> HACP3
Caso sim: <input type="text"/> comprimidos/dia			<input type="checkbox"/> HACP4
86.3. Betabloqueadores:	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> HACP5
Caso sim: <input type="text"/> comprimidos/dia			<input type="checkbox"/> HACP6
86.4. Vasodilatadores diretos:	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> HACP7
Caso sim: <input type="text"/> comprimidos/dia			<input type="checkbox"/> HACP8
86.5. Inibidores da ECA:	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> HACP9
Caso sim: <input type="text"/> comprimidos/dia			<input type="checkbox"/> HACP10
86.6. Outro antihipertensivo:	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> HACP11
Caso sim: <input type="text"/> comprimidos/dia			<input type="checkbox"/> HACP12

87. Estes comprimidos foram prescritos pela USF?  
 1  Sim      2  Não      3  Não sei/não lembro      4  NA

87.1. Caso não, quem foi que receitou esses comprimidos?  
 1  Especialista em cardiologia, por encaminhamento da USF  
 2  Centro de referência de doenças crônicas  
 3  Médico particular/desembolso direto  
 4  Médico do Plano de Saúde  
 5  Outro: \_\_\_\_\_  
 6  NA

88. Estes comprimidos são todos fornecidos pela USF?  
 1  Sim      2  Não      3  Não sei/não lembro      4  NA

89. O Sr/a Sra precisa comprar algum(uns) destes comprimidos?  
 1  Sim      2  Não      3  Não sei/não lembro      4  NA

89.1. Caso sim, quanto diria que gasta em média por mês com esta compra?  
 R\$           riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra

90. Caso o Sr/a Sra tenha problemas em obter ou pagar pelo tratamento de sua pressão alta, o(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF sabe disso?  
 1  Sim      2  Não      3  Não sei/não lembro      4  NA

Porte

Nº F/SF

Nº Entrevistado



Não escrever nada nesta coluna

## MEDIDA PRESSÃO ARTERIAL 2

91. Pressão arterial (2ª medida - SENTADO):

Sistólica     mmHg

PA62

Diastólica     mmHg

PAD2

## CONSULTAS/VISITAS DE ACOMPANHAMENTO DO DIABETES (AB)

92. Nos últimos 12 meses, quantas vezes o Sr/a Sra consultou na USF devido ao diabetes?

Nº de consultas:      riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembro

C81

93. Há quantas semanas foi sua última consulta na USF devido ao diabetes?

semanas riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembro

C82

94. Qual era o motivo desta consulta?

C83

- 1  Acompanhamento regular sem motivo de saúde específico  
2  Problema específico relacionado com o diabetes  
3  Não sei/não lembro  
4  NA

94.1. Se o motivo for "Problema específico relacionado com o diabetes", o Sr/a Sra acredita que hoje ele está:

C84

- 1  Resolvido  
2  Melhor  
3  Igual  
4  Pior  
5  Não sei  
6  NA

95. Esta consulta foi agendada?

- 1  Sim 2  Não 3  Não sei/não lembro 4  NA

C85

96. Foi fácil marcar hora para esta consulta?

- 1  Sim 2  Não 3  Não sei/não lembro 4  NA

C86

97. Uma vez que o Sr/a Sra chegou à unidade (à USF), o Sr/a Sra esperou mais de 30 minutos para consultar com o(a) médico(a)/enfermeiro(a) (sem contar triagem ou acolhimento)?

- 1  Sim 2  Não 3  Não sei/não lembro 4  NA

C87

98. Qual sua opinião sobre a forma de atender por parte da recepção? (o pessoal da recepção foi gentil, educado, simpático?)

OPINC81

- 1  Muito boa  
2  Boa  
3  Regular  
4  Ruim  
5  Muito ruim  
6  Não sei dizer/ não tenho opinião sobre isso  
7  NA

99. Qual sua opinião sobre a forma de atender do profissional (médico(a)/enfermeiro(a)) que atendeu? (foi gentil, educado(a), simpático(a)?)

OPINC82

- 1  Muito boa  
2  Boa  
3  Regular  
4  Ruim  
5  Muito ruim  
6  Não sei dizer/ não tenho opinião sobre isso  
7  NA

	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Porte	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> N° F.S.F.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> N° Entrevistado	<input type="checkbox"/> D
Não escrever nada nesta coluna				
100. Qual sua opinião sobre a atenção dada as suas queixas pelo profissional que atendeu? (ouviu com atenção o motivo da consulta, suas queixas?)	<input type="checkbox"/> OPINC83			
1 <input type="checkbox"/> Muito boa 2 <input type="checkbox"/> Boa 3 <input type="checkbox"/> Regular 4 <input type="checkbox"/> Ruim 5 <input type="checkbox"/> Muito ruim 6 <input type="checkbox"/> Não sei dizer/ não tenho opinião sobre isso 7 <input type="checkbox"/> NA				
101. Qual sua opinião sobre o exame clínico, sobre o jeito como o (a) médico(a)/enfermeiro(a) o examinou?	<input type="checkbox"/> OPINC84			
1 <input type="checkbox"/> Muito boa 2 <input type="checkbox"/> Boa 3 <input type="checkbox"/> Regular 4 <input type="checkbox"/> Ruim 5 <input type="checkbox"/> Muito ruim 6 <input type="checkbox"/> Não sei dizer/ não tenho opinião sobre isso 7 <input type="checkbox"/> NA				
102. Qual sua opinião sobre a confiança despertada pelo(a) médico(a)/enfermeiro(a)? (o Sr/a Sra confiou no(a) médico(a)/enfermeiro(a)?)	<input type="checkbox"/> OPINC85			
1 <input type="checkbox"/> Muito boa 2 <input type="checkbox"/> Boa 3 <input type="checkbox"/> Regular 4 <input type="checkbox"/> Ruim 5 <input type="checkbox"/> Muito ruim 6 <input type="checkbox"/> Não sei dizer/ não tenho opinião sobre isso 7 <input type="checkbox"/> NA				
103. Qual a sua avaliação geral da consulta (opinião geral sobre a consulta como um todo)?	<input type="checkbox"/> OPINC86			
1 <input type="checkbox"/> Muito boa 2 <input type="checkbox"/> Boa 3 <input type="checkbox"/> Regular 4 <input type="checkbox"/> Ruim 5 <input type="checkbox"/> Muito ruim 6 <input type="checkbox"/> Não sei dizer/ não tenho opinião sobre isso 7 <input type="checkbox"/> NA				
104. Nesta última consulta que o Sr/a Sra realizou devido ao diabetes, o Sr/a Sra teve sua pressão arterial aferida?	<input type="checkbox"/> DIVCS1			
1 <input type="checkbox"/> Sim      2 <input type="checkbox"/> Não      3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro      4 <input type="checkbox"/> NA				
105. Nesta última consulta que o Sr/a Sra realizou devido ao diabetes, o Sr/a Sra teve seu peso medido?	<input type="checkbox"/> DIVCS2			
1 <input type="checkbox"/> Sim      2 <input type="checkbox"/> Não      3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro      4 <input type="checkbox"/> NA				
106. Nas consultas que o Sr/a Sra realizou na USF, o Sr/a Sra já teve sua altura medida alguma vez?	<input type="checkbox"/> DIVCS3			
1 <input type="checkbox"/> Sim      2 <input type="checkbox"/> Não      3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro      4 <input type="checkbox"/> NA				
107. Nas consultas que o Sr/a Sra realizou na USF, o Sr/a Sra já teve sua cintura medida alguma vez?	<input type="checkbox"/> DIVCS4			
1 <input type="checkbox"/> Sim      2 <input type="checkbox"/> Não      3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro      4 <input type="checkbox"/> NA				
108. Nas consultas que o Sr/a Sra realizou na USF, o Sr/a Sra já teve a circunferência de seus quadris medida alguma vez?	<input type="checkbox"/> DIVCS5			
1 <input type="checkbox"/> Sim      2 <input type="checkbox"/> Não      3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro      4 <input type="checkbox"/> NA				

Porte N°FSF N°entrevistado ID  
Não escrever nada nesta coluna

109. Qual sua opinião sobre as explicações que o Sr/a Sra já recebeu por parte do(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF com respeito a sua doença (diabetes)?

- 1  Muito boa  
2  Boa  
3  Regular  
4  Ruim  
5  Muito ruim  
6  Não lembro ter recebido explicações  
7  Não sei dizer/ não tenho opinião sobre isso  
8  NA

OPINDV1

110. Qual sua opinião sobre as explicações que o Sr/a Sra já recebeu por parte do(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF quanto ao prognóstico/à evolução de sua doença (diabetes)?

- 1  Muito boa  
2  Boa  
3  Regular  
4  Ruim  
5  Muito ruim  
6  Não lembro ter recebido explicações  
7  Não sei dizer/ não tenho opinião sobre isso  
8  NA

OPINDV2

### EXAME FÍSICO

111. Peso: ,  kg

,  PESO

112. Altura: ,  cm

,  ALTURA

113. Circunferência abdominal (1ª medida): ,  cm

,  ABD01

114. Circunferência abdominal (2ª medida): ,  cm

,  ABD02

Caso medidas difiram > 1 cm

115. Circunferência abdominal (3ª medida): ,  cm

,  ABD03

116. Circunferência quadril (1ª medida): ,  cm

,  QUAD1

117. Circunferência quadril (2ª medida): ,  cm

,  QUAD2

Caso medidas difiram > 1 cm

118. Circunferência quadril (3ª medida): ,  cm

,  QUAD3

### ORIENTAÇÕES/ EXAMES DE ACOMPANHAMENTO DO DIABETES (AB)

119. Nos últimos 12 meses, algum profissional da USF aferiu sua pressão arterial ou orientou que fosse à unidade para aferir?

- 1  Sim 2  Não 3  Não sei/não lembro 4  NA

ORIEN1

120. Nos últimos 12 meses, algum profissional da USF realizou orientações sobre higiene bucal (forma correta de escovar os dentes, uso do fio dental)?

- 1  Sim 2  Não 3  Não sei/não lembro 4  NA

ORIEN2

121. Nos últimos 12 meses, o Sr/a Sra recebeu vacina contra a gripe por orientação de algum profissional da USF?

- 1  Sim 2  Não 3  Não sei/não lembro 4  NA

ORIEN3

### Exame dos pés

122. Nos últimos 12 meses, em alguma consulta na USF fizeram um exame nos seus pés para verificar feridas ou testar sensibilidade?

- 1  Sim 2  Não 3  Não sei/não lembro 4  NA

PE1

	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Porte	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NºFSF	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Nºentrevistado	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> D		
Não escrever nada nesta coluna						
<p>123. Nos últimos 12 meses, em alguma consulta na USF o Sr/a Sra recebeu orientações sobre cuidados que deve ter com os pés, por exemplo, olhar os pés regularmente, evitar cortar calos e/ou usar sapatos que não machuquem?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim      2 <input type="checkbox"/> Não      3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro      4 <input type="checkbox"/> NA</p>						<input type="text"/> PE2
<p>124. O Sr/a Sra realiza estes cuidados com os pés, por exemplo, examina para ver se tem alguma ferida nos pés ou evita cortar calos ou procura usar sapatos que não machuquem?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim      2 <input type="checkbox"/> Não      3 <input type="checkbox"/> NA</p>						<input type="text"/> PE3
<p>124.1. Caso sim, o Sr/a Sra teve, ou continua tendo, gastos para se adequar a isto (por exemplo: procurar serviços de pedicura, comprar sapatos mais caros, mandar fazer solas especiais, etc.)?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim      2 <input type="checkbox"/> Não      3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro      4 <input type="checkbox"/> NA</p>						<input type="text"/> PE4
<p>124.1.1. Caso sim, quanto acha que gastou e por quantos meses? (se já parou de gastar)</p> <p>R\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra</p>						<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> PE5
<p>Por <input type="text"/> <input type="text"/> mês/meses riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra</p>						<input type="text"/> PE6
<p>124.1.2. OU, quanto acha que gasta em média por mês? (se está gastando atualmente)</p> <p>R\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra</p>						<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> PE7
<p><b>Hemoglobina glicada</b></p>						
<p>125. O Sr/a Sra sabe o que é a hemoglobina glicada ou glicosilada?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim      2 <input type="checkbox"/> Não</p>						<input type="text"/> HBG01
<p><i>Explicar, se necessário: hemoglobina glicada é um exame que mede como estava a média do açúcar no sangue nos últimos meses.</i>  <b>REALIZAR NESTE MOMENTO A PUNÇÃO CAPILAR PARA MEDIR A HEMOGLOBINA GLICADA (dizendo que vai medir justamente o que acabou de explicar)</b></p>						
<p>126. Nos últimos 12 meses, o Sr/a Sra fez punção venosa para medir a hemoglobina glicada ou glicosilada?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim      2 <input type="checkbox"/> Não      3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro      4 <input checked="" type="checkbox"/> NA</p>						<input type="text"/> HBG02
<p>126.1. Caso sim, isto foi por orientação de algum profissional da USF?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim      2 <input type="checkbox"/> Não      3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro      4 <input type="checkbox"/> NA</p>						<input type="text"/> HBG1
<p>127. Resultado da hemoglobina glicada por punção capilar:</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> %</p>						<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> HBG2
<p><b>Caso tenha tido medidas da hemoglobina glicada</b></p>						
<p>128. Nos últimos 12 meses, quantas vezes o Sr/a Sra tirou sangue da veia para medir a hemoglobina glicada ou glicosilada?</p> <p>Número de vezes: <input type="text"/> <input type="text"/> riscar se NA ou não sabe/ não lembra</p>						<input type="text"/> HBG3
<p>129. O Sr/a Sra conhece o(s) resultado(s)?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim      2 <input type="checkbox"/> Não      3 <input type="checkbox"/> NA</p>						<input type="text"/> HBG4
<p>130. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF sabe quais foram os resultados deste exame?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim      2 <input type="checkbox"/> Não      3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro      4 <input type="checkbox"/> NA</p>						<input type="text"/> HBG5

	<input type="text"/> Porte	<input type="text"/> Nº USF	<input type="text"/> Nº Antropométrico	<input type="text"/> ID
	<i>Não escrever nada nesta coluna</i>			
<p>131. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF comunicou para o Sr/a Sra os resultados deste exame?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim      2 <input type="checkbox"/> Não      3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro      4 <input type="checkbox"/> NA</p>	<input type="checkbox"/> HB06			
<p>132. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF explicou para o Sr/a Sra o que os resultados deste exame significavam no seu caso (se estavam bons, se o Sr/a Sra devia tomar medidas ou mudar o tratamento para corrigir as taxas, etc.)?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim      2 <input type="checkbox"/> Não      3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro      4 <input type="checkbox"/> NA</p>	<input type="checkbox"/> HB07			
<p>133. O Sr/a Sra precisou pagar por este(s) exame(s)?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim      2 <input type="checkbox"/> Não      3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro      4 <input type="checkbox"/> NA</p>	<input type="checkbox"/> HB08			
<p>133.1. Caso sim, quanto gastou no total (do ano)?</p> <p>R\$ <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> , <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembro</span></p>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> HB09			
<b>Colesterol/triglicerídeos</b>				
<p>134. O Sr/a Sra sabe o que é colesterol e triglicerídeos?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim, colesterol 2 <input type="checkbox"/> Sim, triglicerídeos 3 <input type="checkbox"/> Sim, colesterol e triglicerídeos 4 <input type="checkbox"/> Não <del>5 <input type="checkbox"/> NA</del></p>	<input type="checkbox"/> LIP01			
<p><i>Explicar, se necessário: são as taxas de gorduras do sangue, que podem prejudicar as artérias quando são altas.</i></p>				
<p>135. Nos últimos 12 meses, o Sr/a Sra tirou sangue da veia para medir o colesterol e os triglicerídeos?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim      2 <input type="checkbox"/> Não      3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro      <del>4 <input type="checkbox"/> NA</del></p>	<input type="checkbox"/> LIP02			
<p>135.1. Caso sim, isto foi por orientação de algum profissional da USF?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim      2 <input type="checkbox"/> Não      3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro      4 <input type="checkbox"/> NA</p>	<input type="checkbox"/> LIP1			
<b>Caso tenha tido medidas do colesterol e triglicerídeos</b>				
<p>136. Nos últimos 12 meses, quantas vezes o Sr/a Sra fez uma punção venosa para medir o colesterol e os triglicerídeos?</p> <p>Número de vezes: <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">riscar se NA ou não sabe/ não lembro</span></p>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> LIP2			
<p>137. O Sr/a Sra conhece o(s) resultado(s)?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim      2 <input type="checkbox"/> Não      3 <input type="checkbox"/> NA</p>	<input type="checkbox"/> LIP3			
<p>138. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF sabe quais foram os resultados deste exame?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim      2 <input type="checkbox"/> Não      3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro      4 <input type="checkbox"/> NA</p>	<input type="checkbox"/> LIP4			
<p>139. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF comunicou para o Sr/a Sra os resultados deste exame?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim      2 <input type="checkbox"/> Não      3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro      4 <input type="checkbox"/> NA</p>	<input type="checkbox"/> LIP5			
<p>140. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF explicou para o Sr/a Sra o que os resultados deste exame significavam no seu caso (se estavam bons, se devia modificar os hábitos de vida, ou, se começar/ mudar o tratamento para corrigir as taxas, etc.)?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim      2 <input type="checkbox"/> Não      3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro      4 <input type="checkbox"/> NA</p>	<input type="checkbox"/> LIP6			
<p>141. O Sr/a Sra precisou pagar por este(s) exame(s)?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim      2 <input type="checkbox"/> Não      3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro      4 <input type="checkbox"/> NA</p>	<input type="checkbox"/> LIP7			



	[ ] [ ] Porte		[ ] [ ] [ ] [ ] NºFSF		[ ] [ ] [ ] [ ] Nºentrevistado	[ ] [ ] D
Não escrever nada nesta coluna						
<p>141.1. Caso sim, quanto gastou no total (do ano)? R\$ [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembro</span></p>	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] LIP8					
<b>Exame de urina</b>						
142. Nos últimos 12 meses, o Sr/a Sra fez um exame de urina?						
1 <input type="checkbox"/> Sim      2 <input type="checkbox"/> Não      3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro      4 <input checked="" type="checkbox"/> <del>NA</del>						
142.1. Caso sim, isto foi por orientação de algum profissional da USF?						
1 <input type="checkbox"/> Sim      2 <input type="checkbox"/> Não      3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro      4 <input type="checkbox"/> NA						
<b>Caso tenha feito exame de urina</b>						
143. Nos últimos 12 meses, quantas vezes o Sr/a Sra fez um exame de urina?						
Número de vezes: [ ] [ ] <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">riscar se NA ou não sabe/ não lembro</span>						
144. O Sr/a Sra conhece o(s) resultado(s)?						
1 <input type="checkbox"/> Sim      2 <input type="checkbox"/> Não      3 <input type="checkbox"/> NA						
145. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF sabe quais foram os resultados deste(s) exame(s)?						
1 <input type="checkbox"/> Sim      2 <input type="checkbox"/> Não      3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro      4 <input type="checkbox"/> NA						
146. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF comunicou para o Sr/a Sra os resultados deste(s) exame(s)?						
1 <input type="checkbox"/> Sim      2 <input type="checkbox"/> Não      3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro      4 <input type="checkbox"/> NA						
147. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF explicou para o Sr/a Sra o que os resultados deste(s) exame(s) significavam no seu caso (se estavam bons, se devia modificar os hábitos de vida ou começar/mudar o tratamento para melhorar, etc.)?						
1 <input type="checkbox"/> Sim      2 <input type="checkbox"/> Não      3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro      4 <input type="checkbox"/> NA						
148. O Sr/a Sra precisou pagar por este(s) exame(s)?						
1 <input type="checkbox"/> Sim      2 <input type="checkbox"/> Não      3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro      4 <input type="checkbox"/> NA						
148.1. Caso sim, quanto gastou no total (do ano)?						
R\$ [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembro</span>						
						[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] URIN8
						[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] URIN5
						[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] URIN3
						[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] URIN4
						[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] URIN5
						[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] URIN6
						[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] URIN7
						[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] URIN8
<b>Eletrocardiograma de repouso</b>						
149. Nos últimos 12 meses, o Sr/a Sra fez um eletrocardiograma de repouso (deitado)?						
1 <input type="checkbox"/> Sim      2 <input type="checkbox"/> Não      3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro      4 <input checked="" type="checkbox"/> <del>NA</del>						
149.1. Caso sim, isto foi por orientação de algum profissional da USF?						
1 <input type="checkbox"/> Sim      2 <input type="checkbox"/> Não      3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro      4 <input type="checkbox"/> NA						
<b>Caso tenha feito eletrocardiograma de repouso</b>						
150. Nos últimos 12 meses, quantas vezes o Sr/a Sra fez eletrocardiograma de repouso?						
Número de vezes: [ ] [ ] <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">riscar se NA ou não sabe/ não lembro</span>						
151. O Sr/a Sra conhece o(s) resultado(s)?						
1 <input type="checkbox"/> Sim      2 <input type="checkbox"/> Não      3 <input type="checkbox"/> NA						
152. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF sabe quais foram os resultados deste(s) exame(s)?						
1 <input type="checkbox"/> Sim      2 <input type="checkbox"/> Não      3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro      4 <input type="checkbox"/> NA						
						[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] ECG8
						[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] ECG1
						[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] ECG2
						[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] ECG3
						[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] ECG4

	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Porte	NºFSF	Nºentrevistado	Não escrever nada nesta coluna		
<p>153. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF comunicou para o Sr/a Sra os resultados deste(s) exame(s)?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim      2 <input type="checkbox"/> Não      3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro      4 <input type="checkbox"/> NA</p>				<input type="checkbox"/> ECG5		
<p>154. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF explicou para o Sr/a Sra o que os resultados deste(s) exame(s) significavam no seu caso (se estavam bons, se devia tomar providências ou consultar um cardiologista, etc.)?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim      2 <input type="checkbox"/> Não      3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro      4 <input type="checkbox"/> NA</p>				<input type="checkbox"/> ECG6		
<p>Caso houve encaminhamento para cardiologista, preencher abaixo a parte "Encaminhamentos para especialistas".</p>						
<p>155. O Sr/a Sra precisou pagar por este(s) exame(s)?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim      2 <input type="checkbox"/> Não      3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro      4 <input type="checkbox"/> NA</p>				<input type="checkbox"/> ECG7		
<p>155.1. Caso sim, quanto gastou no total (do ano)?</p> <p>R\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra</p>				<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ECG8		
<b>MEDIDA PRESSÃO ARTERIAL 3</b>						
156. Pressão arterial (3ª medida - SENTADO):						
Sistólica	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mmHg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	PA63		
Diastólica	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mmHg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	PAD3		
<b>ENCAMINHAMENTOS PARA ESPECIALISTAS</b>						
<b>Oftalmologista</b>						
157. Nos últimos 12 meses, o Sr/a Sra consultou um(a) oftalmologista para fazer exame do fundo do olho (ou seja, sua pupila foi dilatada, colocaram colírio que lhe perturbou a visão)?						
1 <input type="checkbox"/> Sim      2 <input type="checkbox"/> Não      3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro      4 <input checked="" type="checkbox"/> NA						
157.1. Caso sim, isto foi por orientação de algum profissional da USF?						
1 <input type="checkbox"/> Sim      2 <input type="checkbox"/> Não      3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro      4 <input type="checkbox"/> NA						
Caso tenha feito um fundo de olho nos últimos 12 meses						
158. Nos últimos 12 meses, quantas vezes o Sr/a Sra fez um fundo de olho?						
Número de vezes: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> riscar se NA ou não sabe/ não lembra						
Se mais de uma consulta nos últimos 12 meses, perguntar o resto do bloco sobre a última						
159. Onde foi realizada a consulta para fazer o fundo de olho?						
1 <input type="checkbox"/> Unidade de saúde pública (unidade de saúde de referência)						
2 <input type="checkbox"/> Plano de Saúde						
3 <input type="checkbox"/> Particular/desembolso direto						
4 <input type="checkbox"/> Entidade filantrópica (Hospital/Casa saúde)						
5 <input type="checkbox"/> Universidade/Hospital escola						
6 <input type="checkbox"/> Outros _____						
7 <input type="checkbox"/> NA						
159.1 Caso a consulta tenha sido particular, quanto pagou?						
R\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra						
160. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF escreveu alguma informação para o especialista a respeito do motivo do fundo de olho?						
1 <input type="checkbox"/> Sim      2 <input type="checkbox"/> Não      3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro      4 <input type="checkbox"/> NA						

	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
	Porte	NºFSF	Nºentrevistado	ID	Não escrever nada nesta coluna	

<p>161. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF sabe quais foram os resultados deste fundo de olho?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim      2 <input type="checkbox"/> Não      3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro      4 <input type="checkbox"/> NA</p>		<input type="checkbox"/> OFTS
<p>162. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF comunicou para o Sr/a Sra os resultados deste fundo de olho?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim      2 <input type="checkbox"/> Não      3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro      4 <input type="checkbox"/> NA</p>		<input type="checkbox"/> OFT7
<p>163. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF explicou para o Sr/a Sra o que os resultados deste fundo de olho significavam no seu caso (se estavam bons, se devia tomar providências ou fazer tratamento específico, tipo laser, etc.)?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim      2 <input type="checkbox"/> Não      3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro      4 <input type="checkbox"/> NA</p>		<input type="checkbox"/> OFTS
<p>Caso houve encaminhamento para tratamento complementar tipo laser, preencher abaixo a parte "Complicações"</p>		
<p>164. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado, isto é, perguntou-lhe se foi bem ou mal atendido por quem fez o fundo de olho?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim      2 <input type="checkbox"/> Não      3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro      4 <input type="checkbox"/> NA</p>		<input type="checkbox"/> OFTS
<p>165. Qual sua opinião sobre a facilidade de acesso a este exame (foi fácil conseguir marcar para fazer o fundo de olho)?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Muito boa          2 <input type="checkbox"/> Boa          3 <input type="checkbox"/> Regular          4 <input type="checkbox"/> Ruim          5 <input type="checkbox"/> Muito ruim          6 <input type="checkbox"/> Não sei dizer/ não tenho opinião sobre isso          7 <input type="checkbox"/> NA</p>		<input type="checkbox"/> OFT10

**Dentista (odontólogo/a)**

<p>166. Como o Sr/a Sra classificaria sua saúde bucal (saúde dos dentes e da boca)?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Muito boa          2 <input type="checkbox"/> Boa          3 <input type="checkbox"/> Regular          4 <input type="checkbox"/> Ruim          5 <input type="checkbox"/> Muito ruim          6 <input type="checkbox"/> Não sei dizer/ não tenho opinião sobre isso  <del>7 <input type="checkbox"/> NA</del></p>		<input type="checkbox"/> BOCA
<p>167. Nos últimos 12 meses, o Sr/a Sra consultou um(a) dentista (odontólogo/a) para verificar a presença de doenças nos dentes ou na gengiva?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim      2 <input type="checkbox"/> Não      3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro      <del>4 <input type="checkbox"/> NA</del></p>		<input type="checkbox"/> ODCNSN
<p>167.1. Caso sim, isto foi por orientação de algum profissional da USF?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim      2 <input type="checkbox"/> Não      3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro      4 <input type="checkbox"/> NA</p>		<input type="checkbox"/> ODCNI

<p><b>Caso tenha consultado um(a) dentista nos últimos 12 meses</b></p>
---

<p>168. Nos últimos 12 meses, quantas vezes o Sr/a Sra consultou o(a) dentista?</p> <p>Número de vezes: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p style="font-size: small; border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">riscar se NA ou não sabe/ não lembra</p>		<input type="checkbox"/> ODCN2
---	--	--------------------------------

<p>Se mais de uma consulta nos últimos 12 meses, perguntar o resto do bloco sobre a última</p>
--

	_ _	_ _ _ _	_ _		
	Porte	NºFSF	NºEntrevistado	ID	
	Não escrever nada nesta coluna				

<p>169. Onde foi realizada a consulta?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Unidade de saúde pública (unidade de saúde de referência) 2 <input type="checkbox"/> Plano de Saúde 3 <input type="checkbox"/> Particular/desembolso direto 4 <input type="checkbox"/> Entidade filantrópica (Hospital/Casa saúde) 5 <input type="checkbox"/> Universidade/Hospital escola 6 <input type="checkbox"/> Outros _____ 7 <input type="checkbox"/> NA</p> <p>169.1 Caso a consulta tenha sido particular, quanto pagou?</p> <p>R\$  _ _ _ _  ,  _ _  <input type="checkbox"/> riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra</p> <p>170. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF sabe quais foram os resultados desta consulta?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input type="checkbox"/> NA</p> <p>171. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado, isto é, perguntou-lhe se foi bem ou mal atendido por este profissional?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input type="checkbox"/> NA</p> <p>172. Qual sua opinião sobre a facilidade de acesso a esta consulta (foi fácil conseguir marcar esta consulta)?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Muito boa 2 <input type="checkbox"/> Boa 3 <input type="checkbox"/> Regular 4 <input type="checkbox"/> Ruim 5 <input type="checkbox"/> Muito ruim 6 <input type="checkbox"/> Não sei dizer/ não tenho opinião sobre isso 7 <input type="checkbox"/> NA</p>					
					_ _  ODO3
					_ _ _ _ ,  _ _ _ _  ODO4
					_ _  ODO5
					_ _  ODO6
					_ _  ODO7

**Endocrinologista**

<p>173. Nos últimos 12 meses, o Sr/a Sra consultou um(a) endocrinologista?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input checked="" type="checkbox"/> NA</p> <p>173.1. Caso sim, isto foi por orientação de algum profissional da USF?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input type="checkbox"/> NA</p>					
					_ _  ENDOC3
					_ _  ENDOC1

**Caso tenha consultado um(a) endocrinologista nos últimos 12 meses**

<p>174. Nos últimos 12 meses, quantas vezes o Sr/a Sra consultou o(a) endocrinologista?</p> <p>Número de vezes:  _ _  <input type="checkbox"/> riscar se NA ou não sabe/ não lembra</p> <p><input type="checkbox"/> Se mais de uma consulta nos últimos 12 meses, perguntar o resto do bloco sobre a última</p> <p>175. Onde foi realizada a consulta?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Unidade de saúde pública (unidade de saúde de referência) 2 <input type="checkbox"/> Plano de Saúde 3 <input type="checkbox"/> Particular/desembolso direto 4 <input type="checkbox"/> Entidade filantrópica (Hospital/Casa saúde) 5 <input type="checkbox"/> Universidade/Hospital escola 6 <input type="checkbox"/> Outros _____ 7 <input type="checkbox"/> NA</p> <p>175.1. Caso a consulta tenha sido particular, quanto pagou?</p> <p>R\$  _ _ _ _  ,  _ _  <input type="checkbox"/> riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra</p> <p>176. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF escreveu alguma informação para o especialista a respeito do motivo desta consulta?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input type="checkbox"/> NA</p>					
					_ _ _ _  ENDOC2
					_ _  ENDOC3
					_ _ _ _ ,  _ _ _ _  ENDOC4
					_ _  ENDOC5

Porte

Nº F.SF

Nº Entrevistado

Não escrever nada nesta coluna

177. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF sabe quais foram os resultados desta consulta?

- 1  Sim      2  Não      3  Não sei/não lembro      4  NA

ENDC06

178. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF falou com o Sr/a Sra sobre os resultados desta consulta (explicou o que significavam no seu caso, que conseqüências podiam ter sobre sua dieta, seu tratamento, etc.)?

- 1  Sim      2  Não      3  Não sei/não lembro      4  NA

ENDC07

179. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado, isto é, perguntou-lhe se foi bem ou mal atendido por este especialista?

- 1  Sim      2  Não      3  Não sei/não lembro      4  NA

ENDC08

180. Qual sua opinião sobre a facilidade de acesso a esta consulta (foi fácil conseguir marcar esta consulta)?

ENDC09

- 1  Muito boa  
2  Boa  
3  Regular  
4  Ruim  
5  Muito ruim  
6  Não sei dizer/ não tenho opinião sobre isso  
7  NA

### Cardiologista

181. Nos últimos 12 meses, o Sr/a Sra consultou um(a) cardiologista?

- 1  Sim      2  Não      3  Não sei/não lembro      4  NA

CARD0N

181.1. Caso sim, isto foi por orientação de algum profissional da USF?

- 1  Sim      2  Não      3  Não sei/não lembro      4  NA

CARD1

### Caso tenha consultado um(a) cardiologista nos últimos 12 meses

182. Nos últimos 12 meses, quantas vezes o Sr/a Sra consultou o(a) cardiologista?

Número de vezes:       riscar se NA ou não sabe/ não lembra

CARD2

Se mais de uma consulta nos últimos 12 meses, perguntar o resto do bloco sobre a última

183. Onde foi realizada a consulta?

CARD3

- 1  Unidade de saúde pública (unidade de saúde de referência)  
2  Plano de Saúde  
3  Particular/desembolso direto  
4  Entidade filantrópica (Hospital/Casa saúde)  
5  Universidade/Hospital escola  
6  Outros \_\_\_\_\_  
7  NA

183.1 Caso a consulta tenha sido particular, quanto pagou?

R\$       ,      riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra

CARD4

184. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF escreveu alguma informação para o especialista a respeito do motivo desta consulta?

- 1  Sim      2  Não      3  Não sei/não lembro      4  NA

CARD5

185. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF sabe quais foram os resultados desta consulta?

- 1  Sim      2  Não      3  Não sei/não lembro      4  NA

CARD6

Porte




  
N° F.SF


  
N° Entrevistado

Não escrever nada nesta coluna

186. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF falou com o Sr/a Sra sobre os resultados desta consulta (explicou o que significavam no seu caso, que conseqüências podiam ter sobre sua dieta, seu tratamento, etc.)?

1  Sim    2  Não    3  Não sei/não lembro    4  NA

 CARD7

187. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado, isto é, perguntou-lhe se foi bem ou mal atendido por este especialista?

1  Sim    2  Não    3  Não sei/não lembro    4  NA

 CARD8

188. Qual sua opinião sobre a facilidade de acesso a esta consulta (foi fácil conseguir marcar esta consulta)?

- 1  Muito boa  
2  Boa  
3  Regular  
4  Ruim  
5  Muito ruim  
6  Não sei dizer/ não tenho opinião sobre isso  
7  NA

 CARD9

#### Nutricionista

189. Nos últimos 12 meses, o Sr/a Sra consultou um(a) nutricionista?

1  Sim    2  Não    3  Não sei/não lembro    4  NA

 NUTR9

189.1. Caso sim, isto foi por orientação de algum profissional da USF?

1  Sim    2  Não    3  Não sei/não lembro    4  NA

 NUTR1

#### Caso tenha consultado um(a) nutricionista nos últimos 12 meses

190. Nos últimos 12 meses, quantas vezes o Sr/a Sra consultou o(a) nutricionista?

Número de vezes:      riscar se NA ou não sabe/ não lembro

 NUTR2

Se mais de uma consulta nos últimos 12 meses, perguntar o resto do bloco sobre a última

191. Onde foi realizada a consulta?

- 1  Unidade de saúde pública (unidade de saúde de referência)  
2  Plano de Saúde  
3  Particular/desembolso direto  
4  Entidade filantrópica (Hospital/Casa saúde)  
5  Universidade/Hospital escola  
6  Outros \_\_\_\_\_  
7  NA

 NUTR3

191.1 Caso a consulta tenha sido particular, quanto pagou?

R\$           riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembro

 NUTR4

192. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF escreveu alguma informação para o especialista a respeito do motivo desta consulta?

1  Sim    2  Não    3  Não sei/não lembro    4  NA

 NUTR5

193. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF sabe quais foram os resultados desta consulta?

1  Sim    2  Não    3  Não sei/não lembro    4  NA

 NUTR6

194. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF falou com o Sr/a Sra sobre os resultados desta consulta (explicou o que significavam no seu caso, que conseqüências podiam ter sobre sua dieta, seu tratamento, etc.)?

1  Sim    2  Não    3  Não sei/não lembro    4  NA

 NUTR7

Porte N°FSF N°entrevistado [D]  
Não escrever nada nesta coluna

195. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado, isto é, perguntou-lhe se foi bem ou mal atendido por este especialista?

1  Sim 2  Não 3  Não sei/não lembro 4  NA

MUTRS

196. Qual sua opinião sobre a facilidade de acesso a esta consulta (foi fácil conseguir marcar esta consulta)?

1  Muito boa  
2  Boa  
3  Regular  
4  Ruim  
5  Muito ruim  
6  Não sei dizer/ não tenho opinião sobre isso  
7  NA

MUTRS

### Podólogo

197. Nos últimos 12 meses, o Sr/a Sra consultou um(a) profissional que cuida dos pés (podólogo/a)?

1  Sim 2  Não 3  Não sei/não lembro ~~4  NA~~

P0008N

197.1. Caso sim, isto foi por orientação de algum profissional da USF?

1  Sim 2  Não 3  Não sei/não lembro 4  NA

P0001

### Caso tenha consultado um(a) podólogo/a nos últimos 12 meses

198. Nos últimos 12 meses, quantas vezes o Sr/a Sra consultou o(a) profissional que cuida dos pés (podólogo/a)?

Número de vezes:     riscar se NA ou não sabe/ não lembro

P0002

Se mais de uma consulta nos últimos 12 meses, perguntar o resto do bloco sobre a última

199. Onde foi realizada a consulta?

1  Unidade de saúde pública (unidade de saúde de referência)  
2  Plano de Saúde  
3  Particular/desembolso direto  
4  Entidade filantrópica (Hospital/Casa saúde)  
5  Universidade/Hospital escola  
6  Outros \_\_\_\_\_  
7  NA

P0003

199.1. Caso a consulta tenha sido particular, quanto pagou?

R\$     ,     riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembro

P0004

200. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF escreveu alguma informação para o especialista a respeito do motivo desta consulta?

1  Sim 2  Não 3  Não sei/não lembro 4  NA

P0005

201. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF sabe quais foram os resultados desta consulta?

1  Sim 2  Não 3  Não sei/não lembro 4  NA

P0006

202. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF falou com o Sr/a Sra sobre os resultados desta consulta (explicou o que significavam no seu caso, que seqüências eles podiam ter sobre os cuidados com seus pés, etc.)?

1  Sim 2  Não 3  Não sei/não lembro 4  NA

P0007

203. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado, isto é, perguntou-lhe se foi bem ou mal atendido por este especialista?

1  Sim 2  Não 3  Não sei/não lembro 4  NA

P0008

Porte

N°FSF

N°Entrevistado

Não escrever nada nesta coluna

204. Qual sua opinião sobre a facilidade de acesso a esta consulta (foi fácil conseguir marcar esta consulta)?

- 1  Muito boa  
2  Boa  
3  Regular  
4  Ruim  
5  Muito ruim  
6  Não sei dizer/ não tenho opinião sobre isso  
7  NA

P0008

### Outros especialistas

205. Nos últimos 12 meses, o Sr/a Sra consultou um profissional de saúde com outra especialidade além das que já perguntamos até o momento?

- 1  Sim 2  Não 3  Não sei/não lembro 4  ~~NA~~

ESPEC6N

205.1. Caso sim, isto foi por orientação de algum profissional da USF?

- 1  Sim 2  Não 3  Não sei/não lembro 4  NA

ESPEC1

### Caso tenha consultado outro(s) especialista(s) nos últimos 12 meses

206. Nos últimos 12 meses, quantas vezes o Sr/a Sra consultou outro especialista?

Número de vezes:    riscar se NA ou não sabe/ não lembra

ESPEC2

207. Qual(is) a(s) especialidade(s)? *perguntar todas, uma por uma*

207.1 Homeopata/acupunturista 1  Sim 2  Não 3  NA

207.2 Nefrologista 1  Sim 2  Não 3  NA

207.3 Neurologista 1  Sim 2  Não 3  NA

207.4 Psicólogo/psiquiatra 1  Sim 2  Não 3  NA

207.5 Fisioterapeuta 1  Sim 2  Não 3  NA

207.6 Outro(s) 1  Sim 2  Não 3  NA

HOME0

NEFRO

NEURO

PSICO

FISIO

OUTROESP

207.6.1 Caso tenha ido a outro(s) especialista(s), qual(is) especialidade(s)?

*Se mais de uma consulta nos últimos 12 meses, perguntar o resto do bloco sobre a última*

208. Onde foi realizada a consulta?

- 1  Unidade de saúde pública (unidade de saúde de referência)  
2  Plano de Saúde  
3  Particular/desembolso direto  
4  Entidade filantrópica (Hospital/Casa saúde)  
5  Universidade/Hospital escola  
6  Outros \_\_\_\_\_  
7  NA

ESPEC3

208.1 Caso a consulta tenha sido particular, quanto pagou?

R\$          riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra

ESPEC4

209. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF escreveu alguma informação para o especialista a respeito do motivo desta consulta?

- 1  Sim 2  Não 3  Não sei/não lembro 4  NA

ESPEC5

210. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF sabe quais foram os resultados desta consulta?

- 1  Sim 2  Não 3  Não sei/não lembro 4  NA

ESPEC6



	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Porte	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> N°FSF	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> N°entrevistado	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Não escrever nada nesta coluna	
<p>211. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF falou com o Sr/a Sra sobre os resultados desta consulta (explicou o que significavam no seu caso, que conseqüências podiam ter sobre sua dieta, seu tratamento, etc.)?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input type="checkbox"/> NA</p>					<input type="checkbox"/> ESPEC7
<p>212. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado, isto é, perguntou-lhe se foi bem ou mal atendido por este especialista?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input type="checkbox"/> NA</p>					<input type="checkbox"/> ESPEC8
<p>213. Qual sua opinião sobre a facilidade de acesso a esta consulta (foi fácil conseguir marcar esta consulta)?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Muito boa          2 <input type="checkbox"/> Boa          3 <input type="checkbox"/> Regular          4 <input type="checkbox"/> Ruim          5 <input type="checkbox"/> Muito ruim          6 <input type="checkbox"/> Não sei dizer/ não tenho opinião sobre isso          7 <input type="checkbox"/> NA</p>					<input type="checkbox"/> ESPEC9
<h3>COMPLICAÇÕES DO DIABETES</h3>					
<h4>Olhos</h4>					
<p>214. O Sr/a Sra teve ou tem complicações do diabetes nos olhos, comprovado por um profissional? <i> pode ser retinopatia diabética, catarata, ou glaucoma</i></p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input checked="" type="checkbox"/> NA</p>					<input type="checkbox"/> OLHOSN
<p><b>Caso tenha complicações oftalmológicas</b></p>					
<p>215. O Sr/a Sra teve que fazer tratamento com <u>laser</u> para essa(s) complicação(ões)?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input type="checkbox"/> NA</p>					<input type="checkbox"/> OLH01
<p><b>Caso sim</b></p>					
<p>215.1. Onde foi realizado este tratamento?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Unidade de saúde pública (unidade de saúde de referência)          2 <input type="checkbox"/> Plano de Saúde          3 <input type="checkbox"/> Particular/desembolso direto          4 <input type="checkbox"/> Entidade filantrópica (Hospital/Casa saúde)          5 <input type="checkbox"/> Universidade/Hospital escola          6 <input type="checkbox"/> Outros _____          7 <input type="checkbox"/> NA</p>					<input type="checkbox"/> OLH02
<p>215.2 Caso tenha sido particular, quanto pagou?</p> <p>R\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <i> riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra</i></p>					<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> OLH03
<p>216. O Sr/a Sra teve que fazer <u>cirurgia</u> para essa(s) complicação(ões) (por exemplo: catarata)?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input type="checkbox"/> NA</p>					<input type="checkbox"/> OLH04
<p><b>Caso sim</b></p>					
<p>216.1. Onde foi realizada esta cirurgia?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Hospital público          2 <input type="checkbox"/> Hospital privado (plano de Saúde)          3 <input type="checkbox"/> Hospital privado (particular)          4 <input type="checkbox"/> Entidade filantrópica (Hospital/Casa saúde)          5 <input type="checkbox"/> Universidade/Hospital escola          6 <input type="checkbox"/> Outros _____          7 <input type="checkbox"/> NA</p>					<input type="checkbox"/> OLH05

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|  
Porte N°FSF N°entrevistado  
Não escrever nada nesta coluna

216.2 Caso a cirurgia tenha sido particular, quanto pagou?

R\$ \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ *riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra*

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_| OLH06

217. Para este problema nos olhos, o Sr/a Sra precisa usar algum remédio todos os dias por orientação médica sem ter uma data para parar?

1  Sim 2  Não 3  Não sei/não lembro 4  NA

\_\_\_\_\_| OLH07

**Caso sim**

217.1. Qual(is) o(s) nome(s) deste(s) remédio(s)?

*pedir para ver a receita ou a embalagem*

217.2. O Sr/a Sra precisa comprar algum(uns) destes remédios?

1  Sim 2  Não 3  Não sei/não lembro 4  NA

\_\_\_\_\_| OLH08

217.2.1. Caso sim, quanto diria que gasta em média por mês com esta compra?

R\$ \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ *riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra*

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_| OLH09

218. Para este problema nos olhos, o Sr/a Sra precisa usar óculos ou lentes de contato (além do que é necessário por miopia ou baixa de visão devida à idade)?

1  Sim 2  Não 3  Não sei/não lembro 4  NA

\_\_\_\_\_| OLH10

**Caso sim**

218.1. O Sr/a Sra comprou os óculos e/ou as lentes de contato?

1  Sim 2  Não 3  Não sei/não lembro 4  NA

\_\_\_\_\_| OLH11

218.1.1. Caso sim, quanto gastou na compra dos óculos e/ou das lentes de contato?

R\$ \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ *riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra*

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_| OLH12

218.1.2. Caso faça uso de lentes de contato, quanto gasta por mês na manutenção?

R\$ \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ *riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra*

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_| OLH13

219. Este problema nos olhos teve repercussões sobre seu trabalho e sua renda mensal (por exemplo: perdeu o emprego, teve que mudar de posto de trabalho, etc.)?

1  Sim 2  Não 3  Não sei/não lembro 4  NA

\_\_\_\_\_| OLH14

219.1. Caso sim, quanto acha que perdeu (mensalmente)?

R\$ \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ *riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra*

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_| OLH15

### Rins

220. O Sr/a Sra teve ou tem mal funcionamento dos rins decorrente do seu diabetes?

1  Sim 2  Não 3  Não sei/não lembro 4  NA

\_\_\_\_\_| RINS

**Caso tenha complicações renais**

221. O Sr/a Sra tem que fazer diálise para tratar essa complicação?

1  Sim 2  Não 3  Não sei/não lembro 4  NA

\_\_\_\_\_| RNI

**Caso sim**

	Porte	NºFSF	Nºentrevistado	ID
<i>Não escrever nada nesta coluna</i>				
<p><b>221.1. Onde está realizado este tratamento?</b></p> <p>1 <input type="checkbox"/> Unidade de saúde pública (unidade de saúde de referência)            2 <input type="checkbox"/> Plano de Saúde            3 <input type="checkbox"/> Particular/desembolso direto            4 <input type="checkbox"/> Entidade filantrópica (Hospital/Casa saúde)            5 <input type="checkbox"/> Universidade/Hospital escola            6 <input type="checkbox"/> Outros _____            7 <input type="checkbox"/> NA</p>				RIN2
<p><b>221.2. Caso este tratamento seja particular, quanto diria que gasta em média por mês com ele?</b></p> <p>R\$ _____, _____ <i>riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra</i></p>				RIN3
<p><b>222. O Sr/a Sra precisou fazer uma cirurgia de <u>transplante renal</u> para tratar essa complicação?</b></p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input type="checkbox"/> NA</p>				RIN4
<p><b>Caso sim</b></p> <p><b>222.1. Onde foi realizada esta cirurgia?</b></p> <p>1 <input type="checkbox"/> Hospital público            2 <input type="checkbox"/> Hospital privado (plano de Saúde)            3 <input type="checkbox"/> Hospital privado (particular)            4 <input type="checkbox"/> Entidade filantrópica (Hospital/Casa saúde)            5 <input type="checkbox"/> Universidade/Hospital escola            6 <input type="checkbox"/> Outros _____            7 <input type="checkbox"/> NA</p>				RIN5
<p><b>222.2. O Sr/a Sra precisou pagar por esta cirurgia (ou parte dela)?</b></p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input type="checkbox"/> NA</p>				RIN6
<p><b>222.2.1. Caso sim, quanto gastou?</b></p> <p>R\$ _____, _____ <i>riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra</i></p>				RIN7
<p><b>222.3. O Sr/a Sra teve outros gastos para realizar esta cirurgia (por exemplo: transporte, transporte para acompanhante, alimentação, remédios (de uso por tempo limitado), etc.)?</b></p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input type="checkbox"/> NA</p>				RIN8
<p><b>222.3.1. Caso sim, quanto acha que gastou com estes?</b></p> <p>R\$ _____, _____ <i>riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra</i></p>				RIN9
<p><b>223. Para este problema nos rins, o Sr/a Sra precisa usar algum(ns) remédio(s) todos os dias por orientação médica sem ter uma data para parar?</b></p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input type="checkbox"/> NA</p>				RIN10
<p><b>Caso sim</b></p> <p><b>223.1. Qual(is) o(s) nome(s) deste(s) remédio(s)?</b></p> <p><i>pedir para ver a receita ou a embalagem</i></p> <p>_____</p> <p>_____</p>				
<p><b>223.2. O Sr/a Sra precisa comprar algum(uns) destes remédios?</b></p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input type="checkbox"/> NA</p>				RIN11
<p><b>223.2.1. Caso sim, quanto diria que gasta em média por mês com esta compra?</b></p> <p>R\$ _____, _____ <i>riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra</i></p>				RIN12

Porte      N°FSF      N°entrevistado      D

*Não escrever nada nesta coluna*

224. Para este problema nos rins, o Sr/a Sra tem que seguir uma **dieta especial**?

- 1  Sim      2  Não      3  Não sei/não lembro      4  NA

RIN13

**Caso sim**

224.1. O Sr/a Sra tem que realizar gastos específicos (por exemplo: comprar produtos sem proteínas, complementos alimentares, etc.)?

- 1  Sim      2  Não      3  Não sei/não lembro      4  NA

RIN14

224.1.1. Caso sim, quanto diria que gasta em média por mês com esta compra?

R\$      ,       riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembro

RIN15

225. Este problema renal teve repercussões sobre seu **trabalho** e sua **renda** mensal (por exemplo: perdeu o emprego, teve que mudar de posto de trabalho, etc.)?

- 1  Sim      2  Não      3  Não sei/não lembro      4  NA

RIN16

225.1. Caso sim, quanto acha que perdeu (mensalmente)?

R\$             riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembro

RIN17

**Coração e artérias**

226. O Sr/a Sra teve ou tem problema cardíaco (ex: infarto) decorrente do seu diabetes?

- 1  Sim      2  Não      3  Não sei/não lembro      4  NA

CV5N1

227. O Sr/a Sra teve ou tem acidente circulatório cerebral (derrame cerebral) decorrente do seu diabetes?

- 1  Sim      2  Não      3  Não sei/não lembro      4  NA

CV5N2

**Caso tenha tido infarto ou acidente vascular cerebral**

228. Onde o Sr/a Sra foi internado por causa deste problema?

*caso houve várias internações, perguntar sobre a última; caso não houve, marcar NA*

- 1  Hospital público  
 2  Hospital privado (plano de Saúde)  
 3  Hospital privado (particular)  
 4  Entidade filantrópica (Hospital/Casa saúde)  
 5  Universidade/Hospital escola  
 6  Outros \_\_\_\_\_  
 7  NA

CV1

229. O Sr/a Sra precisou pagar por esta internação (ou parte dela)?

- 1  Sim      2  Não      3  Não sei/não lembro      4  NA

CV2

229.1. Caso sim, quanto gastou?

R\$             riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembro

CV3

230. Para este problema de saúde, o Sr/a Sra precisa usar algum **remédio** todos os dias por orientação médica sem ter uma data para parar?

- 1  Sim      2  Não      3  Não sei/não lembro      4  NA

CV4

**Caso sim**

230.1. Qual(is) o(s) nome(s) deste(s) remédio(s)?

*pedir para ver a receita ou a embalagem*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> Porte	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> NºFSF	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> Nºentrevistado	<input type="checkbox"/> D	
					Não escrever nada nesta coluna
<p>230.2. O Sr/a Sra precisa comprar algum(uns) destes remédios?  <input type="checkbox"/> Sim    <input type="checkbox"/> Não    <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    <input type="checkbox"/> NA</p> <p>230.2.1. Caso sim, quanto diria que gasta em média por mês com esta compra?          R\$ <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> , <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: x-small;">riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembro</span></p> <p>231. Por este problema, o Sr/a Sra teve, ou continua tendo, que ter cuidados de <u>fisioterapia</u>?  <input type="checkbox"/> Sim    <input type="checkbox"/> Não    <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    <input type="checkbox"/> NA</p> <p>231.1. Caso sim, quanto acha que gastou e por quantos meses? (se já parou de gastar)          R\$ <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> , <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: x-small;">riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembro</span>          Por <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> mês/meses <span style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: x-small;">riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembro</span></p> <p>231.2. OU, quanto acha que gasta em média por mês? (se está gastando atualmente)          R\$ <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> , <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: x-small;">riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembro</span></p>	<input type="checkbox"/> CV5  <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> , <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> CV6  <input type="checkbox"/> CV7  <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> , <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> CV8  <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> CV9  <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> , <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> CV10				
<b>Outras complicações</b>					
<p>232. <span style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: x-small;">Só para homens</span> O Sr teve ou tem <u>problemas sexuais persistentes</u> (impotência)?  <input type="checkbox"/> Sim    <input type="checkbox"/> Não    <input type="checkbox"/> NA</p> <p><span style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: x-small;">Caso sim</span></p> <p>232.1. Algum profissional da USF onde o Sr consulta já perguntou sobre este assunto?  <input type="checkbox"/> Sim    <input type="checkbox"/> Não    <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    <input type="checkbox"/> NA</p> <p>232.2 Algum profissional desta USF já tomou providências para tentar resolver este problema (por exemplo: receitou exames complementares, aconselhou remédios, encaminhou para especialista)?  <input type="checkbox"/> Sim    <input type="checkbox"/> Não    <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    <input type="checkbox"/> NA</p> <p>233. O Sr/a Sra teve ou tem <u>feridas nos pés</u>, que demoraram para se curar?  <input type="checkbox"/> Sim    <input type="checkbox"/> Não    <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    <del><input type="checkbox"/> NA</del></p> <p>234. O Sr/a Sra teve ou tem <u>amputação</u> de membros ou de parte de um membro?  <input type="checkbox"/> Sim    <input type="checkbox"/> Não    <del><input type="checkbox"/> NA</del></p> <p><span style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: x-small;">Caso tenha tido amputação</span></p> <p>235. Onde foi realizada a <u>cirurgia</u> de amputação?  <span style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: x-small;">se várias, perguntar sobre a última</span>  <input type="checkbox"/> Hospital público  <input type="checkbox"/> Hospital privado (plano de Saúde)  <input type="checkbox"/> Hospital privado (particular)  <input type="checkbox"/> Entidade filantrópica (Hospital/Casa saúde)  <input type="checkbox"/> Universidade/Hospital escola  <input type="checkbox"/> Outros _____  <input type="checkbox"/> NA</p> <p>236. O Sr/a Sra precisou pagar por esta cirurgia (ou parte dela)?  <input type="checkbox"/> Sim    <input type="checkbox"/> Não    <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    <input type="checkbox"/> NA</p> <p>236.1. Caso sim, quanto gastou?</p>	<input type="checkbox"/> SEXGN  <input type="checkbox"/> SEX1  <input type="checkbox"/> SEX2  <input type="checkbox"/> FERGN  <input type="checkbox"/> AMPUSN  <input type="checkbox"/> AMPU1  <input type="checkbox"/> AMPU2				

	Porte			ID
	Nº F.S.F.	Nº Entrevista		
	Não escrever nada nesta coluna			

<p>R\$ [ ] [ ] [ ] [ ] , [ ] [ ] <span style="border: 1px solid black; padding: 1px;">riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembro</span></p> <p>237. O Sr/a Sra teve outros gastos para realizar esta cirurgia (por exemplo: transporte, transporte para acompanhante, alimentação, remédios (de uso por tempo limitado), etc.)?</p> <p>1<input type="checkbox"/> Sim    2<input type="checkbox"/> Não    3<input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4<input type="checkbox"/> NA</p> <p>237.1. Caso sim, quanto acha que gastou com estes?</p> <p>R\$ [ ] [ ] [ ] [ ] , [ ] [ ] <span style="border: 1px solid black; padding: 1px;">riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembro</span></p> <p>238. Por este problema, o Sr/a Sra teve, ou continua tendo, que ter cuidados de <u>fisioterapia</u>?</p> <p>1<input type="checkbox"/> Sim    2<input type="checkbox"/> Não    3<input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4<input type="checkbox"/> NA</p> <p>238.1. Caso sim, quanto acha que gastou e por quantos meses? (se já parou de gastar)</p> <p>R\$ [ ] [ ] [ ] [ ] , [ ] [ ] <span style="border: 1px solid black; padding: 1px;">riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembro</span></p> <p>Por [ ] [ ] mês/meses <span style="border: 1px solid black; padding: 1px;">riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembro</span></p> <p>238.2. OU, quanto acha que gasta em média por mês? (se está gastando atualmente)</p> <p>R\$ [ ] [ ] [ ] [ ] , [ ] [ ] <span style="border: 1px solid black; padding: 1px;">riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembro</span></p> <p>239. Este problema teve repercussões sobre seu <u>trabalho</u> e sua <u>renda mensal</u> (por exemplo: perdeu o emprego, teve que mudar de posto de trabalho, etc.)?</p> <p>1<input type="checkbox"/> Sim    2<input type="checkbox"/> Não    3<input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4<input type="checkbox"/> NA</p> <p>239.1. Caso sim, quanto acha que perdeu (mensalmente)?</p> <p>R\$ [ ] [ ] [ ] [ ] , [ ] [ ] <span style="border: 1px solid black; padding: 1px;">riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembro</span></p> <p>240. O Sr/a Sra teve ou tem dores/cócegas insuportáveis e permanentes nos membros inferiores (pernas)?</p> <p>1<input type="checkbox"/> Sim    2<input type="checkbox"/> Não    3<input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4<input checked="" type="checkbox"/> <del>NA</del></p> <p>241. O Sr/a Sra teve ou tem outra(s) complicação(ões) do diabetes?</p> <p>1<input type="checkbox"/> Sim    2<input type="checkbox"/> Não    3<input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4<input checked="" type="checkbox"/> <del>NA</del></p> <p>241.1. Caso sim, qual(is)?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>				
		AMPU3		
		AMPU4		
		AMPU5		
		AMPU7		
		AMPU8		
		AMPU9		
		AMPU10		
		AMPU11		
		DORESN		
		COMPLN		
<b>Caso tenha tido ou tenha outras complicações</b>				
<p>242. Para esta(s) complicação(ões), o Sr/a Sra precisa usar algum <u>remédio</u> todos os dias por orientação médica sem ter uma data para parar?</p> <p>1<input type="checkbox"/> Sim    2<input type="checkbox"/> Não    3<input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4<input type="checkbox"/> NA</p> <p><span style="border: 1px solid black; padding: 1px;">Caso sim</span></p> <p>242.1. Qual(is) o(s) nome(s) deste(s) remédio(s)? <span style="border: 1px solid black; padding: 1px;">pedir para ver a receita ou a embalagem</span></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>242.2. O Sr/a Sra precisa comprar algum(uns) destes remédios?</p> <p>1<input type="checkbox"/> Sim    2<input type="checkbox"/> Não    3<input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4<input type="checkbox"/> NA</p>		COMPL1		
		COMPL2		

	Porte	NºFSF	Nºentrevistado	ID
<i>Não escrever nada nesta coluna</i>				
<p><b>242.2.1. Caso sim, quanto diria que gasta em média por mês com esta compra?</b> R\$ [ ][ ][ ][ ] , [ ][ ] <i>riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembro</i></p>				COMPL3
<p><b>243. Esta(s) complicação(ões) teve(tiveram) repercussões sobre seu trabalho e sua renda mensal (por exemplo: perdeu o emprego, teve que mudar de posto de trabalho, etc.)?</b> 1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input type="checkbox"/> NA</p>				COMPL4
<p><b>243.1. Caso sim, quanto acha que perdeu (mensalmente)?</b> R\$ [ ][ ][ ][ ] , [ ][ ] <i>riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembro</i></p>				COMPL5
<p><b>244. O Sr/a Sra tem que encarar outros gastos devido a esta(s) complicação(ões)?</b> 1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input type="checkbox"/> NA</p>				COMPL6
<p><b>244.1. Caso sim, quanto diria que gasta em média por mês?</b> R\$ [ ][ ][ ][ ] , [ ][ ] <i>riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembro</i></p>				COMPL7
<b>Caso tenha tido ou tenha alguma complicação devido ao diabetes</b>				
<p><b>245. O Sr/a Sra precisou fazer reformas na sua moradia, para ajustar o ambiente ao seu estado de saúde devido a esta complicação?</b> 1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> NA</p>				COMPL8
<p><b>245.1. Caso sim, quanto diria que isso custou?</b> R\$ [ ][ ][ ][ ] , [ ][ ] <i>riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembro</i></p>				COMPL9
<p><b>246. O Sr/a Sra precisa usar uma prótese e/ou cadeira de roda, ou outro aparelho, em decorrência desta complicação?</b> 1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> NA</p>				COMPL10
<p><b>246.1. Caso sim, o Sr/a Sra teve, ou continua tendo, que pagar por estes aparelhos?</b> 1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input type="checkbox"/> NA</p>				COMPL11
<p><b>246.1.1. Caso sim, quanto acha que gastou e por quantos meses? (se já parou de gastar)</b> R\$ [ ][ ][ ][ ] , [ ][ ] <i>riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembro</i></p>				COMPL12
<p>Por [ ][ ] mês/meses <i>riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembro</i></p>				COMPL13
<p><b>246.1.2. OU, quanto acha que gasta em média por mês? (se está gastando atualmente)</b> R\$ [ ][ ][ ][ ] , [ ][ ] <i>riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembro</i></p>				COMPL14
<b>INTERAÇÕES POR DIABETES OU RELACIONADAS COM DIABETES</b>				
<p><b>247. Durante sua vida, o Sr/a Sra teve alguma internação devido ao diabetes?</b> 1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input checked="" type="checkbox"/> NA</p>				INTER5N
<b>Caso tenha tido internações devido ao diabetes</b>				
<p><b>248. Quantas internações o Sr/a Sra teve desde o começo do diabetes?</b> 1 <input type="checkbox"/> Uma vez 2 <input type="checkbox"/> De duas a cinco vezes 3 <input type="checkbox"/> Mais de cinco vezes 4 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro 5 <input type="checkbox"/> NA</p>				INTER1

	<input type="text"/> Porte	<input type="text"/> <input type="text"/> Nº USF	<input type="text"/> <input type="text"/> Nº entrevista/n	<input type="text"/>	
<i>Não escrever nada nesta coluna</i>					
<b>Para a mais recente internação que o Sr/a Sra teve:</b>					
249. O Sr/a Sra foi encaminhado/a por algum profissional da USF?	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 3 Não sei/não lembro	<input type="checkbox"/> 4 NA	<input type="checkbox"/> INTER2
250. Onde o Sr/a Sra foi internado/a?					
1 <input type="checkbox"/> Hospital público					
2 <input type="checkbox"/> Hospital privado (plano de Saúde)					
3 <input type="checkbox"/> Hospital privado (particular)					
4 <input type="checkbox"/> Entidade filantrópica (Hospital/Casa saúde)					
5 <input type="checkbox"/> Universidade/Hospital escola					
6 <input type="checkbox"/> Outros _____					
7 <input type="checkbox"/> NA					
251. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF escreveu alguma informação para o pessoal do hospital a respeito do motivo desta internação?	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 3 Não sei/não lembro	<input type="checkbox"/> 4 NA	<input type="checkbox"/> INTER4
252. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF sabe quais foram os resultados desta internação?	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 3 Não sei/não lembro	<input type="checkbox"/> 4 NA	<input type="checkbox"/> INTER5
253. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF falou com o Sr/a Sra sobre os resultados desta internação (explicou o que significavam no seu caso, que conseqüências podiam ter sobre sua dieta, seu tratamento, etc.)?	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 3 Não sei/não lembro	<input type="checkbox"/> 4 NA	<input type="checkbox"/> INTER6
254. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado, isto é, perguntou-lhe se foi bem ou mal atendido durante esta internação?	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 3 Não sei/não lembro	<input type="checkbox"/> 4 NA	<input type="checkbox"/> INTER7
255. Qual sua opinião sobre a facilidade de acesso a esta internação (foi fácil conseguir esta internação)?					
1 <input type="checkbox"/> Muito boa					
2 <input type="checkbox"/> Boa					
3 <input type="checkbox"/> Regular					
4 <input type="checkbox"/> Ruim					
5 <input type="checkbox"/> Muito ruim					
6 <input type="checkbox"/> Não sei dizer/ não tenho opinião sobre isso					
7 <input type="checkbox"/> NA					
256. O Sr/a Sra pagou por esta internação?	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 3 Não sei/não lembro	<input type="checkbox"/> 4 NA	<input type="checkbox"/> INTER9
256.1. Caso sim, quanto pagou?					
R\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <small>riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra</small>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	INTER10			
257. Por causa desta internação, o Sr/a Sra perdeu parte de seu salário/ganho habitual?	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 3 Não sei/não lembro	<input type="checkbox"/> 4 NA	<input type="checkbox"/> INTER11
257.1. Caso sim, quanto acha que perdeu?					
R\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <small>riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra</small>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	INTER12			

*Muito obrigado, por haver disponibilizado seu tempo livre para responder este questionário.*

Nome do(a) entrevistador(a): \_\_\_\_\_



ANEXO B - Formulário do usuário Hipertenso

	<input type="text"/> <input type="text"/>	Porte	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	N°ESF ou UBS	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	N°entrevistado	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	<i>Não escrever nada nesta coluna</i>							
13. Data da entrevista:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DIAE	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	MESE	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	ANOE
<b>DADOS GERAIS</b>								
14. Data de nascimento:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DIAN	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	MESN	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	ANON
15. Sexo:	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Feminino		<input type="text"/>	SEXO			
16. Qual o senhor/a senhora diz que é a cor da sua pele ou sua raça? <input type="text"/> cor								
<input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> NA								
<b>CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS/ SOCIOECONÔMICAS</b>								
17. Número de pessoas que moram na casa:	<input type="text"/> <input type="text"/> pessoas		<input type="text"/> <input type="text"/>	DEMO1				
18. Nível de estudos:			<input type="text"/> <input type="text"/>	DEMO2				
	01 <input type="checkbox"/> Analfabeto							
	02 <input type="checkbox"/> Sabe ler e escrever							
	03 <input type="checkbox"/> Primário incompleto							
	04 <input type="checkbox"/> Primário completo							
	05 <input type="checkbox"/> Primeiro grau incompleto							
	06 <input type="checkbox"/> Primeiro grau completo							
	07 <input type="checkbox"/> Segundo grau incompleto							
	08 <input type="checkbox"/> Segundo grau completo							
	09 <input type="checkbox"/> Técnico							
	10 <input type="checkbox"/> Superior incompleto							
	11 <input type="checkbox"/> Superior completo							
	12 <input type="checkbox"/> Pós-graduado							
	13 <input type="checkbox"/> Outro _____							
19. No último mês, quanto o senhor/a senhora ganhou?			<input type="text"/> <input type="text"/>	DEMO3				
	1 <input type="checkbox"/> Até 1 SM							
	2 <input type="checkbox"/> Mais de 1 e até 4 SM							
	3 <input type="checkbox"/> Mais de 4 SM							
	4 <input type="checkbox"/> Não sei/ Não lembro							
	<del>5 <input type="checkbox"/> NA</del>							
20. No último mês, qual foi a renda familiar? (Considere como renda: salários, pensões, bolsa-família, etc., de todos que moram na casa)			<input type="text"/> <input type="text"/>	DEMO4				
	1 <input type="checkbox"/> Até 1 SM							
	2 <input type="checkbox"/> Mais de 1 e até 4 SM							
	3 <input type="checkbox"/> Mais de 4 SM							
	4 <input type="checkbox"/> Não sei/ Não lembro							
	<del>5 <input type="checkbox"/> NA</del>							
21. A renda familiar do último mês foi muito diferente do habitual?			<input type="text"/> <input type="text"/>	DEMO5				
	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro	<del>4 <input type="checkbox"/> NA</del>				
21.1. Caso sim, quanto é habitualmente?			<input type="text"/> <input type="text"/>	DEMO6				
	1 <input type="checkbox"/> Até 1 SM							
	2 <input type="checkbox"/> Mais de 1 e até 4 SM							
	3 <input type="checkbox"/> Mais de 4 SM							
	4 <input type="checkbox"/> Não sei/ Não lembro							
	5 <input type="checkbox"/> NA							

	_ _	_ _ _ _	_ _ _	H
	Porte	N°ESF ou UBS	N°entrevistado	
<i>Não escrever nada nesta coluna</i>				
<p>22. Neste momento, o senhor/a senhora está:</p> <p style="text-align: center;"><u>ler as opções e marcar apenas uma, a principal</u></p> <p>01 <input type="checkbox"/> Empregado, com carteira assinada</p> <p>02 <input type="checkbox"/> Empregado, sem carteira assinada</p> <p>03 <input type="checkbox"/> Fazendo biscates</p> <p>04 <input type="checkbox"/> Dono do próprio negócio</p> <p>05 <input type="checkbox"/> Trabalhador autônomo</p> <p>06 <input type="checkbox"/> Desempregado</p> <p style="padding-left: 20px;">Caso sim, há quanto tempo?  _ _  anos e/ou  _ _  meses</p> <p>07 <input type="checkbox"/> Dona de casa</p> <p>08 <input type="checkbox"/> Estudante</p> <p>09 <input type="checkbox"/> Aposentado</p> <p style="padding-left: 20px;">Caso sim, há quanto tempo?  _ _  anos e/ou  _ _  meses</p> <p>10 <input type="checkbox"/> Auxílio doença (encostado por doença)</p> <p style="padding-left: 20px;">Caso sim, há quanto tempo?  _ _  anos e/ou  _ _  meses</p> <p>11 <input type="checkbox"/> Pensionista</p> <p style="padding-left: 20px;">Caso sim, há quanto tempo?  _ _  anos e/ou  _ _  meses</p> <p>12 <input type="checkbox"/> Outro _____</p> <p><del>13 <input type="checkbox"/> Outro _____</del></p>				
	_ _	ANDES	_ _	MESDES
	_ _	ANOAPO	_ _	MESAPO
	_ _	ANDOE	_ _	MESOE
	_ _	ANOPEN	_ _	MESPEN
<p><b>Se o senhor/a senhora não é o chefe da família</b></p> <p>23. Até que ano o chefe da família cursou na escola ou faculdade?</p> <p>01 <input type="checkbox"/> Analfabeto</p> <p>02 <input type="checkbox"/> Sabe ler e escrever</p> <p>03 <input type="checkbox"/> Primário incompleto</p> <p>04 <input type="checkbox"/> Primário completo</p> <p>05 <input type="checkbox"/> Primeiro grau incompleto</p> <p>06 <input type="checkbox"/> Primeiro grau completo</p> <p>07 <input type="checkbox"/> Segundo grau incompleto</p> <p>08 <input type="checkbox"/> Segundo grau completo</p> <p>09 <input type="checkbox"/> Técnico</p> <p>10 <input type="checkbox"/> Superior incompleto</p> <p>11 <input type="checkbox"/> Superior completo</p> <p>12 <input type="checkbox"/> Pós-graduado</p> <p>13 <input type="checkbox"/> Outro _____</p>				
	_ _	DEMOS		
<p>24. Neste momento, o chefe da família está:</p> <p style="text-align: center;"><u>ler as opções e marcar apenas uma, a principal</u></p> <p>01 <input type="checkbox"/> Empregado, com carteira assinada</p> <p>02 <input type="checkbox"/> Empregado, sem carteira assinada</p> <p>03 <input type="checkbox"/> Fazendo biscates</p> <p>04 <input type="checkbox"/> Dono do próprio negócio</p> <p>05 <input type="checkbox"/> Trabalhador autônomo</p> <p>06 <input type="checkbox"/> Desempregado</p> <p style="padding-left: 20px;">Caso sim, há quanto tempo?  _ _  anos e/ou  _ _  meses</p> <p>07 <input type="checkbox"/> Dona de casa</p> <p>08 <input type="checkbox"/> Estudante</p> <p>09 <input type="checkbox"/> Aposentado</p> <p style="padding-left: 20px;">Caso sim, há quanto tempo?  _ _  anos e/ou  _ _  meses</p> <p>10 <input type="checkbox"/> Auxílio doença (encostado por doença)</p> <p style="padding-left: 20px;">Caso sim, há quanto tempo?  _ _  anos e/ou  _ _  meses</p> <p>11 <input type="checkbox"/> Pensionista</p> <p style="padding-left: 20px;">Caso sim, há quanto tempo?  _ _  anos e/ou  _ _  meses</p> <p>12 <input type="checkbox"/> Outro _____</p> <p><del>13 <input type="checkbox"/> Outro _____</del></p>				
	_ _	DEMOS		
	_ _	ANDESC	_ _	MESDESC
	_ _	ANOAPOC	_ _	MESAPOC
	_ _	ANDOEC	_ _	MESOEC
	_ _	ANDPENC	_ _	MESPENC

Porte

N°ESF ou UBS

N°entrevistado

Não escrever nada nesta coluna

### GASTOS COM SAÚDE E POR CAUSA DA DOENÇA

**Agora queremos saber um pouco sobre seus gastos mensais para cuidar de sua saúde**

25. O senhor/a senhora tem plano de saúde ou seguro de saúde?

1  Sim 2  Não 3  Não sei/não lembro  NA

GASTS1

25.1. Caso sim, quanto gasta em média por mês com este plano?

R\$       ,   riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra

GAST1

26. O senhor/a senhora tem plano odontológico?

1  Sim 2  Não 3  Não sei/não lembro  NA

GASTS2

26.1. Caso sim, quanto gasta em média por mês com este plano?

R\$       ,   riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra

GAST2

**Agora queremos saber um pouco sobre seus gastos mensais com transporte e perdas de salário/ dinheiro para cuidar de sua saúde indo ao PSF ou à UBS**

27. Para ir ao PSF ou UBS o Sr/a Sra precisa pagar o transporte?

1  Sim 2  Não 3  Não sei/não lembro 4  NA

GAST3

27.1. Caso sim, quanto gasta em média por mês com passagens (ida e volta)?

R\$       ,   riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra

GAST4

28. O Sr/a Sra precisa ir com acompanhante para estas consultas?

1  Sim 2  Não 3  Não sei/não lembro 4  NA

GAST5

28.1. Caso sim, o Sr/a Sra tem que pagar transporte para ele/ela?

1  Sim 2  Não 3  Não sei/não lembro 4  NA

GAST6

28.1.2. Caso sim, quanto gasta por mês (ida e volta)?

R\$       ,   riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra

GAST7

29. O Sr/a Sra tem outros gastos para fazer estas consultas (por exemplo: lanches, etc.)?

1  Sim 2  Não 3  Não sei/não lembro 4  NA

GAST8

29.1. Caso sim, quanto acha que gasta por mês?

R\$       ,   riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra

GAST9

30. O Sr/a Sra teve que pedir licença de seu trabalho ou deixar de trabalhar para fazer estas consultas?

1  Sim 2  Não 3  Não sei/não lembro 4  NA

GAST10

30.1. Caso sim, foi descontado do seu salário (ou deixou de ganhar) para o(s) dia(s) que faltou no mês?

1  Sim 2  Não 3  Não sei/não lembro 4  NA

GAST11

30.1.2. Caso sim, quanto acha que perde por mês?

R\$       ,   riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra

GAST12

**Agora queremos saber um pouco sobre seus gastos mensais com transporte fora do PSF/UBS e perda de renda com exames e especialistas indicados ou não pelo PSF/UBS**

	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
	Porte	N°ESF ou UBS	N°entrevistado	H	
Não escrever nada nesta coluna					

31. Para realizar as consultas e exames (fora do PSF/UBS) o Sr/a Sra precisa pagar o transporte?

1 Sim      2 Não      3 Não sei/não lembro      4 NA

GAST13

31.1. Caso sim, quanto gasta por mês com passagens (ida e volta)?

R\$  ,  riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra

,  GAST14

31.2. No último mês em que precisou realizar exames ou consulta fora do PSF/UBS, quantas vezes o Sr/a Sra foi atendido/a fora do PSF/UBS?

1 Uma vez  
 2 Duas vezes  
 3 Três vezes  
 4 Quatro vezes  
 5 Mais de quatro  
 6 Não sei/ não lembro  
 7 NA

GAST15

32. O Sr/a Sra precisa ir com acompanhante para estas consultas?

1 Sim      2 Não      3 Não sei/não lembro      4 NA

GAST16

32.1. Caso sim, o Sr/a Sra tem que pagar transporte para ele/ela?

1 Sim      2 Não      3 Não sei/não lembro      4 NA

GAST17

32.1.2. Caso sim, quanto gasta por mês (ida e volta)?

R\$  ,  riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra

,  GAST18

33. O Sr/a Sra tem outros gastos para fazer estas consultas (por exemplo: lanches, etc.)?

1 Sim      2 Não      3 Não sei/não lembro      4 NA

GAST19

33.1. Caso sim, quanto acha que gasta por mês?

R\$  ,  riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra

,  GAST20

34. O Sr/a Sra teve que pedir licença de seu trabalho ou deixar de trabalhar para fazer estas consultas?

1 Sim      2 Não      3 Não sei/não lembro      4 NA

GAST21

34.1. Caso sim, foi descontado do seu salário (ou deixou de ganhar) para o(s) dia(s) que faltou no mês?

1 Sim      2 Não      3 Não sei/não lembro      4 NA

GAST22

34.1.2. Caso sim, quanto acha que perde por mês?

R\$  ,  riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra

,  GAST23

## HÁBITOS DE VIDA

### Atividade física

35. Como o Sr/a Sra classificaria sua atividade física de lazer?

- 1 Leve (caminhar, pedalar ou dançar ≥ 3 horas por semana)  
 2 Moderada (correr, fazer ginástica ou praticar esportes ≥ 3 horas por semana)  
 3 Intensa (treinamento para competição)  
 4 Não tem (o lazer não inclui atividade física)

~~5 NA~~

36. Algum profissional da USF (Unidade de Saúde da Família) ou da UBS (Unidade Básica de Saúde) onde o Sr/a Sra consulta já perguntou se o Sr/a Sra realiza alguma atividade física?

- 1 Sim      2 Não      3 Não sei/não lembro      4 NA

Porte

N°ESF ou UBS

N°entrevistado

Não escrever nada nesta coluna

37. Algum profissional desta USF/UBS já orientou para modificar (aumentar) seus hábitos de atividade física?

1  Sim    2  Não    3  Não sei/não lembro    4  NA

AF3

37.1. Caso sim, ele/ela já deu dicas práticas para o Sr/a Sra conseguir esta modificação (por exemplo: orientou sobre o tipo de atividade que o Sr/a Sra poderia fazer, indicou fisioterapeuta, aconselhou uma academia onde o Sr/a Sra pudesse se matricular, etc.)?

1  Sim    2  Não    3  Não sei/não lembro    4  NA

AF4

38. O Sr/a Sra já modificou (aumentou) seus hábitos de atividade física?

1  Sim    2  Não    3  NA

AF5

38.1. Caso sim, teve, ou continua tendo, gastos para isto (por exemplo: matricular-se numa academia ou num clube, comprar equipamento, etc.)?

1  Sim    2  Não    3  Não sei/não lembro    4  NA

AF6

38.1.1. Caso sim, quanto acha que gastou e por quantos meses? (se já parou de gastar)

R\$            riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra

AF7

Por   mês/meses riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra

AF8

38.1.2. OU, quanto acha que gasta em média por mês? (se está gastando atualmente)

R\$             riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra

AF9

### Hábito de fumar

39. O Sr/a Sra fuma cigarro/ cachimbo/ charuto ou outros tipos de fumo atualmente ou já fumou no passado?

1  Sim, fumo atualmente  
2  Fumei no passado, mas parei de fumar  
3  Nunca fumei

~~4  NA~~

FUM8

40. Algum profissional da USF ou da UBS onde o Sr/a Sra se consulta já perguntou se o Sr/a Sra fumava, parou de fumar ou nunca fumou?

1  Sim    2  Não    3  Não sei/não lembro    4  NA

FUM1

### Caso o senhor/a senhora fume atualmente

41. Algum profissional desta USF/UBS já orientou para parar de fumar?

1  Sim    2  Não    3  Não sei/não lembro    4  NA

FUM2

41.1. Caso sim, ele/ela já deu dicas práticas para o Sr/a Sra conseguir (por exemplo: ofereceu ajuda na USF/UBS, receitou remédios para parar de fumar, encaminhou para consulta especializada, etc.)?

1  Sim    2  Não    3  Não sei/não lembro    4  NA

FUM3

42. O Sr/a Sra já tentou parar de fumar?

1  Sim    2  Não    3  NA

FUM4

42.1. Caso sim, teve gastos para isto (por exemplo: comprar remédios para parar de fumar, pagar para consulta especializada, etc.)?

1  Sim    2  Não    3  Não sei/não lembro    4  NA

FUM5

42.1.1. Caso sim, quanto acha que gastou e por quantos meses? (se já parou de gastar)

<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Porte	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> N°ESF ou UBS	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> N°entrevistado	
Não escrever nada nesta coluna			
R\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> FUM6		
Por <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mês/meses riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra	<input type="text"/> <input type="text"/> FUM7		
42.1.2. OU, quanto acha que gasta em média por mês? (se está gastando atualmente)			
R\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> FUM8		
<b>Caso o senhor/a senhora tenha parado de fumar</b>			
43. Há quanto tempo o Sr/a Sra está sem fumar?			
<input type="text"/> <input type="text"/> anos (ou, se menos de 01 ano: <input type="text"/> <input type="text"/> meses)	<input type="text"/> <input type="text"/> ANOFUM	<input type="text"/> <input type="text"/> MESFUM	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra			
44. Foi por orientação de algum profissional da USF/UBS que o Sr/a Sra parou de fumar?			
1 <input type="checkbox"/> Sim     2 <input type="checkbox"/> Não     3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro     4 <input type="checkbox"/> NA			
<input type="text"/> FUM9			
44.1. Caso sim, ele/ela já deu dicas práticas para o Sr/a Sra conseguir (por exemplo: ofereceu ajuda na USF/UBS, recebeu remédios para parar de fumar, encaminhou para consulta especializada, etc.)?			
1 <input type="checkbox"/> Sim     2 <input type="checkbox"/> Não     3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro     4 <input type="checkbox"/> NA			
<input type="text"/> FUM10			
45. O Sr/a Sra teve gastos para conseguir parar de fumar (por exemplo: comprar remédios para parar de fumar, pagar para consulta especializada, etc.)?			
1 <input type="checkbox"/> Sim     2 <input type="checkbox"/> Não     3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro     4 <input type="checkbox"/> NA			
<input type="text"/> FUM11			
45.1. Caso sim, quanto acha que gastou e por quantos meses? (se já parou de gastar)			
R\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> FUM12		
Por <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mês/meses riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra	<input type="text"/> <input type="text"/> FUM13		
45.2. OU, quanto acha que gasta em média por mês? (se está gastando atualmente)			
R\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> FUM14		
<b>Consumo de bebidas alcoólicas</b>			
46. O Sr/a Sra consome algum tipo de bebida alcoólica?			
1 <input type="checkbox"/> Sim, ao menos uma vez por semana 2 <input type="checkbox"/> Sim, menos que uma vez por semana 3 <input type="checkbox"/> Não, nunca consumi 4 <input type="checkbox"/> Não, parei de consumir			
<input type="text"/> ALCO6N			
46.1. Caso sim, quantas doses diria que consome por semana (uma dose = uma lata de cerveja, uma taça de vinho, uma dose de cachaça)?			
<input type="text"/> <input type="text"/> doses riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra	<input type="text"/> <input type="text"/> ALCO01		
47. Algum profissional da USF/UBS onde o Sr/a Sra consulta já perguntou se o Sr/a Sra consumia bebidas alcoólicas?			
1 <input type="checkbox"/> Sim     2 <input type="checkbox"/> Não     3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro     4 <input type="checkbox"/> NA			
<input type="text"/> ALCO02			
<b>Caso o senhor/a senhora consuma bebidas alcoólicas</b>			
48. Algum profissional desta USF/UBS já orientou para diminuir ou parar?			
1 <input type="checkbox"/> Sim     2 <input type="checkbox"/> Não     3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro     4 <input type="checkbox"/> NA			
<input type="text"/> ALCO03			

	_ _	_ _ _ _	_ _   H	
	Porte	N°ESF ou UBS	N°entrevistado	
<i>Não escrever nada nesta coluna</i>				
<p><b>48.1. Caso sim, ele/ela já deu dicas práticas para o Sr/a Sra conseguir (por exemplo: encaminhou para grupo de apoio, recebeu remédios para ajudar, etc.)?</b></p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input type="checkbox"/> NA</p>	_  ALCO4			
<p><b>49. O Sr/a Sra já tentou reduzir ou parar?</b></p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> NA</p>	_  ALCO5			
<p><b>49.1. Caso sim, teve gastos para isto (por exemplo: comprar remédios, pagar para consulta especializada, etc.)?</b></p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input type="checkbox"/> NA</p>	_  ALCO6			
<p><b>49.1.1. Caso sim, quanto acha que gastou e por quantos meses? (se já parou de gastar)</b></p> <p>R\$  _ _ _ _ ,  _ _  <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra</span></p> <p>Por  _ _  mês/meses <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra</span></p>	_ _ _ _ ,  _ _  ALCO7			
<p><b>49.1.2. OU, quanto acha que gasta em média por mês? (se está gastando atualmente)</b></p> <p>R\$  _ _ _ _ ,  _ _  <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra</span></p>	_ _ _ _ ,  _ _  ALCO8			
<b>Caso o Sr/a Sra tenha parado de consumir bebidas alcoólicas</b>				
<p><b>50. Há quanto tempo o Sr/a Sra está sem beber?</b></p> <p> _ _  anos (ou, se menos de 01 ano:  _ _  meses)</p> <p><span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra</span></p>	_ _  ANOALC     _ _  MESALC			
<p><b>51. Foi por orientação de algum profissional da USF/UBS que o Sr/a Sra parou de beber?</b></p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input type="checkbox"/> NA</p>	_  ALCO10			
<p><b>51.1. Caso sim, ele/ela já deu dicas práticas para o Sr/a Sra conseguir (por exemplo: ofereceu ajuda na USF/UBS, encaminhou para grupo de apoio, recebeu remédios para ajudar, etc.)?</b></p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input type="checkbox"/> NA</p>	_  ALCO11			
<p><b>52. O Sr/a Sra teve gastos para conseguir parar de beber (por exemplo: comprar remédios, pagar para consulta especializada, etc.)?</b></p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input type="checkbox"/> NA</p>	_  ALCO12			
<p><b>52.1. Caso sim, quanto acha que gastou e por quantos meses? (se já parou de gastar)</b></p> <p>R\$  _ _ _ _ ,  _ _  <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra</span></p> <p>Por  _ _  mês/meses <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra</span></p>	_ _ _ _ ,  _ _  ALCO13			
<p><b>52.2. OU, quanto acha que gasta em média por mês? (se está gastando atualmente)</b></p> <p>R\$  _ _ _ _ ,  _ _  <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra</span></p>	_ _ _ _ ,  _ _  ALCO15			
<b>História do peso, dieta e hábitos alimentares</b>				
<p><b>53. Qual era seu peso aos 20 anos de idade?</b>  _ _ _ ,  _  kg</p> <p><span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra</span></p>	_ _ _ ,  _  PESO20			
<p><b>54. Qual foi o peso máximo que o Sr/a Sra já pesou na vida?</b></p> <p> _ _ _ ,  _  kg <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra</span></p>	_ _ _ ,  _  PESOMAX			
<p><b>55. Algum profissional da USF/UBS onde o Sr/a Sra consulta já disse que o Sr/a Sra precisaria perder peso?</b></p>				

Porte

N°ESF ou UBS

N°entrevistado

Não escrever nada nesta coluna

- 1  Sim    2  Não    3  Não sei/não lembro    4  NA
56. O Sr/a Sra está seguindo uma dieta para perder peso?
- 1  Sim    2  Não    3  Não sei/não lembro    4  NA

**Caso o Sr/a Sra esteja seguindo uma dieta para perder peso**

57. Essa dieta foi orientada por algum profissional da USF/UBS?

- 1  Sim    2  Não    3  Não sei/não lembro    4  NA

57.1. Caso sim, ele/ela já deu dicas práticas para ajudar o Sr/a Sra a perder peso (por exemplo: fez perguntas sobre seus hábitos alimentares, indicou os alimentos a evitar, encaminhou p/ nutricionista, aconselhou atividade física, receitou remédios, etc.)?

- 1  Sim    2  Não    3  Não sei/não lembro    4  NA

58. O Sr/a Sra já perdeu peso seguindo esta dieta?

- 1  Sim    2  Não    3  Não sei/não lembro    4  NA

58.1. Caso sim, quantos quilos, mais ou menos?  kg

*riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra*

59. O Sr/a Sra teve, ou continua tendo, gastos para seguir esta dieta (por exemplo: nutricionista, comprar alimentos light, etc.)?

- 1  Sim    2  Não    3  Não sei/não lembro    4  NA

59.1. Caso sim, quanto acha que gastou e por quantos meses? (se já parou de gastar)

R\$  ,   *riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra*

Por  mês/meses  *riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra*

59.2. OU, quanto acha que gasta em média por mês? (se está gastando atualmente)

R\$  ,   *riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra*

**Caso o Sr/a Sra não esteja seguindo uma dieta para perder peso**

60. Qual é a razão principal para isto? *Uma resposta só*

- 1  Não preciso perder peso  
2  Nunca fui orientado(a) a fazer dieta para perder peso  
3  Já tentei, mas não deu certo, cansei  
4  Já tentei, mas sai caro demais  
5  Já tentei, mas não combinava com meu estilo de vida  
6  Já tentei, mas não combinava com os hábitos da família  
7  Já tentei, mas não combinava com meu trabalho  
8  Outra: \_\_\_\_\_  
9  NA

61. O Sr/a Sra tirou ou procurou tirar o sal de sua dieta (evitar alimentos como enlatados/embutidos, não colocar sal na mesa, etc.)?

- 1  Sim    2  Não    3  Não sei/não lembro/NA

61.1. Caso sim, isto foi orientado por algum profissional da USF/UBS?

- 1  Sim    2  Não    3  Não sei/não lembro    4  NA

61.2. O Sr/a Sra teve ou continua tendo gastos para se adequar a isto (por exemplo: comprar alimentos ou temperos sem sal)?

- 1  Sim    2  Não    3  Não sei/não lembro    4  NA

ALIM1

ALIM2

ALIM3

ALIM4

ALIM5

ALIM6

ALIM7

ALIM8

ALIM9

ALIM10

ALIM11

ALIM12

ALIM13

ALIM14



Porte

     
NºESF ou UBS

    H  
Nºentrevistado

Não escrever nada nesta coluna

61.2.1. Caso sim, quanto acha que gastou e por quantos meses?  
(se já parou de gastar)

R\$     ,   riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra

ALIM15

Por   mês/meses riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra

ALIM16

61.2.2. OU, quanto acha que gasta em média por mês?  
(se está gastando atualmente)

R\$     ,   riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra

ALIM17

62. Algum profissional da USF/UBS realizou orientações sobre alimentação saudável, como comer pouca gordura, comer mais alimentos com fibras e comer alimentos com menor quantidade de sal?

1  Sim 2  Não 3  Não sei/não lembro 4  NA

ALIM18

63. O Sr/a Sra acha que se adequa, mais ou menos, a este tipo de alimentação saudável?

1  Sim 2  Não 3  Não sei/não lembro/NA

ALIM19

64. O que o Sr/a Sra acha que é menos saudável no seu jeito de se alimentar?

ALIM20

não ler as alternativas, escolher o mais próximo da 1ª resposta que o entrevistado fala

- 01  Comer em horários irregulares  
 02  Beliscar (salgadinhos, biscoitos, doces, etc.)  
 03  Pular muitas refeições  
 04  Comer muito (em quantidade)  
 05  Beber muito (bebidas alcoólicas)  
 06  Comer muitos embutidos, enlatados, salsichas, etc.  
 07  Comer muita carne  
 08  Comer pouco peixe  
 09  Comer muitas frituras  
 10  Acrescentar muito sal na sua alimentação  
 11  Não comer muitas verduras nem frutas  
 12  Comer muitos doces/açucarados  
 13  Comer muitos alimentos salgados (carne de sol, charque, entre outros)  
 14  Comer muitos alimentos gordurosos  
 15  Outro: \_\_\_\_\_  
 16  NA

### MEDIDA PRESSÃO ARTERIAL 1

65. Pressão arterial (1ª medida - SENTADO):

Sistólica     mmHg

PAS1

Diastólica     mmHg

PAD1

### HISTÓRIA E TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

66. Há quanto tempo o Sr/a Sra sabe que tem pressão alta?

anos (ou, se menos de 01 ano:   meses)

ANCHA   MESA

riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra

67. Nos últimos 12 meses, o Sr/a Sra já participou de alguma atividade educativa em um grupo de hipertensos na USF/UBS?

1  Sim 2  Não 3  Não sei/não lembro 4  NA

GRUPO8N

67.1. Caso sim, quantas vezes nos últimos 12 meses?

VEZES riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra

GRUPO1

Porte

N°ESF ou UBS

N°entrevistado

Não escrever nada nesta coluna

67.2. Caso sim, qual sua opinião sobre esta atividade educativa com o grupo de hipertensos na USF/UBS (o que o Sr/a Sra achou do grupo)?

- 1  Muito boa  
2  Boa  
3  Regular  
4  Ruim  
5  Muito ruim  
6  Não sei dizer/ não tenho opinião sobre isso  
7  NA

GRUP02

### Tratamento

68. O Sr/a Sra usa comprimidos para controlar a pressão?

- 1  Sim    2  Não    3  Não sei/não lembro    4  NA

HACPB8

**Caso o Sr/a Sra use comprimidos para controlar a pressão**

69. Qual(is) o(s) nome(s)?

pedir para ver a receita ou a embalagem; precisar n° de comprimidos/dia

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

preencher depois:

69.1. Diuréticos:                    1  Sim    2  Não

Caso sim:  comprimidos/dia

HACP1

69.2. Inibidores simpáticos:    1  Sim    2  Não

Caso sim:  comprimidos/dia

HACP2

69.3. Betabloqueadores:        1  Sim    2  Não

Caso sim:  comprimidos/dia

HACP3

69.4. Vasodilatadores diretos: 1  Sim    2  Não

Caso sim:  comprimidos/dia

HACP4

69.5. Inibidores da ECA:        1  Sim    2  Não

Caso sim:  comprimidos/dia

HACP5

69.6. Outro antihipertensivo: 1  Sim    2  Não

Caso sim:  comprimidos/dia

HACP6

HACP7

HACP8

HACP9

HACP10

HACP11

HACP12

70. Estes comprimidos foram prescritos pela USF/UBS?

- 1  Sim    2  Não    3  Não sei/não lembro    4  NA

HACP13

70.1. Caso não, quem foi que receitou esses comprimidos?

- 1  Especialista em cardiologia, por encaminhamento da USF/UBS  
2  Centro de referência de doenças crônicas  
3  Médico particular/desembolso direto  
4  Médico do Plano de Saúde  
5  Outro: \_\_\_\_\_  
6  NA

HACP14

71. Estes comprimidos são todos fornecidos pela USF/UBS?

- 1  Sim    2  Não    3  Não sei/não lembro    4  NA

HACP15

72. O Sr/a Sra precisa comprar algum(uns) destes comprimidos?

- 1  Sim    2  Não    3  Não sei/não lembro    4  NA

HACP16

72.1. Caso sim, quanto diria que gasta em média por mês com esta compra?

	[ ] [ ] Porte	[ ] [ ] [ ] [ ] N°ESF ou UBS	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] N°entrevistado	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] HACP17
			Não escrever nada nesta coluna	
R\$ [ ] [ ] [ ] [ ] , [ ] [ ]	riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembro			
73. Atualmente, o Sr/a Sra usa <u>outro tipo de tratamento</u> (remédios caseiros, simpatias, etc.) para tratar a pressão alta?				
1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input checked="" type="checkbox"/> <del>NA</del>				
73.1. Caso sim, quais são?				
73.2. Alguém receitou esse(s) outro(s) tipo(s) de tratamento(s)?				
1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input type="checkbox"/> NA				
73.2.1. Caso sim, quem foi que receitou?				
1 <input type="checkbox"/> Curandeiro				
2 <input type="checkbox"/> Curioso				
3 <input type="checkbox"/> Balconista da farmácia				
4 <input type="checkbox"/> Outro: _____				
5 <input type="checkbox"/> NA				
73.3. O Sr/a Sra teve, ou continua tendo, que pagar essa pessoa?				
1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input type="checkbox"/> NA				
73.3.1. Caso sim, quanto acha que gastou e por quantos meses? (se já parou de gastar)				
R\$ [ ] [ ] [ ] [ ] , [ ] [ ]	riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembro			
Por [ ] [ ]	riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembro			
73.3.2. OU, quanto acha que gasta em média por mês? (se está gastando atualmente)				
R\$ [ ] [ ] [ ] [ ] , [ ] [ ]	riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembro			
73.4. O Sr/a Sra precisa comprar todos ou parte desses outros tipos de remédios/tratamentos?				
1 <input type="checkbox"/> Sim, todos				
2 <input type="checkbox"/> Sim, parte deles				
3 <input type="checkbox"/> Não				
4 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro				
5 <input type="checkbox"/> NA				
73.4.1. Caso sim, quanto diria que gasta em média por mês com esta compra?				
R\$ [ ] [ ] [ ] [ ] , [ ] [ ]	riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembro			
74. O Sr/a Sra foi orientado(a) a fazer <u>auto-monitoramento da pressão</u> , com aparelho automático de braço ou pulso?				
1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input checked="" type="checkbox"/> <del>NA</del>				
75. O Sr/a Sra faz o <u>auto-monitoramento da pressão</u> , com aparelho automático de braço ou pulso? <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">se menos de 1 vez/semana, considerar que não faz</span>				
1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input checked="" type="checkbox"/> <del>NA</del>				
75.1. Caso não, porquê não faz? <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">uma resposta só</span>				
1 <input type="checkbox"/> Não achei importante fazer				
2 <input type="checkbox"/> Não recebi o aparelho do PSF/UBS, nem tive dinheiro para comprá-lo				
3 <input type="checkbox"/> Não tenho tempo, não combina com meu trabalho ou meus afazeres				
6 <input type="checkbox"/> Não foi orientado(a)				
4 <input type="checkbox"/> Outro: _____				
5 <input type="checkbox"/> NA				

Porte

NºESF ou UBS

Nºentrevistado

Não escrever nada nesta coluna

**Caso tenha sido orientado e faça o auto-monitoramento da pressão**

76. Quem foi que orientou a fazer este auto-monitoramento?

- 1  Algum profissional da USF/UBS  
 2  Especialista em cardiologia, por encaminhamento da USF/UBS  
 3  Centro de referência de doenças crônicas  
 4  Médico particular/desembolso direto  
 5  Médico do Plano de Saúde  
 6  Outro: \_\_\_\_\_  
 7  NA

77. O Sr/a Sra precisou comprar o aparelho?

- 1  Sim    2  Não    3  Não sei/não lembro    4  NA

77.1. Caso sim, quanto gastou com esta compra?

R\$ \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  *riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra*

78. Caso o Sr/a Sra tenha problemas em obter ou pagar pelo tratamento de sua hipertensão, o(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF sabe disso?

- 1  Sim    2  Não    3  Não sei/não lembro    4  NA

79. Qual é o seu grau de confiança na receita dada pelo(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF/UBS?

- 1  Muito bom  
 2  Bom  
 3  Regular  
 4  Ruim  
 5  Muito ruim  
 6  Não sei dizer/ não tenho opinião sobre isso  
 7  NA

80. Qual sua opinião sobre as explicações do(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF/UBS com respeito ao uso dos remédios?

- 1  Muito boa  
 2  Boa  
 3  Regular  
 4  Ruim  
 5  Muito ruim  
 6  Não lembro ter recebido explicações  
 7  Não sei dizer/ não tenho opinião sobre isso  
 8  NA

81. Qual a sua opinião sobre o fornecimento das medicações (com a forma de receber os remédios)?

- 1  Muito boa  
 2  Boa  
 3  Regular  
 4  Ruim  
 5  Muito ruim  
 6  Não sei dizer/ não tenho opinião sobre isso  
 7  NA

**MEDIDA PRESSÃO ARTERIAL 2**

82. Pressão arterial (2ª medida - SENTADO):

Sistólica \_\_\_\_\_ mmHg

Diastólica \_\_\_\_\_ mmHg

AMP2

AMP3

AMP4

OPINHA1

OPINHA2

OPINHA3

OPINHA4

PAS2

PAD2

**CONSULTAS/VISITAS DE ACOMPANHAMENTO DA HIPERTENSÃO (AB)**

Atenção à Saúde de Hipertensos e Diabéticos na Estratégia de Saúde da Família em Pernambuco:  
Um Estudo das Características da Qualidade do Atendimento.

[ ] [ ] Porte	[ ] [ ] [ ] [ ] N°ESF ou UBS	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] N°entrevistado	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Não escrever nada nesta coluna
83. Nos últimos 12 meses, quantas vezes o Sr/a Sra consultou na USF/UBS devido a seu problema de pressão alta? Nº de consultas: [ ] [ ] [ ] <i>riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra</i>			[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] CS1
84. Há quantas semanas foi sua última consulta na USF/UBS devido a seu problema de pressão alta? [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] semanas <i>riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra</i>			[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] CS2
85. Qual era o motivo desta consulta? 1 <input type="checkbox"/> Acompanhamento regular sem motivo de saúde específico 2 <input type="checkbox"/> Problema específico relacionado com a hipertensão 3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro 4 <input type="checkbox"/> NA			[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] CS3
85.1. Se o motivo for "Problema específico relacionado com o hipertensão", o Sr/a Sra acredita que hoje ele está: 1 <input type="checkbox"/> Resolvido 2 <input type="checkbox"/> Melhor 3 <input type="checkbox"/> Igual 4 <input type="checkbox"/> Pior 5 <input type="checkbox"/> Não sei 6 <input type="checkbox"/> NA			[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] CS4
86. Esta consulta foi agendada? 1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input type="checkbox"/> NA			[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] CS5
87. Foi fácil marcar hora para esta consulta? 1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input type="checkbox"/> NA			[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] CS6
88. Uma vez que o Sr/a Sra chegou à unidade (USF/UBS), o Sr/a Sra esperou mais de 30 minutos para consultar com o(a) médico(a)/ enfermeiro(a) (sem contar triagem ou acolhimento)? 1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input type="checkbox"/> NA			[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] CS7
89. Qual sua opinião sobre a forma de atender por parte da recepção? (o pessoal da recepção foi gentil, educado, simpático?) 1 <input type="checkbox"/> Muito boa 2 <input type="checkbox"/> Boa 3 <input type="checkbox"/> Regular 4 <input type="checkbox"/> Ruim 5 <input type="checkbox"/> Muito ruim 6 <input type="checkbox"/> Não sei dizer/ não tenho opinião sobre isso 7 <input type="checkbox"/> NA			[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] OPINCS1
90. Qual sua opinião sobre a forma de atender do profissional (médico(a)/ enfermeiro(a)) que atendeu? (foi gentil, educado(a), simpático(a))? 1 <input type="checkbox"/> Muito boa 2 <input type="checkbox"/> Boa 3 <input type="checkbox"/> Regular 4 <input type="checkbox"/> Ruim 5 <input type="checkbox"/> Muito ruim 6 <input type="checkbox"/> Não sei dizer/ não tenho opinião sobre isso 7 <input type="checkbox"/> NA			[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] OPINCS2
91. Qual sua opinião sobre a atenção dada as suas queixas pelo profissional que atendeu? (ouviu com atenção o motivo da consulta, suas queixas?) 1 <input type="checkbox"/> Muito boa 2 <input type="checkbox"/> Boa 3 <input type="checkbox"/> Regular 4 <input type="checkbox"/> Ruim 5 <input type="checkbox"/> Muito ruim 6 <input type="checkbox"/> Não sei dizer/ não tenho opinião sobre isso 7 <input type="checkbox"/> NA			[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] OPINCS3

<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Porte	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NºESF ou UBS	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Nºentrevistado	<input type="text"/> H
Não escrever nada nesta coluna			
<p>92. Qual sua opinião sobre o exame clínico, sobre o jeito como o (a) médico(a)/enfermeiro(a) o examinou?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Muito boa          2 <input type="checkbox"/> Boa          3 <input type="checkbox"/> Regular          4 <input type="checkbox"/> Ruim          5 <input type="checkbox"/> Muito ruim          6 <input type="checkbox"/> Não sei dizer/ não tenho opinião sobre isso          7 <input type="checkbox"/> NA</p>			<input type="text"/> OPINC84
<p>93. Qual sua opinião sobre a confiança despertada pelo(a) médico(a)/enfermeiro(a)? (o Sr/a Sra confiou no(a) médico(a)/enfermeiro(a)?)</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Muito boa          2 <input type="checkbox"/> Boa          3 <input type="checkbox"/> Regular          4 <input type="checkbox"/> Ruim          5 <input type="checkbox"/> Muito ruim          6 <input type="checkbox"/> Não sei dizer/ não tenho opinião sobre isso          7 <input type="checkbox"/> NA</p>			<input type="text"/> OPINC85
<p>94. Qual a sua avaliação geral da consulta (opinião geral sobre a consulta como um todo)?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Muito boa          2 <input type="checkbox"/> Boa          3 <input type="checkbox"/> Regular          4 <input type="checkbox"/> Ruim          5 <input type="checkbox"/> Muito ruim          6 <input type="checkbox"/> Não sei dizer/ não tenho opinião sobre isso          7 <input type="checkbox"/> NA</p>			<input type="text"/> OPINC86
<p>95. Nesta última consulta que o Sr/a Sra realizou devido a seu problema de pressão alta, o Sr/a Sra teve sua pressão arterial aferida?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input type="checkbox"/> NA</p>			<input type="text"/> DIVC81
<p>96. Nesta última consulta que o Sr/a Sra realizou devido a seu problema de pressão alta, o Sr/a Sra teve seu peso medido?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input type="checkbox"/> NA</p>			<input type="text"/> DIVC82
<p>97. Nas consultas que o Sr/a Sra realizou na USF/UBS, o Sr/a Sra já teve sua altura medida alguma vez?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input type="checkbox"/> NA</p>			<input type="text"/> DIVC83
<p>98. Nas consultas que o Sr/a Sra realizou na USF/UBS, o Sr/a Sra já teve sua cintura medida alguma vez?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input type="checkbox"/> NA</p>			<input type="text"/> DIVC84
<p>99. Nas consultas que o Sr/a Sra realizou na USF/UBS, o Sr/a Sra já teve a circunferência de seus quadris medida alguma vez?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input type="checkbox"/> NA</p>			<input type="text"/> DIVC85
<p>100. Qual sua opinião sobre as explicações que o Sr/a Sra já recebeu por parte do(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF/UBS com respeito a sua doença (hipertensão arterial)?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Muito boa          2 <input type="checkbox"/> Boa          3 <input type="checkbox"/> Regular          4 <input type="checkbox"/> Ruim          5 <input type="checkbox"/> Muito ruim          6 <input type="checkbox"/> Não lembro ter recebido explicações          7 <input type="checkbox"/> Não sei dizer/ não tenho opinião sobre isso          8 <input type="checkbox"/> NA</p>			<input type="text"/> OPINDIV1

<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Porte	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> N°ESF ou UBS	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> N°entrevistado	<input type="text"/>
Não escrever nada nesta coluna			
101. Qual sua opinião sobre as explicações que o Sr/a Sra já recebeu por parte do(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF/UBS quanto ao prognóstico/à evolução de sua doença (hipertensão arterial)?			
1 <input type="checkbox"/> Muito boa 2 <input type="checkbox"/> Boa 3 <input type="checkbox"/> Regular 4 <input type="checkbox"/> Ruim 5 <input type="checkbox"/> Muito ruim 6 <input type="checkbox"/> Não lembro ter recebido explicações 7 <input type="checkbox"/> Não sei dizer/ não tenho opinião sobre isso 8 <input type="checkbox"/> NA			
<b>EXAME FÍSICO</b>			
102. Peso: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg			
103. Altura: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm			
104. Circunferência abdominal (1ª medida): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm			
105. Circunferência abdominal (2ª medida): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm			
Caso medidas difiram > 1 cm			
106. Circunferência abdominal (3ª medida): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm			
107. Circunferência quadril (1ª medida): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm			
108. Circunferência quadril (2ª medida): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm			
Caso medidas difiram > 1 cm			
109. Circunferência quadril (3ª medida): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm			
<b>ORIENTAÇÕES/ EXAMES DE ACOMPANHAMENTO DA HA (AB)</b>			
109. Nos últimos 12 meses, algum profissional da USF/UBS aferiu sua pressão arterial ou orientou que fosse à unidade para aferir?			
1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input type="checkbox"/> NA			
110. Nos últimos 12 meses, algum profissional da USF realizou orientações sobre higiene bucal (forma correta de escovar os dentes, uso do fio dental)?			
1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input type="checkbox"/> NA			
111. Nos últimos 12 meses, o Sr/a Sra recebeu vacina contra a gripe por orientação de algum profissional da USF/UBS?			
1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input type="checkbox"/> NA			
<b>Glicemia em jejum</b>			
112. O Sr/a Sra sabe o que é a glicemia em jejum?			
1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não			
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">         Explicar, se necessário: glicemia é a taxa de açúcar no sangue, em jejum quer dizer de manhã cedo, antes de ter feito qualquer refeição. Valores altos podem indicar diabetes.       </div>			
113. Nos últimos 12 meses, o Sr/a Sra fez punção venosa para medir a glicemia em jejum?			
1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input checked="" type="checkbox"/> NA			
113.1. Caso sim, isto foi por orientação de algum profissional da USF ou da UBS?			
1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input type="checkbox"/> NA			
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">         Caso tenha tido medidas da glicemia em jejum       </div>			

	Porte	N°ESF ou UBS	N°entrevistado
Não escrever nada nesta coluna			
<p>114. Nos últimos 12 meses, quantas vezes o Sr/a Sra tirou sangue da veia para medir a glicemia em jejum? Número de vezes: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> riscar se NA ou não sabe/ não lembra</p>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> GE.2
<p>115. O Sr/a Sra conhece o(s) resultado(s)? 1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> NA</p>			<input type="text"/> GE.3
<p>116. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF/UBS sabe quais foram os resultados deste exame? 1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input type="checkbox"/> NA</p>			<input type="text"/> GE.4
<p>117. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF/UBS comunicou para o Sr/a Sra os resultados deste exame? 1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input type="checkbox"/> NA</p>			<input type="text"/> GE.5
<p>118. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF/UBS explicou para o Sr/a Sra o que os resultados deste exame significavam no seu caso (se estavam bons, se o Sr/a Sra devia tomar medidas ou mudar o tratamento para corrigir as taxas, etc.)? 1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input type="checkbox"/> NA</p>			<input type="text"/> GE.6
<p>119. O Sr/a Sra precisou pagar por este(s) exame(s)? 1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input type="checkbox"/> NA</p>			<input type="text"/> GE.7
<p>119.1. Caso sim, quanto gastou no total (do ano)? R\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra</p>			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GE.8
<b><u>Colesterol/triglicerídeos</u></b>			
<p>120. O Sr/a Sra sabe o que é colesterol e triglicerídeos? 1 <input type="checkbox"/> Sim, colesterol 2 <input type="checkbox"/> Sim, triglicerídeos 3 <input type="checkbox"/> Sim, colesterol e triglicerídeos 4 <input type="checkbox"/> Não <del>5 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro</del></p>			<input type="text"/> LP.9.1
Explicar, se necessário: são as taxas de gorduras do sangue, que podem prejudicar as artérias quando são altas.			
<p>121. Nos últimos 12 meses, o Sr/a Sra tirou sangue da veia para medir o colesterol e os triglicerídeos? 1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    <del>4 <input type="checkbox"/> Não</del></p>			<input type="text"/> LP.9.2
<p>121.1. Caso sim, isto foi por orientação de algum profissional da USF ou da UBS? 1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input type="checkbox"/> NA</p>			<input type="text"/> LP.1
<b><u>Caso tenha tido medidas do colesterol e triglicerídeos</u></b>			
<p>122. Nos últimos 12 meses, quantas vezes o Sr/a Sra fez uma punção venosa para medir o colesterol e os triglicerídeos? Número de vezes: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> riscar se NA ou não sabe/ não lembra</p>			<input type="text"/> LP.2
<p>123. O Sr/a Sra conhece o(s) resultado(s)? 1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> NA</p>			<input type="text"/> LP.3
<p>124. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF/UBS sabe quais foram os resultados deste exame? 1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input type="checkbox"/> NA</p>			<input type="text"/> LP.4



	Porte	N°ESF ou UBS	N°entrevistado	H
<i>Não escrever nada nesta coluna</i>				
125. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF/UBS comunicou para o Sr/a Sra os resultados deste exame?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 <sup>a</sup> Sim    2 <sup>a</sup> Não    3 <sup>a</sup> Não sei/não lembro    4 <sup>a</sup> NA				
126. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF/UBS explicou para o Sr/a Sra o que os resultados deste exame significavam no seu caso (se estavam bons, se devia modificar os hábitos de vida, ou, se começar/ mudar o tratamento para corrigir as taxas, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 <sup>a</sup> Sim    2 <sup>a</sup> Não    3 <sup>a</sup> Não sei/não lembro    4 <sup>a</sup> NA				
127. O Sr/a Sra precisou pagar por este(s) exame(s)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 <sup>a</sup> Sim    2 <sup>a</sup> Não    3 <sup>a</sup> Não sei/não lembro    4 <sup>a</sup> NA				
127.1. Caso sim, quanto gastou no total (do ano)?				
R\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
<i>riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra</i>				
<b>Exame de urina</b>				
128. Nos últimos 12 meses, o Sr/a Sra fez um exame de urina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 <sup>a</sup> Sim    2 <sup>a</sup> Não    3 <sup>a</sup> Não sei/não lembro    4 <sup>a</sup> NA				
128.1. Caso sim, isto foi por orientação de algum profissional da USF ou da UBS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 <sup>a</sup> Sim    2 <sup>a</sup> Não    3 <sup>a</sup> Não sei/não lembro    4 <sup>a</sup> NA				
<b>Caso tenha feito exame de urina</b>				
129. Nos últimos 12 meses, quantas vezes o Sr/a Sra fez um exame de urina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Número de vezes: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
<i>riscar se NA ou não sabe/ não lembra</i>				
130. O Sr/a Sra conhece o(s) resultado(s)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 <sup>a</sup> Sim    2 <sup>a</sup> Não    3 <sup>a</sup> NA				
131. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF/UBS sabe quais foram os resultados deste(s) exame(s)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 <sup>a</sup> Sim    2 <sup>a</sup> Não    3 <sup>a</sup> Não sei/não lembro    4 <sup>a</sup> NA				
132. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF/UBS comunicou para o Sr/a Sra os resultados deste(s) exame(s)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 <sup>a</sup> Sim    2 <sup>a</sup> Não    3 <sup>a</sup> Não sei/não lembro    4 <sup>a</sup> NA				
133. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF/UBS explicou para o Sr/a Sra o que os resultados deste(s) exame(s) significavam no seu caso (se estavam bons, se devia modificar os hábitos de vida ou começar/ mudar o tratamento para melhorar, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 <sup>a</sup> Sim    2 <sup>a</sup> Não    3 <sup>a</sup> Não sei/não lembro    4 <sup>a</sup> NA				
134. O Sr/a Sra precisou pagar por este(s) exame(s)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 <sup>a</sup> Sim    2 <sup>a</sup> Não    3 <sup>a</sup> Não sei/não lembro    4 <sup>a</sup> NA				
134.1. Caso sim, quanto gastou no total (do ano)?				
R\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
<i>riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra</i>				
<b>Eletrocardiograma de repouso</b>				
135. Nos últimos 12 meses, o Sr/a Sra fez um eletrocardiograma de repouso (deitado)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 <sup>a</sup> Sim    2 <sup>a</sup> Não    3 <sup>a</sup> Não sei/não lembro    4 <sup>a</sup> NA				

	_ _	_ _ _ _	_ _ _	_	
	Porte	N°ESF ou UBS	N°entrevistado	H	
		<i>Não escrever nada nesta coluna</i>			
<p>135.1. Caso sim, isto foi por orientação de algum profissional da USF ou da UBS?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input type="checkbox"/> NA</p>					_ _  ECG1
<p><b>Caso tenha feito eletrocardiograma de repouso</b></p>					
<p>136. Nos últimos 12 meses, quantas vezes o Sr/a Sra fez eletrocardiograma de repouso?</p> <p>Número de vezes:  _ _    riscar se NA ou não sabe/ não lembra</p>					_ _  ECG2
<p>137. O Sr/a Sra conhece o(s) resultado(s)?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> NA</p>					_ _  ECG3
<p>138. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF/UBS sabe quais foram os resultados deste(s) exame(s)?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input type="checkbox"/> NA</p>					_ _  ECG4
<p>139. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF/UBS comunicou para o Sr/a Sra os resultados deste(s) exame(s)?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input type="checkbox"/> NA</p>					_ _  ECG5
<p>140. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF/UBS explicou para o Sr/a Sra o que os resultados deste(s) exame(s) significavam no seu caso (se estavam bons, se devia tomar providências ou consultar um cardiologista, etc.)?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input type="checkbox"/> NA</p>					_ _  ECG6
<p><i>Caso houve encaminhamento para cardiologista, preencher abaixo a parte "Encaminhamentos para especialistas".</i></p>					
<p>141. O Sr/a Sra precisou pagar por este(s) exame(s)?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input type="checkbox"/> NA</p>					_ _  ECG7
<p>141.1. Caso sim, quanto gastou no total (do ano)?</p> <p>R\$  _ _ _ _  ,  _ _    riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra</p>					_ _ _ _  ,  _ _ _ _  ECG8
<p><b>MEDIDA PRESSÃO ARTERIAL 3</b></p>					
<p>142. Pressão arterial (3ª medida - SENTADO):</p>					
	Sistólica	_ _ _	mmHg	_ _ _  PASS	
	Diastólica	_ _ _	mmHg	_ _ _  PADS	
<p><b>ENCAMINHAMENTOS PARA ESPECIALISTAS</b></p>					
<p><b>Oftalmologista</b></p>					
<p>143. Nos últimos 12 meses, o Sr/a Sra consultou um(a) oftalmologista para fazer exame do fundo do olho (ou seja, sua pupila foi dilatada, colocaram colírio que lhe perturbou a visão)?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input checked="" type="checkbox"/> NA</p>					_ _  OFT5N
<p>143.1. Caso sim, isto foi por orientação de algum profissional da USF ou da UBS?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input type="checkbox"/> NA</p>					_ _  OFT1
<p><b>Caso tenha feito um fundo de olho nos últimos 12 meses</b></p>					
<p>144. Nos últimos 12 meses, quantas vezes o Sr/a Sra fez um fundo de olho?</p> <p>Número de vezes:  _ _    riscar se NA ou não sabe/ não lembra</p>					_ _  OFT2

	Porte	NºESF ou UBS	Nºentrevistado	[H]
<i>Não escrever nada nesta coluna</i>				
<i>Se mais de uma consulta nos últimos 12 meses, perguntar o resto do bloco sobre a última</i>				
145. Onde foi realizada a consulta para fazer o fundo de olho?	<input type="checkbox"/>			OFT3
1 <input type="checkbox"/> Unidade de saúde pública (unidade de saúde de referência)				
2 <input type="checkbox"/> Plano de Saúde				
3 <input type="checkbox"/> Particular/desembolso direto				
4 <input type="checkbox"/> Entidade filantrópica (Hospital/Casa saúde)				
5 <input type="checkbox"/> Universidade/Hospital escola				
6 <input type="checkbox"/> Outros _____				
7 <input type="checkbox"/> NA				
145.1 Caso a consulta tenha sido particular, quanto pagou?				
R\$ _____, _____				
<i>riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra</i>				
146. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF/UBS escreveu alguma informação para quem fez o fundo de olho a respeito do motivo deste?	<input type="checkbox"/>			OFT4
1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro	4 <input type="checkbox"/> NA	
147. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF/UBS sabe quais foram os resultados deste fundo de olho?	<input type="checkbox"/>			OFT5
1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro	4 <input type="checkbox"/> NA	
148. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF/UBS comunicou para o Sr/a Sra os resultados deste fundo de olho?	<input type="checkbox"/>			OFT6
1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro	4 <input type="checkbox"/> NA	
149. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF/UBS explicou para o Sr/a Sra o que os resultados deste fundo de olho significavam no seu caso (se estavam bons, se devia tomar providências ou fazer tratamento específico)?	<input type="checkbox"/>			OFT7
1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro	4 <input type="checkbox"/> NA	
150. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF/UBS pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado, isto é, perguntou-lhe se foi bem ou mal atendido por quem fez o fundo de olho?	<input type="checkbox"/>			OFT8
1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro	4 <input type="checkbox"/> NA	
151. Qual sua opinião sobre a facilidade de acesso a este exame (foi fácil conseguir marcar para fazer o fundo de olho)?	<input type="checkbox"/>			OFT9
1 <input type="checkbox"/> Muito boa				
2 <input type="checkbox"/> Boa				
3 <input type="checkbox"/> Regular				
4 <input type="checkbox"/> Ruim				
5 <input type="checkbox"/> Muito ruim				
6 <input type="checkbox"/> Não sei dizer/ não tenho opinião sobre isso				
7 <input type="checkbox"/> NA				
<b>Dentista (odontólogo/a)</b>				
152. Como o Sr/a Sra classificaria sua saúde bucal (saúde dos dentes e da boca)?	<input type="checkbox"/>			BOCA
1 <input type="checkbox"/> Muito boa				
2 <input type="checkbox"/> Boa				
3 <input type="checkbox"/> Regular				
4 <input type="checkbox"/> Ruim				
5 <input type="checkbox"/> Muito ruim				
6 <input type="checkbox"/> Não sei dizer/ não tenho opinião sobre isso				
153. Nos últimos 12 meses, o Sr/a Sra consultou um(a) dentista (odontólogo/a) para verificar a presença de doenças nos dentes ou na gengiva?	<input type="checkbox"/>			ODON8
1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro	<del>4 <input type="checkbox"/> NA</del>	





	[ ][ ] Porte	[ ][ ][ ][ ] N°ESF ou UBS	[ ][ ][ ][ ] [H] N°entrevistado
<i>Não escrever nada nesta coluna</i>			
169. Onde foi realizada a consulta?			[ ] NUTR3
1 <input type="checkbox"/> Unidade de saúde pública (unidade de saúde de referência)			
2 <input type="checkbox"/> Plano de Saúde			
3 <input type="checkbox"/> Particular/desembolso direto			
4 <input type="checkbox"/> Entidade filantrópica (Hospital/Casa saúde)			
5 <input type="checkbox"/> Universidade/Hospital escola			
6 <input type="checkbox"/> Outros _____			
7 <input type="checkbox"/> NA			
169.1 Caso a consulta tenha sido particular, quanto pagou?			
R\$ [ ][ ][ ][ ] , [ ][ ][ ]			[ ][ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ] NUTR4
<i> riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra</i>			
170. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF/UBS escreveu alguma informação para o especialista a respeito do motivo desta consulta?			[ ] NUTR5
1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input type="checkbox"/> NA			
171. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF/UBS sabe quais foram os resultados desta consulta?			[ ] NUTR6
1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input type="checkbox"/> NA			
172. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF/UBS falou com o Sr/a Sra sobre os resultados desta consulta (explicou o que significavam no seu caso, que conseqüências podiam ter sobre sua dieta, seu tratamento, etc.)?			[ ] NUTR7
1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input type="checkbox"/> NA			
173. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF/UBS pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado, isto é, perguntou-lhe se foi bem ou mal atendido por este especialista?			[ ] NUTR8
1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input type="checkbox"/> NA			
174. Qual sua opinião sobre a facilidade de acesso a esta consulta (foi fácil conseguir marcar esta consulta)?			[ ] NUTR9
1 <input type="checkbox"/> Muito boa			
2 <input type="checkbox"/> Boa			
3 <input type="checkbox"/> Regular			
4 <input type="checkbox"/> Ruim			
5 <input type="checkbox"/> Muito ruim			
6 <input type="checkbox"/> Não sei dizer/ não tenho opinião sobre isso			
7 <input type="checkbox"/> NA			
<b>Outros especialistas</b>			
175. Nos últimos 12 meses, o Sr/a Sra consultou um profissional de saúde com outra especialidade além das que já perguntamos até o momento?			[ ] ESPEC6
1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input type="checkbox"/> NA			
175.1. Caso sim, isto foi por orientação de algum profissional da USF ou da UBS?			[ ] ESPEC1
1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input type="checkbox"/> NA			
<b>Caso tenha consultado outro(s) especialista(s) nos últimos 12 meses</b>			
176. Nos últimos 12 meses, quantas vezes o Sr/a Sra consultou outro especialista?			[ ][ ][ ] ESPEC2
Número de vezes: [ ][ ][ ]			
<i> riscar se NA ou não sabe/ não lembra</i>			



Porte

N°ESF ou UBS

N°entrevistado

Não escrever nada nesta coluna

## COMPLICAÇÕES DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

### Coração e artérias

214. O Sr/a Sra teve ou tem problema cardíaco (ex: infarto) decorrente de sua pressão alta?

1  Sim    2  Não    3  Não sei/não lembro    4  NA

CVS01

215. O Sr/a Sra teve ou tem acidente circulatório cerebral (derrame cerebral) decorrente de sua pressão alta?

1  Sim    2  Não    3  Não sei/não lembro    4  NA

CVS02

216. O Sr/a Sra teve ou tem gangrena/amputação de perna(s) decorrente de sua pressão alta?

1  Sim    2  Não    3  Não sei/não lembro    4  NA

CVS03

### Caso tenha tido infarto ou AVC ou gangrena/amputação

217. Onde o Sr/a Sra foi internado por causa deste problema?

CV1

*caso houve várias internações, perguntar sobre a última; caso não houve, marcar NA*

- 1  Hospital público  
 2  Hospital privado (plano de Saúde)  
 3  Hospital privado (particular)  
 4  Entidade filantrópica (Hospital/Casa saúde)  
 5  Universidade/Hospital escola  
 6  Outros \_\_\_\_\_  
 7  NA

218. O Sr/a Sra precisou pagar por esta internação (ou parte dela)?

1  Sim    2  Não    3  Não sei/não lembro    4  NA

CV2

218.1. Caso sim, quanto gastou?

R\$ \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ *riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra*

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ CV3

219. Para este problema de saúde, o Sr/a Sra precisa usar algum remédio todos os dias por orientação médica sem ter uma data para parar?

1  Sim    2  Não    3  Não sei/não lembro    4  NA

CV4

### Caso sim

219.1. Qual(is) o(s) nome(s) deste(s) remédio(s)?

CV5

*pedir para ver a receita ou a embalagem; codificar número de produtos CV diferentes*

\_\_\_\_\_

219.2. O Sr/a Sra precisa comprar algum(uns) destes remédios?

1  Sim    2  Não    3  Não sei/não lembro    4  NA

CV6

219.2.1. Caso sim, quanto diria que gasta em média por mês com esta compra?

R\$ \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ *riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra*

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ CV7

220. Por este problema, o Sr/a Sra teve, ou continua tendo, que ter cuidados de fisioterapia?

1  Sim    2  Não    3  Não sei/não lembro    4  NA

CV8

220.1. Caso sim, quanto acha que gastou e por quantos meses? (se já parou de gastar)

R\$ \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ *riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra*

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ CV9



	<input type="text"/> <input type="text"/> Porte	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> N°ESF ou UBS	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> N°entrevistado
Não escrever nada nesta coluna			
Por <input type="text"/> <input type="text"/> mês/meses <input style="border: 1px solid black; padding: 2px;" type="text" value="riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> CV10		
220.2. OU, quanto acha que gasta em média por mês? (se está gastando atualmente)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> CV11		
R\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input style="border: 1px solid black; padding: 2px;" type="text" value="riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> CV11		
221. Este problema teve repercussões sobre seu <u>trabalho</u> e sua <u>renda</u> mensal (por exemplo: perdeu o emprego, teve que mudar de posto de trabalho, etc.)?	<input type="text"/> CV12		
1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input type="checkbox"/> NA	<input type="text"/> CV12		
221.1. Caso sim, quanto acha que perdeu (mensalmente)?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> CV13		
R\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input style="border: 1px solid black; padding: 2px;" type="text" value="riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> CV13		
222. O Sr/a Sra precisou fazer <u>reformas</u> na sua moradia, para ajustar o ambiente ao seu estado de saúde devido a esta complicação?	<input type="text"/> CV14		
1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> NA	<input type="text"/> CV14		
222.1. Caso sim, quanto diria que isso custou?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> CV15		
R\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input style="border: 1px solid black; padding: 2px;" type="text" value="riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> CV15		
223. O Sr/a Sra precisa usar uma <u>prótese e/ou cadeira de roda</u> , ou outro aparelho, em decorrência desta complicação?	<input type="text"/> CV16		
1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> NA	<input type="text"/> CV16		
223.1. Caso sim, o Sr/a Sra teve, ou continua tendo, que pagar por estes aparelhos?	<input type="text"/> CV17		
1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input type="checkbox"/> NA	<input type="text"/> CV17		
223.1.1. Caso sim, quanto acha que gastou e por quantos meses? (se já parou de gastar)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> CV18		
R\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input style="border: 1px solid black; padding: 2px;" type="text" value="riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> CV18		
Por <input type="text"/> <input type="text"/> mês/meses <input style="border: 1px solid black; padding: 2px;" type="text" value="riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> CV19		
223.1.2. OU, quanto acha que gasta em média por mês? (se está gastando atualmente)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> CV20		
R\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input style="border: 1px solid black; padding: 2px;" type="text" value="riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> CV20		
<b>Caso tenha tido amputação</b>			
224. Onde foi realizada a <u>cirurgia de amputação</u> ? <input style="border: 1px solid black; padding: 2px;" type="text" value="se várias, perguntar sobre a última"/>	<input type="text"/> AMPU1		
1 <input type="checkbox"/> Hospital público 2 <input type="checkbox"/> Hospital privado (plano de Saúde) 3 <input type="checkbox"/> Hospital privado (particular) 4 <input type="checkbox"/> Entidade filantrópica (Hospital/Casa saúde) 5 <input type="checkbox"/> Universidade/Hospital escola 6 <input type="checkbox"/> Outros _____ 7 <input type="checkbox"/> NA	<input type="text"/> AMPU1		
225. O Sr/a Sra precisou pagar por esta cirurgia (ou parte dela)?	<input type="text"/> AMPU2		
1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input type="checkbox"/> NA	<input type="text"/> AMPU2		
225.1. Caso sim, quanto gastou?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AMPU3		
R\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input style="border: 1px solid black; padding: 2px;" type="text" value="riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AMPU3		
226. O Sr/a Sra teve outros gastos para realizar esta cirurgia (por exemplo: transporte para acompanhante, alimentação, remédios (de uso por tempo limitado), etc.)?			

	_ _ _  Porte	_ _ _ _ _  N°ESF ou UBS	_ _ _ _ _  N°entrevistado	_ _ _ _ _  H
Não escrever nada nesta coluna				
<p>1<input type="checkbox"/> Sim    2<input type="checkbox"/> Não    3<input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4<input type="checkbox"/> NA</p> <p>226.1. Caso sim, quanto acha que gastou com estes?</p> <p>R\$  _ _ _ _ _ _ ,  _ _ _  <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra</span></p>				
<p><b>Rins</b></p> <p>227. O Sr/a Sra teve ou tem mal funcionamento dos rins decorrente de sua pressão alta?</p> <p>1<input type="checkbox"/> Sim    2<input type="checkbox"/> Não    3<input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4<input checked="" type="checkbox"/> NA</p> <p><span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Caso tenha complicações renais</span></p> <p>228. O Sr/a Sra tem que fazer <u>diálise</u> para tratar essa complicação?</p> <p>1<input type="checkbox"/> Sim    2<input type="checkbox"/> Não    3<input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4<input type="checkbox"/> NA</p> <p><span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Caso sim</span></p> <p>228.1. Onde está realizado este tratamento?</p> <p>1<input type="checkbox"/> Unidade de saúde pública (unidade de saúde de referência)  2<input type="checkbox"/> Plano de Saúde  3<input type="checkbox"/> Particular/desembolso direto  4<input type="checkbox"/> Entidade filantrópica (Hospital/Casa saúde)  5<input type="checkbox"/> Universidade/Hospital escola  6<input type="checkbox"/> Outros _____  7<input type="checkbox"/> NA</p> <p>228.2. Caso este tratamento seja particular, quanto diria que gasta em média por mês com ele?</p> <p>R\$  _ _ _ _ _ _ ,  _ _ _  <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra</span></p> <p>229. O Sr/a Sra precisou fazer uma cirurgia de <u>transplante renal</u> para tratar essa complicação?</p> <p>1<input type="checkbox"/> Sim    2<input type="checkbox"/> Não    3<input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4<input type="checkbox"/> NA</p> <p><span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Caso sim</span></p> <p>229.1. Onde foi realizada esta cirurgia?</p> <p>1<input type="checkbox"/> Hospital público  2<input type="checkbox"/> Hospital privado (plano de Saúde)  3<input type="checkbox"/> Hospital privado (particular)  4<input type="checkbox"/> Entidade filantrópica (Hospital/Casa saúde)  5<input type="checkbox"/> Universidade/Hospital escola  6<input type="checkbox"/> Outros _____  7<input type="checkbox"/> NA</p> <p>229.2. O Sr/a Sra precisou pagar por esta cirurgia (ou parte dela)?</p> <p>1<input type="checkbox"/> Sim    2<input type="checkbox"/> Não    3<input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4<input type="checkbox"/> NA</p> <p>229.2.1. Caso sim, quanto gastou?</p> <p>R\$  _ _ _ _ _ _ ,  _ _ _  <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra</span></p> <p>229.3. O Sr/a Sra teve outros gastos para realizar esta cirurgia (por exemplo: transporte, transporte para acompanhante, alimentação, remédios (de uso por tempo limitado), etc.)?</p> <p>1<input type="checkbox"/> Sim    2<input type="checkbox"/> Não    3<input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4<input type="checkbox"/> NA</p> <p>229.3.1. Caso sim, quanto acha que gastou com estes?</p> <p>R\$  _ _ _ _ _ _ ,  _ _ _  <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra</span></p> <p>230. Para este problema nos rins, o Sr/a Sra precisa usar algum(ns) remédio(s) todos os dias por orientação médica sem ter uma data para parar?</p>				
	_ _ _ _ _  AMP04			
		_ _ _ _ _ ,  _ _ _  AMP05		
	_ _ _ _ _  RIN01			
	_ _ _ _ _  RIN02			
		_ _ _ _ _ ,  _ _ _  RIN3		
	_ _ _ _ _  RIN4			
	_ _ _ _ _  RIN5			
	_ _ _ _ _  RIN6			
		_ _ _ _ _ ,  _ _ _  RIN7		
	_ _ _ _ _  RIN8			
		_ _ _ _ _ ,  _ _ _  RIN9		

	_ _  Porte	_ _ _ _  N°ESF ou UBS	_ _ _   H  N°entrevistado	
				Não escrever nada nesta coluna
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro <input type="checkbox"/> NA				_ _  RIN10
<b>Caso sim</b> 230.1. Qual(is) o(s) nome(s) deste(s) remédio(s)? pedir para ver a receita ou a embalagem; codificar número de produtos diferentes _____ _____				_ _ _  RIN11
230.2. O Sr/a Sra precisa comprar algum(uns) destes remédios? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro <input type="checkbox"/> NA				_ _  RIN12
230.2.1. Caso sim, quanto diria que gasta em média por mês com esta compra? R\$  _ _ _ _ _ ,  _ _   riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra				_ _ _ _ _ _ _ _ _ _  RIN13
231. Para este problema nos rins, o Sr/a Sra tem que seguir uma <u>dieta</u> especial? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro <input type="checkbox"/> NA				_ _  RIN14
<b>Caso sim</b> 231.1. O Sr/a Sra tem que realizar gastos específicos (por exemplo: comprar produtos sem proteínas, complementos alimentares, etc.)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro <input type="checkbox"/> NA				_ _  RIN15
231.1.1. Caso sim, quanto diria que gasta em média por mês com esta compra? R\$  _ _ _ _ _ ,  _ _   riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra				_ _ _ _ _ _ _ _ _ _  RIN16
232. Este problema renal teve repercussões sobre seu <u>trabalho</u> e sua <u>renda</u> mensal (por exemplo: perdeu o emprego, teve que mudar de posto de trabalho, etc.)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro <input type="checkbox"/> NA				_ _  RIN17
232.1. Caso sim, quanto acha que perdeu (mensalmente)? R\$  _ _ _ _ _ ,  _ _   riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra				_ _ _ _ _ _ _ _ _ _  RIN18
<b>Olhos</b>				
233. O Sr/a Sra teve ou tem complicações da pressão alta nos olhos, comprovado por um profissional? <u>pode ser retinopatia hipertensa, catarata, ou glaucoma</u> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro <input checked="" type="checkbox"/> NA				_ _  OLH08N
<b>Caso tenha complicações oftalmológicas</b>				
234. Para este problema nos olhos, o Sr/a Sra precisa usar algum <u>remédio</u> todos os dias por orientação médica sem ter uma data para parar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro <input type="checkbox"/> NA				_ _  OLH01
<b>Caso sim</b> 234.1. Qual(is) o(s) nome(s) deste(s) remédio(s)? pedir para ver a receita ou a embalagem _____ _____				_ _  OLH02
234.2. O Sr/a Sra precisa comprar algum(uns) destes remédios? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro <input type="checkbox"/> NA				_ _  OLH02
234.2.1. Caso sim, quanto diria que gasta em média por mês com esta compra?				

	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Porte	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> N°ESF ou UBS	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> N°entrevistado	H	
<i>Não escrever nada nesta coluna</i>					
R\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> OLH03
235. Para este problema nos olhos, o Sr/a Sra precisa usar <b>óculos ou lentes de contato</b> (além do que é necessário por miopia ou baixa de visão devida à idade)?					
	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sei/não lembro	<input type="checkbox"/> NA	<input type="text"/> OLH04
<b>Caso sim</b>					
235.1. O Sr/a Sra comprou os óculos e/ou as lentes de contato?					
	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sei/não lembro	<input type="checkbox"/> NA	<input type="text"/> OLH05
235.1.1. Caso sim, quanto gastou na compra dos óculos e/ou das lentes de contato?					
R\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> OLH06
235.1.2. Caso faça uso de lentes de contato, quanto gasta por mês na manutenção?					
R\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> OLH07
236. O Sr/a Sra teve que fazer tratamento com <b>laser</b> ou <b>cirurgia</b> para essa(s) complicação(ões)?					
	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sei/não lembro	<input type="checkbox"/> NA	<input type="text"/> OLH08
<b>Caso sim</b>					
236.1. O Sr/a Sra precisou pagar por este tratamento (ou parte dele)?					
	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sei/não lembro	<input type="checkbox"/> NA	<input type="text"/> OLH09
236.1.1. Caso sim, quanto gastou?					
R\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> OLH10
236.2. O Sr/a Sra teve outros gastos para realizar este tratamento (por exemplo: transporte, transporte para acompanhante, alimentação, remédios (de uso por tempo limitado), etc.)?					
	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sei/não lembro	<input type="checkbox"/> NA	<input type="text"/> OLH11
236.2.1. Caso sim, quanto acha que gastou com estes?					
R\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> OLH12
237. Este problema nos olhos teve repercussões sobre seu <b>trabalho</b> e sua <b>renda</b> mensal (por exemplo: perdeu o emprego, teve que mudar de posto de trabalho, etc.)?					
	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sei/não lembro	<input type="checkbox"/> NA	<input type="text"/> OLH13
237.1. Caso sim, quanto acha que perdeu (mensalmente)?					
R\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> OLH14
<b>Outras complicações</b>					
238. <i>(só para homens)</i> O Sr teve ou tem <b>problemas sexuais persistentes</b> (impotência)?					
	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> NA		<input type="text"/> SEX0N
<b>Caso sim</b>					
238.1. Algum profissional da USF/UBS onde o Sr consulta já perguntou sobre este assunto?					
	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sei/não lembro	<input type="checkbox"/> NA	<input type="text"/> SEX1
238.2. Algum profissional desta USF/UBS já tomou providências para tentar resolver este problema (por exemplo: receitou exames comple-					

	<input type="text"/> <input type="text"/> Porte	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> N°ESF ou UBS	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> N°entrevistado	
Não escrever nada nesta coluna				
<p>mentares, aconselhou remédios, modificou o tratamento, encaminhou para especialista)?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input type="checkbox"/> NA</p>				
<p>239. O Sr/a Sra teve ou tem <u>outra(s) complicação(ões)</u> da pressão alta?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input checked="" type="checkbox"/> NA</p>				
<p>239.1. Caso sim, qual(is)?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>				
<p><b>Caso tenha tido ou tenha outras complicações</b></p>				
<p>240. Para esta(s) complicação(ões), o Sr/a Sra precisa usar algum remédio todos os dias por orientação médica sem ter uma data para parar?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input type="checkbox"/> NA</p>				
<p><b>Caso sim</b></p>				
<p>240.1. Qual(is) o(s) nome(s) deste(s) remédio(s)?</p> <p><u>pedir para ver a receita ou a embalagem</u></p> <p>_____</p> <p>_____</p>				
<p>240.2. O Sr/a Sra precisa comprar algum(uns) destes remédios?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input type="checkbox"/> NA</p>				
<p>240.2.1. Caso sim, quanto diria que gasta em média por mês com esta compra?</p> <p>R\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <u>riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra</u></p>				
<p>241. Esta(s) complicação(ões) teve(tiveram) repercussões sobre seu trabalho e sua renda mensal (por exemplo: perdeu o emprego, teve que mudar de posto de trabalho, etc.)?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input type="checkbox"/> NA</p>				
<p>241.1. Caso sim, quanto acha que perdeu (mensalmente)?</p> <p>R\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <u>riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra</u></p>				
<p>242. O Sr/a Sra tem que encarar outros gastos devido a esta(s) complicação(ões)?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input type="checkbox"/> NA</p>				
<p>242.1. Caso sim, quanto diria que gasta em média por mês?</p> <p>R\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <u>riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra</u></p>				
<p><b>INTERNAÇÕES POR HA OU RELACIONADAS COM A HA</b></p>				
<p>243. Durante sua vida, o Sr/a Sra teve alguma internação devido a sua pressão alta?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro    4 <input checked="" type="checkbox"/> NA</p>				
<p><b>Caso tenha tido internações devido à HA</b></p>				
<p>244. Quantas internações o Sr/a Sra devido à pressão alta?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Uma vez          2 <input type="checkbox"/> De duas a cinco vezes          3 <input type="checkbox"/> Mais de cinco vezes          4 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro          5 <input type="checkbox"/> NA</p> <p><u>se houver, perguntar sobre a última</u></p>				

<input type="text"/>	Porte	<input type="text"/>	N°ESF ou UBS	<input type="text"/>	N°entrevistado
Não escrever nada nesta coluna					
245. O Sr/a Sra foi encaminhado/a por algum profissional da USF/UBS?					
1 <input type="checkbox"/> Sim      2 <input type="checkbox"/> Não      3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro      4 <input type="checkbox"/> NA					
<input type="text"/> INTER2					
246. Onde o Sr/a Sra foi internado/a?					
1 <input type="checkbox"/> Hospital público					
2 <input type="checkbox"/> Hospital privado (plano de Saúde)					
3 <input type="checkbox"/> Hospital privado (particular)					
4 <input type="checkbox"/> Entidade filantrópica (Hospital/Casa saúde)					
5 <input type="checkbox"/> Universidade/Hospital escola					
6 <input type="checkbox"/> Outros _____					
7 <input type="checkbox"/> NA					
<input type="text"/> INTER3					
247. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF/UBS escreveu alguma informação para o pessoal do hospital a respeito do motivo desta internação?					
1 <input type="checkbox"/> Sim      2 <input type="checkbox"/> Não      3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro      4 <input type="checkbox"/> NA					
<input type="text"/> INTER4					
248. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF/UBS sabe quais foram os resultados desta internação?					
1 <input type="checkbox"/> Sim      2 <input type="checkbox"/> Não      3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro      4 <input type="checkbox"/> NA					
<input type="text"/> INTER5					
249. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF/UBS falou com o Sr/a Sra sobre os resultados desta internação (explicou o que significavam no seu caso, que conseqüências podiam ter sobre seu tratamento, etc.)?					
1 <input type="checkbox"/> Sim      2 <input type="checkbox"/> Não      3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro      4 <input type="checkbox"/> NA					
<input type="text"/> INTER6					
250. O(a) médico(a)/enfermeiro(a) da USF/UBS pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado, isto é, perguntou-lhe se foi bem ou mal atendido durante esta internação?					
1 <input type="checkbox"/> Sim      2 <input type="checkbox"/> Não      3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro      4 <input type="checkbox"/> NA					
<input type="text"/> INTER7					
251. Qual sua opinião sobre a facilidade de acesso a esta internação (foi fácil conseguir esta internação)?					
1 <input type="checkbox"/> Muito boa					
2 <input type="checkbox"/> Boa					
3 <input type="checkbox"/> Regular					
4 <input type="checkbox"/> Ruim					
5 <input type="checkbox"/> Muito ruim					
6 <input type="checkbox"/> Não sei dizer/ não tenho opinião sobre isso					
7 <input type="checkbox"/> NA					
<input type="text"/> INTER8					
252. O Sr/a Sra pagou por esta internação?					
1 <input type="checkbox"/> Sim      2 <input type="checkbox"/> Não      3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro      4 <input type="checkbox"/> NA					
<input type="text"/> INTER9					
252.1. Caso sim, quanto pagou?					
R\$ <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra					
<input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> INTER10					
253. Por causa desta internação, o Sr/a Sra perdeu parte de seu salário/ganho habitual?					
1 <input type="checkbox"/> Sim      2 <input type="checkbox"/> Não      3 <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro      4 <input type="checkbox"/> NA					
<input type="text"/> INTER11					
253.1. Caso sim, quanto acha que perdeu?					
R\$ <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> riscar as casas se NA ou não sabe/ não lembra					
<input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> INTER12					

*Muito obrigado, por haver disponibilizado seu tempo livre  
para responder este questionário.*

Nome do(a) entrevistador(a): \_\_\_\_\_