



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”

FACULDADE DE MEDICINA

Mario Amaral Puglisi

**Avaliação da organização da assistência à Hipertensão Arterial e ao
Diabete Mellitus em serviços de atenção primária em uma Rede Regional
de Atenção à Saúde**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Faculdade Estadual de medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para a obtenção do Título de Mestre em Saúde da Família.

Orientador(a): Prof. Dr. Adriano Dias
Coorientador(a): Prof(a). Dr. Walter Vitti Junior
Coorientador(a): Pro(a) Dra. Patrícia Rodrigues Sanine

**Botucatu
2019**

Mario Amaral Puglisi

Avaliação da organização da assistência à Hipertensão Arterial e ao Diabete Mellitus em serviços de atenção primária em uma Rede Regional de Atenção à Saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Faculdade Estadual de medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para a obtenção do Título de Mestre em Saúde da Família.

Orientador(a): Prof. Dr. Adriano Dias
Coorientador(a): Prof(a). Dr. Walter Vitti Junior
Coorientador(a): Pro(a) Dra. Patrícia Rodrigues Sanine

Botucatu
2019

Ficha Catalográfica

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP

BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: LUCIANA PIZZANI-CRB 8/6772

Puglisi, Mario Amaral.

Avaliação da organização da assistência à hipertensão arterial e ao Diabete Mellitus em serviços de atenção primária em uma rede regional de atenção à saúde / Mario Amaral Puglisi. - Botucatu, 2019

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Adriano Dias

Coorientador: Walter Vitti Junior

Coorientador: Patrícia Rodrigues Sanine

Capes: 40602001

1. Atenção primária à saúde. 2. Diabetes mellitus. 3. Hipertensão. 4. Sistema Único de Saúde (Brasil).

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Avaliação em saúde; Diabetes Mellitus; Hipertensão; Organização e administração.

Este trabalho é dedicado primeiramente ao Criador, Deus do Universo, e à minha criatura, Giovana, fruto da cumplicidade da minha outra metade, Thamyris, que sempre me apoiou, em todas as decisões.

AGRADECIMENTOS

Pensando neste momento a quem poderia agradecer pela elaboração desse trabalho, sem demagogias, o primeiro nome que me veio à mente sem dúvidas foi o da Dr^a Patricia Rodrigues Sanine, coorientadora deste trabalho, pois no momento mais crucial do meu mestrado profissional - que foi a elaboração desta tese -, ela surgiu!

Em segundo momento, e não tão menos importante, também, quero deixar meus sinceros agradecimentos ao Prof. Dr. Adriano Dias, meu orientador, e ao Prof. Dr. Walter Vitti Junior, coorientador, que sempre me apoiaram, e ao perceberem minhas dificuldades e limitações, convidaram a Dr^a Patrícia para me ajudar na elaboração deste trabalho, que prontamente “comprou” a minha “luta”, visto que o tempo urgia e o trabalho era demasiadamente extenso e exaustivo!

E foi através da “correria” em conciliar o prazo, já escasso para a conclusão da dissertação, somado ao cotidiano do trabalho e a difícil, porém gratificante, tarefa de ser “pai de família” que, por vezes, por anseio ou até por desânimo pensei em desistir do mestrado. Porém, ao olhar para trás e ver tudo aquilo que já “tinha remado” e percebendo a disposição dos orientadores do projeto, sempre dispostos em ajudar, foi que encontrei forças e ânimo para concluí-lo.

Por fim, quero deixar aqui registrado meus agradecimentos (sem citar nomes, porque foram muitos) a todos os professores do Profsaúde da UNESP – BOTUCATU. Maravilhosos foram os momentos de conhecimento compartilhado e experiências vividas na prática. Ter a oportunidade em conhece-los, certamente ficará para sempre em minha memória. A todos vocês, meu muito obrigado!

“A satisfação está no esforço e não apenas na realização final”.

Mahatma Gandhi

Resumo

Introdução: Com o envelhecimento populacional, há uma tendência ao aumento das doenças crônicas não transmissíveis, principalmente, da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e do Diabetes Mellitus (DM), exigindo cada vez mais a melhoria da organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) para tal enfrentamento. Os serviços da APS são a principal porta de entrada e ordenadora do sistema de saúde, devido a sua proximidade com o território, apresenta-se como o local mais adequado para o diagnóstico e acompanhamento da HAS e DM.

Objetivo: Avaliar a organização da assistência à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus em serviços de atenção primária de uma Rede Regional de Atenção à Saúde (RRAS 12), segundo os diferentes arranjos organizacionais existentes na região. **Método:** Pesquisa avaliativa de abordagem quantitativa da organização dos serviços de atenção primária da RRAS 12 (DRS Araçatuba e São José do Rio Preto). Utilizou-se o banco de dados resultante da aplicação do instrumento QualiAB, em 2017. Foram selecionadas do QualiAB 16 variáveis referentes à caracterização dos serviços respondentes e 78 indicadores de organização dos serviços, específicas para a atenção à HAS e DM, conforme documentos publicados sobre o tema pelo Ministério da Saúde. Estes indicadores após separados em: 1) caracterização geral dos serviços e 2) caracterização da estrutura e procedimentos dos serviços quanto à atenção às doenças crônicas não transmissíveis – Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, foram analisados conforme o “tipo de serviço”, ou seja, levou-se em consideração os diferentes arranjos operados nos serviços de APS (Unidade Saúde da Família – USF; Unidade Básica de Saúde Tradicional – UBS; UBS com inserção de agentes comunitários ou equipes de saúde da família – UBS/Mista; UBS com equipe de saúde da família integrada a Unidade de Pronto Atendimento -UBS/UPA; e Unidades que não possuem equipes fixas em período integral ou outros arranjos - Outros). Dos 368 serviços respondentes, foram excluídos oito que informaram não ofertar atenção às pessoas portadoras de Hipertensão Arterial e/ou Diabetes. A análise dos resultados foi realizada por meio da distribuição das frequências de cada indicador e suas associações, conforme o “tipo de serviço”, utilizando os testes de qui-quadrado e Z, sob nível de significância de 5%. **Resultados:** A população é predominantemente urbana, com índice de envelhecimento de 76,36% e renda per capita de R\$732,55, comparado ao estado de São Paulo (69,78% e R\$ 853,75, respectivamente). A RRAS 12 possui taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares 23,76% e de DM 3,58% maiores em relação à SP, independentemente do sexo. Dos 360 serviços que afirmaram atender casos de HAS e DM, a maioria encontra-se localizado em município com até 20 mil habitantes. Identificou-se semelhanças na organização do processo de trabalho para a atenção à HAS e DM entre o arranjo USF e UBS/Mista e entre UBS/Mista e outros; e UBS e UBS/UPA. A UBS, seguidos da UBS/UPA, ofertam menos ações de promoção e educação à saúde, porém, são os arranjos que mais fornecem acesso regular a medicamentos. A USF e o arranjo do tipo Outros se destacam positivamente pelas ações de registro, busca ativa e convocação de faltosos, enquanto a UBS/Mista pela ampliação do acesso com horários estendidos e aos finais de semana. **Considerações Finais:** Pode-se concluir que não há um modelo único capaz de fornecer uma atenção integral à HAS e DM, sugerindo a integração dos diferentes modos de abordar estes agravos.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Avaliação em Saúde; Diabetes Mellitus; Hipertensão; Organização e Administração

Abstract

Introduction: With the aging of the population, there is a tendency to increase non-communicable chronic diseases, such as Systemic Arterial Hypertension (SAH) and Diabetes Mellitus (DM), increasingly demanding an improvement in the organization of Primary Health Care (PHC) for coping with these diseases. PHC services are the main gateway to the health system, due to its proximity to the territory, it is the most suitable place for the diagnosis and monitoring of SAH and DM. **Objective:** To evaluate the organization of assistance to hypertension and diabetes mellitus in primary care services of a Regional Health Care Network (RRAS 12), according to the different organizational arrangements in that region. **Method:** Evaluative research on the quantitative approach of the primary care services organization of RRAS 12 (DRS Araçatuba and São José do Rio Preto). The database that resulted from the application of the QualiAB instrument was used in 2017. QualiAB was selected from 16 variables related to the characterization of the respondent services and 78 indicators of service organization specific to the attention to Hypertension and Diabetes Mellitus, as recommended in the documents on the subject, published by the Ministry of Health. These indicators are separated into: 1) general characterization of services and 2) characterization of the structure and procedures of the services regarding chronic non-communicable diseases - Hypertension and Diabetes Mellitus, will be analyzed according to the "type of service" will take into account the different arrangements made in the primary health care services (Family Health Unit - USF, Basic Health Unit - UBS, UBS with insertion of community agents or family health teams - UBS / of the family integrated into the Emergency Care Unit (UBS / UPA) and Units that do not have full-time fixed staff or other arrangements - Others). Of the 368 respondent services, eight were excluded who reported not paying attention to people with Arterial Hypertension and / or Diabetes. The analysis of the results was performed by means of the distribution of the frequencies of each indicator and its associations, according to the "service type", using the chi-square and Z tests, under a significance level of 5%. **Results:** The population is predominantly urban, with an aging index of 76.36% and *per capita* income of R\$ 732.55, compared to the state of São Paulo with (69.78% and R\$ 853.75), respectively. RRAS 12 has 23.76% cardiovascular disease mortality rates and DM 3.58% higher in relation to SP, regardless of gender. Of the 368 respondent services, 360 said to attend cases of SAH and DM, most of them located in a municipality with up to 20 thousand inhabitants. Similarities were identified in the organization of the work process for attention to SAH and DM between the USF and UBS / Mixed arrangement and between UBS / Mixed and others; and UBS and UBS / UPA. UBS, followed by UBS / UPA, offer fewer health promotion and education actions, however, more provide regular access to medicines. The USF and the Others arrangements stand out for more attention to the actions of registration, active search and summoning of defaulters and the UBS / mixed with performance in extended hours and weekends. **Final considerations:** It can be concluded that there is no single model capable of providing comprehensive attention to SAH and DM, suggesting the integration of the different ways of addressing these diseases.

Keywords: Primary Health Care; Health Evaluation; Diabetes Mellitus; Hypertension; Organization and Administration

Lista de figuras

Figura 1 - Distribuição das dez Regiões de Saúde nos dois Departamentos Regionais de Saúde (DRS) que compõem a RRAS 12	17
Figura 2 – Distribuição da populacional residente na RRAS 12 no ano de 2010, segundo sexo e faixa etária	18
Figura 3 - Exemplo de pergunta do questionário QualiAB, 2017	20

Lista de Quadros

Quadro 1 – Variáveis utilizadas para caracterização dos municípios da RRAS 12 que responderam o instrumento QualiAB, 2017.....	19
Quadro 2 - Variáveis de caracterização geral dos serviços participantes, segundo o número da questão e respectiva alternativa no instrumento QualiAB, 2017	21
Quadro 3 - Indicadores de caracterização da organização dos serviços participantes em relação à atenção às doenças crônicas não transmissíveis – Hipertensão Arterial e Diabetes Melitus -, segundo o número da questão e respectiva alternativa no instrumento QualiAB, 2017	22
Quadro 4 – Distribuição dos municípios pertencentes a RRAS 12 e participantes do estudo, conforme porte populacional	25
Quadro 5 - Caracterização dos 134 municípios da RRAS 12 referente aos 360 serviços de APS que responderam o instrumento QualiAB no ano de 2017, em relação ao total do estado de São Paulo	26

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Distribuição das frequências das variáveis de caracterização geral dos 360 serviços de APS participantes da RRAS12, segundo o tipo de serviço, QualiAB, 2017.....	27
Tabela 2 – Distribuição das frequências dos indicadores de caracterização da organização da atenção à hipertensão arterial e diabetes mellitus dos 360 serviços de APS participantes da RRAS12, segundo o tipo de serviço, QualiAB, 2017.....	29

Sumário

INTRODUÇÃO	11
OBJETIVO	15
MATERIAL E MÉTODO	16
TIPO DE ESTUDO	16
LOCAL DO ESTUDO	16
COLETA DOS DADOS	18
SELEÇÃO DOS INDICADORES.....	20
ANÁLISE DOS DADOS	23
RESULTADOS	25
DISCUSSÃO.....	32
CONCLUSÕES.....	40
RECOMENDAÇÕES	41
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	44
ANEXOS.....	51

APRESENTAÇÃO

Descrever, em poucas linhas, a minha trajetória profissional até aqui é uma tarefa difícil, porém importante como forma de apresentar este trabalho e elucidar ao leitor os fatos que desencadearam sua elaboração.

Nasci na cidade de São Paulo e aos 20 anos de idade fui morar no interior do estado, em São José do Rio Preto. Logo que terminei a graduação em Medicina pela Faculdade de Medicina de Petrópolis/RJ, em 2012, ingressei, no ano seguinte, como médico no Programa Mais Médicos para o Brasil, atuando na cidade de Mirassol, que dista cerca de 20 quilômetros de São José do Rio Preto.

Em Mirassol, fui trabalhar em uma Unidade da Estratégia de Saúde da Família (USF), e como médico recém-formado pude perceber que as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), principalmente a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) eram as doenças mais prevalentes, evidenciando a importância da organização do serviço de atenção primária à saúde (APS) no município para estes agravos.

Já com esta preocupação, no ano de 2017, passei a exercer a atividade de preceptoria de alunos do internato na Faculdade de Medicina UNILAGO de São José do Rio Preto, e a partir desse compromisso surgiu o interesse em atuar na área acadêmica, o que me trouxe novos desafios e a exigência de atualização e aprimoramento profissional.

Diante desta realidade, busquei no Mestrado Profissional em Saúde da Família (ProfSaúde) estudar a organização das práticas em saúde nos serviços de APS da região onde trabalho, principalmente das DCNT, sobretudo as que fazem parte do meu cotidiano como médico, como é o caso da Hipertensão Arterial e a Diabetes.

Diante disso, espero que os resultados desse trabalho possam orientar gestores municipais e profissionais de saúde, como eu, a olharem criticamente para suas práticas em saúde e buscarem melhorias no tratamento, na promoção e nas ações de prevenção a esses agravos.

INTRODUÇÃO

O aumento mundial da incidência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) tornou-se um grande desafio à Saúde Pública, principalmente para os países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, maiores vítimas desses agravos. A razão desse aumento, muitas vezes, pode ser explicada pela falta de recursos financeiros necessários para investimento na melhoria da saúde e/ou por falta de uma gestão em saúde qualificada, que priorize e viabilize a melhoria das condições de saúde da população (TANAKA et al., 2019; MALTA et al., 2018; OMS, 2011).

As DCNT são responsáveis pela maioria das causas de morte no mundo, entre elas, as ocasionadas pela hipertensão arterial sistêmica (HAS), presente na maioria dos casos de cardiomiopatia isquêmica e acidente vascular cerebral, enfermidades que ocupam, respectivamente, o primeiro e o segundo lugar dentre as 10 principais causas de morte no mundo, e que juntas, ultrapassaram os 15 milhões de óbitos em 2016 (BALI et al., 2018; WHO, 2018).

No Brasil, a HAS e o Diabetes Mellitus (DM) também são frequentes e crescentes, conforme observado entre 2013 e 2016, quando 21,4% e 25,7% das pessoas com 18 anos ou mais foram diagnosticadas com HAS e 6,2% e 8,9% com DM, respectivamente (VIGITEL, 2019; PNS, 2013; SCHMIDT et al., 2011).

Cabe destacar que, por se tratarem de doenças que acompanham os indivíduos acometidos por toda a vida, o envelhecimento populacional *per se* aumenta sua ocorrência (KANSO et al., 2011; SCHMIDT et al., 2011), apresentando-se, para 2025, no Brasil, uma estimativa de que existirão 30 milhões de idosos e que cerca de 85% deles apresentarão alguma destas doenças (IBGE, 2010).

Por tratarem-se de enfermidades que exigem acompanhamento constante ao longo de toda vida e que, no entanto, a adesão ao tratamento é baixa, as complicações da HAS e DM apresentam-se como importantes responsáveis pelo aumento do ônus para o sistema de saúde (TANAKA et al., 2019; SOARES, 2014; MOREIRA et al., 2013; BRASIL, 2013 a,b; 2011, OMS, 2011).

Desde a criação e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), o modelo assistencial adotado foi o da APS como centro integrador e ordenador do cuidado entre os outros níveis de atenção à saúde. Ofertado de forma gratuita e universal, centrado nas necessidades da população, é apresentado como o responsável pelo acolhimento das demandas e seu acompanhamento de modo longitudinal e integral, procurando sempre a máxima resolução (LAVRAS, 2011; BRASIL, 2013a,b; SILVA, 2009; MENDES, 2009).

O fato de o primeiro atendimento do portador de HAS e DM, usuário do SUS, ser preferencialmente na APS, propiciaria uma atuação precoce, reduzindo a probabilidade de agudizações, comorbidades e complicações, que por consequência, ocasionariam menores perdas de anos potenciais e melhor qualidade de vida (TANAKA et al., 2019; SALDIVA, 2018). Outro fator que favoreceria o sucesso do acompanhamento destes casos na APS é a questão do profissional e/ou a equipe que atua nestes serviços conhecer o usuário, seu histórico médico e o contexto social em que se insere, circunstâncias que propiciariam o reconhecimento de particularidades envolvidas no processo saúde-doença-cuidado (BRASIL, 2013c).

Pensando em novas estratégias para melhoria da gestão em saúde do SUS e na remodelagem das políticas públicas brasileiras no sentido de que fossem eficientes em atender as demandas da população, várias ações foram implementadas ao longo dos anos. O Pacto pela Saúde (2006) destacava a proposta de enfrentamento ao avanço das DCNT por meio da promulgação da Política Nacional de Promoção à Saúde - PNPS (BRASIL, 2006a).

A partir das diretrizes da PNPS, juntamente com outras propostas, como o Pacto de Defesa da Vida e a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), novos rumos passaram a serem estabelecidos, com base em uma rede de corresponsabilidade na qualidade de saúde (BRASIL, 2006a;2011a;2012).

Com a formação da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde (CNDSS), em 2006, o país passa a buscar mais fortemente o reconhecimento dos determinantes sociais como importantes condicionantes que interferem diretamente na questão do processo saúde-doença e mais ativamente em doenças como a HAS e a DM (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Este movimento de mudança no modelo de atenção fundamentado na melhoria da qualidade de vida traz em seu escopo a importância de se valorizar as ações de promoção da saúde, como bem exemplificado pelo Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil, de 2011, que prioriza novas ações e investimentos financeiros no combate a estas doenças, estabelecendo o prazo de até 2022 para frear seu avanço (BRASIL, 2006; 2011a).

É importante destacar que, naquele mesmo ano, é proposta pelo Ministério da Saúde a implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e a construção de algumas linhas prioritárias de cuidado (MENDES, 2011). A RAS surge como proposta para superar a fragmentação das ações e serviços de saúde, na tentativa de consolidar a integralidade do cuidado em saúde dentro de um território pré-estabelecido. Por meio da organização da oferta de serviços de diferentes densidades tecnológicas, visava garantir um melhor suporte para os usuários tornando os serviços mais eficientes no que tange a gestão, logística e técnica em um determinado tecido regional (VIANA, 2018; MENDES, 2011).

Para tanto, apresentava como um dos principais atributos possuir território e população definida, pois tal fato permite conhecer a demanda local, além de favorecer a participação social, a coordenação e continuidade do cuidado e os sistemas de informação integrados (VIANA, 2017).

Somado a estas iniciativas, foram lançadas, em 2013, duas publicações de caráter protocolares que reforçam as estratégias para a melhoria das práticas voltadas ao cuidado das pessoas com DM e HAS, os Cadernos de Atenção Básica (AB) nº 36 e 37, respectivamente (BRASIL, 2013a,b). E em 2014, a PNPS é redefinida para atender a articulação das ações e a cooperação intrasetorial e intersetorial proposta pela RAS (BRASIL, 2006a).

Segundo estas propostas, os serviços de APS organizados segundo o modelo Estratégia de Saúde da Família (ESF) são fortalecidos como o arranjo que garante maior resolução das demandas de saúde da população e contam com o matriciamento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF (BRASIL, 2017; PINTO; GIOVANELLA, 2018; CASTRO et al., 2012; FLÔR et al., 2017; GONÇALVES et al., 2009).

Reforçam esta ideia a recente publicação do Guia PNAB – módulo 1 (BRASIL,

2018), que busca orientar os profissionais de saúde em como melhor estabelecer a integração das ações em Vigilância em Saúde, especialmente direcionadas às DCNT, com aquelas que deveriam ser exercidas nos serviços de APS.

No Estado de São Paulo, onde a construção e ampliação dos serviços de APS apresentaram contextos que os diferenciam do demais estados brasileiros, refletidos na baixa adesão do estado ao modelo da ESF, constata-se a existência de vários modelos operando simultaneamente (SANINE et al., 2018; 2016; SOUZA, 2014).

A partir deste contexto, mesmo diante das proposições da PNAB (BRASIL, 2017) que apontam os serviços organizados, conforme o modelo ESF, os melhores qualificados para ofertar uma atenção integral à população, pode-se esperar que os modelos mais antigos no estado (UBS) apresentem uma organização tão qualificada quanto ao modelo preconizado pelo Ministério da saúde (ESF).

Partindo deste pressuposto, de que é no cotidiano dos serviços que ocorre a produção da saúde em seu conceito mais amplo – de promoção da saúde e prevenção de agravos, a realização de avaliações que tomem como foco a organização do processo de trabalho, a APS torna-se ainda mais importante, pois é por meio da identificação das barreiras neste processo que poderemos apontar possíveis melhorias para a organização das práticas de atenção a estas pessoas portadoras de HAS e DM.

OBJETIVO

Avaliar a organização da assistência à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus em serviços de atenção primária de uma Rede Regional de Atenção à Saúde (RRAS 12), segundo os diferentes arranjos organizacionais existentes naquela região.

MATERIAL E MÉTODO

TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa avaliativa de abordagem quantitativa, transversal, que analisará a organização das práticas de atenção à HAS e DM nos serviços da APS no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) na Rede Regional de Atenção à Saúde 12. Para tanto, utilizará dados secundários resultante da aplicação censitária do Questionário de Avaliação e Monitoramento da Atenção Básica (QualiAB) naquela região, em 2017.

LOCAL DO ESTUDO

A RRAS 12 está localizada na macrorregião noroeste do Estado de São Paulo e é formada pela junção dos Departamentos Regionais de Saúde (DRS) de Araçatuba e de São José do Rio Preto que contemplam, ao todo, 142 municípios e que somavam uma população total de 2.302.582 habitantes em 2019 (SEADE, 2019).

Ao todo são 10 Regiões de Saúde (RS), nas quais, os 40 municípios do DRS Araçatuba ficam distribuídos em três delas (Central do DRS II, Dos Lagos do DRS II e Dos Consórcios do DRS II). As outras 7 Regionais de Saúde (Catanduva, Santa Fé do Sul, Jales, Fernandópolis, São José do Rio Preto, José Bonifácio e Votuporanga) administram os 102 municípios que completam a DRS São José do Rio Preto.

Esta distribuição pode ser melhor observada na Figura 1, assim como a relação dos municípios e seus respectivos números de habitantes, que são apresentados nos Anexos 1 e 2.

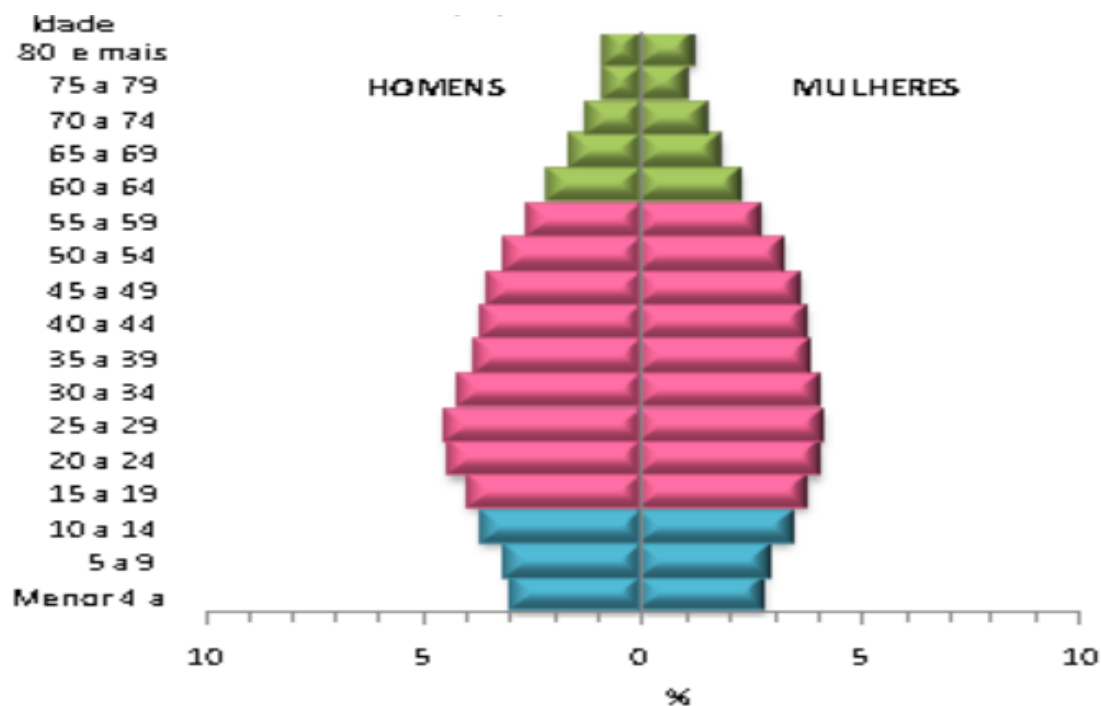
Figura 1: Distribuição das dez Regiões de Saúde nos dois Departamentos Regionais de Saúde (DRS) que compõem a RRAS 12.



Fonte: São Paulo, [2019]

A distribuição desta população por sexo e faixa etária, conforme apresentado na Figura 2, possibilita observar uma grande parcela de adultos jovens, que coerentes com a transição demográfica evidenciada no país, tenderá a diminuir o número de crianças.

Figura 2 – Pirâmide etária com a distribuição populacional residente na RRAS 12 no ano de 2010, segundo sexo e faixa etária.



Fonte: São Paulo, [2019]

COLETA DOS DADOS

Considerando que a HAS e o DM são doenças de caráter multifatorial e que sofrem grande implicação dos determinantes sociais da saúde (BRASIL, 2014), em especial, dos contextos socioeconômicos que, também, estão relacionados aos hábitos de vida, como por exemplo, no caso do tabagismo cuja prevalência é maior em indivíduos com menor escolaridade e menor a renda (BAZOTTI et al., 2016; VILLELA, et. al., 2014), optou-se por fazer uma primeira caracterização dos municípios avaliados.

Assim, as características demográficas da população contida nesse estudo são apresentadas como *proxy* dos fatores socioeconômicos e foram sintetizadas em oito variáveis extraídas dos bancos de dados do Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE) do estado de São Paulo, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 – Variáveis utilizadas para caracterização dos municípios da RRAS 12

VARIÁVEIS	
Indicadores demográficos e socioeconômicos (ano de referência)	
População	Urbana Rural
Sexo	Feminino Masculino
Índice de envelhecimento	
Renda	<1/2 salário mínimo
Analfabetismo	
Renda per capita	
Indicadores de mortalidade (ano de referência)	
Isquêmicas do coração e cerebrovasculares	
Diabetes Mellitus	

Fonte: SEADE, 2019; DATASUS, 2016.

Para a análise da organização dos serviços avaliados, elegeu-se o questionário QualiAB por tratar-se de um instrumento validado, dirigido às equipes dos serviços de APS, com alto poder de investigar a estrutura e organização do processo de trabalho, por meio de indicadores de assistência e gerenciamento (independente do seu arranjo organizacional), ou seja, possui a capacidade de avaliar e monitorar tanto os serviços organizados conforme o modelo de UBS tradicional quanto no modelo ESF.

Elaborado por pesquisa avaliativa realizada em 2007, em 598 serviços de APS do estado de São Paulo, mostrou boa aceitação dos serviços, sendo reaplicado em 2010 em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, em 2.735 serviços e, após atualização e validação nacional, em 2015, foi respondido por 101 serviços localizados em 27 municípios de 12 estados brasileiros (CASTANHEIRA et al., 2016). Em 2017, teve nova aplicação no estado de SP, com 2.742 serviços respondentes.

Para o correto preenchimento do questionário os gestores são orientados através do Guia de Boas Práticas com recomendações que explicitam os critérios e padrões de qualidade adotados na avaliação. Este Guia, assim como o questionário completo, encontra-se disponibilizado no site: <http://www.abasica.fmb.unesp.br/>.

A versão atual do QualiAB (Anexo 3) é composta por 115 questões estruturadas, de auto resposta via *online*, sendo: uma questão para sugestões e críticas ao questionário, cinco de preenchimento numérico, 23 de escolha única e 85 do tipo

múltipla escolha, conforme o exemplo da Figura 3:

Figura 3 – Exemplo de pergunta do questionário QualiAB, 2017.

<p>67. Exames solicitados de rotina para pessoas com DIABETES TIPO II são:</p> <p style="text-align: center;"><i>Selecione uma ou mais alternativas</i></p> <ol style="list-style-type: none">1) Glicemia de jejum2) Urina I3) Microalbuminúria4) Creatinina sérica5) Colesterol total, frações (LDL e HDL)6) Triglicerídeos7) Hemoglobina glicada (HbA1c ou A1c)8) Exame de fundo de olho9) Eletrocardiograma – ECG10) Outros Quais: _____11) Não atendemos pacientes portadores de diabetes tipo II
--

Fonte: Castanheira et al. (2016).

SELEÇÃO DOS INDICADORES

Neste estudo foram escolhidas 19 questões do QualiAB das quais foram selecionadas algumas das alternativas. Estas alternativas foram interpretadas como variáveis de caracterização dos serviços e indicadores de organização dos serviços específicas para a atenção à HAS e DM (Quadros 2 e 3).

As 15 variáveis que caracterizam os serviços têm por objetivo descrever suas estruturas básicas, fornecendo uma ideia da potencialidade de organizar suas práticas para a HAS e DM, como por exemplo, no caso do horário de funcionamento do serviço, que está intimamente ligado à questão do acesso aos serviços de saúde. Estas variáveis podem ser melhor observadas no Quadro 2.

Quadro 2: Variáveis de caracterização geral dos serviços participantes, segundo o número da questão e respectiva alternativa no instrumento QualiAB, 2017.

Variável	Questão
Tipo de serviço	
Unidade Saúde da Família (USF)	Q1.1
Unidade Básica de Saúde Tradicional (UBS)	Q1.2
UBS com agente comunitário ou equipe de saúde da família (UBS/Mista)	Q1.3+ Q1.4
UBS/Mista com Unidade de Pronto Atendimento (UBS/UPA)	Q1.5
Unidades que não possuem equipes fixas em período integral (Outros)	Q1.6+ Q1.7
Localização	
Zona Rural	Q3.1
Zona Urbana – Central	Q3.2
Zona Urbana – Periférica	Q3.3
Funcionamento nos finais de semana	Q5.7
Funcionamento todas as noites durante a semana	Q5.3
Estudo das necessidades locais nos últimos 3 anos	Q101.6*
Composição da rede municipal ou regional	
Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)	Q11.1
Equipes multiprofissionais de apoio e supervisão	Q11.2
Ambulatório de Especialidades	Q11.11
Desafio da Referência e contra Referência dos serviços especializados	Q113.11

*Selecionado a variável de resposta contrária.

Fonte: Castanheira et al. (2016).

Já as 58 variáveis que caracterizam a organização dos serviços participantes são relacionadas mais especificamente à HAS e DM, e foram selecionadas a partir do que foi definido pela PNAB e demais materiais técnicos da área, que reafirmam os serviços de APS como os mais apropriados para ofertar ações, não somente assistenciais, mas também ações de promoção, prevenção e vigilância em saúde (PNAB, 2012; BRASIL, 2013a; 2013b), conforme apresentado no Quadro 3.

Quadro 3: Indicadores de caracterização da organização dos serviços participantes em relação a atenção às doenças crônicas não transmissíveis (Hipertensão Arterial e Diabetes Melitus), segundo o número da questão e respectiva alternativa no instrumento QualiAB, 2017.

Indicadores	Questão
Temas das ações de promoção e educação em saúde	
Uso abusivo de álcool e outras drogas na comunidade	Q24.7
Uso abusivo de álcool e outras drogas na unidade	Q26.11
Tabagismo na comunidade	Q24.8
Tabagismo na unidade	Q26.12
Profissionais que realizam ações de Promoção e educação em saúde na comunidade	
Médico de família e/ou clínico geral	Q9.1.10 + Q9.2.10
Enfermeiro	Q9.5.10
Auxiliar e/ou técnico de enfermagem	Q9.6.10
Agente comunitário de saúde	Q10.1
Profissionais que realizam ações de Promoção e educação em saúde na unidade	
Médico de família e/ou clínico geral	Q9.1.3 + Q9.2.3
Enfermeiro	Q9.5.3
Auxiliar e/ou técnico de enfermagem	Q9.6.3
Agente comunitário de saúde	Q10.1
Curativo de úlceras agudas e crônicas	Q18.11
Coleta de material e/ou realização de exames	
Exames laboratoriais (sangue, urina e fezes)	Q20.1
Glicemia de ponta de dedo (HGT)	Q20.2
Teste rápido de creatinina	Q20.7
Eletrocardiograma (ECG)	Q.20.8
Não colhe/realiza nenhum exame	Q20.10
Profissionais que realizam avaliação de faltosos	
Médico de família e/ou clínico geral	Q9.1.8 + Q9.2.8
Enfermeiro	Q9.5.8
Auxiliar e/ou técnico de enfermagem	Q9.6.8
Convocação de usuários faltosos	
Convoca faltosos em consultas agendadas com resultados de exames alterados	Q31.8
Convoca faltosos em atividades e consultas agendadas com risco de complicações	Q31.9
Busca ativa dos faltosos e não aderentes ao tratamento	Q.63.5
Profissionais que realizam visita domiciliar	
Médico de família e/ou clínico geral	Q9.1.4 + Q9.2.4
Enfermeiro	Q9.5.4
Auxiliar e/ou técnico de enfermagem	Q9.6.4
Agendamento de retornos periódicos ao final de cada atendimento	Q.62.1
Esclarecimento e orientação dos resultados de exames	Q.62.4
Renovação de receitas, se necessário, sem consulta médica no dia	Q.62.5
Registro dos pacientes de risco diferenciado	Q.62.9
Manutenção de seguimento após encaminhamento para serviço especializado	Q.62.10
Encaminha faltosos e não aderentes para grupo de adesão na Unidade	Q.63.1
Encaminha faltosos e não aderentes ao tratamento para serviço de referência	Q.63.2
Discute em equipe alternativas de abordagens para os faltosos e não aderentes	Q.63.3
Discute o caso com supervisão externa dos faltosos e não aderentes ao tratamento	Q.63.4
Alta após esgotamento das alternativas para os faltosos e não aderentes	Q.63.6
Acompanhamento com protocolo em HAS	Q64.2
Acompanhamento com protocolo em DM	Q66.2
Aferição de 3 medidas diferentes/mapa pressórico para diagnóstico HAS	Q64.3
Prevenção e tratamento de obesidade em HAS	Q64.5
Prevenção e tratamento de obesidade em DM	Q66.4
Orientação e suporte para abandono do tabagismo em HAS	Q64.11
Orientação e suporte para abandono do tabagismo em DM	Q66.13

Solicitação periódica de Eletrocardiograma – ECG para HAS	Q65.8
Solicitação periódica de Eletrocardiograma – ECG para DM	Q67.9
Solicitação periódica de Exame de fundo de olho para HAS	Q65.9
Solicitação periódica de Exame de fundo de olho para DM	Q67.8
Terapêutica medicamentosa a partir de avaliação de risco cardiovascular em HAS	Q64.8
Acesso regular aos medicamentos para hipertensão arterial em HAS	Q22.3.1
Acesso regular aos medicamentos para diabetes em DM	Q22.2.1
Terapêutica não medicamentosa como alternativa isolada, quando indicado em HAS	Q64.7
Fornecimento do glicosímetro para insulino dependentes em DM	Q66.10
Treinamento para auto aplicação de insulina em DM	Q66.9
Avaliação e orientação em saúde bucal em DM	Q66.7
Controle, avaliação e orientação de cuidados com os pés em DM	Q66.8
Atividades em grupo (caminhada, medida de pressão arterial, outros) em HAS	Q64.9
Atividades em grupo (caminhada, medida de pressão arterial, outros) em DM	Q66.11

*Selecionado a variável de resposta contrária.

Fonte: Castanheira et al., 2016.

ANÁLISE DOS DADOS

Estes indicadores, após separados conforme apresentado nos Quadro 3 e 4, serão analisados conforme o “tipo de serviço”, ou seja, levará em consideração os diferentes arranjos operados nos serviços de APS: Unidade saúde da Família (USF), Unidade Básica de Saúde (UBS) tradicional, UBS tradicional com agente comunitário de saúde ou com equipe de saúde da família (UBS/mista), UBS Tradicional com equipe de saúde da família integrada à Unidade de Pronto atendimento (UBS/UPA) e Unidades que não possuem equipes fixas em período integral ou outros arranjos que não se enquadrem nestes formatos (Outros).

Para melhor esclarecimento das diferenças dos tipos de serviços, apresenta-se a seguir um detalhamento de suas características, conforme as denominações utilizadas neste estudo:

- **USF - Unidade Saúde da Família.** Possui equipe composta por no mínimo, médico generalista ou da família, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e ACS, podendo ou não, ter equipe de saúde bucal integrada. Apresenta como principal diferencial, a adscrição da área de abrangência, atuando de forma integrado à saúde dos indivíduos, suas famílias e, principalmente, a comunidade.
- **UBS - Unidade Básica de Saúde tradicional.** Possui equipe ampliada que pode conter além dos profissionais de enfermagem, uma equipe multiprofissional de saúde, além de médicos de várias especialidades, conforme as necessidades locais /ou municipais,

como: Ginecologista/obstetra e Pediatra. Diferente da USF, normalmente, trabalha com a demanda da população sem um estabelecimento de vínculo e atuação junto a comunidade.

- **UBS/Mista - Unidade Básica de Saúde tradicional com agente comunitário de saúde ou com equipe de saúde da família.** Caracterizam-se por serviços estruturados segundo o modelo tradicional (UBS), exemplificado acima, mas que apresenta em sua composição a inserção de agentes comunitários de saúde ou equipes que integram a modelo saúde da família, seja por meio da adesão ao Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS) ou do Programa Saúde da Família (PSF). Neste arranjo, o grande diferencial está na existência de profissionais especializados e a atuação dos ACS.
- **UBS/UPA - UBS/Mista com Pronto Atendimento.** Esse tipo de arranjo conta com a inserção de atendimentos das demandas de urgência e emergência do município dentro dos serviços de APS, quer seja dentro do modelo tradicional ou saúde da família.
- **Outros - Unidades que não possuem equipes fixas em período integral ou arranjos atípicos.** Compõem este grupo, os Postos Avançados ou serviços que possuem equipes volantes, além de outras configurações que por algum motivo não se enquadravam nos padrões descritos acima.

Buscando evitar vieses, foram excluídos os serviços que relataram não ofertar atenção às pessoas portadoras de DCNT, HAS e/ou DM em pelo menos uma das questões. Estas informações são encontradas no questionário nas questões de números: 62.12; 63.8; 64.14; 65.11; 66.14 e 67.11.

As análises foram realizadas no pacote estatístico IBM/SPSS® v.21.0, por meio da distribuição das frequências de cada indicador e suas associações, conforme o “tipo de serviço”, utilizando os testes de Quiquadrado e Z, sob nível de significância de 5%.

RESULTADOS

Do total de municípios pertencentes a RRAS 12 (n=142), 94,36% aderiram ao instrumento QualiAB (n=134;) com pelo menos um de seus serviços de APS participando. Estes municípios são caracterizados por maior concentração em localidades de pequeno porte, principalmente aqueles com no máximo até 20 mil habitantes, e uma pequena parcela de municípios com mais de 50 mil, conforme apresentado no Quadro 4.

Quadro 4 – Distribuição dos municípios pertencentes a RRAS 12 e participantes do estudo, conforme porte populacional

PORTE	Nº HABITANTES	Nº DE MUNICIPIOS RRAS 12	Nº DE MUNICIPIOS PARTICIPANTES n (%)
PEQUENO	ATÉ 20.000	121	114 (80,28)
	DE 20.001 A 50.000	12	12 (8,45)
MÉDIO	DE 50.001 A 100.000	5	4 (2,81)
GRANDE	DE 100.001 A 900.000	4	4 (2,81)
TOTAL	-	142	134 (94,37)

Fonte: IBGE, 2010.

O perfil dos municípios avaliados na RRAS 12 é semelhante ao encontrado no estado de São Paulo, destacando uma população majoritariamente urbana, sem grandes diferenças entre os sexos. Apesar do maior número de analfabetismo, apresenta menor número de população que recebe salário menor que meio salário mínimo e um maior índice de envelhecimento em relação ao estado, conforme apresentado na Tabela 1.

Também são maiores as taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares, especialmente em relação as isquêmicas do coração e cerebrovasculares, que em 2016 estiveram cerca de 20% maiores que a porcentagem encontrada no estado.

Quadro 5 – Caracterização dos 134 municípios da RRAS 12 referente aos 360 serviços de APS que responderam o instrumento QualiAB no ano de 2017, em relação ao total do estado de São Paulo

INDICADORES		RRAS 12	SP
Demográficos e Socioeconômicos			
População (2016)	Urbana	2.098.149	41.764.046
	Rural	165.893	1.594.959
Sexo (2016)	Feminino	1.145.886	22.258.522
	Masculino	1.118.156	21.100.483
Índice de envelhecimento (2016)		76,36%	69,78%
Renda <1/2 salário mínimo (2016)		15,17%	17,52%
Analfabetismo (2010)		6,10%	4,33%
Renda per capita (2010)		R\$ 732,55	R\$ 853,75
Taxa de Mortalidade (por 100 mil habitantes)			
Isquêmicas do coração e cerebrovasculares (2016)			
	Feminino	88,05	64,76
	Masculino	97,03	72,80
Diabetes Mellitus (2016)			
	Feminino	31,24	25,12
	Masculino	24,17	23,12
Fonte: DATASUS, 2016; SEADE, 2019.			

Do total de serviços de APS que compõe a RRAS 12 (n=484), responderam ao instrumento 368 serviços (76,03%), sendo que destes, oito informaram não desenvolver ações para pessoas portadoras de HAS e/ou DM.

Os 360 serviços avaliados, estavam organizados conforme o modelo USF (n=144; 40,0%), UBS (n=52; 14,44%), UBS/mista (n=134; 37,22%), UBS/UPA (n=21; 5,83%) e outras modalidades (n=9; 2,5%), localizados predominantemente na zona urbana. A UBS/UPA apresentou maior concentração na zona urbana central (90,5%) enquanto a USF na zona urbana periférica (63,9%), conforme apresentado na Tabela 1.

Ainda nesta tabela é possível observar que são poucos os serviços que funcionam aos finais de semana ou no período noturno. A UBS foi quem menos declarou realizar estudos das necessidades locais (44,2%), assim como, também, foi um dos modelos organizacionais que referiu ter menos apoio do Núcleo de Atenção à Saúde da Família – NASF (21,2%) e de ambulatório de especialidades (53,8%).

TABELA 1 – Distribuição das frequências das variáveis de caracterização geral dos 360 serviços participantes da RRAS12, segundo o tipo de serviço de APS, QualiAB, 2017.

INDICADORES	USF	UBS	UBS/MISTA	UBS/UPA	OUTROS	*p-valor*
	N=144	N=52	N=134	N=21	N=9	
Localização						
Rural	6 (4,2)	4 (7,7)	5 (3,7)	0 (0,0)	2 (22,2)	0,073
Urbana – central	46 (31,9)a	32 (61,5)b	84 (62,7)b	19 (90,5)c	4 (44,4)ab	<0,001
Urbana – periférica	92 (63,9)a	16 (30,8)bc	45 (33,6)c	2 (9,5)b	3(33,3)abc	<0,001
Períodos de Funcionamento						
Todo os finais de semana	2 (1,4)a	0 (0,0)a	5 (3,7)ab	3 (14,3)c	1 (11,1)bc	0,007
Todas as noites da semana	2 (1,4)a	1 (1,9)ab	14 (10,4)b	2 (9,5)b	1 (11,1)b	0,010
Estudo das necessidades locais	135 (93,8)a	23 (44,2)b	120 (89,6)a	18 (85,7)a	8 (88,9)a	<0,001
Composição da rede municipal ou regional						
Nasf	88 (61,1)a	11 (21,2)b	83 (61,9)a	8 (38,1)bc	5 (55,6)ac	<0,001
Equipes multiprofissionais	77 (53,5)	25 (48,1)	68 (50,7)	10 (47,6)	5 (55,6)	0,953
Ambulatórios de especialidades	106 (73,6)a	28 (53,8)c	106 (79,1)b	12 (57,1)ac	7 (77,8)abc	0,006
Falta de referência e contra referência	35 (24,3)a	9 (17,3)a	58 (43,3)b	6 (28,6)ab	3 (33,3)ab	0,002

*valores seguidos da mesma letra não diferem estatisticamente entre si. Referente ao teste quiquadrado e teste Z.

É possível observar na Tabela 2 que, apesar das limitações evidenciadas em todos os arranjos avaliados, os modelos analisados se complementam, como no caso da USF que se destacou em relação ao esclarecimento e orientação sobre exames de rotina, realização de visitas domiciliares e cuidados do pé diabético dos usuários.

Já a UBS/UPA e Outros forneceram maior acesso ao serviço, por meio do atendimento em horário estendido, funcionando principalmente aos finais de semana. A UBS foi quem apresentou maior acesso regular aos medicamentos para HAS e DM.

O modelo USF, USF/Misto e Outros destacaram-se pela realização de ação de promoção e educação em saúde junto a comunidade, especialmente, sobre o tema tabagismo.

Os resultados mostram que, em média, são poucas as ações de promoção e educação em Saúde ofertadas, quer seja na própria unidade de saúde ou na comunidade, destacando a UBS como o serviço que menos ofertou estas as ações (48,2% na comunidade; 41,0% na unidade; 62,5% grupos para HAS e/ou DM).

Chama atenção o fato de aproximadamente 75% dos serviços realizarem busca ativa para os casos de HAS e DM faltosos em consultas e/ou não aderentes, enquanto um número reduzido discute, com a equipe (55,8%) ou com supervisão externa (23,3%), as alternativas de abordagem e/ou projetos terapêuticos para estes usuários.

A USF destacou-se como o serviço que mais realiza esta abordagem, sendo também, quem mais informou realizar visita domiciliar (medico=95,8%; enfermeiro=99,3%; técnico de enfermagem=95,8%) e controle, avaliação e orientação sobre os cuidados com os pés para usuários com DM (88,9%).

Menos de 60% dos serviços utilizam protocolos específicos no manejo dos usuários com HAS e/ou DM, sendo a UBS o modelo organizacional que menos faz uso, e a USF, seguida de Outros, as que mais informaram sua utilização em ambos os agravos.

A USF, também, foi quem mais se destacou (97,2%) dentre os serviços que mais realizam ações de esclarecimento e orientação sobre os resultados de exames. No entanto, este foi o arranjo que menos tem acesso regular de medicamentos para HAS e DM (50% e 52,1%, respectivamente).

TABELA 2 - Distribuição das frequências dos indicadores de caracterização da organização da atenção à hipertensão arterial e diabetes mellitus dos 360 serviços de APS participantes da RRAS 12, segundo o tipo de serviço, QualiAB, 2017

INDICADORES	USF	UBS	UBS/MISTA	UBS/UPA	OUTROS	p-valor*
	N=144	N=52	N=134	N=21	N=9	
Temas das ações de promoção e educação em saúde na comunidade						
Uso de álcool e outras drogas	56(38,9)	12(23,1)	55(41,0)	8(38,1)	6(66,7)	0,071
Tabagismo	91(63,2)a	16(30,8)b	82(61,2)a	14(66,7)a	7(77,8)a	<0,001
Profissionais que realizam ações de promoção e educação em saúde na comunidade						
Médico de família e/ou clínico	97(67,4)a	6(11,5)b	82(61,2)ac	11(52,4)ac	3(33,3)bc	<0,001
Enfermeiro	131(91,0)a	24(46,2)b	115(85,8)a	19(90,5)a	5(55,6)b	<0,001
Técnico de enfermagem	119(82,6)a	13(25,0)b	92(68,7)c	14(66,7)acd	3(33,3)b	<0,001
Agente comunitário de saúde	131(91,0)a	2(3,8)b	126(94,0)a	12(57,1)c	5(55,6)c	<0,001
Temas das ações de promoção e educação em saúde na unidade						
Uso de álcool e outras drogas	55(38,2)a	9(17,3)b	51(38,1)a	6(28,6)ab	6(66,7)a	0,013
Tabagismo	72(50,0)a	9(17,3)b	73(54,5)a	8(38,1)ab	6(66,7)a	<0,001
Profissionais que realizam ações de promoção e educação em saúde na unidade						
Médico de família e/ou clínico	125(86,8)a	23(44,2)b	107(79,9)a	16(76,2)a	6(66,7)ab	<0,001
Enfermeiro	144(100)a	44(84,6)b	130(97,0)c	20(95,2)bc	7(77,8)b	<0,001
Técnico de enfermagem	121(84,0)a	29(55,8)b	103(76,9)a	16(76,2)ab	8(88,9)ab	<0,001
Agente comunitário de saúde	131(91,0)a	2(3,8)b	126(94,0)a	12(57,1)c	5(55,6)c	<0,001
Curativo de úlceras agudas e crônicas	141(97,9)	48(92,3)	130(97,0)	19(90,5)	8(88,9)	0,159
Coleta/realização de exames						
Laboratoriais (sangue, urina e fezes)	89(61,8)	34(65,4)	86(64,2)	18(85,7)	7(77,8)	0,258
Glicemia de ponta de dedo – hgt	139(96,5)	48(92,3)	133(99,3)	21(100)	8(88,9)	0,064
Teste rápido de proteinúria	34(23,6)	7(13,5)	33(24,6)	1(4,8)	1(11,1)	0,122
Eletrcardiograma	62(43,1)a	24(46,2)ab	93(69,4)c	19(90,5)d	7(77,8)bcd	<0,001
Não colhe/realiza exames	1(0,7)a	4(7,7)b	0(0,0)a	0(0,0)ab	0(0,0)ab	<0,001

Profissionais que realizam avaliação de faltosos						
Médico de família e/ou clínico	53(36,8)a	3(5,8)b	26(19,4)c	4(19,0)abc	2(22,2)abc	<0,001
Enfermeiro	128(88,9)a	32(61,5)b	92(68,7)b	14(66,7)b	5(55,6)b	<0,001
Técnico de enfermagem	87(60,4)a	17(32,7)b	58(43,3)b	8(38,1)ab	4(44,4)ab	0,003
Busca ativa dos faltosos e não aderentes ao tratamento	126(87,5)a	23(44,2)b	98(73,1)c	15a(71,4)ac	7(77,8)abc	<0,001
Convocam faltosos em atividades e/ou consultas agendadas						
Com exames alterados	127(88,2)	37(71,2)	111(82,8)	16(76,2)	7(77,8)	0,069
Com risco de complicações	106 (73,6)a	18(34,6)b	75(56,0)cd	7(33,3)bd	7(77,8)ac	<0,001
Profissionais que realizam visita domiciliar						
Médico de família e/ou clínico geral	138(95,8)a	19(36,5)b	121(90,3)ac	16(76,2)cd	5(55,6)bd	<0,001
Enfermeiro	143(99,3)a	44(84,6)b	124(92,5)b	19(90,5)b	7(77,8)b	<0,001
Técnico de enfermagem	138(95,8)a	41(78,8)b	118(88,1)b	18(85,7)ab	6(66,7)b	0,002
Agendamento de retornos periódicos ao final de cada atendimento	114(79,2)a	36(69,2)ab	85(63,4)b	14(66,7)ab	5(55,6)ab	0,048
Esclarecimento dos resultados de exames	140(97,2)a	38(73,1)b	122(91,0)c	18(85,7)bc	7(77,8)bc	<0,001
Renovação de receitas, sem consulta médica	116(80,6)	36(69,2)	102(76,1)	17(81,0)	6(66,7)	0,466
Registro dos pacientes de risco diferenciado	80(55,6)a	17(32,7)b	57(42,5)b	6(28,6)b	4(44,4)ab	0,016
Manutenção de seguimento após encaminhamento para serviço especializado						
Conduta com faltosos e não aderentes ao tratamento	87(60,4)	21(40,4)	76(56,7)	11(52,4)	6(66,7)	0,145
Encaminha para grupo de adesão na própria unidade	50(34,7)ab	6(11,5)c	29(21,6)c	3(14,3)bc	5(55,6)a	<0,001
Encaminha para serviço de referência	67(46,5)	22(42,3)	56(41,8)	7(33,3)	6(66,7)	0,471
Discute com equipe	100(69,4)a	7(13,5)b	80(59,7)ac	9 (42,9)c	5(55,6)ac	<0,001
Discute com supervisão externa	50(34,7)a	4(7,7)b	24(17,9)b	4 (19,0)ab	2(22,2)ab	<0,001
Realiza alta administrativa, após esgotamento das alternativas	9(6,2)	4(7,7)	5(3,7)	2(9,5)	0(0,0)	0,628
Acompanhamento com protocolo em HAS	91(63,2)a	20(38,5)b	75(56,0)a	10(47,6)ab	6(66,7)ab	0,032
Acompanhamento com protocolo em DM	90(62,5)a	20 (38,5)b	75(56,0)a	12(57,1)ab	6(66,7)ab	0,052
Aferição de 3 medidas em momentos diferentes ou mapa pressórico para diagnóstico HAS	104(72,2)	32(61,5)	89(66,4)	12(57,1)	7(77,8)	0,428
Prevenção/tratamento de obesidade em HAS	114(79,2)a	26(50,0)b	101(75,4)a	13(61,9)ab	7 (77,8)ab	<0,001
Prevenção/tratamento de obesidade em DM	125(86,8)a	32(61,5)b	105(78,4)ac	14(66,7)bc	7(77,8)abc	0,002
Orientação e suporte para abandono do tabagismo em HAS	93(64,6)	27(51,9)	89(66,4)	11(52,4)	6(66,7)	0,329
Orientação e suporte para abandono do tabagismo em DM	79 (54,9)a	16(30,8)b	77(57,5)a	8(38,1)ab	5(55,6)ab	0,010
Solicitação periódica de exames						
Eletrocardiograma para HAS	121(84,0)	39(75,0)	113(84,3)	20(95,2)	8(88,9)	0,274
Eletrocardiograma para DM	84(58,3)	30(57,7)	85(63,4)	15(71,4)	7(77,8)	0,555

Fundo de olho para HAS	23(16,0)	13(25,0)	25(18,7)	4(19,0)	2(22,2)	0,709
Fundo de olho para DM	73(50,7)	23(44,2)	50(37,3)	9(42,9)	5(55,6)	0,239
Introdução de medicamentos a partir de avaliação de risco cardiovascular em HAS	110(76,4)	38(73,1)	105(78,4)	16(76,2)	7(77,8)	0,963
Acesso regular aos medicamentos						
Para HAS	72(50,0)a	36(69,2)b	97(72,4)b	16(76,2)b	5(55,6)ab	<0,001
Para DM	75(52,1)a	37(71,2)b	93(69,4)b	16(76,2)b	5(55,6)ab	0,012
Terapia não medicamentosa como alternativa isolada, sempre que indicado em HAS	70(48,6)	19(36,5)	49(36,6)	7(33,3)	5(55,6)	0,187
Fornecimento do glicômetro para insulino dependentes em DM	131(91,0)	46(88,5)	128(95,5)	18(85,7)	7(77,8)	0,156
Treinamento para auto aplicação de insulina em DM	127(88,2)	43(82,7)	117(87,3)	14(66,7)	7 (77,8)	0,092
Avaliação e orientação em saúde bucal em DM	94(65,3)	27(51,9)	80(59,7)	11(52,4)	5(55,6)	0,453
Controle, avaliação e orientação de cuidados com os pés em DM	128(88,9)a	37(71,2)b	102(76,1)b	15(71,4)b	7(77,8)ab	0,017
Atividades em grupo (caminhada, medida de pressão arterial, outros)						
Para HAS	110(76,4)a	13(25,0)b	81(60,4)cd	9(42,9)bd	8(88,9)ac	<0,001
Para DM	110(76,4)a	11(21,2)b	88(65,7)c	12(57,1)ac	8(88,9)ac	<0,001

*valores seguidos da mesma letra não diferem estatisticamente entre si. Referente ao teste quiquadrado e teste z.

DISCUSSÃO

As doenças cardiovasculares estão entre as principais causas de morte na idade adulta, sendo as DCNT – em especial a HAS e DM - as maiores contribuintes para esta realidade, pois aumentam consideravelmente o risco de infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral (MANSUR; FAVARATO, 2012, RIBEIRO et. al. 2012).

Apesar das mudanças do estilo de vida da população terem favorecido reduções nas taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares, estudos demonstram a tendência de permanência, especialmente entre a população idosa (MANSUR; FAVARATO, 2012; LIMA-COSTA et al., 2004).

Fruto do processo arterosclerótico e da disfunção das células beta pancreáticas, responsáveis pela produção de insulina, somado à resistência periférica a esse hormônio, tais alterações ocasionam o aumento da pressão arterial e a diminuição na produção de insulina, favorecendo o surgimento da HAS e DM entre os idosos (MALACHIAS et. al., 2016; MILECH et. al., 2016).

Diante desta situação, aumenta a importância dos serviços de APS diagnosticarem precocemente esta população, além de promoverem a vigilância dos usuários com fatores de risco para estas doenças (RIBEIRO et al., 2012).

Esta importância ganha maior destaque quando observado que a população avaliada apresentava, já em 2016, valores de mortalidade por doenças isquêmicas do coração e cerebrovasculares maiores do que os encontrados na população geral do estado de São Paulo.

A oferta de atendimento em horário expandido durante a semana ou finais de semana tornam-se estratégias importantes na vigilância destes usuários, pois apresentam o poder de captar também a população adulta, que trabalha em horários incompatíveis ao do funcionamento das unidades de saúde e que, portanto, têm acesso limitado aos serviços (PESSOA et al., 2017; BRITO et al., 2010).

Neste sentido, apesar da nova PNAB estipular que os serviços de APS funcionem por 40 horas semanais com disponibilidade de horários alternativos para atender demandas específicas da população (BRASIL, 2017), observou-se no presente estudo que, de modo geral, foram poucos os serviços que relataram funcionar em horários

alternativos, com destaque para a UBS/Mista, UBS/UPA e OUTROS, como aqueles mais atuantes no período noturno. A limitação de acesso, representada pela restrição e rigidez do horário de funcionamento dos serviços, também é apontado em estudos em São Paulo (ELIAS et al., 2006) e no Rio Grande do Norte (BRITO et al., 2010), como um dos principais desafios do Brasil.

É interessante notar que as UBS/UPA, mesmo funcionando dentro de uma lógica diferente do preconizado na APS, priorizando o atendimento de casos de urgência/emergência, buscando “desafogar” outros serviços, ao disponibilizar horário estendido favorecem a garantia do acesso universal à saúde (PESSOA et al., 2017; BRITO et al., 2010).

Para além do horário de funcionamento dos serviços, a identificação dos casos dentro de sua área de abrangência apresenta-se como uma prática que interfere positivamente na organização e planejamento dos serviços. Por meio desta prática é possível conhecer as necessidades locais, adaptar ofertas e priorizar temas de promoção e educação em saúde, conforme o contexto e necessidades locais (EGRY, et. al; 2009; BRASIL, 2018).

Cabe acrescentar que esta necessidade de definição de área independe do modelo de serviço e que, apesar de nem todos os serviços possuírem áreas delimitadas, espera-se que todos realizem o estudo das necessidades locais. Neste sentido, preocupa o fato de que menos da metade das UBS relatarem estudar suas demandas, o que sugere que estes serviços desconheçam as necessidades específicas de seus usuários e, conseqüentemente, não direcionam suas práticas em um âmbito mais abrangente.

Segundo EGRY e colaboradores (2009), a inexistência de instrumentos específicos dificulta o trabalho de reconhecimento das necessidades locais. Porém, quando observado que cerca de 80% do total dos serviços avaliados o fazem, mesmo com esta carência, constata-se que este talvez não seja a principal barreira para sua realização em relação à HAS e DM, uma vez que o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), desde que preenchido de forma correta, também, possibilita um estudo dos registros realizados (SANTOS, 2018; DE OLIVEIRA, 2008).

Devido às comorbidades decorrentes da HAS e DM e a ocorrência de períodos de agudizações, a integralidade da assistência aos portadores destas doenças ganha importância diferenciada (MALTA et. al., 2010), transformando a articulação e o compartilhamento do cuidado entre os serviços de APS e da atenção especializada, em um qualificador da atenção à saúde para estes agravos.

A referência e contra referência, apesar de não dizerem muito sobre a integração dos serviços, quando realizada apropriadamente permite um melhor entendimento da situação de saúde do usuário e, assim, um melhor seguimento no tratamento e acompanhamento do caso, além da manutenção do vínculo que favorece a redução do tempo de internação e a exposição a complicações hospitalares, por exemplos (VENANCIO et al., 2016; FRATINI et al., 2008).

Estudos apontam deficiências que resultam na não realização de referência e contra referência na rotina dos serviços (VENANCIO et al., 2016; COSTA, 2013; SERRA, et. al.; 2010; FRATINI et al., 2008). No entanto, um estudo comparativo realizado em cinco regiões de saúde do estado de São Paulo demonstrou que a região de São José do Rio Preto possuía o melhor desempenho no quesito referenciamento (VENÂNCIO et. al., 2011). Tal resultado se contrapõe com o número de serviços que relataram a referência e contra referência como um dos principais desafios a ser melhorado na APS. Porém, dentre esses serviços, destacou-se a UBS e USF como os arranjos que menos apontam a necessidade de melhoria, podendo indicar que nesses modelos de serviços a ação de referência e contra referência esteja de acordo com o esperado.

A situação de saúde de um indivíduo ou de um grupo populacional está relacionado com suas condições de vida e de trabalho, portanto, os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos, psicológicos e comportamentais, conhecidos como determinantes sociais de saúde, estão intimamente ligados ao sucesso das ações de promoção e educação em saúde, estimulando o autocuidado para a própria condição de saúde-doença (TESTON, et. al., 2018; BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

As ações de Promoção e Educação em saúde se definem, segundo a carta de Ottawa, como o processo de ampliação do conhecimento e autonomia dos sujeitos em direção às decisões relacionadas a melhoria da qualidade de vida e saúde (WHO, 1986). É por meio destas ações que se incentiva a gestão social da saúde, fomentando a

comunicação entre gestores, profissionais e usuários e, conseqüentemente, produzindo saberes que contribuem para a continuidade e longitudinalidade do cuidado (ALMEIDA, et. al., 2014, BRASIL, 2018).

Apesar de plenamente factíveis, nem sempre estas práticas de promoção e educação em saúde ocorrem da forma preconizada (MALTA et al., 2018; SANINE et al., 2018). Tais limitações podem ser um reflexo da falta de delimitação de área de abrangência ou mesmo da falta de educação permanente e clareza dos profissionais de saúde em relação ao que se espera como promoção da saúde (MEDINA et al., 2014; CARVALHO FILHA et al., 2011).

No presente estudo, apesar de relativamente baixo, todos os modelos de serviços afirmaram que realizam ações de promoção e educação em saúde, tanto na comunidade quanto na unidade. Segundo CARVALHO FILHA e colaboradores (2011), essa oferta reduzida, além de apresentar-se como uma barreira de acesso, pode induzir a uma pouca participação da população nesse processo.

Cabe destacar que apesar da redução das proporções de fumantes maiores de 18 anos no período de 1989 a 2013, de 31,7% para 14,7% (SANTOS et al., 2019; MALTA et al., 2018; BRASIL, 1990; BRASIL, 2014d; BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007), o tabagismo e o uso abusivo de álcool e outras drogas se apresentam como sérios agravantes à saúde dos portadores de HAS e DM (WHO, 2011a).

Este resultado pode ser reflexo do despreparo das equipes de saúde para esta abordagem, conforme identificado no estudo de SANTOS e colaboradores (2019), que mostrou dificuldades relacionadas a inserção da avaliação sobre o hábito de fumar na rotina dos serviços, além de limitações de registro desta abordagem em prontuário.

Para além do tabagismo e o uso de álcool e outras drogas, a alimentação inadequada e o sedentarismo são fatores que podem aumentar a ocorrência de obesidade, que por sua vez, além de ser por si só uma doença metabólica, também é fator de risco para as DCNT, principalmente para a HAS e DM (WHO, 2011a). No caso de pessoas já doentes, sua ocorrência aumenta o risco de eventos cardiovasculares que podem levar ao óbito (PENALVA, 2008; SBH, 2005).

De um modo geral, observou-se no presente estudo, uma certa preocupação

com o tema por parte dos serviços que referiram desenvolverem ações de prevenção e tratamento da obesidade tanto no acompanhamento dos portadores de HAS, quanto de DM. No entanto, chama atenção a existência de cerca de 25% de serviços que não relataram tal abordagem, em especial, a UBS (seguida da UBS/UPA e Outros) os serviços que menos realizam esse tipo de ação.

Este resultado ganha maior relevância diante dos estudos de SANTOS; MOREIRA (2012) que mostraram alta prevalência de sobrepeso e obesidade em indivíduos com HAS (com ou sem) DM, podendo significar uma maior necessidade na atenção desse perfil de usuário.

Outras ações de educação em saúde que ganham destaque no acompanhamento dos usuários portadores de HAS e DM, são os grupos educativos que abordam a adesão ao tratamento. Constatou-se, de modo geral, que são poucos os serviços de APS que encaminham os faltosos e não aderentes ao tratamento para grupos de adesão na própria unidade. Alguns estudos justificam esta situação devido a ausência de espaço físico (SILVA et. al., 2016) ou mesmo sobrecarga dos profissionais envolvidos, além da descrença dos usuários sobre os benefícios das atividades educativas, levando a não adesão de tais grupos (SANTOS et. al., 2018).

A importância, não somente do tratamento medicamentoso, mas também de medidas não farmacológicas relacionadas às mudanças de hábitos e estilo de vida, são comprovadamente procedimentos que melhoram o controle das DCNT, além de proporcionarem maior qualidade de vida (GONTIJO et al, 2012).

Pela proximidade dos serviços e o vínculo das equipes da APS com a população, que favorecem o acompanhamento integral e longitudinal dos portadores de HAS e DM, espera-se que a maioria das práticas de atenção a estas duas doenças sejam realizadas neste nível de atenção. No entanto, apesar da comprovada redução de ocorrência de agudizações e risco de complicações, estudos demonstram que esse acompanhamento não acontece conforme o preconizado pelo Ministério da Saúde (CARVALHO FILHA et al., 2011).

Especialmente no caso da HAS e DM, a preocupação com os usuários faltosos em consulta deve estar sempre presente, pois o seguimento regular através do

comparecimento frequente do usuário ao serviço de saúde e/ou por meio da visita domiciliar (VD), fortalece o vínculo e, conseqüentemente, a adesão ao tratamento proposto, favorecendo um melhor controle da doença (ALBUQUERQUE et. al, 2018; RODRIGUES et. al., 2006; SANTOS et. al., 2005).

Neste sentido, a USF, seguida pela UBS/Mista, foi o serviço que mais se destacou positivamente, sendo também, aquele que mais relatou discutir o caso - em equipe e/ou com a supervisão externa -, buscando alternativas de abordagem e projeto terapêutico dos faltosos e não aderentes ao tratamento.

Esse fato pode estar associado ao perfil da USF, que valoriza o território e a comunidade, além da integralidade no cuidado e o fortalecimento do vínculo, este, imprescindível nas relações entre serviço e usuário (SANTOS et. al., 2016).

No caso específico da VD, além destas vantagens, ganha um destaque especial a realização da busca ativa, que proporciona uma assistência mais direcionada à necessidade do usuário, pois considera não somente o indivíduo, mas o contexto em que se encontra inserido (GAÍVA et. al. 2011).

Cabe destacar que a VD é uma atribuição mais comumente encontrada junto às equipes da USF (BRASIL, 1997), e as diferenças identificadas entre os serviços de APS deste estudo mostraram que praticamente todos os modelos estão preocupados com esta prática, mantendo sua realização, mesmo entre os tipos mais focados na “queixa-conduta”, como os serviços denominados UBS/UPA, fato que demonstra um movimento de reconhecimento dos benefícios vinculados à VD para além da presença do ACS na equipe.

Considerando que a HAS e a DM são doenças crônicas com alto grau de complicações e alta morbimortalidade, o acompanhamento integral e longitudinal se faz essencial. No caso dos portadores de DM, o seguimento a longo prazo é capaz de reduzir cerca de 50% á 60% o risco de desenvolver doença cardiovascular, retinopatia e nefropatia (ALVES et. al., 2014; GAEDE, 2003).

O desenvolvimento de protocolos clínicos busca orientar a rotina dos profissionais de saúde, favorecendo a padronização de ações mínimas para cada

doença, assegurando maior segurança ao profissional e, conseqüentemente, maior controle terapêutico e satisfação do usuário (VENANCIO, 2016; COSTA et. al, 2011).

Embasados por evidências científicas, a utilização de protocolos está prevista na PNAB e deve conter a definição de insumos estratégicos e procedimentos que comprovem a qualidade dos resultados, também, em relação ao seu custo-efetividade (MALTA; MERHY, 2010; BRASIL, 2017).

O departamento de atenção básica (DAB) do ministério da saúde vem buscando intensificar as orientações aos profissionais da APS, com o lançamento de edições especiais abordando o tema. Exemplificam estas publicações os Cadernos da Atenção Básica nº35, nº36 e nº37 (BRASIL, 2012; 2013a;b; 2014), além do recém-publicado Guia da PNAB (BRASIL, 2018) - que busca orientar os profissionais em como integrar os cuidados já preconizados à suas rotinas. Para além da publicação de tais materiais, a Secretaria Estadual de Saúde (SES) do estado de São Paulo criou, em 2018, protocolos específicos para a linha de cuidado da HAS e DM no estado (SÃO PAULO, 2018).

Chama atenção que apesar da existência de vários documentos que orientam e padronizam a assistência a estes dois agravos, evidenciou-se que menos de 60% dos serviços avaliados realizavam acompanhamento utilizando protocolos, sendo a USF e os serviços denominados Outros os que mais relataram sua utilização. Corrobora este resultado o estudo de DANTAS (2018), que mostra a não utilização de forma satisfatória dos protocolos no acompanhamento das DCNT.

Especialmente em relação aos portadores de HAS e DM usuários do SUS, a acessibilidade aos medicamentos é um fator primordial para a adesão ao tratamento e controle das doenças (PANIZ et al, 2016). Neste sentido, apesar de algumas diferenças entre os tipos de serviço, preocupa o baixo número que relatou acesso regular aos medicamentos para HAS e DM, sendo a USF conjuntamente com o modelo Outros, os serviços que relataram menor acesso.

Caracterizada como uma importante barreira no tratamento destas doenças, este resultado pode ser um reflexo do contexto ao qual estão inseridos, ou seja, estarem alocados, em sua maioria, em municípios de pequeno porte, fato justificado por

MENDES e colaboradores (2014) que demonstraram menor porcentual de dispensação de medicamentos em municípios de pequeno porte, comparado aos de grande porte.

Reconhecidas como comorbidade comum a longo prazo, após cerca de 20 anos de doença, a retinopatia hipertensiva e diabética (respectivamente) se manifestam entre 50 e 80% dos casos de HAS e em mais de 60% dos portadores de DM e sua ocorrência está associada à frequência nas consultas médicas anuais (ALVES et al., 2014; BRASIL, 2013b).

Estes valores demonstram que para além da frequência das consultas e dos exames laboratoriais, o exame anual de fundo de olho é de extrema importância no acompanhamento tanto da HAS quanto da DM, pois são capazes de diagnosticar precocemente o surgimento da retinopatia, responsável pela perda da acuidade visual em 4% a 8% dos casos de DM (BRASIL, 2013b). Independentemente do modelo organizacional, foram poucos os serviços que relataram solicitar o exame de fundo de olho entre os portadores de HAS e DM acompanhados na unidade de saúde.

Outro importante aspecto a ser abordado na rotina dos atendimentos aos portadores de DM são as ocorrências de úlcera nos pés, presente em aproximadamente 25% dos casos (BOULTON, 2008). Conhecido como “pé diabético”, o surgimento da úlcera nestes indivíduos aumenta o risco de amputação do membro, que chegam a representar cerca de 40% a 60% das amputações não traumáticas dos membros inferiores que ocorrem em pessoas com DM (BRASIL, 2016).

Por meio da avaliação periódica, do controle da doença e, sobretudo, da orientação de cuidados com os pés, os profissionais de saúde podem conseguir diminuir a incidência desse acometimento, prevenindo suas complicações (BRASIL, 2013). O presente trabalho identificou que, no geral, grande parte dos serviços avaliados realizam o controle, avaliação e orientação sobre os cuidados com o pé diabético, destacando a USF como quem mais realiza essa prática. No entanto, preocupa o fato que mesmo entre estes serviços, cerca de 10% deles não incorporam este cuidado entre suas ações.

CONCLUSÕES

Após análise dos resultados usando como embasamento a literatura, pode-se identificar algumas semelhanças entre o modo de organizar o processo de trabalho nos diferentes arranjos. Constatou-se que os serviços organizados conforme o modelo USF apresentam uma estrutura mais próxima ao modelo UBS/Mista que, por sua vez, se aproxima dos serviços Outros. Por outro lado, a UBS e UBS/UPA possuem algumas semelhanças no modo como organizam e disponibilizam suas práticas de atenção à HAS e DM.

Os serviços denominados UBS, seguidos da UBS/UPA foram os que menos disponibilizaram ações de promoção à saúde. Os modelos organizados conforme USF e Outros foram os que mais se destacaram em relação às ações de registro, busca ativa e convocação de faltosos, especialmente em relação àqueles com risco de complicações. No entanto, pode-se concluir que não há um modelo único capaz de fornecer uma atenção integral à HAS e DM, sugerindo a necessidade de uma integração do melhor modo de abordagem destes agravos nos diferentes arranjos.

Porém, é importante destacar que independentemente do modelo organizacional adotado (USF, UBS, UBS/Mista, UBS/UPA ou outros arranjos), constatou-se importantes questões relacionadas aos atributos essenciais para o alcance dos princípios - já legitimados pelo SUS (universalidade, integralidade e equidade) - e que, quando presentes, garantem o bom funcionamento e alta resolutividade dos serviços de APS (PNAB, 2017; STARFIELD, 2002).

RECOMENDAÇÕES

Assim, diante destas questões, são apresentadas algumas recomendações simples que podem auxiliar os profissionais de saúde a melhorarem a organização de suas práticas.

Reforça-se a importância em se conhecer as necessidades locais para o planejamento das ações e, neste sentido, a recomendação da delimitação de área e adstrição da população. Esta prática, além de facilitar a identificação das demandas reprimidas, permite o acompanhamento dos faltosos à consulta e dos não aderentes ao tratamento, mesmo naqueles serviços que atuam com um modelo mais pragmático do tipo “queixa-conduta” ou que não possuem o programa de agente comunitário de saúde como parte da equipe.

Outra maneira de organizar o serviço de modo a favorecer o acesso a um maior número de pessoas, é a construção de espaços para discussão do tema na comunidade, se apresentando como oportunidades para reforçar o vínculo e a autonomia dos usuários sobre seu processo de saúde e doença, pois apenas o comparecimento do usuário nas consultas não garante sua compreensão e adesão ao tratamento.

É interessante destacar que estas ações, como por exemplo, reuniões de grupos temáticos, rodas de conversa, debates e gincanas, referem-se a práticas que quando não ocorram somente dentro da própria unidade de saúde, ampliam o acesso a usuários que não costumam frequentar o serviço, além de favorecer uma atenção integral, mobilizando todos os setores e equipamentos sociais disponíveis no território, como igrejas, escolas, ginásios esportivos e até praças públicas.

Estas práticas de expansão e fortalecimento das ações de promoção à saúde e prevenção dos agravos, especialmente para a HAS e DM, representam importantes medidas de prevenção e controle para toda a população, e não somente aos usuários já doentes.

Para orientar a organização destas ações, a utilização dos Protocolos para HAS e DM, assim como de materiais como os Cadernos de Atenção Básica, disponíveis no site do Ministério da Saúde, são estratégias de extrema valia para os serviços, pois ofertam

informações simples, mas que permitem aprimorar os conhecimentos e diferentes técnicas, tornando a equipe mais qualificada para o tratamento e acompanhamento destes agravos.

Outra questão relacionada a integralidade do cuidado e também ao acesso, diz respeito à dispensação dos medicamentos. Apesar de compreensível a concentração em farmácias e/ou serviços da presença de um farmacêutico para a realização de orientações sobre sua utilização adequada, recomenda-se maior descentralização, priorizando que esta ocorra em locais próximos da moradia do usuário, preferencialmente na própria unidade de saúde (LEITE, 2017).

Para viabilizar esta descentralização, sugere-se a capacitação e/ou matriciamento dos profissionais de saúde (médico e/ou enfermeiros) pelos profissionais do NASF ou outros farmacêuticos da rede. Outra possibilidade seria a criação de uma agenda para que o farmacêutico realizasse um rodízio pelos serviços de APS do município, fazendo ele mesmo a dispensação.

Reconhecendo que nem sempre a atenção integral se dará nos serviços de APS, a interdisciplinaridade e intersetorialidade apresentam-se como requisitos fundamentais neste processo. Neste sentido, destaca-se a necessidade em se manter uma rede articulada e com boa comunicação, garantida principalmente pela implantação de um Sistema informatizado. Esta rede pode tanto facilitar o registro das informações, como favorecer a prática da referência e contra referência e, conseqüentemente, um acompanhamento mais preciso das ocorrências e percursos do usuário pela rede (PROTÁSIO et al., 2014).

Cabe destacar que em setembro de 2017, o MS, por meio da Portaria nº 2.920 criou a inclusão do Programa de Informatização das Unidades Básicas de Saúde – PIUBS que destina verbas para a informatização de toda rede de APS. No entanto, ainda no mesmo ano a portaria foi alterada com uma proposta por parte do MS que prevê repasse financeiro aos serviços de APS com o comprometimento que eles informatizem os serviços (BRASIL, 2017). É importante esclarecer que este recurso não é destinado especificamente para a informatização dos serviços, mas aponta a informatização como um critério para o recebimento do recurso.

Hoje é preconizado que o serviço atenda 40 horas semanais, deixando a critério dos gestores e gerentes dos serviços a distribuição dos horários, na semana (BRASIL, 2017;2018). A partir desta portaria os serviços de APS passariam a funcionar 60 ou 75 horas semanais, incluindo os finais de semana.

Deste modo, a adesão dos municípios a esse programa, parece ser um mecanismo para ampliar o acesso da população “excluída” atualmente, além de superar as carências financeiras relacionadas a contratação de profissionais de saúde ou a informatização dos serviços.

No entanto, pesa refletir se esta expansão do horário, com priorização de parte de sua agenda para os atendimentos espontâneos ampliará o atendimento de modo integral, favorecendo o acompanhamento longitudinal ou se acabará por funcionar na lógica da UBS/UPA, que prioriza seu atendimento nas queixas agudas, funcionando mais como pronto atendimento do que como serviço de APS.

Espera-se que a partir destas recomendações haja uma mobilização, por parte dos gestores e profissionais de saúde, à reorganizarem suas práticas, permitindo que, em um futuro próximo, ao serem reavaliados novamente, possam alcançar melhores desempenhos em relação à organização da atenção à HAS e DM, independentemente de seus arranjos.

Assim como aconteceu comigo durante a construção deste trabalho, espero que ele possa ampliar o olhar dos profissionais da APS para que percebam que não há nada tão bom que não possa ser melhorado e, principalmente, que muitas das condutas cotidianas realizadas na rotina do serviço, são simples e passíveis de serem efetuadas, sem depender, na maioria das vezes, de recursos financeiros ou até mesmo de decisões dos gestores de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, N. L. S; et. al. Associação entre acompanhamento em serviços de saúde e adesão terapêutica anti-hipertensiva. **Rev Bras Enferm [Internet]**. 2018; 71(6):3006-12.

ALVES, A. P. et al. Retinopatia em pacientes hipertensos e/ou diabéticos em uma unidade de saúde da família. **Rev. bras. oftalmol.** [online]. 2014, vol.73, n.2 [cited 2019-03-19], pp.108-111.

BALI, V. et al. Secondary prevention of diabetes through workplace health screening, **Occupational Medicine**, Volume 68, Issue 9, December 2018, Pages 610–616.

BAZOTTI, A. et al. Tabagismo e pobreza no Brasil: uma análise do perfil da população tabagista a partir da POF 2008-2009. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 21, n. 1, p. 45-52, jan. 2016.

BOULTON, A. J. M. et al. Comprehensive foot examination and risk assessment: a report of the Task Force of the Foot Care Interest Group of the American Diabetes Association, with endorsement by the American Association of Clinical Endocrinologists. **Diabetes Care**, v. 31, p.1679-1685, 2008.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

_____. Ministério da Saúde. **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, Vigitel 2009**. Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.601, de 7 de julho de 2011**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1601_07_07_2011_rep.html

_____. Ministério da Saúde. **DATASUS/SIM**. [2019]. Disponível em: <http://sim.saude.gov.br/default.asp>. Acesso em 21/01/2019.

_____. Ministério da Saúde. **DATASUS**. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/c08.def>. Acesso em: 29/04/2019.

_____. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea** - Cadernos de Atenção Básica, nº 28. Brasília, 2013c. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf

_____. Ministério da Saúde. **Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica** - Cadernos de Atenção Básica nº 35. Brasília, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf

_____. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica** - Cadernos de Atenção Básica, nº 37. Brasília, 2013a. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf

_____. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus** - Cadernos de Atenção Básica, nº 36. Brasília. 2013b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 399**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006: consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Brasília, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Altera as Portarias de Consolidação nº 5/GM/MS e 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para inclusão do Programa de Informatização das Unidades Básicas de Saúde - PIUBS. Brasília, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.920, de 31 de outubro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2920_01_11_2017.html

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2010**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399_20060222.pdf

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2006**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html

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

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília, 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Guia Política Nacional de Atenção Básica – Módulo 1: Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde**. Brasília, 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus**. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das**

doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2016:** vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico - estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016. Brasília, 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS:** revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006.

_____. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS:** Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, 2004.

BRITO, R. S.; SANTOS D. L. A; MACIEL, P. S. O. Olhar Masculino acerca do atendimento na estratégia Saúde da família. *Rev. Rene, Fortaleza*, v. 11, n. 4, p. 135-142, out/dez, 2010.

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

CARVALHO FILHA, F. S. S.; NOGUEIRA, L. T; VIANA, L. M. M. HiperDia: adesão e percepção de usuários acompanhados pela Estratégia Saúde da Família. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, vol. 12, 2011, pp. 930-936.

CASTANHEIRA, E. R. L. et. al. **Caderno de boas práticas para organização dos serviços de atenção básica:** Critérios e padrões de avaliação utilizados pelo Sistema QualiAB. Botucatu: UNESP-FM, 2016

CASTRO, R. C. L. et al. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28(9):1772-1784, set, 2012.

COSTA, S. de M. et. al. Referência e contrarreferência na saúde da família: Percepção dos profissionais de saúde. **Rev. APS**. 2013 jul/set; 16(3): 287-293.

COSTA, J. M. B. S.; SILVA, M. R. F.; CARVALHO, E. F. Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de Saúde da Família do município do Recife (PE, Brasil). **Ciênc Saúde Coletiva**. v. 16, n. 2, p. 623-33, jan. /fev. 2011.

DANTAS, R. C. de O. O uso de protocolos na gestão do cuidado da hipertensão arterial na atenção primária à saúde: Uma revisão integrativa. **Revista Ciência Plural**. 2018; 4(1):117-131.

EGRY, E. Y.; et. al. Instrumentos de avaliação de necessidades em saúde aplicáveis na Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, 2009; 43 (Esp 2):1181-6.

ELIAS, P. E. et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciênc. Saúde coletiva**. 2006, vol.11, n.3, pp.633-641.

FLÔR C. R. et al. Primary health care as assessed by health professionals: comparison of the traditional model versus the Family Health Strategy. **Rev. Bras. Epidemiologia**. out-dez 2017; 20(4): 714-726.

FRATINI, J. R. G; SAUPE, R.; MASSAROLI, A; Referência e contra referência: Contribuição

- para a integralidade em saúde. **Cienc Cuid Saude** 2008 Jan/Mar; 7(1):065-072.
- GAEDE, P. et al. Multifactorial intervention and cardiovascular disease in patients with type 2 diabetes. **The New England Journal of Medicine**, [S.l.], v. 348, n. 5, p. 383–393, 2003.
- GAÍVA, M. A. M.; SIQUEIRA, V. de C. A. A prática da visita domiciliary pelos profissionais da estratégia saúde da família. **Ciênc Cuid. Saúde** 2011; 10(4):697-704.
- GONÇALVES, R. J.; et al. Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v.33, n.3, p.393 – 403; 2009.
- GONTIJO, M. F. et. al. Uso de anti-hipertensivos e antidiabéticos por idosos: inquérito em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad Saúde Pública** 2012; 28:1337-46.
- IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde. **Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: 2013**. IBGE, 2014.
- I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 84, supl. 1, p. 3-28, Apr. 2005.
- KANSO, S.; et al. Diferenciais geográficos, socioeconômicos e demográficos da qualidade da informação da causa básica de morte dos idosos no Brasil. **Cad Saúde Pública**, 27(7), 1323-1339.
- LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saude soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, Dec. 2011.
- LEITE, S. N. et. al. Serviço de dispensação de medicamentos na atenção básica no SUS. **Rev. Saúde Pública**. 2017;51 Supl 2:11s.
- LIMA-COSTA, M. F.; PEIXOTO, S. V.; GIATTI, L. Tendências da mortalidade entre idosos brasileiros (1980 – 2000). **Epidemiol. Serv. Saúde** 2004; 13(4):217-228.
- MALACHIAS, M. V. B. et al. **7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial**. Arq Bras Cardiol 2016; 107(3Supl.3):1-83.
- MALTA, D.C.; MERHY, E.E. The path of the line of care from the perspective of nontransmissible chronic diseases. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.14, n.34, p.593-605, jul./set. 2010.
- MANSUR, A. P.; FAVARATO, D. Mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil e na Região Metropolitana de São Paulo: Atualização 2011. **Arq Bras Cardiol** 2012; 99(2):775-761.
- MEDINA, M. G. et al. Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família? **Saúde debate** [online]. 2014, vol.38, n.spe, pp.69-82.
- MENDES, L.V.; et al. Disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas de saúde e fatores relacionados: uma abordagem transversal. **Saúde Em Debate**. 2014;38 (Especial):109–23.
- MILECH, A. et. al. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016)**. São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016.
- MOREIRA, R. M.; et al. (2013). Qualidade de vida, Saúde e Política Pública de Idosos no Brasil: uma reflexão teórica. **Revista Kairós Gerontologia**, 16(1), 27-38.

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde. **Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil**. BRASIL, 2005.

PANIZ, V. M. V.; et. al. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad Saude Publica**. 2016 fev;24(2):267-80.

PENALVA, D. Síndrome metabólica: diagnóstico e tratamento. **Revista de Medicina**, 2008. 87(4), 245-250.

PESSOA, B. H. S.; GOUVEIA, E. A. H.; CORREIA, I. B. C. Funcionamento 24 horas para Unidades de Saúde da Família: uma solução para ampliação de acesso? Um ensaio sobre as “Upinhas” do Recife. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. Rio de Janeiro, 2017 Jan-Dez; 12(39):1-9

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(6):1903-1913, 2018.

PROTASIO, A. P. L.; et al. Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba segundo os profissionais da Atenção Básica no contexto do 1º ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB. **Saúde debate**, v. 38, n. spe, p. 209-220, Oct. 2014.

RODRIGUES, T. S.; 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 Soc**; 15(3): 180-189, set.-dez. 2006.

RIBEIRO, A. G.; COTTA, R. M. M.; RIBEIRO, S. M. R. A Promoção da Saúde e a Prevenção Integrada dos Fatores de Risco para Doenças Cardiovasculares. **Ciênc Saúde Coletiva**. 2012.

SALDIVA, P. H. N.; VERAS, M. Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras. **Estud. av**. 2018, vol.32, n.92.

SANINE, P. R.; et al. Do preconizado à prática: oito anos de desafios para a saúde da criança em serviços de atenção primária no interior de São Paulo, Brasil. **Cad Saude Publica**. 2018;34(6).

SANINE, P.R.; et al. Sífilis Congênita: avaliação em serviços de Atenção Primária do estado de São Paulo, Brasil. **Boletim do Instituto de Saúde – Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos**, v. 17, n. 2, p. 128-137, dez 2016.

SANTOS, A. de L.; SILVA, E. M. da; MARCON, S. S. Assistência às pessoas com diabetes no hiperdia: Potencialidades e limites na perspectiva de enfermeiros. **Texto contexto - enferm**. 2018, vol.27, n.1

SANTOS, C. A; RAIONARA & MIRANDA, F. Importância do vínculo entre profissional-usuário na estratégia de saúde da família. **Revista de Enfermagem da UFSM**. 2016.

SANTOS, J. C. dos; MOREIRA, T. M. M. Fatores de risco e complicações em hipertensos/diabéticos de uma regional sanitária do nordeste brasileiro. **Rev. esc. enferm**. USP. 2012, vol.46, n.5.

SANTOS, L. P. G. S. dos; FRACOLLI, L. A. O Agente Comunitário de Saúde: possibilidades e limites para a promoção da saúde. **Rev. esc. enferm**. USP. 2010, vol.44, n.1

SANTOS, Z. M. de S. A.; et al. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com

- abordagem interdisciplinar. **Texto contexto - enferm.** 2005, vol.14, n.3, pp.332-340.
- SANTOS, M. de D. V.; SANTOS, S. V.; CACCIA-BAVA, M. do C. G. G. Prevalência de estratégias para cessação do uso do tabaco na Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. **Ciênc. saúde coletiva.** v. 24, n. 2, p. 563-572, Feb. 2019.
- SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. **Linha de cuidado diabetes mellitus: manual de orientação clínica.** Organizado por Fátima Palmeira Bombarda, Fabiana da Mota Peroni e Larissa Cássia Gruchovski Veríssimo. – São Paulo: SES/SP, 2018.
- SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. **Linha de cuidado hipertensão arterial sistêmica: manejo na unidade de saúde.** Organizado por Fátima Palmeira Bombarda e Fabiana da Mota Peroni. 2 ed. São Paulo: SES/SP, 2018.
- SCHMIDT, M.I.; et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet** – Série Saúde no Brasil, 2011.
- SEADE – Sistema Estadual de Análise de Dados. 2016. Disponível em: <http://www.imp.seade.gov.br/frontend/>. (Acesso em: 13/04/2019).
- SERRA, C. G.; RODRIGUES, P. H. de A. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, v. 15, supl. 3, p. 3579-3586, nov. 2010.
- SILVA, R. L. D. T.; et al. Evaluation of the care program implementation to people with high blood pressure. **Rev Bras Enferm** [Internet]. 2016;69(1):71-8.
- SILVA, S. F. Sistema Único de Saúde 20 anos: avanços e dilemas de um processo em construção. **Saúde em Debate** 2009; 33(81):38-46.
- SILVA, K. L. da; et al. Educação em enfermagem e os desafios para a promoção de saúde. **Rev. bras. enferm.** 2009, vol.62, n.1, pp.86-91.
- SOARES, A. D.; et al. Adesão ao tratamento da hipertensão e do diabetes: Compreensão de elementos intervenientes segundo usuários de um serviço de atenção primária à saúde. **Rev. APS.** 2014 jul/set; 17(3): 311 - 317.
- SOUZA, M. F. A reconstrução da saúde da família no Brasil: diversidade e incompletude. IN: SOUZA, M. F et al. (org.). **Saúde da Família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro.** Ed. Saberes, 2014.
- STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: Unesco Brasil, Ministério da Saúde; 2004.
- TANAKA, O. Y.; et al. Hipertensão arterial como condição traçadora para avaliação do acesso na atenção à saúde. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 963-972, mar. 2019.
- TESTON, E. F.; et al. Perspectiva de enfermeiros sobre educação para a saúde no cuidado com o Diabetes Mellitus. **Rev. Bras. Enferm.** 2018, vol.71, suppl.6, pp.2735-2742.
- VENÂNCIO, S. I.; et al. Referenciamento regional em saúde: estudo comparado de cinco casos no Estado de São Paulo, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva.** 2011, vol.16, n.9, pp.3951-3964.
- VENANCIO, S. I; ROSA, T. E. da C.; BERSUSA, A. A. S. Atenção integral à hipertensão arterial e diabetes mellitus: implementação da Linha de Cuidado em uma Região de

- Saúde do estado de São Paulo, **Brasil. Physis**, v. 26, n. 1, p. 113-135, mar. 2016.
- VIANA, A. L.; et al. O Processo de Regionalização no Brasil: influência das dimensões Política, Estrutura e Organização. *Rev. bras. Saúde matern. Infant.* 2017; 17(Supl. 1): S27-S43.
- VIANA, A. L. D.; et al. Regionalização e Redes de Saúde. **Ciênc. Saúde coletiva**. 2018, vol.23, n.6, pp.1791-1798.
- VILLELA, L. de C. M.; GOMES, F. E.; MELÉNDEZ, J. G. V. Tendência da mortalidade por doenças cardiovasculares, isquêmicas do coração e cerebrovasculares. **Rev enferm UFPE**, Recife, 8(9):3134-41, set., 2014.
- WHO 1986. **Carta de Ottawa**, pp. 11-18. In Ministério da Saúde/FIOCRUZ. Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Ministério da Saúde/IEC, Brasília.
- WHO, World Health Organization. **Global status report on noncommunicable diseases 2010**. Geneva: WHO; 2011.
- WHO, World Health Organization. **Monitoring health for the SDGs, sustainable development goals**. Geneva: WHO; 2018.
- WHO, World Health Organization. **WHO Global NCD Action Plan 2013-2020**. Geneva: WHO, 2013.

ANEXOS

Anexo 1 – Distribuição dos 40 municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde (DRS) de Araçatuba– RRAS 12 e respectivo número de habitantes, conforme as Regiões de Saúde.

DRS*	RS**	Municípios	Habitantes
Araçatuba	Central do DRS II	Araçatuba	181.579
		Auriflama	14.202
		Bento de Abreu	2.674
		Bilac	7.048
		Guararapes	30.597
		Guzolândia	4.754
		Nova Castilho	1.125
		Nova Luzitânia	3.441
		Rubiácea	2.729
		Sto. A. Aracanguá	7.626
		Valparaíso	22.576
	Dos Lagos do DRS II	Andradina	55.334
		Castilho	18.003
		Guaraçáí	8.435
		Ilha Solteira	25.064
		Itapura	4.357
		Lavínia	8.779
		Mirandópolis	27.483
		Murutinga do Sul	4.186
		N. Independência	3.068
		Pereira Barreto	24.962
		Sud Mennucci	7.435
		Suzanápolis	3.383
		Dos Consórcios do DRS II	Alto Alegre
	Avanhandava		11.310
	Barbosa		6.593
	Birigui		108.728
	Braúna		5.021
	Brejo Alegre		2.573
	Buritama		15.418
	Clementina		7.065
	Coroados		5.238
	Gabriel Monteiro		2.708
	Glicério		4.565
	Lourdes		2.128
	Luiziânia		5.030
	Penápolis		58.510
	Piacatu		5.287
	Sto. P. do Aguapeí		4.277
	Turiúba	1.930	

Total	03 RS	40 Municípios	688.726
*DRS= Departamentos Regionais de Saúde; **RS= Região de Saúde			
Fonte: IBGE, 2010			

Anexo 2 – distribuição dos 102 municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde (DRS) de São José do Rio Preto – RRAS 12 e respectivo número de habitantes, conforme as respectivas Regiões de Saúde.

DRS*	RS**	Município	Habitantes
São José do Rio Preto	Catanduva	Ariranha	9.573
		Catanduva	121.210
		Catiguá	7.752
		Elisiário	3.604
		Embaúba	2.456
		Fernando Prestes	5.771
		Irapuã	7.937
		Itajobi	14556
		Marapoama	2.996
		Novais	5.712
		Novo Horizonte	40.680
		Palmares Paulista	10.934
		Paraíso	5.898
		Pindorama	15.039
		Pirangi	10.623
		Sales	5.451
		Santa Adélia	14.333
		Tabapuã	11.363
		Urupês	12.714
		Santa Fé do Sul	N. Canaã Paulista
	Rubinéia		2.862
	Sta. Clara d'Oeste		2.084
	Santa fé do Sul		29.239
	Santa Rita do d'Oeste		2.543
	Três Fronteiras		5.427
	Jales	Aparecida d'Oeste	4.450
		Aspásia	1.809
		Dirce Reis	1.689
		Dolcinópolis	2.096
		Jales	47.012
		Marinópolis	27.483
		Mesópolis	1.886
		Palmeira d'Oeste	9.584
		Paranapuã	3.815
		Pontalinda	4.074
		Santa Albertina	5.723
		Santa Salete	1.447
		Santa Ponte Pensa	2.793
		São Francisco	8.836
		Urânia	1.737
	Vitória Brasil	8.208	
	Fernandópolis	Estrela d'Oeste	8.418
		Fernandópolis	64.696

		Guarani d'Oeste	1.970
		Indiaporã	3.903
		Macedônia	3.664
		Meridiano	3.855
		Mira Estrela	2.820
		Ouroeste	8.405
		Pedranópolis	2.558
		Populina	4.223
		S. J. Duas Pontes	2.566
		S. J. de Iracema	1.780
		Turmalina	1.978
	São José do Rio Preto	Bady Bassitt	14.603
		Bálsamo	8.160
		Cedral	7.972
		Guapiaçu	17.869
		Ibirá	10.896
		Icém	7.462
		Ipiranga	4.463
		Mirassol	53.792
		Mirassolândia	4.295
		Neves Paulista	8.772
		Nova Aliança	5.891
		Nova Granada	19.180
		Onda Verde	3.884
		Orindiúva	5.675
		Palestina	11.051
		Paulo de Faria	8.589
		Potirendaba	15.449
		S. J. do Rio Preto	408.258
		Tanabi	24.055
		Uchoa	9.471
	José Bonifácio	Adolfo	3.557
		Jaci	5.657
		José Bonifácio	32.763
		Mendonça	4.640
		Monte Aprazível	21.746
		Nipoã	4.274
		Planalto	4.463
		Poloni	5.395
		Ubarana	5.289
		União Paulista	1.599
		Zacarias	2.335
	Votuporanga	Álvares Florence	3.897
		Américo de Campos	5.706
		Cardoso	11.805
		Cosmorama	7.214
		Floreal	3.003
		Gastão Vidigal	4.193
		General Salgado	10.669
		Macaubal	7.663

		Magda	3.200
		Monções	2.132
		Nhandeara	10.725
		Parisi	2.032
		Pontes Gestal	2.518
		Riolândia	10.575
		Sebastianópolis do Sul	3.031
		Valentim Gentil	11.036
		Votuporanga	84.692
Total	07 RS	102 Municípios	1.521.945
*DRS= Departamentos Regionais de Saúde; **RS= Região de Saúde			
Fonte: IBGE, 2010			

Anexo 3 - Questionário de Avaliação e Monitoramento da Atenção Básica, QualiAB, versão 2017



AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA QUALIAB

I. IDENTIFICAÇÃO E CARACTERÍSTICAS GERAIS DO SERVIÇO

1. Esta Unidade se caracteriza por ser:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Unidade de Saúde da Família (USF)
- 2) Unidade Básica de Saúde (UBS) “tradicional” *
- 3) Unidade Básica de Saúde (UBS) “tradicional” * **com** Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)
- 4) Unidade Básica de Saúde (UBS) “tradicional” * **com** Equipe de Saúde da Família (ESF)
- 5) Unidade Básica de Saúde (UBS) * “tradicional” ou Unidade de Saúde da Família (USF) **integrada à** Unidade de Pronto Atendimento (PA)
- 6) Posto Avançado de Saúde - Unidades que não possuem equipe fixa em período integral (tem equipes volantes)
- 7) Outra. Especificar: _____

*Unidade Básica de Saúde “Tradicional” = Unidades Básicas sem Saúde da Família

2. A instituição que assume a gestão administrativa do serviço é:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Secretaria/Diretoria/Coordenadoria Municipal de Saúde
- 2) Fundação ou Organização Social
- 3) Secretaria de Estado da Saúde
- 4) Universidade pública
- 5) Universidade privada
- 6) Ministério da Saúde
- 7) Consórcio intermunicipal
- 8) Outros - especifique: _____

3. Localização geográfica da Unidade:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Rural
- 2) Urbana - Central
- 3) Urbana - Periférica

4. No território de atuação desta Unidade existe a presença de grupos populacionais:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Indígenas
- 2) Quilombolas
- 3) Populações ribeirinhas
- 4) Ciganos e nômades urbanos
- 5) Acampados e assentados
- 6) Trabalhadores sazonais e volantes
- 7) Pessoas em situação de rua
- 8) Profissionais do sexo
- 9) Moradores de abrigos, albergues

- 10) Encarcerados
 11) Imigrantes
 12) Outros - especifique: _____
 13) Não ocorre a presença dessas populações no território

5. Quais os períodos de funcionamento da Unidade:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Todas as manhãs de segunda a sexta
 2) Todas as tardes de segunda a sexta
 3) Todas as noites de segunda a sexta
 4) Algumas manhãs durante a semana
 5) Algumas tardes durante a semana
 6) Algumas noites durante a semana
 7) Finais de semana
 8) 24 horas

6. A Unidade possui equipe de saúde da família:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Sim. Número de equipes: _____
 2) Não

7. Número de profissionais fixos e volantes na Unidade por categoria:

(na ausência de algum profissional é obrigatório digitar zero)

Profissional	Nº de profissionais FIXOS na unidade (Presença diária no serviço)	Nº de profissionais VOLANTES (Atende alguns períodos)
1) Médico de família		
2) Médico clínico geral		
3) Médico pediatra		
4) Médico ginecologista		
5) Médico psiquiatra		
6) Médicos de outras especialidades		
7) Enfermeiro		
8) Dentista		
9) Psicólogo		
10) Terapeuta Ocupacional		
11) Assistente Social		
12) Nutricionista		
13) Fonoaudiólogo		
14) Fisioterapeuta		
15) Farmacêutico		
16) Agente Comunitário de Saúde		
17) Auxiliar de enfermagem		

18) Técnico de enfermagem		
19) Auxiliar de cirurgia dentista		
20) Técnico de higiene dentária		
21) Auxiliar de farmácia		
22) Recepcionista		
23) Auxiliar administrativo		
24) Auxiliar de serviços gerais		
25) Vigia		
26) Motorista		
27) Outros - especifique:		

8. Esta Unidade recebeu profissionais dos seguintes programas, no último ano:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Mais médico
- 2) Proxab médico
- 3) Proxab enfermeiro
- 4) Proxab dentista
- 5) Outros - especifique: _____
- 6) Não recebeu profissionais de nenhum programa de apoio

9. As ações de rotina realizadas pelos seguintes PROFISSIONAIS são:

Selecione um item para cada alternativa

	Não possui esse profissional	Recepção de casos não agendados	Promoção e educação em saúde	Visita domiciliar	Atendimento individual	Grupos	Participação reuniões de equipe	Avaliação de faltosos	Registro em prontuário	Atividades na comunidade	Outras
1 - Médico de Família											
2 - Médico Clínico Geral											
3 - Médico Pediatra											
4 - Médico Ginecologista											
5 - Enfermeiro											
6 - Auxiliar/técnico de enfermagem											
7 - Dentista											
8 - Auxiliar/Técnico consultório dentário											
9-Farmacêutico											
10- Outros											

10. Entre as ações de rotina realizadas pelo AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE pode-se destacar:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Atividades de educação em saúde
- 2) Entrega domiciliar de medicamentos para pacientes acamados e/ou outros
- 3) Supervisão e orientação do uso correto da medicação prescrita
- 4) Tratamento Diretamente Supervisionado (DOTS) para Tuberculose e Hanseníase
- 5) Identificação de indivíduos e famílias em condições de vulnerabilidade social
- 6) Identificação e orientação de usuários acamados
- 7) Identificação de situações de violência
- 8) Captação de gestantes para inscrição no Prê Natal
- 9) Captação de crianças menores de um ano
- 10) Captação para a prevenção de câncer ginecológico
- 11) Busca ativa para vacinação
- 12) Busca ativa de pessoas com hipertensão e diabetes
- 13) Busca ativa de casos suspeitos de tuberculose ou hanseníase
- 14) Distribuição de preservativos
- 15) Participação em reuniões de equipe
- 16) Outros - especifique: _____
- 17) Esse serviço não dispõe desse profissional

11. A rede municipal ou regional oferece para a Unidade o acesso aos seguintes serviços:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família)
- 2) Equipes multiprofissionais de apoio e supervisão
- 3) CRAS (Centro de Referência em Assistência Social)
- 4) CREAS (Centro de Referência Especializada em Assistência Social)
- 5) CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) ou serviço equivalente
- 6) Serviços de atenção ao idoso
- 7) Serviços de atenção à criança
- 8) Serviços de atenção à mulher
- 9) Serviços de referência em Tuberculose
- 10) Serviços de referência em DST, aids e hepatites virais
- 11) Ambulatórios de especialidades
- 12) AME (Ambulatório Médico de Especialidades)
- 13) CEO (Centro de Especialidades Odontológicas)
- 14) CEREST (Centro de Referência à Saúde do Trabalhador)
- 15) ONG (Organização Não Governamental)
- 16) Ações comunitárias ligadas grupos religiosos
- 17) Outros - especifique: _____
- 18) Não tem acesso a serviços de apoio

12. O apoio técnico à equipe da Unidade é feito por:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família)
- 2) Equipe multiprofissional externa ao serviço
- 3) Outro tipo de apoio (por exemplo, apoiador do estado, do COSEMS, Telessaúde, outros)
- 4) Não é realizado por nenhuma instância

13. O tempo médio de espera entre o encaminhamento e a consulta em SERVIÇOS DE REFERÊNCIA para as seguintes especialidades é: *Selecione um item para cada alternativa*

ESPECIALIDADES	Tempo de espera						
	<1 mês	Até 2 meses	Até 4 Meses	Até 6 meses	1 ano ou mais	Não Sabe	Não encaminha
1) Oftalmologia							
2) Otorrinolaringologia							
3) Ortopedia							
4) Gastroenterologia							
5) Cardiologia							
6) Neurologia							
7) Psiquiatria							
8) Geriatria							
9) Fisioterapia							
10) Psicologia							

14. Em relação ao número de consultas médicas realizadas NO ÚLTIMO MÊS (considerando todas as faixas etárias e todas as especialidades) informe:

Selecione as alternativas e preencha com a quantidade em números

- 1) Total de CONSULTAS MÉDICAS realizadas: _____
- 2) Do total de CONSULTAS MÉDICAS quantas foram por AGENDAMENTO: _____
- 3) Do total de CONSULTAS MÉDICAS quantas foram "EXTRAS" (não agendadas): _____
- 4) Dados não disponíveis

15. Em relação à população da área de abrangência da Unidade, informe:

Selecione as alternativas e preencha com a quantidade em números

- 1) O número aproximado de moradores (população residente): _____
- 2) O número aproximado de famílias: _____
- 3) Dados não disponíveis

II. RECURSOS MATERIAIS, PROCEDIMENTOS E INSUMOS BÁSICOS

16. Quanto às instalações gerais, pode se dizer que a Unidade possui:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Bom estado de conservação (pintura, móveis, instalações elétrica e hidráulica)
- 2) Acesso à pessoas com deficiências
- 3) Ventilação e iluminação adequadas
- 4) Banheiro adaptado para pessoas portadoras de deficiência (PCD)
- 5) Banheiro dentro do consultório ginecológico
- 6) Sala de espera
- 7) Salas e consultórios em número adequado para as atividades realizadas
- 8) Sala de vacina
- 9) Sala de Curativo

- 10) Sala de esterilização de material
- 11) Sala para realização de atividades educativas e grupos
- 12) Consultório dentário
- 13) Gerador de energia

17. Os equipamentos e recursos de apoio disponíveis no serviço são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Cadeira de rodas
- 2) Geladeira exclusiva para vacinas
- 3) Mesa para exame ginecológico
- 4) Equipamentos odontológicos
- 5) Carrinho de emergência
- 6) Desfibrilador
- 7) Cilindro de oxigênio
- 8) Oxímetro
- 9) Nebulizador (Aparelho para inalação)
- 10) Acesso à Internet
- 11) Acesso aos sistemas de informação para alimentação de banco de dados
- 12) Acesso à ambulância para transporte de pacientes, quando necessário
- 13) Veículo para uso da Unidade

18. Os procedimentos de rotina realizados por esta Unidade são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Vacinação
- 2) Coleta de exames laboratoriais (sangue e urina)
- 3) Pequenas suturas
- 4) Retirada de pontos
- 5) Hidratação por via venosa
- 6) Aplicação de tratamento endovenoso
- 7) Aplicação de tratamento intramuscular
- 8) Troca de sonda vesical de demora
- 9) Aplicação de Penicilina Benzatina (Benzetacil)
- 10) Profilaxia pós exposição (PEP)
- 11) Curativo de úlceras agudas e crônicas
- 12) Outros - especifique: _____
- 13) Não realiza nenhum procedimento

19. As seguintes vacinas são aplicadas de rotina na Unidade:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) BCG
- 2) Hepatite B
- 3) Hepatite A
- 4) Poliomielite/ vacina oral de pólio/vop
- 5) Pólio Inativada/ vacina inativada de pólio/VIP
- 6) Pentavalente (DTP + Hib + HB)
- 7) DTP (Tríplice Bacteriana)
- 8) Tríplice viral (Sarampo, Caxumba e Rubéola - SCR)
- 9) Tetra viral (Sarampo, Caxumba, Rubéola e Catapora)
- 10) dT (dupla adulto)

- 11) dTpa (difteria, tétano e pertussis acelular)
- 12) Rotavírus Humano
- 13) Febre Amarela
- 14) Anti-rábica
- 15) Influenza
- 16) P10 (Pneumocócica 10)
- 17) Pneumocócica 23 valente
- 18) Meningocócica C
- 19) Vacina contra HPV
- 20) Não realiza vacinação

20. Exames feitos e/ou colhidos na Unidade:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Coleta de Exames clínicos laboratoriais (sangue, urina e fezes)
- 2) Glicemia de ponta de dedo (HGT)
- 3) Teste de gravidez na urina
- 4) Teste rápido para HIV
- 5) Teste rápido para sífilis
- 6) Teste rápido para hepatites virais
- 7) Teste rápido de proteinúria
- 8) Eletrocardiograma (ECG)
- 9) Outros - especifique: _____
- 10) Não realiza nenhum exame

21. Os resultados dos exames são avaliados:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Quando o paciente comparece para atendimento
- 2) No dia agendado para consulta, mesmo que o paciente falte
- 3) Quando os resultados chegam na Unidade
- 4) Não são avaliados

22. Em relação ao ACESSO AOS MEDICAMENTOS previstos na RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais) para Atenção Básica, pode-se afirmar que:

Selecione um item para cada alternativa

Grupo de Medicamentos	Frequência do Acesso			Não dispensa esse grupo de medicamentos
	Regular	Falta Eventual	Falta frequente	
1) Para DST				
2) Para diabetes				
3) Para hipertensão arterial				
4) Para dislipidemias				
5) Antibióticos mais utilizados				
6) Psicofármacos (medicamentos usados na atenção à Saúde Mental)				
7) Não dispensa medicamentos				

23. Métodos contraceptivos disponíveis na Unidade com regularidade nos últimos 6 meses:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Pílula (anticoncepcional oral)
- 2) Anticoncepcional injetável
- 3) Camisinha (preservativo masculino)
- 4) Preservativo feminino
- 5) DIU
- 6) Pílula do dia seguinte (Contraceção de emergência)
- 7) Encaminhamento para laqueadura
- 8) Encaminhamento para vasectomia
- 9) Outros. Quais: _____
- 10) Nenhum

III. ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

III 1. Educação em saúde

24. Os principais temas de educação em saúde abordados em ações NA COMUNIDADE (atividades "EXTRA MUROS"), no último ano foram:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Gestação na adolescência
- 2) Planejamento reprodutivo
- 3) Educação alimentar
- 4) Atividades físicas
- 5) Qualidade de vida e envelhecimento saudável
- 6) Violência (doméstica, sexual, relativas a crianças e idosos, outros)
- 7) Uso abusivo de álcool e outras drogas
- 8) Prevenção de DST e aids
- 9) Tabagismo
- 10) Saúde bucal
- 11) Saúde e meio ambiente (destinação de lixo, reciclagem, entre outros)
- 12) Controle da proliferação de vetores (de doenças como dengue, leishmaniose, malária, outros)
- 13) Prevenção de acidentes e doenças do trabalho
- 14) Outras Qual (is): _____
- 15) Não foi realizada nenhuma atividade nesse período

25. As estratégias de educação em saúde NA COMUNIDADE (atividades "EXTRA MUROS") são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Campanhas sobre diferentes temas realizados em momentos específicos (como DST/aids, HA, DM, Raiva, Dengue, Saúde do Idoso e outras)
- 2) Palestra sobre diversos temas definidos pela equipe de saúde ou comunidade
- 3) Rodas de conversa sobre temas definidos pela comunidade
- 4) Atividades periódicas realizadas em instituições locais (escola, creche, associação de moradores e outros)
- 5) Atividades periódicas sobre temas definidos a partir das necessidades de saúde da comunidade
- 6) Atividades articuladas com outras Secretarias do município (Educação, Meio Ambiente, Assistência Social, Esportes, outros)
- 7) Outras - especifique: _____
- 8) Não realiza atividades na comunidade

26. As ações de educação em saúde desenvolvidas NA UNIDADE, no último ano, abordaram os seguintes temas:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Prevenção do câncer ginecológico (útero/mama)
- 2) DST e aids
- 3) Tuberculose e/ou hanseníase
- 4) Planejamento reprodutivo
- 5) Aleitamento materno
- 6) Crescimento e desenvolvimento infantil
- 7) Climatério e menopausa
- 8) Doenças crônicas, como HA e/ou DM
- 9) Obesidade e/ou desnutrição
- 10) Violência (doméstica, sexual, maus tratos com crianças e idosos, outros)
- 11) Uso abusivo de álcool e outras drogas
- 12) Tabagismo
- 13) Outras - especifique: _____
- 14) Nenhuma atividade foi realizada nesse período

27. As estratégias de educação em saúde realizadas NA UNIDADE são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Campanhas sobre diferentes temas realizadas em momentos específicos (DST/aids, HAS, DM, Raiva, Dengue, Saúde do Idoso e outras)
- 2) Palestras sobre diversos temas definidos pela equipe de saúde
- 3) Realização de grupos relativos a ações programadas (Pré Natal, hipertensão e diabetes, outros)
- 4) Atividades em sala de espera
- 5) Atividades em grupo que abordem outros temas
- 6) Atividades periódicas com temas definidos a partir do perfil epidemiológico e demanda dos usuários
- 7) Outras Quais: _____
- 8) Não realiza atividades de educação em saúde

III. 2. Organização do Assistência

28. As CONSULTAS MÉDICAS são agendadas:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Com hora marcada para cada paciente
- 2) Para grupo de pacientes por hora
- 3) Para todos os pacientes no início do turno
- 4) As consultas não são agendadas, trabalhamos somente com demanda espontânea

29. O fluxo de atendimento para os PACIENTES NÃO AGENDADOS (pacientes “extras” ou demanda espontânea) regularmente é definido a partir do seguinte processo:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Na própria recepção, que orienta o fluxo e encaminha ou não para atendimento
- 2) Por triagem médica ou de enfermagem, segundo critérios de gravidade e/ou evolução aguda
- 3) Por profissional médico ou de enfermagem, segundo o protocolo de estratificação de risco
- 4) Por auxiliar ou técnico de enfermagem com supervisão, segundo critérios de risco e/ou vulnerabilidade
- 5) Por reunião de profissionais com usuários para direcionar o fluxo em conjunto
- 6) Outras - especifique: _____
- 7) Não atende demanda espontânea

30. As opções de atendimento para os PACIENTES NÃO AGENDADOS ("extras" ou "demanda espontânea") são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Consulta médica ou de enfermagem no mesmo dia
- 2) Atendimento com auxiliar/técnico de enfermagem no mesmo dia, com supervisão de médico e/ou enfermeiro
- 3) Agendamento de consulta médica e/ou consulta de enfermagem
- 4) Agendamento com outros profissionais da própria Unidade
- 5) Agendamento para atendimento em grupo
- 6) Encaminhamento para o pronto-socorro
- 7) Encaminhamento para especialidades em outro serviço
- 8) Encaminhamento para serviços de outras áreas (segurança, educação, esportes, ONG, entre outros)
- 9) Não atende pacientes não agendados

31. A convocação de faltosos em atividades e consultas agendadas é realizada para:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Gestantes
- 2) Revisão pós-parto/puerpério
- 3) Recém-nascidos
- 4) Recém-nascidos de risco
- 5) Crianças em seguimento acima de dois anos
- 6) Crianças até dois anos
- 7) Crianças de risco (desnutrição e outros)
- 8) Resultado(s) de exame(s) alterado(s)
- 9) Adultos com doenças crônicas (HAS e DM) com risco de complicações
- 10) Vacinação
- 11) Tuberculose, hanseníase e HIV/aids
- 12) Sífilis
- 13) Outras condições de risco ou vulnerabilidade. Quais: _____
- 14) Não se faz convocação de faltosos

III. 3. Saúde da Mulher

32. As ações regularmente desenvolvidas para a SAÚDE DA MULHER são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Pré Natal
- 2) Coleta de citologia oncótica (Papanicolaou)
- 3) Planejamento reprodutivo
- 4) Prevenção e diagnóstico de DST, HIV e Hepatites Virais
- 5) Diagnóstico e Tratamento de DST
- 6) Diagnóstico e acompanhamento de situações de violência doméstica e sexual
- 7) Atendimento ginecológico por médico geral ou ginecologista
- 8) Detecção precoce de câncer de mama
- 9) Outros - especifique: _____
- 10) O serviço não desenvolve ações para a Saúde da Mulher

33. A coleta de rotina do exame de Papanicolaou (citologia oncológica para diagnóstico precoce de câncer de colo de útero) é realizada nas seguintes situações:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Por solicitação das mulheres, por livre demanda
- 2) Uma vez ao ano para todas as mulheres atendidas na Unidade
- 3) Uma ou mais vezes ao ano para mulheres com citologia alterada
- 4) A cada três anos, para todas as mulheres entre 25-64 anos residentes na área de cobertura, com dois exames anteriores normais
- 5) Durante campanhas ou mutirões para coleta de Papanicolaou
- 6) Serviço não realiza esse exame

34. Como estímulo ao diagnóstico precoce de câncer de mama, a unidade realiza

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Exame clínico de mamas sempre que há queixas da paciente em relação à mama
- 2) Capacitação dos médicos para acolher e examinar mulheres com queixas de alterações nas mamas
- 3) Capacitação dos enfermeiros para acolher e examinar mulheres com queixas de alterações nas mamas
- 4) Orientação das usuárias para autopalpação sem técnica específica e sobre sinais de alerta
- 5) Discussão em fóruns na comunidade e campanhas sobre sinais de câncer de mama
- 6) Não realiza nenhuma atividade relativa ao diagnóstico precoce do câncer de mama

35. A solicitação de MAMOGRAFIA de rotina para usuárias sem queixas é feita:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Para todas as pacientes que solicitem exame
- 2) Para todas as pacientes com risco elevado de câncer, quando indicado a partir de avaliação clínica individualizada
- 3) Para todas as pacientes com 40 anos ou mais
- 4) A cada 2 anos para mulheres com idade entre 50 e 69-74 anos, sem fatores de risco ou alteração do exame físico
- 5) No caso de mutirões organizados pela Secretaria de Saúde
- 6) Esse exame não é solicitado

36. Quando o resultado do TESTE DE GRAVIDEZ é comunicado para a paciente, a equipe:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Informa o resultado (negativo ou positivo)
- 2) Informa o resultado (negativo ou positivo) e faz o agendamento do Pré Natal, se for o caso
- 3) Informa o resultado (negativo ou positivo) e orienta o início do Pré Natal ou encaminha para cuidados pré concepcionais ou contraceção, a depender do caso
- 4) Considera se a gravidez é desejada ou não, antes de dar o resultado e fazer os encaminhamentos necessários
- 5) Os resultados são entregues em outros serviços, onde é realizado o exame
- 6) Esse teste não é solicitado pela Unidade

37. A proporção média de gestantes com início do Pré Natal no 1º TRIMESTRE é:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) 90% ou mais
- 2) Entre 90% e 80%
- 3) Entre 80% e 60%
- 4) Menos de 60%
- 5) A Unidade não dispõe destas informações
- 6) Não realiza o Pré Natal

38. Na atenção ao Pré natal de baixo risco quais das seguintes ações são realizados de rotina:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) O primeiro atendimento é feito por profissional de enfermagem no mesmo dia do teste positivo para gravidez
- 2) registro de dados clínico obstétrico na carteira da gestante – que fica com a usuária
- 3) 6 consultas ou mais durante o pré natal
- 4) consultas semanais entre no último mês de gestação (36ª a 41ª semanas)
- 5) prescrição de suplementação de sulfato ferroso a partir de 20 semanas
- 6) Não realiza o Pré Natal

39. Os EXAMES SOLICITADOS de rotina para **todas** as gestantes durante o PRÉ NATAL DE BAIXO RISCO são:

Selecione um item para cada alternativa

EXAMES	1º TRIMESTRE	2º TRIMESTRE	3º TRIMESTRE
1) Hemograma completo ou Eritrograma (Hb e Ht)			
2) Urina I			
3) Urocultura			
4) Teste rápido de proteinúria			
5) Tipagem sanguínea e fator Rh			
6) Coombs indireto caso Rh negativo			
7) Teste rápido ou sorologia para sífilis			
8) Teste rápido ou sorologia para HIV			
9) Sorologia para Rubéola			
10) Sorologia para toxoplasmose (IgM e IgG)			
11) Sorologia para hepatite B (HbsAg)			
12) Sorologia para hepatite C			
13) Glicemia de jejum			
14) Teste de intolerância à glicose			
15) Ultra-Som obstétrico			
16) Papanicolaou (colpocitologia oncológica) se indicado			

17) Bacterioscopia da secreção vaginal			
18) Outros. Quais _____			
20) Não realiza o Pré Natal			

40. As ações regularmente desenvolvidas no atendimento de PRÉ NATAL abordam os seguintes aspectos:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Avaliação do estado nutricional e do ganho de peso na gestação
- 2) Vacinação (tétano e hepatite B)
- 3) Identificação das gestantes de alto risco
- 4) Uso de medicamentos com menores efeitos sobre o feto
- 5) Orientações sobre o parto normal e humanizado
- 6) Orientações e incentivo ao aleitamento materno e apoio para as mulheres que não poderão amamentar
- 7) Avaliação das condições de trabalho
- 8) Prevenção de transmissão vertical de DST (sífilis e HIV)
- 9) Riscos do tabagismo e do uso de bebidas alcoólicas e outras drogas
- 10) Realização de grupos educativos para gestantes
- 11) Pré Natal do parceiro(a)
- 12) Registro em prontuário, Cartão da Gestante e Ficha Perinatal
- 13) Outros - especifique: _____
- 14) Não realiza o Pré Natal

41. As atividades realizadas de rotina no atendimento de PRÉ NATAL em áreas endêmicas para **MALÁRIA** são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Orientação das gestantes sobre os sintomas para busca precoce do diagnóstico de Malária
- 2) Realização do exame da gota espessa em toda consulta Pré Natal e no momento do parto
- 3) Encaminhamento da lâmina para exame da gota espessa e realização do teste rápido) Dispensação de tratamento e acompanhamento da adesão
- 5) Registro de todos os exames no Sivep-Malária e preenchimento da ficha de Notificação Compulsória
- 6) O serviço não está localizado em área endêmica de Malária

42. As estratégias de educação em saúde DIRECIONADAS ÀS GESTANTES são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Cartazes na sala de espera
- 2) Distribuição de folder e panfletos educativos
- 3) Discussões na sala de espera
- 4) Grupos periódicos para gestantes
- 5) Grupos periódicos para gestantes, parceiros e familiares
- 6) Organização de visita prévia da gestante e de seu parceiro à maternidade
- 7) Não realizamos atividades educativas com gestantes

43. No caso de GESTAÇÃO DE ALTO RISCO, a gestante é:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Encaminhada para fazer Pré Natal em serviço de referência, retornando à Unidade após o parto

- 2) Encaminhada para serviço de referência e mantém acompanhamento na Unidade
- 3) Acompanhada na própria Unidade
- 4) Não se aplica porque este serviço não atende Pré Natal

44. Nos casos de GESTANTE COM DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS, o tratamento com penicilina benzatina é realizado:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Na Unidade, tanto para a gestante como para seu parceiro
- 2) Na Unidade somente para gestante
- 3) Na Unidade, para a gestante e, no serviço de referência para o parceiro
- 4) A gestante e seu parceiro são encaminhados para tratamento em um serviço de referência, porque a Unidade não realiza esse tipo de tratamento
- 5) Não realizamos esse tipo de tratamento na Unidade
- 6) Não se aplica porque este serviço não atende Pré Natal

45. Nos casos de GESTANTE COM HIV POSITIVO, o Pré Natal é realizado:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Somente na Unidade
- 2) Somente em serviço de referência
- 3) Em serviço de referência mas mantém-se simultaneamente acompanhamento na Unidade
- 4) Não se aplica porque este serviço não atende Pré Natal

46. As ações regularmente desenvolvidas nos atendimentos de PUERPÉRIO IMEDIATO (até 10 dias após o parto) na Unidade abordam os seguintes aspectos:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Evolução da gestação, histórico e intercorrências pós parto
- 2) Aleitamento materno
- 3) Suplementação de Ferro
- 4) Condições psicoemocionais (preocupações, desânimo)
- 5) Condições sócio familiares (rede de apoio, trabalho)
- 6) Condições de nascimento do RN e orientações sobre cuidados básicos
- 7) Orientações para o atendimento de rotina do RN (vacinação, exames, outros)
- 8) Orientações sobre alimentação
- 9) Orientações sobre atividade sexual e contracepção
- 10) Orientações sobre direitos reprodutivos, sociais e trabalhistas
- 11) Agendamento de consulta de puerpério tardio (até 42 dias pós parto)
- 12) Outras - especifique: _____
- 13) A Unidade não realiza de rotina consulta de puerpério imediato

47. As ações regularmente desenvolvidas nas consultas de PUERPÉRIO TARDIO (até 42 dias após o parto) abordam os seguintes aspectos:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Avaliação das condições de parto e puerpério imediato, caso este não tenha sido realizado na Unidade
- 2) Avaliação de sinais de sofrimento mental relacionado ao puerpério
- 3) Presença de intercorrências pós-parto (febre, hemorragia, mastite, entre outros)
- 4) Aleitamento materno (experiência do 1º mês, satisfação do RN, cuidados com as mamas, entre outros)
- 5) Orientações sobre planejamento reprodutivo e contracepção durante o aleitamento

- 6) Orientações sobre direitos reprodutivos, sociais e trabalhistas
- 7) Condições sócio familiares (rede de apoio, trabalho, estrutura para o cuidado do RN)
- 8) A Unidade não realiza, de rotina, consulta de puerpério tardio

48. Entre as gestantes que realizaram Pré Natal nessa Unidade, nos últimos três anos, houve algum caso de SÍFILIS CONGÊNITA?

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Sim
- 2) Não
- 3) Não sabe informar por não possuir os dados
- 4) Não se aplica porque este serviço não atende Pré Natal

49. As estratégias utilizadas pela Unidade para deteccão da VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Protocolo de atendimento
- 2) Identificação de sintomas/queixas físicas, psicológicas
- 3) Livre declaração da mulher
- 4) Discussão de caso em equipe
- 5) Sensibilização e capacitação da equipe para identificação de casos
- 6) Não sabe informar
- 7) Não temos esse tipo de demanda
- 8) Não atende essa demanda específica

50. Em caso de deteccão da VIOLÊNCIA CONTRA MULHER são realizados os seguintes procedimentos:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Denúncia ao CRAS e/ou CREAS
- 2) Denúncia à autoridade policial
- 3) Notificação Compulsória à vigilância epidemiológica
- 4) Acompanhamento multiprofissional da Unidade
- 5) Acompanhamento em grupo
- 6) Acompanhamento individual conforme protocolo
- 7) Encaminhamento para serviço de referência
- 8) Denúncia ao DISQUE 180
- 9) Outro. Qual (is): _____
- 10) Não sabe informar
- 11) Não temos esse tipo de demanda
- 12) Não atende a essa demanda específica

III.4. Saúde da Criança e do Adolescente

51. As ações planejadas e desenvolvidas com regularidade na ATENÇÃO ÀS CRIANÇAS compreendem:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Avaliação do crescimento
- 2) Avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor
- 3) Avaliação e orientação alimentar (aleitamento, introdução de alimentos, outros)
- 4) Encaminhamento para banco de leite ou acesso a leite modificado se necessário (HIV, outros)

- 5) Identificação de distúrbios do desenvolvimento (genéticos, biológicos, sócio familiares)
- 6) Diagnóstico e acompanhamento dos agravos mais frequentes (IRA, gastroenterites, outros)
- 7) Identificação e acompanhamento de situações de violência
- 8) Grupo com mães/pais
- 9) Vigilância do trabalho infantil
- 10) Orientação sobre testes do pezinho, orelhinha e olhinho para o recém nascido
- 11) Orientação sobre sexualidade e educação sexual
- 12) Orientações para prevenção de acidentes domésticos
- 13) Orientações para inscrição em Programas Sociais (Viva Leite, Bolsa Família, outros)
- 14) Registro do seguimento na caderneta da criança
- 15) Registro em espelho (cópia) da caderneta da criança no prontuário
- 16) Outras Quais: _____
- 17) Não realiza atividades planejadas para crianças

52. O atendimento de rotina da CRIANÇA é realizado de acordo com:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Calendário programado de consultas somente no primeiro ano de vida, além de atendimentos eventuais não agendados
- 2) Calendário programado de consultas até 2 anos, além de atendimentos eventuais não agendados
- 3) Calendário programado de consultas de um até 10 anos, além de atendimentos eventuais não agendados
- 4) Somente a partir de demanda do(s) responsável(is)
- 5) Não atende crianças

53. O PRIMEIRO ATENDIMENTO de um recém-nascido (RN) na Unidade é agendado:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Por agente comunitário de saúde em visita domiciliar
- 2) Pela maternidade, na alta, pós parto
- 3) Pela maternidade ou Secretaria de Saúde, para recém-nascido de risco
- 4) Quando a mãe procura pela Unidade (demanda espontânea)
- 5) Na última consulta de Pré Natal
- 6) O atendimento é realizado por enfermeiro ou médico durante visita domiciliar, sem agendamento prévio
- 7) Não trabalhamos com agendamento
- 8) Não atende crianças

54. As ações realizadas pela Unidade em INSTITUIÇÕES PARA CRIANÇAS (creches, escolas e outras) são relativas à:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Alimentação saudável e prevenção de obesidade
- 2) Vacinação
- 3) Higiene pessoal e bucal
- 4) Avaliação de acuidade visual
- 5) Avaliação de acuidade auditiva
- 6) Dispensação anual de anti-helmíntico (albendazol)
- 7) Prevenção de infecções parasitárias (escabiose, piolho, entre outros)
- 8) Prevenção de acidentes domésticos
- 9) Orientação para estímulos neuropsicomotor
- 10) Inclusão social e combate ao preconceito
- 11) Trabalho infantil

- 12) Sexualidade e educação sexual
- 13) Prostituição infantil
- 14) Saúde e meio ambiente
- 15) Posse responsável de animais
- 16) Outros - especifique: _____
- 17) Não realiza atividades regulares em creches e escolas

55. As ações regularmente desenvolvidas na COMUNIDADE para SAÚDE DA CRIANÇA ocorrem nos seguintes locais:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Domicílio
- 2) Creche, escolas, outros
- 3) Centros esportivos, culturais, espaços comunitários e/ou ONG
- 4) Reuniões em parceria com CRAS (Bolsa Família, Viva Leite, entre outros)
- 5) Outros - especifique: _____
- 6) Não desenvolve atividades planejadas para criança
- 7) Não atende crianças

56. As ações realizadas, de rotina, na Unidade na ATENÇÃO AO ADOLESCENTE são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Acompanhamento do desenvolvimento e mudanças na adolescência
- 2) Incentivo a prática de atividades físicas
- 3) Prevenção e acompanhamento de obesidade e/ou desnutrição
- 4) Planejamento reprodutivo
- 5) Atendimento diferenciado para gestantes de 10 a 19 anos
- 6) Orientações sobre sexualidade e prevenção de DST/aids
- 7) Oferta de sorologia para HIV, sífilis e hepatites virais
- 8) Diagnóstico e acompanhamento em saúde mental (mudanças de humor, inserção familiar, outros)
- 9) Orientações quanto ao uso de álcool e drogas
- 10) Identificação de situações de agressividade e conflito com a lei
- 11) Identificação e acompanhamento de situações de violência
- 12) Registro do seguimento na caderneta de saúde do adolescente
- 13) Outros - especifique: _____
- 14) Não desenvolve atividades específicas para adolescentes

57. Os temas abordados em ações na COMUNIDADE (escolas, parques, clubes, entre outras) para atenção ao ADOLESCENTE são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Sexualidade e prevenção de DST/aids
- 2) Gravidez na adolescência
- 3) Prostituição na adolescência
- 4) Uso de álcool, tabaco e outras drogas
- 5) Agressividade e conflito com a lei
- 6) Inclusão social e combate ao preconceito
- 7) Orientação sobre Vacinação (DT, Hepatite B, HPV)
- 8) Alimentação saudável – prevenção da obesidade e/ou desnutrição
- 9) Comportamento e transtornos mentais na adolescência
- 10) Saúde e meio ambiente

- 11) Outros - especifique: _____
- 12) Não desenvolve atividades específicas para adolescentes

58. As atividades para ADOLESCENTES são regularmente realizadas nos seguintes locais:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Unidade de Saúde
- 2) Domicílio
- 3) Escolas
- 4) Centros esportivos, culturais, espaços comunitários e/ou ONG
- 5) Reuniões em parceria com CRAS (Ação Jovem, Pró Jovem Adolescente, entre outros)
- 6) Outros - especifique: _____
- 7) Não desenvolve atividades planejadas para adolescentes
- 8) Não atende adolescentes

59. As estratégias utilizadas pela Unidade para detecção de VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Protocolo de atendimento
- 2) Identificação de sintomas/queixas físicas, psicológicas
- 3) Escuta de relatos de outros usuários e verificação do caso
- 4) Livre declaração dos responsáveis
- 5) Discussão de caso em equipe
- 6) Sensibilização e capacitação da equipe para identificação de casos
- 7) Visita domiciliar
- 8) Escuta individual e sigilosa
- 9) Não sabe informar
- 10) Não temos esse tipo de demanda específica
- 11) Não atende crianças e adolescentes

60. Em caso de detecção da VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES são realizados os seguintes procedimentos:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Denúncia ao Conselho Tutelar
- 2) Denúncia ao DISQUE 100
- 3) Atendimento e acompanhamento dos pais
- 4) Encaminhamento ao CRAS e CREAS
- 5) Notificação Compulsória à vigilância epidemiológica
- 6) Acompanhamento multiprofissional na Unidade
- 7) Discussão com o NASF/equipe de apoio
- 8) Acompanhamento intersetorial
- 9) Não sabe informar
- 10) Não temos esse tipo de demanda
- 11) Não atende essa demanda específica

III.5. Saúde do Adulto e da Pessoa Idosa

61. As ações planejadas e desenvolvidas com regularidade para ATENÇÃO AO ADULTO abordam as seguintes condições:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Diabetes e Hipertensão
- 2) Outras condições crônicas não transmissíveis (dislipidemia, lombalgia, outros)
- 3) Atividades físicas orientadas (caminhada, orientação postural, outros)
- 4) Tabagismo
- 5) Obesidade
- 6) Prevenção de câncer de próstata
- 7) Prevenção de câncer de colo de útero e de mama
- 8) Uso abusivo de álcool e outras drogas
- 9) Saúde Mental (Depressão, Crise de ansiedade-pânico, outros)
- 10) Hanseníase
- 11) Tuberculose
- 12) Situações de Violência
- 13) Saúde do trabalhador
- 14) DST, HIV/aids e hepatites virais
- 15) Outros - especifique: _____
- 16) Não desenvolvemos atividades planejadas de atenção aos adultos

62. As ações de rotina para pessoas com DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (insuficiência cardíaca, DPOC, obesidade, hipertensão/diabetes, outros) são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Agendamento de retornos periódicos ao final de cada atendimento
- 2) Controle da pressão arterial e/ou nível glicêmico em horários e dias específicos
- 3) Acolhimento de pacientes com queixas eventuais
- 4) Esclarecimento e orientação dos resultados de exames
- 5) Renovação de receitas, se necessário, sem consulta médica no dia
- 6) Busca ativa dos pacientes em abandono de tratamento
- 7) Orientação de atividades físicas
- 8) Grupos de apoio para Doenças Crônicas Não Transmissíveis (dieta, adesão ao tratamento, outros)
- 9) Registro dos pacientes de risco diferenciado
- 10) Manutenção de seguimento após encaminhamento para serviço especializado
- 11) Não tem rotina estabelecida para o seguimento de portadores de condições crônicas
- 12) A Unidade não atende pessoas portadoras de condições crônicas

63. Para pessoas com DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS consideradas “difíceis” (fáltosos, não aderentes ao tratamento, entre outros), usualmente a Unidade:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Encaminha para grupo de adesão na própria Unidade

- 2) Encaminha para serviço de referência
- 3) Discute em equipe alternativas de abordagem/ projeto terapêutico
- 4) Discute o caso com supervisão externa
- 5) Realiza busca ativa
- 6) Realiza alta administrativa, após esgotamento das alternativas de tratamento
- 7) A Unidade não realiza atividades para não aderentes
- 8) A Unidade não atende portadores de condições crônicas

64. Para PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL, a Unidade realiza as seguintes atividades de rotina:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Atendimento sem protocolo específico
- 2) Acompanhamento com protocolo
- 3) Aferição de 3 medidas em momentos diferentes ou mapa pressórico para diagnóstico
- 4) Orientação de dieta
- 5) Prevenção e tratamento de obesidade
- 6) Solicitação periódica de exames
- 7) Terapêutica não medicamentosa como alternativa isolada, sempre que indicado
- 8) Introdução de terapêutica medicamentosa a partir de avaliação de risco cardiovascular
- 9) Atividades em grupo (caminhada, medida de pressão arterial, outros)
- 10) Orientação de atividade física
- 11) Orientação e suporte para abandono do tabagismo
- 12) Identificação, orientação e suporte sobre o uso abusivo de álcool e outras drogas
- 13) Outras atividades
- 14) A Unidade não atende pacientes portadores de hipertensão arterial

65. Exames solicitados de rotina para pessoas com HIPERTENSÃO ARTERIAL são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Urina I
- 2) Potássio
- 3) Creatinina sérica
- 4) Glicemia de jejum
- 5) Colesterol total, frações (LDL e HDL)
- 6) Triglicerídeos
- 7) Ácido úrico
- 8) Eletrocardiograma – ECG
- 9) Exame de fundo de olho
- 10) Outros Quais: _____
- 11) Não atendemos pacientes portadores de hipertensão arterial

66. Para pessoas com DIABETES TIPO II, a Unidade realiza as seguintes atividades de rotina:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Atendimento sem protocolo específico
- 2) Acompanhamento com protocolo
- 3) Orientação de dieta
- 4) Prevenção e tratamento de obesidade
- 5) Exame anual de colesterol total e frações, triglicerídeos
- 6) Solicitação periódica de exames
- 7) Avaliação e orientação em saúde bucal
- 8) Controle, avaliação e orientação de cuidados com os pés
- 9) Treinamento para auto aplicação de insulina
- 10) Fornecimento do glicosímetro para insulino dependentes
- 11) Atividades em grupo (caminhada, medida de pressão arterial, outros)
- 12) Orientação de atividade física

- 13) Orientação e suporte para abandono do tabagismo
- 14) A Unidade não atende pacientes portadores de diabetes tipo II

67. Exames solicitados de rotina para pessoas com DIABETES TIPO II são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Glicemia de jejum
- 2) Urina I
- 3) Microalbuminúria
- 4) Creatinina sérica
- 5) Colesterol total, frações (LDL e HDL)
- 6) Triglicerídeos
- 7) Hemoglobina glicada (HbA1c ou A1c)
- 8) Exame de fundo de olho
- 9) Eletrocardiograma – ECG
- 10) Outros Quais: _____
- 11) Não atendemos pacientes portadores de diabetes tipo II

68. As ações regularmente programadas para a SAÚDE DO HOMEM nesta Unidade abordam as seguintes condições:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Saúde do trabalhador
- 2) DST/ aids e hepatites virais
- 3) Andropausa
- 4) Relações de gênero, masculinidades, sexualidade e orientações sexuais
- 5) Paternidade e relações familiares
- 6) Métodos contraceptivos temporários e definitivos (encaminhamento para centro de referência)
- 7) Uso e dependência de tabaco, álcool e outras drogas
- 8) Situações de violência
- 9) Câncer de próstata e outras neoplasias
- 10) Risco cardiovascular
- 11) Incontinência urinária masculina
- 12) Impotência (diabetes, alcoolismo, tabagismo, acidentados, outros)
- 13) Importância da adesão às ações e tratamentos de saúde
- 14) Outras - especifique: _____
- 15) Não são oferecidas atividades direcionadas especificamente aos homens

69. As ações planejadas e desenvolvidas com regularidade para ATENÇÃO AOS IDOSOS são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Avaliação da saúde mental (quadros depressivos, demências e outros)
- 2) Avaliação da capacidade funcional (Atividades de Vida Diárias e Atividades Instrumentais)
- 3) Prevenção de quedas
- 4) Incentivo e orientação a prática corporal e atividade física
- 5) Orientação sobre alimentação
- 6) Orientações sobre menopausa e andropausa, sexualidade, e DST/aids
- 7) Orientações sobre os Direitos da Pessoa Idosa
- 8) Identificação e acompanhamento em casos de incontinência urinária
- 9) Identificação e acompanhamento de situações de violência
- 10) Identificação e acompanhamento sobre o uso abusivo de álcool e outras drogas
- 11) Investigação do suporte familiar e social
- 12) Atenção domiciliar

- 13) Registro do seguimento na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa
- 14) Outros - especifique: _____
- 15) Não existem atividades específicas para idosos

70. As estratégias utilizadas pela Unidade para deteção de situações de VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Protocolo de atendimento
- 2) Identificação de sintomas/queixas físicas, psicológicas
- 3) Escuta de relatos de outros usuários e verificação do caso
- 4) Livre declaração do idoso
- 5) Discussão de caso em equipe
- 6) Sensibilização e capacitação da equipe para identificação de casos
- 7) Visita domiciliar
- 8) Escuta individual e sigilosa
- 9) Não sabe informar
- 10) Não temos esse tipo de demanda específica
- 11) Não atende idosos

71. Em caso de deteção da VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS são realizados os seguintes procedimentos:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Denúncia ao CRAS e CREAS
- 2) Denúncia ao DISQUE 100
- 3) Denúncia à autoridade policial
- 4) Atendimento e acompanhamento dos cuidadores
- 5) Notificação Compulsória à vigilância epidemiológica
- 6) Atendimento interdisciplinar com profissionais da Unidade
- 7) Discussão com o NASF/equipe de apoio
- 8) Proposta de acompanhamento intersetorial
- 9) Não sabe informar
- 10) Não temos esse tipo de demanda
- 11) Não atende essa demanda específica

72. As ações direcionadas para CUIDADORES (formal ou familiar) de idosos e/ou pessoas acamadas são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Orientações gerais sobre as necessidades cotidianas de cuidado do idoso
- 2) Orientações sobre prevenção e identificação de situações de violência
- 3) Suporte técnico para as atividades dos cuidadores, se necessário
- 4) Avaliação e acompanhamento da saúde dos cuidadores (stress e outras)
- 5) Grupo de apoio aos cuidadores
- 6) Outras - especifique: _____
- 7) Não realiza atividades específicas para cuidadores

73. As ações realizadas para o CUIDADO DE PESSOAS ACAMADAS no domicílio ou instituições são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Diagnóstico e encaminhamentos necessários para outros níveis de atenção
- 2) Visitas periódicas com equipe de apoio
- 3) Visitas periódicas com médico(a)
- 4) Procedimentos domiciliares (como vacinação, troca de sonda vesical de demora, curativos, outros)
- 5) Orientações de higiene bucal
- 6) Assistência odontológica domiciliar

- 7) Orientações quanto aos direitos sociais
- 8) Prevenção e acompanhamento em casos de uso de drogas
- 9) Registro das ações domiciliares em prontuário
- 10) Atenção à família em caso de óbito
- 11) Discussão de casos específicos com rede de saúde (CRAS, Conselho de saúde, CREAS, outros)
- 12) Detecção, suporte e acompanhamento para as situações de violência
- 13) Não realizamos cuidados no domicílio

74. Na ATENÇÃO AO IDOSO a Unidade conta com o apoio para encaminhamento e/ou ações conjuntas de:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Grupos religiosos
- 2) Associações de Bairro
- 3) Centro de Convivência do Idoso
- 4) Centro Dia de Atenção ao Idoso
- 5) Serviço especializado de Atenção ao Idoso
- 6) CRAS
- 7) CREAS
- 8) Organização Não Governamental (ONG)
- 9) Outros - especifique: _____
- 10) Os grupos e/ou serviços existentes não atuam de modo integrado com a AB
- 11) Não existe recurso de apoio ao idoso fora da Unidade

III. Vigilância em saúde e atenção a agravos de relevância epidemiológica e social

75. Na área de abrangência desta Unidade, quando ocorrem casos de ALGUMA DOENÇA OU AGRAVO DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA (por exemplo: tuberculose, sífilis, HIV/AIDS, meningite, dengue, violência doméstica ou sexual, entre outros), a Unidade realiza:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Busca ativa para os casos com indicação de controle de comunicantes e/ou meio ambiente
- 2) Preenchimento da ficha de Notificação Compulsória
- 3) Ações de educação e prevenção para os usuários na Unidade
- 4) Atividades em conjunto com a equipe de vigilância epidemiológica e/ou sanitária na comunidade
- 5) Ações de educação e prevenção na comunidade
- 6) Capacitação da equipe
- 7) Encaminhamento para outros serviços
- 8) Outros Quais: _____
- 9) Não realiza nenhuma atividade

76. O público alvo das ações programadas de PREVENÇÃO DE DST/AIDS, realizadas pela Unidade, consiste em:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) População em geral durante campanhas
- 2) Escolares de nível fundamental
- 3) Jovens e adolescentes
- 4) Idosos
- 5) Pessoas em uso abusivo de álcool e outras drogas
- 6) LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, travestis e transexuais)
- 7) Outros grupos mais vulneráveis como caminhoneiros, profissionais do sexo entre outros
- 8) Instituições na comunidade como centros de convivência

9) Não realizamos essas ações de forma planejada

77. Na rotina, o critério utilizado para dispensação de PRESERVATIVOS MASCULINOS é:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Conforme solicitação dos usuários
- 2) Ficam expostos em local de fácil acesso para todos
- 3) Cotas diferenciadas para a população mais vulnerável
- 4) Não distribuímos preservativos nesta Unidade

78. As ações realizadas em CASO SUGESTIVO de doenças sexualmente transmissíveis (DST/aids) são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Orientações sobre o uso de preservativo (camisinha)
- 2) Aconselhamento pré teste
- 3) Teste rápido ou sorologia para HIV
- 4) Teste rápido ou sorologia para hepatites virais
- 5) Teste rápido ou sorologia para sífilis
- 6) Tratamento sintomático das DST
- 7) Investigação etiológica e tratamento das DST na Unidade
- 8) Orientação para vinda do(s) parceiro(s) para avaliação e aconselhamento
- 9) Encaminhamento de todos os portadores de DST para serviço de referência
- 10) Encaminhamento para serviço de referência dos casos de aids e hepatites virais
- 11) Outros - especifique: _____
- 12) A Unidade não atende DST/aids

79. Nos casos com resultado NEGATIVO das sorologias para HIV e hepatites B e C a Unidade:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Arquia os resultados no prontuário do paciente, deixando-os a disposição
- 2) Informa o resultado negativo ao paciente (presencial, por telefone, carta ou por email)
- 3) Orienta sobre o teste (janela imunológica, situações de exposição, outros)
- 4) Orienta sobre prevenção (identificação de situações de maior exposição, adoção de práticas mais seguras)
- 5) Não realiza sorologias para HIV, sífilis ou hepatites

80. Nos casos com resultado POSITIVO das sorologias para HIV, hepatites B e C, a Unidade realiza:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Arquivamento dos resultados no prontuário, até o comparecimento do paciente para consulta
- 2) Convocação do paciente
- 3) Notificação Compulsória
- 4) Encaminhamento para serviços de referência
- 5) Acompanhamento na própria Unidade
- 6) Orientações sobre diagnóstico e tratamento

- 7) Orientações de cuidados com os parceiros
- 8) Não solicita sorologias para HIV, sífilis e hepatites

81. As ações realizadas por esta Unidade na atenção às pessoas com HIV são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Acompanha e trata pacientes com HIV/aids estáveis clinicamente e com imunidade preservada
- 2) Conta com uma equipe especializada em HIV/aids que acompanha e trata pacientes com HIV
- 3) Busca ativa de faltosos ao seguimento quando acionada pelo serviço especializado em HIV/aids da região
- 4) Atendimento de queixas agudas, acompanhamento de condições crônicas, vacinação, Pré Natal e protocolos preventivos de câncer
- 5) Não realiza atividades assistenciais nestes casos, as pessoas com HIV são atendidas em serviços especializados em HIV/aids

82. Nos casos com resultado POSITIVO das sorologias para sífilis, a Unidade realiza:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Arquivamento dos resultados no prontuário, até o comparecimento do paciente para consulta
- 2) Convocação do paciente
- 3) Notificação Compulsória
- 4) Encaminhamento para serviços de referência
- 5) Tratamento e seguimento na própria Unidade
- 6) Orientações sobre diagnóstico e tratamento
- 7) Orientações de cuidados com os parceiros
- 8) Não solicita sorologias para HIV, sífilis e hepatites

83. Com relação à atenção aos casos de TUBERCULOSE (suspeitos ou confirmados) a Unidade realiza:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Pesquisa de BAAR no escarro para sintomáticos respiratórios
- 2) Coleta de material para pesquisa de tuberculose (BAAR no escarro, urina)
- 3) Ações educativas
- 4) Pesquisa de HIV
- 5) Busca ativa de contatos intradomiciliares
- 6) Busca ativa de faltosos em tratamento
- 7) Estoque de medicamentos específicos para os inscritos no programa de tuberculose
- 8) Tratamento supervisionado na Unidade
- 9) Tratamento supervisionado no domicílio
- 10) Livro de Controle de Tratamento dos Casos de Tuberculose
- 11) Notificação Compulsória
- 12) Capacitação da equipe
- 13) Detecção, suporte e acompanhamento para as situações de violência
- 14) Não realizamos ações para pessoas com Tuberculose

84. Com relação à atenção aos casos de HANSENÍASE a Unidade realiza:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Diagnóstico de casos novos
- 2) Acompanhamento de casos
- 3) Encaminhamento de todos os casos para serviços de referência
- 4) Ações educativas na família e na comunidade
- 5) Busca ativa de contatos intradomiciliares
- 6) Busca ativa de faltosos em tratamento
- 7) Dispensação de medicamentos para Hanseníase
- 8) Tratamento supervisionado na Unidade
- 9) Tratamento supervisionado no domicílio
- 10) Controle do número de casos de Hanseníase em acompanhamento
- 11) Notificação Compulsória
- 12) Capacitação da equipe
- 13) Detecção, suporte e acompanhamento para as situações de violência
- 14) Não realizamos ações para pessoas com Hanseníase

85. Na atenção a PESSOAS COM DEFICIÊNCIAS – PCD (limitações físicas e/ou cognitivas e/ou psicossociais) são desenvolvidas as seguintes ações:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Diagnóstico e encaminhamento para outros níveis de atenção
- 2) Orientação para os cuidadores
- 3) Visitas domiciliares periódicas com apoio de equipe multiprofissional
- 4) Visitas domiciliares periódicas com médico(a) e/ou enfermeiro (a)
- 5) Articulação com rede de saúde e instituições (escola, escolas especiais, entre outras)
- 6) Orientações quanto aos direitos sociais
- 7) Vigilância e atenção ao uso de álcool e outras drogas
- 8) Ações para a saúde sexual e reprodutiva
- 9) Vigilância e atenção em casos de violência
- 10) Assistência odontológica, quando é possível realização na Unidade
- 11) Capacitação da equipe
- 12) Detecção, suporte e acompanhamento para as situações de violência
- 13) Não realizamos atenção a pessoas com deficiências

86. As ações realizadas pela Unidade para atenção à SAÚDE DO TRABALHADOR são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Assistência ao trabalhador
- 2) Investigação e acompanhamento da atividade laboral (principal ocupação, carga horária) nas consultas
- 3) Solicitar à empresa a emissão de CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)
- 4) Médico preenche o item 2 da CAT, referente a diagnóstico, laudo e atendimento
- 5) Notificação Compulsória de agravos relacionados ao trabalho
- 6) Encaminhamento para serviços de referência
- 7) Educação e promoção em Saúde do Trabalhador
- 8) Orientações para prevenção de acidentes e doenças relacionados ao trabalho
- 9) Orientações quanto aos direitos sociais
- 10) Vigilância de trabalho infantil (menores de 16 anos) como situação de alerta - evento sentinela
- 11) Não realizamos atenção voltada especificamente à saúde do trabalhador

87. No caso de ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO com profissionais dessa Unidade - com exposição de mucosas a secreções ou lesões perfurocortante - as condutas tomadas são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Medidas de higiene e limpeza do local acometido
- 2) Aconselhamento pré-teste para coleta de exames sorológicos
- 3) Coleta de sorologia para HIV e Hepatites virais do profissional acidentado
- 4) Teste rápido para HIV e Hepatites virais do profissional acidentado
- 5) Coleta de sorologia para HIV e Hepatites virais do paciente fonte
- 6) Teste rápido para HIV e Hepatites virais do paciente fonte
- 7) Profilaxia pós exposição (PEP) até 72h e de acordo com avaliação de risco
- 8) Imunização do profissional contra hepatite B (se não vacinado)
- 9) Notificação do acidente de trabalho por meio de abertura de CAT
- 10) Notificação do acidente à vigilância epidemiológica (SINAN)
- 11) Orientações ao acidentado (avaliação de risco, quimioprofilaxia e outras)
- 12) Encaminhamento para serviço de referência
- 13) Nenhuma das condutas anteriores

88. As ações realizadas em casos de uso abusivo de álcool são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Avaliação do padrão de consumo
- 2) Investigação do uso de outras drogas
- 3) Orientações e acompanhamento na própria Unidade
- 4) Construção de um projeto terapêutico singular (PTS)
- 5) Redução de danos
- 6) Intervenção Breve
- 7) Grupos de apoio ao usuário
- 8) Grupos de apoio aos familiares
- 9) Detecção, suporte e acompanhamento para as situações de violência
- 10) Discussão de caso com o NASF ou equipe de apoio multiprofissional
- 11) Discussão com serviços especializados da rede de apoio (CAPS, AA, outros)
- 12) Investigação e controle de comorbidades associadas à dependência de álcool
- 13) Disponibilização de insumos de prevenção as DST/aids
- 14) Encaminhamento para serviço especializado (CAPS, CAPSad, AA, outros)
- 15) Outros - especifique: _____
- 16) Não acompanhamos esses casos por falta de capacitação da equipe
- 17) Não temos usuários com esse tipo de demanda

89. As ações realizadas em casos de uso abusivo de OUTRAS DROGAS (exceto o álcool) são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Avaliação do padrão de consumo
- 2) Investigação do uso de álcool
- 3) Orientações e acompanhamento na própria Unidade
- 4) Construção de um projeto terapêutico singular (PTS)
- 5) Redução de danos
- 6) Intervenção Breve
- 7) Grupos de apoio ao usuário
- 8) Grupos de apoio aos familiares
- 9) Detecção, suporte e acompanhamento para as situações de violência
- 10) Discussão de caso com o NASF ou equipe de apoio multiprofissional
- 11) Discussão com serviços especializados da rede de apoio (CAPS, NA, outros)
- 12) Investigação e controle de comorbidades associadas ao uso abusivo de drogas
- 13) Disponibilização de insumos de prevenção as DST/aids
- 14) Encaminhamento para serviço especializado (CAPS, CAPSad, NA, outros)

- 15) Outros - especifique: _____
 16) Não acompanhamos esses casos por falta de capacitação da equipe
 17) Não temos usuários com esse tipo de demanda

90. As ações desenvolvidas para o cuidado de pessoas em SOFRIMENTO PSÍQUICO OU TRANSTORNOS MENTAIS são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Orientação aos cuidadores e/ou familiares
- 2) Visita domiciliar periódica
- 3) Grupos de vivência e/ou grupos terapêuticos
- 4) Discussões em equipe para construção de projeto terapêutico
- 5) Discussão de caso com o NASF ou equipe de apoio multiprofissional
- 6) Discussão com serviços especializados da rede de apoio (CAPS)
- 7) Encaminhamento para serviços especializados com manutenção do seguimento na Unidade
- 8) Consulta por profissionais da equipe (médico, enfermeiro e/ou dentista)
- 9) Consulta por profissionais da equipe de saúde mental (médico, psicólogo, outros)
- 10) Detecção das queixas e encaminhamento para diagnóstico e seguimento por outro serviço
- 11) Detecção, suporte e acompanhamento para as situações de violência
- 12) Outros - especifique: _____
- 13) Não realizamos atendimento dessa população específica

91. O controle do uso contínuo de BENZODIAZEPÍNICOS é realizado:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) A critério médico, em cada consulta
- 2) Pelo médico que reavalia o conjunto dos casos periodicamente a partir de registro em livro ou informatizado
- 3) Por registro em livro com a renovação de receitas periódicas, mesmo sem consulta no dia
- 4) Por revisões periódicas em equipe com a finalidade de redução e/ou substituição do medicamento
- 5) Não controlamos o uso continuado de benzodiazepínicos

92. Na ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL a Unidade conta com o apoio municipal ou regional dos seguintes grupos, serviços e instituições:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Grupos de autoajuda (AA, NA, outros)
- 2) Equipe de Saúde Mental na Atenção Básica
- 3) Equipe de Saúde Mental em Serviço Especializado como Ambulatório
- 4) CAPS I ou II - Centro de Atenção Psicossocial
- 5) CAPS III – Centro de Atenção Psicossocial com leitos de observação e funcionamento 24 horas
- 6) CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas para adultos, crianças e adolescentes
- 7) CAPS AD III - Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas com leitos de observação e funcionamento 24 horas
- 8) CAPS i – Centro de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes
- 9) SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos
- 10) Comunidades Terapêuticas
- 11) Enfermaria Especializada em Hospital Geral
- 12) Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas
- 13) Consultório na Rua

- 14) Unidades de Acolhimento (UA) para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas
- 15) Outros Quais: _____
- 16) Não possui rede de apoio
- 17) Não atendemos esse tipo de demanda

III. 7. Saúde Bucal

93. O público alvo do atendimento ODONTOLÓGICO é:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Gestantes
- 2) Bebês (0 a 24 meses)
- 3) Crianças até 6 anos
- 4) Crianças em idade escolar
- 5) Adolescentes
- 6) Portadores de Diabetes Mellitus
- 7) Idosos (> 60 anos)
- 8) Pronto atendimento para queixas agudas
- 9) Pacientes acamados
- 10) Os pacientes são atendidos conforme demanda
- 11) Outros - especifique: _____
- 12) Não temos equipe de saúde bucal na Unidade

94. As ações de rotina desenvolvidas pela equipe de SAÚDE BUCAL são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Educação em saúde bucal para usuários da Unidade
- 2) Educação em saúde bucal em instituições para crianças e adolescentes (escolas, creches, outros)
- 3) Ação coletiva de escovação dental supervisionada
- 4) Elaboração de Plano Preventivo-terapêutico na primeira consulta programada
- 5) Atendimento clínico individual com Tratamento Completo
- 6) Identificação de necessidade de prótese dentária e encaminhamento para referência
- 7) Orientações sobre higienização de próteses
- 8) Orientações sobre benefícios do aleitamento materno e uso adequado de bicos de chupetas e mamadeiras
- 9) Ações de prevenção e detecção do câncer de boca
- 10) Registro de casos suspeito/confirmado de câncer de boca
- 11) Outros - especifique: _____
- 12) A Unidade não possui equipe de saúde bucal

95. Os procedimentos para tratamento e reabilitação realizados pela equipe de SAÚDE BUCAL da Unidade são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Aplicação tópica de flúor
- 2) Restauração de amálgama
- 3) Restauração com resina composta
- 4) Extração de dente
- 5) Drenagem de abscesso
- 6) Sutura
- 7) Frenectomia
- 8) Remoção de cistos
- 9) Acesso à polpa dentária
- 10) Tratamento endodôntico (tratamento de canal)
- 11) Coleta de material para biópsia

- 12) Pulpotomia
- 13) Raspagem, alisamento e polimento supragengivais
- 14) Tratamento de alveolite
- 15) Ulotomia/Ulectomia
- 16) Cimentação de prótese
- 17) Outro. Qual (is): _____
- 18) A Unidade não possui equipe de saúde bucal

IV GESTÃO E GERENCIAMENTO LOCAL

IV.1 Informação, Planejamento e Avaliação em Saúde

96. Para registro dos dados a Unidade utiliza os seguintes sistemas de informação:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) SIAB
- 2) e-SUS/ AB Coleta de Dados Simplificada (CDS)
- 3) e-SUS/ AB Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC)
- 4) Sistema de informação próprio do município
- 5) GIL (Gerenciamento de Informação Local)
- 6) SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação)
- 7) SIS Pré Natal
- 8) SIS HIPERDIA
- 9) Outros sistemas de informação. Quais: _____
- 10) Não alimenta diretamente nenhum sistema de informação

97. Os dados que possuem registro de rotina na Unidade são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Número de consultas médicas
- 2) Número de consultas de enfermagem
- 3) Número de atendimentos odontológicos
- 4) Número de consultas por faixa etária
- 5) Número de grupos realizados
- 6) Número de vacinas realizadas
- 7) Número de coletas de Papanicolaou
- 8) Número de visitas domiciliares
- 9) Número de atendimentos não agendados ou "extras"
- 10) Faltas em atendimentos agendados
- 11) Primeiro atendimento no ano por usuário
- 12) Outros - especifique: _____
- 13) Não realiza registro de nenhuma informação

98. Os dados da produção assistencial (número e características dos atendimentos, atividades e procedimentos) da Unidade são: ***Selecione apenas uma alternativa***

- 1) Utilizados para orientar e planejar as ações da Unidade
- 2) Disponibilizados para os sistemas de informação e utilizados somente pela gestão municipal
- 3) Não são utilizados para planejamento

99. O planejamento local, realizado pela equipe da Unidade, é feito com base em:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Dados assistenciais da própria Unidade

- 2) Dados epidemiológicos da população da área de abrangência da Unidade
- 3) Dados epidemiológicos da população do município
- 4) Levantamentos específicos realizados pela própria Unidade
- 5) Discussões com o conjunto dos profissionais do serviço
- 6) Discussões com a participação dos usuários
- 7) A Unidade não realiza planejamento local

100. A área de abrangência da Unidade é definida:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Administrativamente pelo nível central da Secretaria da Saúde ou outra instância municipal responsável pela saúde
- 2) Por meio de planejamento participativo, considerando a realidade local e facilidade de acesso
- 3) Na prática a equipe define uma área para realizar ações na comunidade
- 4) Sem definição de área de abrangência

101. A Unidade realizou levantamentos sobre a realidade local nos últimos três anos por meio de:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Dados dos programas, como Pré Natal, atenção à criança, a pessoas com doenças crônicas ou outros
- 2) Dados do perfil da demanda dos casos “extras” (ou não agendados)
- 3) Dados do cadastro das famílias
- 4) Estudos na comunidade
- 5) Existem estudos antigos, que não foram atualizados
- 6) Não realizou nenhum tipo de levantamento

102. Nos últimos 3 anos, a Unidade participou das seguintes processos avaliativos:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Avaliação organizada pela gestão municipal
- 2) Avaliação organizada pela própria Unidade
- 3) Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - Questionário AMAQ (Ministério da Saúde)
- 4) Avaliação Externa – PMAQ (Ministério da Saúde)
- 5) Avaliação da Qualidade da Atenção Básica - Questionário QualiAB (SES/SP – FMB/UNESP)
- 6) Avaliações organizadas por outras instituições. Quais: _____
- 7) Não participou de nenhuma avaliação

103. As avaliações realizadas nessa Unidade tiveram como desdobramento principal:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Relatório dos problemas identificados para o nível central da gestão municipal de saúde
- 2) Plano anual de trabalho definido pela gestão municipal
- 3) Planejamento e reorganização da assistência da Unidade com participação do conjunto dos profissionais
- 4) Reorganização das estratégias de gerenciamento local
- 5) Não houve modificações
- 6) Não participou de nenhuma avaliação anterior

IV.2 Características do Processo Gerencial

104. A GERÊNCIA LOCAL da Unidade é exercida por:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Enfermeiro

- 2) Médico
- 3) Dentista
- 4) Assistente Social
- 5) Outro profissional. Qual: _____
- 6) É exercida diretamente pelo Secretário de Saúde do município
- 7) Essa Unidade não tem gerente

105. A carga horária do GERENTE da Unidade é de:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) 40 horas semanais dedicadas exclusivamente a gerência
- 2) 40 horas semanais divididas entre assistência e gerência
- 3) 30 horas semanais dedicadas exclusivamente a gerência
- 4) 30 horas semanais divididas entre assistência e gerência
- 5) 20 horas semanais dedicadas exclusivamente a gerência
- 6) 20 horas semanais divididas entre assistência e gerência
- 7) Outra Qual: _____
- 8) Essa Unidade não tem gerente

106. O relacionamento predominante da Unidade com o NÍVEL CENTRAL (Secretaria/Diretoria/Coordenação Municipal de Saúde) se dá por meio de:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Reuniões agendadas de acordo com o surgimento dos problemas
- 2) Reuniões periódicas e/ou visitas para supervisão técnica programada
- 3) Visita eventual de supervisão
- 4) Comunicações escritas ou por internet
- 5) Não existem mecanismos formais de articulação entre as Unidades locais e o nível central

107. As REUNIÕES DE EQUIPE da Unidade ocorreram, no último ano, com periodicidade:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Semanal
- 2) Quinzenal
- 3) Mensal
- 4) Bimestral ou intervalos maiores
- 5) Não há periodicidade, ocorrem apenas discussões de caso
- 6) Não ocorreram reuniões

108. Os principais ASSUNTOS OU PAUTAS DAS REUNIÕES de equipe, no último ano, foram:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Informes
- 2) Rotinas Administrativas
- 3) Escala de pessoal
- 4) Avaliação e Planejamento das atividades
- 5) Organização do trabalho: avaliação, discussão e implantação das ações
- 6) Atualizações técnicas
- 7) Conflitos interpessoais
- 8) Discussão de casos
- 9) Elaboração de propostas terapêuticas singulares (para casos específicos)
- 10) Elaboração de fluxos e protocolos adaptados à realidade local

- 11) Outros - especifique: _____
 12) Não ocorreram reuniões

109. No último ano, os diferentes profissionais da Unidade participaram das seguintes ESTRATÉGIAS DE FORMAÇÃO:

Selecione um item para cada alternativa

	Não tem o profissional	Educação permanente	Cursos treinamentos presenciais	Cursos online/EAD	Especialização	Congressos	Não fez nenhuma capacitação
Médicos							
Enfermeiros							
Dentistas							
Farmacêuticos							
Auxiliares/ Técnicos de Enfermagem							
Auxiliares/Técnicos de Higiene Dental							
Auxiliares de Farmácia							
Agentes Comunitários							
Profissionais Administrativos							
Outros profissionais Quais:							

110. Os principais temas abordados nas ESTRATÉGIAS DE FORMAÇÃO e/ou educação permanente adotadas no último ano referiram-se às seguintes áreas:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Acolhimento e Atenção à Demanda Espontânea
- 2) Saúde da Mulher
- 3) Saúde da Criança
- 4) Saúde do Homem
- 5) Saúde do Idoso
- 6) Saúde Mental
- 7) DST e aids
- 8) Violência (Doméstica, sexual, outras)
- 9) Uso abusivo de álcool e outras drogas
- 10) Outros Quais: _____
- 11) Não realizou atividades

111. As principais estratégias utilizadas para a PARTICIPAÇÃO POPULAR na gestão da Unidade, no último ano foram:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Ouvidoria como canal de resposta da Unidade para a comunidade
- 2) Promoção de reuniões sobre temas priorizados pela equipe e pela comunidade
- 3) Ampla divulgação do papel do **Conselho Local de Saúde** (mural, jornal, facebook e outros)
- 4) Reuniões periódicas do **Conselho Local de Saúde**
- 5) Cursos de formação sobre o SUS, direitos e responsabilidades dos conselheiros e/ou usuários
- 6) Incentivo à participação nas reuniões do **Conselho Municipal de Saúde**
- 7) Realização de **pré Conferências** à Conferência Municipal de Saúde
- 8) Outros - especifique: _____
- 9) Não tem estratégias de incentivo a participação popular

112. As RECLAMAÇÕES DE USUÁRIOS podem ser encaminhadas por meio de:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Caixa ou livro de sugestões e reclamações
- 2) Linha telefônica municipal específica para reclamações e sugestões
- 3) Site da internet
- 4) Sistema de Ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde
- 5) Diretamente à direção local da Unidade
- 6) Diretamente ao Conselho Local de Saúde (conselho de gestão local)
- 7) Diretamente com o nível central
- 8) Conselho Municipal de Saúde
- 9) Outros - especifique: _____
- 10) Não há canais formais de reclamação

113. Os principais desafios a SUPERAR PARA A MELHORIA DA QUALIDADE da atenção à saúde nessa Unidade são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Inadequação do espaço físico
- 2) Irregularidade no suprimento de medicamentos
- 3) Informatização do registro de dados
- 4) Excesso de demanda
- 5) Não cumprimento do horário médico
- 6) Conflitos com os usuários
- 7) Necessidade de capacitação da equipe
- 8) Necessidade de ampliar o compromisso de alguns membros da equipe
- 9) Fortalecimento do trabalho em equipe
- 10) Falta de articulação/interação com serviços de urgência/emergência
- 11) Falta de referência e contra referência dos serviços especializados
- 12) Falta de recursos humanos
- 13) Remuneração inadequada dos profissionais
- 14) Falta de participação da comunidade
- 15) Implementação de uma política de pessoal por parte da Gestão Municipal

- 16) Oscilação nas diretrizes políticas locais, devido a troca de prefeito ou secretário
17) Outros Quais: _____
18) Não existem obstáculos importantes

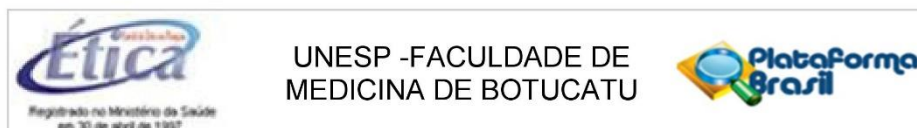
114. Este questionário foi respondido pelo(s) seguinte(s) profissional (is):

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Gerente da Unidade
2) Médicos
3) Enfermeiros
4) Auxiliar ou Técnico de Enfermagem
5) Equipe toda de profissionais
6) Secretário (a) Municipal de Saúde
7) Outros Quais: _____

115. Observações / Sugestões / Críticas:

Anexo 4 – Aprovação do projeto de validação e aplicação do instrumento QualiAB pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), Plataforma Brasil, 2015



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Qualificação da Rede de Cuidados em DST, HIV/aids e Hepatites Virais em Regiões Prioritárias dos Estados de Santa Catarina e São Paulo - QualiRede DST/HIV/HV

Pesquisador: MARIA INES B NEMES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 62080616.5.3002.5411

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Sociedade Beneficente de Senhoras Hospital Sírio-Libanês

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.953.031

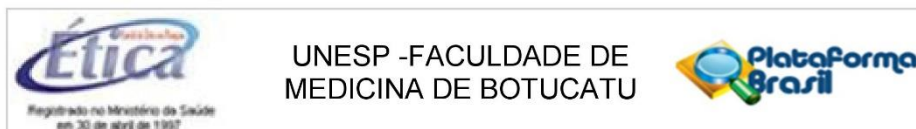
Apresentação do Projeto:

Recentes iniciativas dos vários níveis da federação vêm procurando fomentar estratégias regionais e microrregionais que promovam a articulação e a qualificação dos serviços envolvidos na atenção a cuidados em DST, HIV/aids e Hepatites Virais. No nível federal, o D-DST/AIDS/HV vem incentivando e integrando "forças-tarefa" na forma de governos interfederativos, para apoiar diretamente os estados nos quais a situação epidemiológica é mais problemática, como no Estado de Santa Catarina. O Estado de São Paulo instituiu em 2015, a Rede de Cuidados em DST, HIV/aids e Hepatites Virais e estabeleceu um programa de incentivo estadual para impulsionar e qualificar o processo. O projeto aqui proposto visa contribuir com a difusão de metodologias operacionais capazes de subsidiar o processo de elaboração das estratégias regionais e microrregionais de implementação e qualificação da rede de atenção.

Objetivo da Pesquisa:

Desenvolver um modelo lógico completo do programa de atenção em DST HIV e HV e disseminá-lo por meio de repositório acessível a gestores e profissionais e oficinas de desenvolvimento de planos de ação. Aplicar os instrumentos de avaliação QualiAids e QualiAB-SSR em até 50% dos serviços das regiões

Endereço: Chácara Butignolli, s/n
Bairro: Rubião Junior **CEP:** 18.618-970
UF: SP **Município:** BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1608 **E-mail:** capellup@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 1.953.031

prioritárias. Realizar 10 oficinas nos Estados de SP e SC de desenvolvimento de planos de ação com base no modelo lógico. Envolver nas oficinas até 500 profissionais e ou gestores nos Estados de SP e SC.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: segundo os autores o estudo não oferece risco aos profissionais e pacientes dos serviços. Riscos mínimos, inerentes a pesquisa.

Benefícios: O nível estadual e os pontos especializados da rede de assistência às PVHIV terão seu papel indutor e coordenador da rede regionalizada de prevenção, diagnóstico e tratamento da aids aprimorado; amplificação da capacidade gerencial destes programas fortalecendo as estratégias de constituição das redes de atenção à saúde;

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um projeto onde a FMB é co-participante com a profa. Elen Rose Lodeiro Castanheira que será responsável pela supervisão e apoio ao gerenciamento técnico do projeto, comunicação institucional, análise de dados e auxílio na elaboração de relatórios.

A participação da FMB também ocorrerá em função da aplicação do instrumento QualiAB, sediado na FMB (<http://www.abasica.fmb.unesp.br/>) como parte do campo da pesquisa. Esse sistema de avaliação de serviços de atenção básica, resultado de pesquisa anterior coordenada pela Profa. Ellen tem agora um componente relativo à Saúde Sexual e Reprodutiva cujos dados integram a pesquisa citada acima. Os dados são consolidados e geram relatórios coordenados pela equipe de Botucatu.

A FM USP é o centro coordenador com a pesquisadora Maria Ines Battistella Nemes que coordena o grupo de pesquisa QualiAIDS há 15 anos. Outros participantes:

Escola de enfermagem de Ribeirão Preto

Universidade Regional de Blumenau

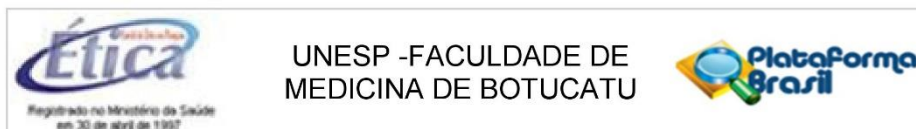
Programa Estadual de DST/HIV/HV DIVE/SES/SC

Instituto de Saúde Coletiva da UFMT

Participação

- Hospital Sírio-Libanês: apoio financeiro e técnico na elaboração do projeto.
- Departamento Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais: apoio institucional e técnico da execução do projeto.

Endereço: Chácara Butignolli, s/n
Bairro: Rubião Junior **CEP:** 18.618-970
UF: SP **Município:** BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1608 **E-mail:** capellup@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 1.953.031

- Departamento de Medicina Preventiva Faculdade de Medicina da USP: coordenação científica do desenvolvimento e execução do projeto.
- Secretarias de Saúde dos Estados de São Paulo e Santa Catarina e Secretarias Municipais das Regiões de Saúde participantes: coordenação institucional e técnica da execução do projeto.
- Gestores, gerentes e profissionais dos serviços de saúde: participação ativa na condução das oficinas de desenvolvimento e organização dos dados necessários para construção dos indicadores locais.

Etapas do trabalho:

1. Desenvolvimento

Atividade 1 – Grupo de trabalho (GT)

Composição do(s) grupo(s) técnico(s) de trabalho

Construção do modelo lógico do programa

Desenvolvimento da metodologia de disseminação

Atividade 2 - Aplicação dos Instrumentos de Avaliação (Qualiaids, QualiAB-SSR) on line, com previsão de 3 meses.

Etapa 2 – Disseminação

Atividade 1 – Devolutiva dos resultados das avaliações (Qualiaids e QualiAB-SSR) (análise e devolutiva aos serviços com duração de 3 meses)

Atividade 2 - Realização de oficinas: com a participação dos funcionários e gestores dos serviços de saúde, de todos os pontos de atenção da rede: AB, serviços especializados, CTA, CAPSad, hospitais, maternidades, com base na metodologia desenvolvida pelo Grupo de Trabalho.

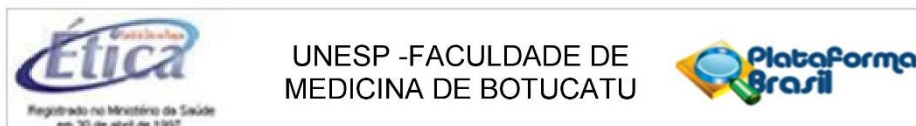
O projeto tem previsão de duração de 24 meses.

Haverá entrega de relatórios a cada 6 meses e Reunião da equipe técnica do projeto para monitoramento dos indicadores a cada 3 meses.

Indicadores:(3)

1. Nº de respostas à avaliação Qualiaids / nº de serviços convidados a responder a avaliação Qualiaids.

Endereço: Chácara Butignolli, s/n
Bairro: Rubião Junior **CEP:** 18.618-970
UF: SP **Município:** BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1608 **E-mail:** capellup@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 1.953.031

2. Nº de respostas à avaliação QualiAB-SSR / nº de serviços convidados a responder a avaliação QualiAB-SSR.

3. Nº total de profissionais envolvidos nas oficinas / nº total de profissionais indicados pelos gestores para participar das oficinas.

Abrangência do projeto

Diretamente: Gestores e profissionais da rede de serviços de saúde envolvidos no cuidado em DST, HIV e HV de regiões de saúde prioritárias dos estados de SP e SC

- Indiretamente Usuários do SUS, populações chave de maior vulnerabilidade a estes agravos dos Estados de SP e SC

Dimensão geográfica

10 Regiões de Saúde nos estados de São Paulo e Santa Catarina, indicadas pelos gestores.

Grupo de trabalho

Será formado pela equipe de pesquisa QualiRede, da FMUSP, pelos técnicos das áreas de prevenção, assistência, Hepatites Virais e vigilância epidemiológica das secretarias de saúde dos estados de São Paulo e Santa Catarina, e por técnicos do DDST Aids e HV - MS. As reuniões contribuirão para construção do modelo lógico do programa e para discutir e elaborar os conteúdos do repositório e dos vídeos, além do modelo pedagógico das oficinas.

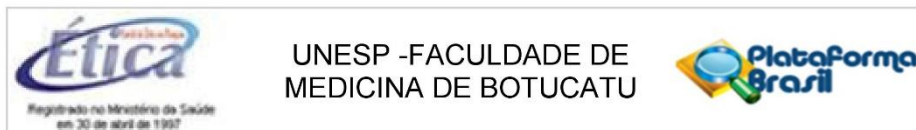
Aplicação da avaliação Qualiaids e QualiAB-SSR

O Questionário Qualiaids tem 82 questões que avaliam indicadores de estrutura e processo dos serviços que prestam assistência a pessoas que vivem com HIV. É respondido online pela equipe técnica do serviço, que após o preenchimento do questionário tem acesso pronto à nota obtida.

O Questionário QualiAB avalia indicadores de estrutura e processo dos serviços da Atenção Básica, e também é respondido online pela equipe técnica. O projeto QualiRede utiliza indicadores de implementação de ações em prevenção e diagnóstico das DST e HIV/Aids (QualiAB-SSR).

Ambos os instrumentos de avaliação (Qualiaids e QualiAB-SSR) ficarão disponíveis online para o preenchimento pelos serviços por 3 meses. Os convites para preenchimento serão feitos pelos

Endereço: Chácara Butignolli, s/n
Bairro: Rubião Junior **CEP:** 18.618-970
UF: SP **Município:** BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1608 **E-mail:** capellup@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 1.953.031

Programas e Secretarias municipais e estaduais.

Repositório

O repositório irá disponibilizar conteúdos para consultas dos profissionais, gestores e pesquisadores, acerca da temática específica das Redes de Cuidado em DST-HIV-HV e do modelo lógico do programa.

Os critérios para seleção das regiões de saúde prioritárias em que serão realizadas as oficinas em São Paulo são: compor a RRAS, viabilidade, altos índices de sífilis congênita, mortalidade e diagnóstico tardio e notificação de HV. Em Santa Catarina os critérios ainda serão definidos pela gestão estadual.

Cronograma

setembro de 2016 a dezembro de 2017

Orçamento financeiro

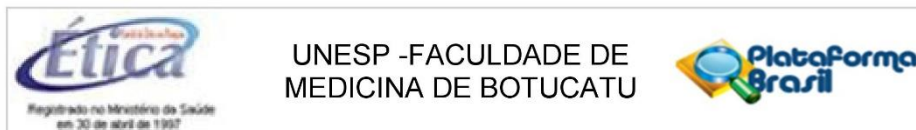
R\$ 946.875,00 - Hospital Sirio Libanes

Projeto apresentado como projeto de interesse do Departamento de DST, HIV/aids e Hepatites Virais da SVS por meio do Programa de Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS) do Hospital Sirio-Libanês, foi aprovado pelo Ministro da Saúde por meio de publicação no Diário Oficial da União em 10 de fevereiro de 2016. PROCESSO/SIPAR N°: 25000.169071/2015-41.

O projeto possui 7 TCLE

1. TCLE para profissionais da saúde que participarão das oficinas (duração de 6 horas, será gravada e com registros fotográficos)
2. TCLE para profissionais de saúde e gestores - grupo focal (duração de 3 horas, será gravada e com registros fotográficos) com o objetivo de avaliar a interface do portal)
3. TCLE para profissionais de saúde e gestores - grupo focal (duração de 3 horas, será gravado, terá registros fotográficos, com o objetivo de avaliar a metodologia utilizada nas oficinas desenvolvidas no projeto piloto da intervenção e a aplicabilidade da metodologia na região de

Endereço: Chácara Butignolli, s/n
Bairro: Rubião Junior **CEP:** 18.618-970
UF: SP **Município:** BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1608 **E-mail:** capellup@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 1.953.031

saúde envolvida no projeto).

4. TCLE para assistentes das oficinas (duração de 6 horas, será gravada, terá registros fotográficos e seu objetivo é desenvolver planos de ação locais para aprimoramento da qualidade e integração dos serviços da rede).

5. TCLE para grupo de profissionais da saúde (duração de 6 horas, será gravada e seu objetivo é desenvolver planos de ação locais para aprimoramento da qualidade e integração dos serviços da rede).

6. TCLE para entrevista com os responsáveis técnicos pelos serviços de saúde (duração de 2 horas, será gravada e seu objetivo é avaliar a metodologia utilizada nas oficinas desenvolvidas no projeto piloto da intervenção e a aplicabilidade da metodologia na região de saúde envolvida no projeto).

7. TCLE para gestores (autorização de acesso as atas das Câmaras Técnicas e as atas das reuniões das Comissões Intergestoras Regionais no período de seis meses após o término do projeto piloto da intervenção).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Trata-se de projeto de co-participação onde a FMB participa com a Profa. Elen Rose Lodeiro com gerenciamento técnico do projeto, comunicação institucional, análise de dados e auxílio na elaboração de relatórios.

Após comunicação interna do CEP, foi enviado "em papeis" pela pesquisadora local:

Termo de autorização do Escritório de Apoio a Pesquisa;

- Termo de anuência de coparticipação, assinado pelo Dirigente da Faculdade de Medicina

- Todos os TCLEs, fazendo constar a participação da Faculdade de Medicina de Botucatu, bem com com os dados de contato do CEP.

Recomendações:

Apresentar Relatório Final de atividades ao final da execução do Projeto de Pesquisa.

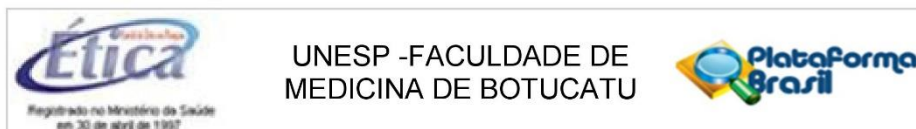
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sugiro aprovação, sem necessidade de envio à CONEP.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto de Pesquisa APROVADO, deliberado em reunião ORDINÁRIA do CEP de 06 de Março de 2.017, sem necessidade de envio à CONEP.

Endereço: Chácara Butignolli, s/n	CEP: 18.618-970
Bairro: Rubião Junior	
UF: SP	Município: BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1608	E-mail: capellup@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 1.953.031

Lembramos que nos próximos estudos dessa natureza "Coparticipação" ao ser aceito pelo pesquisador local, deverá seguir o Fluxo Institucional da Faculdade de Medicina, devendo as Anuências de Coparticipação e do EAP serem enviadas ao Centro Coordenador para postagem antes do envio para análise deste CEP.

Lembramos também, que em se tratando de "Coparticipação", o TCLE deve sempre conter os dados de nossa instituição, bem como a identificação completa do CEP, documento este que também deve ser postado pelo Centro que Coordena a pesquisa.

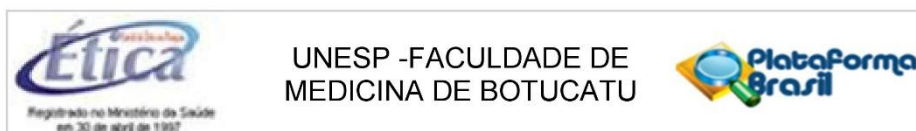
Solicita-se que após a execução do projeto em questão, seja enviado para análise o respectivo "Relatório Final de Atividades", o qual deverá ser enviado via Plataforma Brasil na forma de "NOTIFICAÇÃO".

OBS: LEMBRAMOS QUE A PRESENTE PESQUISA SOMENTE PODERÁ SER INICIADA APÓS DIA 06/03/2017 – DATA DA APROVAÇÃO DO CEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_782478.pdf	16/12/2016 16:12:36		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_oficinas_autorizacao_contato.doc	16/12/2016 16:12:09	MARIA INES B NEMES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_grupofocal_portal.doc	16/12/2016 16:10:40	MARIA INES B NEMES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_grupofocal.doc	16/12/2016 16:10:24	MARIA INES B NEMES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE_Grupo_ASSISTENCIA_OFICINA S.doc	16/12/2016 16:08:10	MARIA INES B NEMES	Aceito

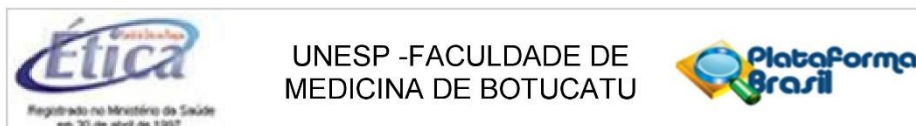
Endereço: Chácara Butignolli, s/n
 Bairro: Rubião Junior CEP: 18.618-970
 UF: SP Município: BOTUCATU
 Telefone: (14)3880-1608 E-mail: capellup@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 1.953.031

Ausência	TCLE_Grupo_ASSISTENCIA_OFICINA S.doc	16/12/2016 16:08:10	MARIA INES B NEMES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Grupo_PROFSSIONAIS.doc	16/12/2016 16:07:19	MARIA INES B NEMES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_entrevistas.doc	16/12/2016 16:04:36	MARIA INES B NEMES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_dados_CIR.doc	16/12/2016 16:02:36	MARIA INES B NEMES	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_782478.pdf	17/11/2016 12:09:56		Aceito
Outros	Cadastro_pesquisa_online.pdf	17/11/2016 12:08:30	Carolina Simone Souza Adania	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_782478.pdf	21/10/2016 13:50:14		Aceito
Outros	Cadastro_da_pesquisa.pdf	21/10/2016 13:49:33	Carolina Simone Souza Adania	Aceito
Outros	ParecerMarialnes.pdf	21/10/2016 13:47:25	Carolina Simone Souza Adania	Aceito
Folha de Rosto	FolhaRostoMarialnes.pdf	21/10/2016 13:44:38	Carolina Simone Souza Adania	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoQualiRede.pdf	07/10/2016 15:30:30	Carolina Simone Souza Adania	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_782478.pdf	29/09/2016 16:07:58		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_usuarios.docx	29/09/2016 16:04:55	Carolina Simone Souza Adania	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_sociedade_civil.doc	29/09/2016 16:04:44	Carolina Simone Souza Adania	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_oficinas_autorizacao_contato.doc	29/09/2016 16:04:30	Carolina Simone Souza Adania	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_OBSERVACAO_SERVICO.docx	29/09/2016 16:04:17	Carolina Simone Souza Adania	Aceito

Endereço: Chácara Butignolli, s/n
Bairro: Rubião Junior **CEP:** 18.618-970
UF: SP **Município:** BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1608 **E-mail:** capellup@fmb.unesp.br



UNESP - FACULDADE DE
MEDICINA DE BOTUCATU

Continuação do Parecer: 1.953.031

Ausência	TCLE_Grupo_ASSISTENCIA_OFICINA S.doc	16/12/2016 16:08:10	MARIA INES B NEMES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Grupo_PROFSSIONAIS.doc	16/12/2016 16:07:19	MARIA INES B NEMES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_entrevistas.doc	16/12/2016 16:04:36	MARIA INES B NEMES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_dados_CIR.doc	16/12/2016 16:02:36	MARIA INES B NEMES	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_782478.pdf	17/11/2016 12:09:56		Aceito
Outros	Cadastro_pesquisa_online.pdf	17/11/2016 12:08:30	Carolina Simone Souza Adania	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_782478.pdf	21/10/2016 13:50:14		Aceito
Outros	Cadastro_da_pesquisa.pdf	21/10/2016 13:49:33	Carolina Simone Souza Adania	Aceito
Outros	ParecerMarialnes.pdf	21/10/2016 13:47:25	Carolina Simone Souza Adania	Aceito
Folha de Rosto	FolhaRostoMarialnes.pdf	21/10/2016 13:44:38	Carolina Simone Souza Adania	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoQualiRede.pdf	07/10/2016 15:30:30	Carolina Simone Souza Adania	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_782478.pdf	29/09/2016 16:07:58		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_usuarios.docx	29/09/2016 16:04:55	Carolina Simone Souza Adania	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_sociedade_civil.doc	29/09/2016 16:04:44	Carolina Simone Souza Adania	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_oficinas_autorizacao_contato.doc	29/09/2016 16:04:30	Carolina Simone Souza Adania	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_OBSERVACAO_SERVICO.docx	29/09/2016 16:04:17	Carolina Simone Souza Adania	Aceito

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1608

E-mail: capellup@fmb.unesp.br

Anexo 5 - Consentimento para utilização dos bancos de dados, QualiAB, 2017

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Botucatu

**AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO BANCO DE DADOS QUALIAB**

Como responsável pelo Questionários Avaliação e monitoramento de serviços de Atenção Básica – QualiAB, autorizo o acesso e utilização do banco de dados gerados pelas aplicações do instrumento na RRAS 12 no ano de 2017, por **Mario Amaral Puglisi**.

Essa autorização fica condicionada à citação das fontes de produção dos dados e à manutenção do sigilo sobre a identificação dos serviços de saúde e municípios participantes.

Profª Drª Elen Rose Lodeiro Castanheira

Departamento de Saúde Pública



Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP

Anexo 6 - Aprovação do projeto de pesquisa pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), Plataforma Brasil, 2018



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: Avaliação da organização da atenção à Hipertensão Arterial e Diabete Mellitus em serviços de atenção primária em uma Rede Regional de Atenção à Saúde			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 368			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: mario amaral puglisi			
6. CPF: 291.164.388-76		7. Endereço (Rua, n.º): Doutor Presciliano Pinto, 2347 Alto Rio Preto SAO JOSE DO RIO PRETO SAO PAULO 15051018	
8. Nacionalidade: BRASILEIRO		9. Telefone: 17992409190	10. Outro Telefone: 11. Email: marioamaralp@hotmail.com
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do paramProjeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao paramProjeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.			
Data: <u>09</u> / <u>11</u> / <u>2018</u>		 Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
12. Nome: Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP		13. CNPJ:	14. Unidade/Orgão: Departamento de Saúde Pública
15. Telefone: (14) 3811-6022		16. Outro Telefone:	
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.			
Responsável: <u>Prof. Titular Pasqual Barretti</u>		CPF: <u>034.430.398-55</u>	
Cargo/Função: <u>Diretor da Faculdade de Medicina</u>			
Data: <u>12</u> / <u>11</u> / <u>2018</u>		 <u>Prof. Titular Pasqual Barretti</u> Diretor	
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			