UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE REGULAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM MUNICÍPIOS DA REGIÃO SUL E NORDESTE DO BRASIL

Marcos Aurélio Matos Lemões

Pelotas, 2011

MARCOS AURÉLIO MATOS LEMÕES

Avaliação das ações de regulação da assistência à saúde em municípios da região sul e nordeste do Brasil

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Práticas de Atenção em Enfermagem e Saúde da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde.

Orientador: Dr. Luiz Augusto Facchini

Pelotas, 2011

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

L555a Lemões, Marcos Aurélio Matos
Avaliação das ações de regulação da assistência à saúde em municípios da região sul e nordeste do Brasil / Marcos Aurélio Matos Lemões. Pelotas, 2011.
162f.; il.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, 2011. "Orientação: Luiz Augusto Facchini."

1. Enfermagem . 2. Planejamento em saúde. 3. Fiscalização em saúde. 4. Atenção primária em saúde. I.Título.

CDD: 610

Catalogação na Fonte: Aline Herbstrith Batista CRB 10/ 1737

Folha de aprovação

Autor: Marcos Aurélio Matos Lemões
Título: Avaliação das ações de regulação da assistência à saúde em municípios da região sul e nordeste do Brasil

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, para obtenção do título de Mestre em Ciências: Área de Concentração Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde.

Aprovado em:

Banca Examinadora

_____
Dr. Luiz Augusto Facchini (Presidente)
Universidade Federal de Pelotas

_____
Drª Liane Beatriz Righi (Titular)
Universidade Federal de Santa Maria

_____
Dr. Raúl Andrés Mendoza-Sassi (Titular)
Universidade Federal do Rio Grande

_____
Drª Vanda Maria da Rosa Jardim
(1ª Suplente)
Universidade Federal de Pelotas

_____
Drª Roxana Isabel Cardozo Gonzales
(2ª Suplente)
Universidade Federal de Pelotas

Agradecimentos

À minha amada família e amigos pela força em todos os momentos, e compreensão quando estive ausente, mergulhado na concepção deste trabalho.

Ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem – UFPel pela oportunidade de desenvolver o tema de Gestão em saúde, qualificando o conhecimento sobre o acesso aos serviços de saúde e em áreas estratégicas para o desenvolvimento do SUS.

Áo Dr. Luiz Augusto Facchini pelo apoio, amizade e orientação com rigor e sabedoria, e agradeço ter aceitado o desafio de estudar esta temática.

À Drª Elaine Thumé pela colaboração em vários momentos do trabalho e preciosas dicas no artigo.

À Doutoranda em Epidemiologia, Enfª Alitéia Santiago Dilélio pela incasável colaboração em todas as etapas do projeto, cumplicidade e força nos momentos decisivos e importantes.

Às Professoras do PPGE em especial à Drª Luciane Prado Kantorski, Drª Rita Heck e Drª Maira Buss Thofehrn pela calorosa recepção no programa e dedicação a todos os estudantes.

Aos amigos da 2ª turma de Mestrado em Enfermagem- UFPel, e equipe de pesquisadores do Departamento de Medicina Social- UFPel pelo aprendizado, troca de experiências e temas inovadores nas pesquisas em saúde.

Aos companheiros dos Projetos VERSUS-Brasil e VEPOP Extremo Sul, do Ministério da Saúde, onde me despertei para estudar sobre o Sistema Único de saúde, em especial o acesso de seus usuários.

Aos Secretários do PPGE, Vinicius Boldt pelo apoio e colaboração na formatação dos projetos e Olga Medeiros do Departamento de Medicina Social, que auxiliam todos estudantes em sua jornada.

“A disponibilidade geral dos serviços só pode ser efetuada por uma organização nova e abrangente, capaz de distribuir os serviços de acordo com as necessidades da comunidade”. (RELATÓRIO DAWSON, 1920).

Resumo

LEMÕES, Marcos Aurélio Matos. **Avaliação das ações de regulação da assistência à saúde em municípios da região sul e nordeste do Brasil**. 2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

Na pesquisa das ações de regulação assistencial, realizou-se uma avaliação institucional no âmbito da gestão municipal e dos serviços de atenção básica à saúde, realizadas nos municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. Trata-se de um estudo transversal de base na gestão de serviço de saúde. O estudo foi constituído de um conjunto de questões que abrangeram os gestores municipais, trabalhadores e estrutura das Unidades Básicas de Saúde, além de dados de fonte documental, em municípios com mais de 100 mil habitantes do Estudo de Linha de Base – PROESF. Os resultados deste estudo serão apresentados em três eixos: Portas de entrada no SUS, infraestrutura de apoio para regulação assistencial e acesso regulado aos serviços de média e alta complexidade. A informação sobre portas de entrada do SUS foi fornecida por 27 secretários municipais de saúde (Sul= 13; Nordeste= 14), a totalidade identificou os serviços de atenção primária à saúde como portas de entrada no SUS, mas simultaneamente referiram que outros serviços da rede, como ambulatórios distritais de saúde. Os dados de Infraestrutura de Apoio para Regulação Assistencial na Implantação de centrais de leito, consultas especializadas, exames e serviço de urgência e emergência apontaram, dificuldades como falta de profissionais capacitados e estrutura física adequada que inclui a informatização das UBS e utilização de computadores nas atividades. O acesso regulado aos serviços de Média e Alta complexidade foi investigado sobre o Acesso a consultas e internações através de centrais de regulação, a região Nordeste apresentou melhores resultados que a região Sul. Articulação da Atenção Primária à Saúde com serviços de maior complexidade, na região Sul, 54% dos gestores confirmaram a existência de articulação e a proporção foi de 79% na região Nordeste. O agendamento para os serviços de maior complexidade foi apontado por 31 gestores (Sul=15; Nordeste=16) e 100% dos gestores no Sul e 94% no Nordeste referiram utilizá-lo. O tempo médio de espera para atendimento médico especializado variou de nove a 127 dias na região Sul e, na região Nordeste, de 11 a 42 dias. Na região Sul, o tempo médio de espera para recursos de média e alta complexidade variou de dez a 122 dias e, na região Nordeste de sete a 67 dias.

Sobre a satisfação com acesso direto a exames e recursos diagnósticos em ambas regiões, a insatisfação foi para os exames de colposcopia, ultrassonografia obstétrica, eletrocardiograma e RX de contraste. O estudo destaca que as ações de regulação utilizadas pelos municípios são incipientes e desconsideram as necessidades dos usuários na utilização dos serviços e por decorrência ao sistema público brasileiro.

Palavras-Chave: Regulação e fiscalização em saúde, Serviços de Saúde, Atenção Primária à saúde.

Abstract

In search of the regulatory actions of care, there was an institutional assessment in the management of municipal services and basic health care, held in cities in South and Northeast of Brazil. This is a cross-sectional study in the management of the health service. The study consisted of a set of questions covering the municipal managers, workers and structure of the Basic Health Units, and data from source documents, in municipalities with more than 100 000 inhabitants of the Baseline Study - PROESF. The results of this study will be presented on three axes: Ports of entry into the SUS infrastructure to support regulation of care and access to regulated services and tertiary care. Information on entrance doors of the SUS was provided by 27 municipal health secretaries (South = 13 East = 14), all identified services of primary health care as a ports of entry in SUS, but both said that other departments network, such as district health clinics. Data Infrastructure Support Adjustment Assistance for the Implementation of the central bed, specialized consultations, examinations and emergency department and emergency pointed out, difficulties such as lack of trained professionals and adequate physical structure that includes the computerization of UBS and use of computers in the activities . The regulated access to the services of medium and high complexity was investigated on Access to consultations and hospitalizations through regulation centers, the Northeast region showed better results than the South's Joint Primary Health Care with more complex services in the region South, 54% of managers have confirmed the existence of linkage and the proportion was 79% in the Northeast. The schedule for the services of greater complexity was mentioned by 31 managers (South = 15; Northeast = 16) and 100% of managers in the South in the Northeast and 94% reported using it. The average waiting time for specialized medical care ranged from nine to 127 days in the South and in the Northeast, from 11 to 42 days. In the South, the average waiting time for resources and tertiary care ranged from ten to 122 days and, in the northeastern region of seven to 67 days. About satisfaction with direct access to diagnostic tests and resources in both regions, the dissatisfaction was for the examinations of colposcopy, obstetrical ultrasound, electrocardiogram and X-ray of contrast. The study highlights that the regulatory actions used by municipalities are incipient and disregard the needs of users in the use of services and consequently, the Brazilian public system.

Keywords: Health Regulation and Fiscalization, Health Services, Primary Health Care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Estados incluídos no ELB-PROESF-UFPel. Pelotas, 2005. p. 19

Figura 2. Trajeto por municípios dos Estados do RS e SC. ELB-PROESF-UFPel. Pelotas, 2005. p. 28

Figura 3. Trajeto por municípios dos Estados do AL, PB, PE, PI e RN. ELB-PROESF-UFPel. Pelotas, 2005. p. 29

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Distribuição da amostra por região, estado e município. ELB-PROESF-UFPel. Pelotas, 2005. p. 19

Quadro 2. Variáveis Relativas à entrada no Sistema Único de Saúde e a atividades de Referenciamento. ELB-PROESF-UFPel. Pelotas, 2005. p. 25

Quadro 3. Variáveis Relativas às Atividades de Regulação do Acesso. ELB-PROESF-UFPel. Pelotas, 2005. p. 26

Quadro 4. Variáveis de estratificação. ELB-PROESF-UFPel. Pelotas, 2005. p. 27

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO **18**

2 OBJETIVOS **21**

2. 1 OBJETIVOS GERAL 21
2. 2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 21

3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA **22**

3.1 ESTRATÉGIAS DE BUSCA BIBLIOGRÁFICA 22

4 REFERENCIAL TEÓRICO **23**

5 METODOLOGIA **29**

5.1 DELINEAMENTO 29
5.2 AMOSTRA ESTUDADA 30
5.3 FONTES DE INFORMAÇÃO 32
5.3.1 Primária *32*
5.3.2 Secundária *33*
5.4 VARIÁVEIS EM ESTUDO 33
5.4.1 Variáveis relativas à regulação *33*
5.5 COLETA DE DADOS E LOGÍSTICA 38
5.6 INSTRUMENTOS 39
5.6.1 Teste de instrumentos *40*
5.7 PROCESSAMENTO DE DADOS 40
5.8 ANÁLISE DOS DADOS 40
5.9 ASPECTOS ÉTICOS 41

6 CRONOGRAMA **42**

7 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS **43**

8 FINANCIAMENTO **44**

REFERÊNCIAS **45**

Relatório do Trabalho de Campo **51**
Artigo **55**
Apêndice **83**
Anexos **89**

Projeto de Pesquisa

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Atenção Primária em Saúde	APS
Agente Comunitário de Saúde	ACS
Agência Nacional de Saúde Suplementar	ANS
Agência Nacional de Vigilância Sanitária	ANVISA
Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade	APAC
Escola Nacional de Saúde Pública	ESNP
Estudo de Linha de Base	ELB
Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social	INAMPS
Ministério da Saúde	MS
Norma Operacional Básica	NOB
Norma Operacional de Assistência à Saúde	NOAS
Organização Pan-Americana da Saúde	OPAS
Programa de Agentes Comunitários de Saúde	PACS
Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família	PROESF
Programa de Saúde da Família	PSF
Programação Pactuada Integrada	PPI
Planos Diretores de Regionalização	PDR
Secretaria Municipal de Saúde	SMS
Sistema de Informação Ambulatorial	SIA
Sistema de Informação Hospitalar	SIH
Sistema Nacional de Auditoria	SNA
Sistema Único de Saúde	SUS
Territórios integrados de Atenção à Saúde	TEIAS
Unidade Básica de Saúde	UBS
Universidade Federal de Pelotas	UFPel

DEFINIÇÃO DE TERMOS

Atenção Primária em Saúde - caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem as ações de promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior freqüência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006d).

Regulação na saúde: Estabelecimento de regras para as relações do setor público com o setor privado no âmbito do sistema de saúde e para relações intergestores, nos âmbitos federal, estadual e municipal. É possível caracterizar didaticamente em macrorregulação e microrregulação. A primeira está voltada para as questões gerais da política de regulação de um setor de interesse, como por exemplo o setor saúde. A segunda envolve a aplicação das regras gerais de regulação ao cotidiano da operação do sistema, sendo também denominada de regulação assistencial. No SUS a regulação tem como base normativa a NOAS/2002 e mais recentemente o Pacto pela Saúde 2006 (BRASIL, 2006a; MENICUCCI, 2005).

Regulação assistencial ou microrregulação: conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermedeiam a demanda e o acesso dos usuários aos serviços de saúde, definido nas diretrizes do Pacto pela Saúde de 2006 e Programa Mais Saúde- Direito para todos 2008. Também definida como a tradução das regras gerais de regulação que buscam articular as respostas disponíveis do SUS às demandas da população, em função de suas necessidades concretas de saúde. (BRASIL, 2006a;2008; MENICUCCI, 2004).

Regulação do acesso: é um componente da regulação assistencial, que visa o estabelecimento de meios e ações para a garantia do direito constitucional de acesso universal, integral e equânime à saúde (BRASIL, 2006b).

1 Introdução

O sistema de saúde brasileiro objetiva a garantia do acesso universal, a prestação do cuidado efetivo, o eficiente uso dos recursos disponíveis, a qualidade na prestação dos serviços e a capacidade de resposta às necessidades de saúde da população (BRASIL, 2007). O processo de descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS) tem resultado em um fortalecimento crescente da capacidade gestora de estados e municípios, inclusive no âmbito da regulação do acesso (BRASIL, 2006a).

O processo regulatório significa atuar positivamente sobre o acesso dos cidadãos aos serviços, coordenando a oferta, subsidiando o controle sobre os prestadores de serviços, seja para ampliar ou remanejar a oferta programada (BRASIL, 2011). A discussão e pactuação entre as três esferas de gestão busca criar um conjunto de normas, fluxos, instrumentos gerenciais e operacionais, que promovam a capacidade de resposta do sistema, com vistas a facilitar uma utilização de serviços adequada e equânime dos usuários do SUS.

Apesar da expansão da rede de serviços próprios, especialmente na atenção primária à saúde (APS), a oferta de serviços de média e alta complexidade no SUS ainda é dependente em um percentual importante da compra de serviços privados, particularmente, com o objetivo de suprir as necessidades de saúde locais (BRASIL, 2006a). Além disso, o sistema de saúde brasileiro assume uma duplicidade entre o SUS e o sistema de saúde suplementar que reúne os planos de saúde, além do consumo de serviços mediante desembolso direto do usuário (ANS, 2009).

A segmentação dos sistemas de saúde, provocada pela coexistência de sistemas público e privado, duplica ações de saúde, muitas vezes ofertadas por um mesmo prestador, como por exemplo, um hospital filantrópico, ou um centro de diagnóstico. Como conseqüência resulta em problemas de equidade e ineficiência de provisões de serviços com diferenciação de clientelas, através da chamada dupla porta de entrada. Esta segmentação, ou duplicidade de sistemas, produz a

superposição de funções, desarticulando a rede assistencial sem garantias de equidade no acesso aos níveis de maior complexidade e na continuidade do cuidado (CONILL, 2007).

Um dos desafios ainda não enfrentados no país é a regulação das relações entre o sistema de saúde suplementar e o SUS, identificando o modo como as operadoras de planos de saúde se organizam para a oferta dos serviços de saúde, os gargalos assistenciais, a garantia da assistência com qualidade aos seus usuários e o ressarcimento do sistema público por serviços prestados aos usuários dos planos de saúde (MALTA,2004).

Em um sistema efetivo de regulação, as demandas de internações hospitalares, consultas especializadas e exames complementares devem estar vinculados APS, definida como porta de entrada a serviços de diferentes níveis de complexidade (MENICUCCI, 2004).

Na União Européia (UE), nos países com sistemas de saúde públicos e universais, como por exemplo, Reino Unido, Dinamarca, Portugal, Espanha e Itália, a organização da atenção ambulatorial, a regulação e o fluxo dos usuários a outros níveis de atenção ocorrem através de médicos generalistas vinculados a serviços da APS, com a função de “gatekeeper”, ou seja, porta de entrada obrigatória para acesso aos serviços dos demais níveis de complexidade (GIOVANELLA, 2006).

No Brasil, a segmentação dos sistemas de saúde impõe desafios importantes para a implementação de uma Atenção Primária em Saúde como estratégia de reorganização do sistema de saúde (CONNIL, 2007). Para ser considerada porta de entrada no sistema e desenvolver vínculos com os usuários, a APS deve garantir a continuidade assistencial que aparece como uma dimensão da qualidade. As ações de gestão da continuidade e a determinação de como os serviços estão coordenados e integrados influenciam a efetividade dos desenhos de rede assistencial e a percepção dos usuários sobre os sistemas de saúde.

Alguns preceitos estabelecidos pela Norma Operacional Básica (NOAS)/2002 e aprimorados no Pacto de Gestão ganharam força na estruturação dos sistemas de regulação da saúde. A responsabilização pactuada da gestão pública da saúde delimitada por níveis de competência e complexidade da rede de serviços levou ao estabelecimento de fluxos de referência e contra-referência, segundo os Planos Diretores de Regionalização (PDR) (BRASIL, 2006c).

A Política Nacional de Regulação é o elemento ordenador e orientador dos fluxos assistenciais, sendo responsável pelo mecanismo de relação entre a gestão e os vários serviços ofertados na rede de saúde. Na prática, a ação regulatória é definida como o processo de operacionalização, monitoramento e avaliação da solicitação de procedimentos, realizada por um profissional de saúde, sendo observadas, além das questões clínicas, o cumprimento de protocolos estabelecidos para disponibilizar a alternativa assistencial mais adequada a cada caso (BRASIL, 2006a).

A regulação assistencial, como uma das funções de fortalecimento da capacidade de gestão, institui ao poder público o desenvolvimento de sua capacidade sistemática em responder às demandas de saúde em seus diversos níveis e etapas do processo de assistência, de forma a integrá-la às necessidades sociais e coletivas (BRASIL, 2007).

No Brasil, a regulação assistencial é um tema novo e ainda pouco estudado, especialmente através de avaliações abrangentes e articuladas à Atenção Primária em Saúde. É escasso o conhecimento sobre as ferramentas de gestão como a regulação, auditoria, monitoramento e avaliação, que oportunizam suporte técnico na estruturação de um sistema de saúde que visa a equidade e integralidade no acesso ordenado a todos os serviços de saúde.

Neste contexto, justifica-se a avaliação das ações de regulação, particularmente vinculadas a Atenção Primária em Saúde, em um estudo realizado nas regiões Sul e Nordeste do Brasil, em municípios com mais de 100 mil habitantes.

2 Objetivos

2. 1 Objetivos Geral

Avaliar as ações de regulação da assistência em municípios com mais de 100 mil habitantes das regiões Sul e Nordeste do Brasil, identificando estruturas, processos e resultados envolvidos na garantia de acesso integral e eqüitativo aos serviços especializados em articulação com a atenção primária em saúde.

2. 2 Objetivos Específicos

Descrever a organização, disponibilidade de serviços e avaliar as ações de regulação da assistência nos municípios integrantes do ELB-PROESF-UFPel (FACCHINI et al, 2006b), com ênfase nos seguintes aspectos:

- Acesso a atenção primária à saúde e encaminhamento dos usuários para os serviços de saúde de maior complexidade;
- Acesso a serviço especializado, de urgência e emergência, de apoio diagnóstico e terapêutico e hospitalar;
- Acesso direto da rede básica à retaguarda para pronto-atendimento e internação hospitalar
- Tempo de espera do usuário para acesso a recursos diagnósticos e terapêuticos e a atendimento especializado em serviços de saúde
- Implantação das centrais de regulação, de leitos, consultas especializadas, exames, SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)
- Facilidades e dificuldades dos setores de Controle, Avaliação, Auditoria e Regulação, para o funcionamento do sistema de saúde nos municípios
- Informatização das UBS- computadores, internet, e o uso de computadores por profissionais.

3. Revisão Bibliográfica

O objetivo da revisão de literatura foi encontrar trabalhos científicos sobre regulação assistencial em saúde. Um conjunto de publicações sobre a temática foi identificado em bases de dados internacionais e nacionais.

3.1 Estratégias de busca bibliográfica

As buscas foram realizadas nas bases de dados referenciais PubMed/Medline, Web of Science, Lilacs e portal de revistas on-line SciElo. Para localizar estudos relevantes nas bases de dados bibliográficas utilizou-se o recurso limite: período de 10 anos (1999-2009), idiomas espanhol, inglês e português, e os descritores Gestão em saúde, Regulação e fiscalização em saúde e Regulação governamental. Health Management, Health Care Regulation, Health Care Delivery Regulation.

Nesta etapa foram recuperados 432 resumos que foram lidos e avaliados. Os critérios utilizados para a exclusão de artigos foram: não estar relacionado com a Gestão de sistema de saúde e não apresentarem relevância com o tema regulação assistencial no SUS.

No final, restaram 30 publicações que foram classificadas de acordo com a temática: documentos de gestão pública em saúde (n=12), artigos de teoria da regulação (n=2), artigos de regulação em saúde e políticas públicas em saúde (n=16). Foram também incluídos artigos citados nas bibliografias consultadas e documentos obtidos com autores e pesquisadores em âmbito nacional (Apêndice A).

4 Referencial Teórico

Processo Histórico de controle, avaliação, auditoria e regulação no SUS

As regras de regulação foram introduzidas nas áreas econômicas e sociais a partir do século XIX, acompanhadas pelo desenvolvimento de agências para monitoramento e coerção e a criação de instituições de proteção social e regulação econômica. O controle regulatório expandiu-se no século XX para novas áreas, dentre estas a área da saúde. Depois da Segunda Guerra, novos modelos de agências regulatórias começaram a se desenvolver tanto para regulação econômica quanto para regulação social (MENICUCCI, 2005).

No Brasil, na regulamentação do Sistema Único de Saúde o controle, a avaliação, a auditoria e a regulação são consideradas de relevância pública para as ações e serviços de saúde como apresentado no art. 197 da Constituição de 1988, cabendo ao sistema público sua regulamentação, fiscalização e controle (BRASIL, 1988).

As Normas Operacionais Básicas (NOB) e as Normas Assistenciais a Saúde (NOAS) constituem novos critérios para descentralização, repasse financeiro e reorganização dos modelos de gestão do SUS, com adesão de entidades representativas de secretários de saúde estaduais e municipais.

A NOB de 1991 estabeleceu o repasse de recursos do orçamento do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) aos estados e municípios para cobrir os custos da atenção hospitalar e ambulatorial, via convênios e pagamentos por produção, e definiu critérios de acompanhamento, controle e avaliação das ações realizadas com este financiamento (BRASIL, 1991, 1992; OPAS, 2006).

A avaliação deveria averiguar a eficiência, a eficácia e a efetividade dos serviços, e verificar se as metas foram cumpridas e os resultados alcançados. A União analisaria e corrigiria o desenvolvimento do controle e avaliação assistencial

no sistema de saúde nacional por meio da cooperação técnica aos estados e municípios (OPAS, 2006; BRASIL, 1992).

A NOB 92 delineou competências, nas quais os municípios responderiam pelo controle e avaliação sobre os serviços assistenciais. Aos estados foi delegado controlar serviços periodicamente e dar apoio aos municípios (BRASIL, 1992).

A NOB 93 manteve o formato da remuneração por produção de serviços apresentados, estabeleceu a transferência fundo a fundo para os municípios habilitados na Gestão Semiplena.

Para a adesão as condições de Gestão Parcial e Semiplena, os estados e municípios tinham que comprovar a constituição de serviços de controle, avaliação e auditoria, com médicos designados para a Autorização da Internação Hospitalar (AIH) e de procedimentos ambulatoriais de alto custo; competência técnica de operar o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), o Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e a central de controle de leitos (BRASIL, 1992, 1993).

Em 1993, com a extinção do INAMPS foi criado o Sistema Nacional de Auditoria (SNA). As atribuições principais deste órgão eram o controle da execução segundo padrões estabelecidos; a avaliação de estrutura, processos e resultados; e a auditoria da regularidade dos serviços mediante o exame analítico e pericial (BRASIL, 1992).

O SNA deveria realizar o controle da aplicação dos recursos transferidos; o controle dos sistemas e do funcionamento dos órgãos de controle, avaliação e auditoria (União sobre estados e municípios, estados sobre municípios); além do controle das ações e serviços de saúde sob gestão ou de abrangência de cada esfera. Nos estados e municípios, ao SNA caberia também o controle dos consórcios intermunicipais (BRASIL, 1996).

A Gestão Avançada e Plena do Sistema a nível estadual e a Gestão Plena da Atenção Básica e a Plena do Sistema Municipal para os municípios foi operacionalizada com a NOB 96. O financiamento da saúde foi estabelecido através do Piso da Atenção Básica. A remuneração da assistência ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade era fundo a fundo aos estados e municípios em Gestão Plena do Sistema, e, para os demais, manteve-se a remuneração por serviços produzidos, do gestor federal aos prestadores nos demais níveis (BRASIL, 2006). Após esta etapa, foram criados os incentivos ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), ao Programa de Saúde da Família, ao Programa de

Carências Nutricionais, à Assistência Farmacêutica Básica e Ações Básicas de Vigilância Sanitária (BRASIL, 2006).

Para as Gestões Plenas do Sistema, municipal e estadual também era exigido a estruturação do respectivo componente do SNA, a administração da oferta de procedimentos ambulatoriais e hospitalares de alta complexidade/alto custo (foi criada a Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade – (APAC), a operacionalização de centrais de controle de procedimentos ambulatoriais e hospitalares e a viabilização da referência intermunicipal (BRASIL, 1996).

Por meio de Medida Provisória (nº 1.791), em 1998, foi definido o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e criada a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). A base deste sistema consistiria em um conjunto de instituições da Administração Pública direta e indireta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, que exerçam atividades de regulação, normatização, controle e fiscalização na área de vigilância sanitária (BRASIL, 1999).

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) foi criada em 2000, vinculada ao Ministério da Saúde, de atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde (BRASIL, 2000).

Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS 01/2001) estabelece a regionalização, e tem sido a diretriz da organização dos serviços, a partir do Plano Diretor de Regionalização (PDR), instrumento utilizado pelos gestores para o planejamento e organização da rede de serviços de saúde no âmbito estadual, permitindo o acesso a todos os níveis de complexidade, coordenando o fluxo de usuários e, se comprometendo com a integralidade da atenção à saúde (MENICUCCI, 2005).

A aproximação histórica dos conceitos, às práticas e às finalidades do “controle, avaliação, auditoria e regulação” no SUS; a análise da NOAS nº 01/2002 e das portarias SAS nº 423 e nº 729 de 2002, podem ser tomadas como o ápice de formulação de uma Política de Regulação da Assistência à Saúde de média e de alta complexidade (BRASIL, 2006a).

Na configuração do setor saúde regulado pelas estratégias de mercado, observa-se que reduziu a capacidade do sistema de prover atenção integral e obter eficiência no emprego de recursos (BRASIL, 2009).

A proposta do TEIAS -Territórios Integrados de Atenção à saúde (2009) traz a tona a necessidade de redefinir o papel do Estado como articulador e coordenador das funções maiores dos sistemas de saúde em âmbito nacional e loco - regional.

A contribuição de órgãos de cooperação técnica em saúde como a Organização Pan Americana de saúde, (OPAS) Escola Nacional de Saúde Pública (ESNP), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) têm atribuído recentemente forte destaque à formação de redes de atenção em saúde, e enfatizam a coordenação e articulação através da Atenção Primária, transformando-a em porta preferencial para os usuários do sistema.

Regulação em saúde

A expansão das políticas sociais e dos sistemas de saúde na primeira metade do século XX visava garantir os serviços de saúde integrais, a exemplo a criação do *National Health Service* (NHS), no Reino Unido (CONILL, 2004).

Nas décadas de 80 e 90 desenvolveu-se a idéia de que muitos problemas da provisão de serviços públicos poderiam ser mais bem enfrentados pela regulação do que pela ação governamental direta, considerando a regulação de atividades privadas menos intervencionistas (auto-regulação, regras de tributação) do que a propriedade pública, criando novas agências reguladoras para inspecionar os serviços privatizados (MENICUCCI, 2005).

A regulação tem recebido crescente atenção no setor saúde, envolvendo particularmente as relações conflitantes entre os serviços públicos e privados, a contenção de custos, as fontes de financiamento e o controle dos mercados e dos prestadores profissionais, ficando a cargo do Estado a capacidade regulatória para proteger o interesse geral sem menosprezar a participação dos atores coletivos na tomada de decisão (ALMEIDA, 1999).

A regulação no setor saúde tem como objeto geral a produção de bens e serviços de saúde, e tem como principais objetos específicos: a produção, venda, incorporação e uso de insumos, medicamentos, equipamentos e de outras tecnologias em saúde; a qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano; estabelecimentos de saúde, envolvendo exigências de edificação, equipamentos, profissionais, habilitação na prestação de serviços de alta de complexidade, as relações contratuais entre gestores e prestadores; a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde como consultas, exames, terapias,

internações, vigilâncias;a oferta e demanda por serviços, os protocolos assistenciais; os fluxos de atendimento; padrões de qualidade, custos e gastos em saúde (BRASIL, 2005).

Estudo realizado pela Fundação João Pinheiro, instituição pública vinculada à Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão no estado de Minas Gerais-MG pesquisou em contextos internacionais a regulação na área da saúde (Canadá, Inglaterra, Alemanha e Suécia), identificando que, apesar de possuírem diferentes formas de organização política e de sistemas de saúde, estes países apresentaram em comum a regulação em saúde, definida como regras impositivas a partir de objetivos sociais que visam encorajar determinadas atividades, a forma de alocação de recursos e a administração de conflitos. Ainda aponta o papel ativo do Estado no planejamento das ações a fim de promover a equidade no acesso e a eficiência do sistema (MAGALHÃES Jr., 2006). Pode-se observar que o estudo destaca uma tendência a descentralização e a crescente importância aos cuidados integrados na atenção primária (MENICUCCI, 2005).

Recentemente se observa um movimento de redefinição e articulação da Atenção Primária em Saúde apoiada pela Organização Mundial de Saúde (OMS,2008) reforçando seu papel na organização e coordenação do sistema de saúde. Constata-se que sistemas que se organizam neste formato, têm produzido resultados significativos e são apontados como mais eficazes, tanto em termos de organização interna (alocação de recursos, coordenação clínica, quanto em sua capacidade de fazer face aos atuais desafios do cenário sócio-econômico, demográfico, epidemiológico e sanitário (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2009).

Regulação Assistencial no SUS

O processo de aprimoramento e de definição de instrumentos para a gestão do SUS, a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2001) pode ser considerada um marco a orientar as ações atuais, particularmente na questão da definição do sistema de regulação do Sistema Único de Saúde (MENICUCCI, 2005, BRASIL, 2001).

A NOAS/SUS 01/2002 disseminou o conceito de regulação como sinônimo de regulação assistencial, vinculada à oferta de serviços, à disponibilidade de recursos financeiros e à Programação Pactuada Integrada (PPI), este conceito restrito de regulação remete ao controle do acesso e a adequação à oferta (BRASIL, 2007).

A regulação assistencial estabelecida na NOAS define que esta deva estar voltada para a disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma a adequar, à complexidade de seu problema, os níveis tecnológicos exigidos para uma resposta humana, oportuna, ordenada, de forma equânime e qualificada (BRASIL, 2005, 2006b).

Neste sentido, esta estratégia de regulação almeja ampliação das responsabilidades dos municípios na garantia de acesso aos serviços de atenção primária em saúde, com base nas necessidades de saúde da população e não apenas na oferta de serviços de assistência à saúde (TEIAS, 2009). A regionalização e a organização funcional do sistema devem considerar estes os elementos centrais para o avanço do processo de implantação do sistema de saúde nacional (MENICUCCI, 2005; BRASIL, 2006b).

5 Metodologia

5.1 Delineamento

Esta pesquisa é um sub-estudo do Projeto Integrado de Capacitação e Pesquisa em Avaliação da Atenção Básica à Saúde, sob responsabilidade do Departamento de Medicina Social, do Departamento de Enfermagem e do Centro de Pesquisas Epidemiológicas da Universidade Federal de Pelotas (UFPel). O projeto integrou o componente 3 referente ao monitoramento e avaliação do Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF) do Ministério da Saúde (MS) (FACCHINI et al., 2006, 2008).

Todos os municípios estudados receberam apoio à Conversão do Modelo de Atenção Básica à Saúde, buscando estruturar a Estratégia Saúde da Família (ESF) como porta de entrada do Sistema Único de Saúde e viabilizar a rede de serviços de suporte de outros níveis de complexidade, para assegurar assistência integral aos usuários (MS, 2004c). Informações mais detalhadas do projeto podem ser obtidas no relatório final (FACCHINI et al., 2006) na página da internet, http://www.epidemioufpel.org.br/proesf/index.htm.

O delineamento do projeto que ancora a presente pesquisa é um inquérito epidemiológico transversal de base de serviço de saúde. Corresponde ao primeiro tempo de uma avaliação prospectiva sobre a APS e o PSF, e uma análise da intervenção do PROESF na reorientação do modelo de ABS (FACCHINI, 2006).

A avaliação das ações de regulação da assistência à saúde corresponde a uma análise institucional (L'ABBATE, 2003), que aborda a realidade social de uma instituição, a partir de suas práticas e dos enunciados de seus atores sociais, contextualizando as implicações entre seus comandos e suas demandas. Nesta abordagem serão exploradas as diferentes ações de gestão do SUS e da APS relativas à regulação assistencial, contextualizando diferentes regiões geopolíticas, porte populacional dos municípios e região metropolitana, que expressam contrastes

sociais, econômicos, demográficos e de infraestrutura na constituição do SUS e da ABS. (FACCHINI et al., 2006b).

5.2 Amostra estudada

O universo do estudo é constituído por 41 municípios com mais de 100.000 habitantes das Regiões Sul e Nordeste do Brasil, incluídos no ELB-PROESF-UFPel. Do total de municípios, 17 estão localizados no Rio Grande do Sul, quatro em Santa Catarina, dois em Alagoas, três na Paraíba, dez em Pernambuco, dois no Piauí e três no Rio Grande do Norte, conforme Quadro 1. Os municípios incluídos no estudo constituem o Lote 2 Sul e Lote 2 Nordeste do termo de referência do Ministério da Saúde (Figura 1) (BRASIL, 2004).

Figura 1: Estados incluídos no ELB-PROESF-UFPel. Pelotas, 2005.

Quadro 1. Distribuição da amostra por região, estado e município. Pelotas, 2005.

Lote	Estado	Municípios
Sul	Rio Grande do Sul	Pelotas
		Rio Grande
		Santa Maria
		Bagé
		Gravataí
		Porto Alegre
		Cachoeirinha
		Canoas
		Alvorada
		Uruguaiana
		Viamão
		Santa Cruz
		Sapucaia
		São Leopoldo
		Novo Hamburgo
		Passo Fundo
	Santa Catarina	Florianópolis
		Criciúma
		Chapecó
		Lages

Continua...

Lote	Estado	Municípios
Nordeste	Pernambuco	Recife
		Jaboatão dos Guararapes
		Camaragibe
		Cabo de Santo Agostinho
		Olinda
		Vitória de Santo Antão
		Paulista
		Garanhuns
		Campina Grande
		João Pessoa
		Santa Rita
		Caruaru
		Petrolina
	Alagoas	Maceió
		Arapiraca
	Rio Grande do Norte	Natal
		Mossoró
		Parnamirin
	Piauí	Teresina
		Parnaíba

5.3 Fontes de Informação

5.3.1 Primária

As informações referentes ao Gestor Municipal de saúde foram coletadas através de questionário auto-aplicado destinado a registrar dados demográficos, de formação profissional e experiência na gestão, além de caracterizar os aspectos político, institucionais da rede de saúde no município. As informações referentes a estrutura da UBS foi um questionário auto-aplicado, que poderia ser preenchido coletivamente em uma reunião de equipe, ou por um responsável pela UBS, com o apoio de informantes-chave nos diversos setores, neste inquérito foi registrado a disponibilidade arquitetônica, sua adequação a portadores de necessidades especiais em cada unidade, informações referentes a equipamentos, instrumentos, disponibilidade de medicamentos e vacinas, acesso a exames, articulação da

unidade para referenciar seus usuários a outros serviços e dados sobre a formação da equipe e sua qualificação

5.3.2 Secundária

As informações de fonte documental dos municípios foram referentes ao tipo de centrais para acolher e ordenar as necessidades de saúde dos usuários, percentual de consultas efetivadas por estas centrais, a utilização e alimentação de bases de dados, aquisição e distribuição de medicamentos, tempo médio para espera para consultas em especialidades e recursos diagnósticos e terapêuticos.

5.4 Variáveis em estudo

5.4.1 Variáveis relativas à regulação

As perguntas sobre acesso aos serviços de saúde no questionário foram: 1) **Quais as formas disponibilizadas aos usuários do município como portas de entrada ao Sistema Único de Saúde?** Unidades Básicas de Saúde; Unidades de Equipes de Saúde de Família; Pronto Atendimento; Ambulatórios distritais de especialidades; Ambulatório dos Hospitais; Atendimento de Urgência dos Hospitais Privados; Atendimento de Urgência dos Hospitais Público, (sim e não), verificando as possibilidades de entrada no SUS e qual apresenta maior freqüência nos municípios do estudo (Quadro 2).

- **Quantos turnos de atendimento esta unidade oferece à população?**

Para descrever o acesso a serviço especializado, de urgência e emergência, de apoio diagnóstico e terapêutico e serviços hospitalares, e encaminhamento dos usuários para os serviços de saúde de maior complexidade foram utilizadas as seguintes questões: 1) **Em relação ao(s) encaminhamento(s) de usuários para os serviços de saúde de maior complexidade e/ou de apoio diagnóstico e terapêutico no município:** Há agendamento para esse tipo de demanda? Este agendamento é feito pelas Unidades de Saúde? pelos usuários no setor de interesse? O mesmo pode ser feito pelos usuários através de um serviço telefônico? Ou pode ser feito por qualquer profissional da equipe do PSF? O agendamento é feito através de fila única, constituída conforme a data de registro da demanda? Ou

feito através de protocolos organizados para acolhimento das urgências e/ou organizados para o cuidado da demanda mais prevalente (Quadro 2).

2) Com relação à referência para atenção especializada, a UBS dispõe de consulta médica para: Cardiologia; Dermatologia; Fisioterapia; Ginecologia; Nefrologia; Neurologia; Oftalmologia; Ortopedia; Otorrinolaringologia; Pediatria; Pneumologia; Psiquiatria. Dentro deste tema ainda foi pesquisado: **3) Quanto à articulação das UBS com os serviços de maior complexidade:** Há uma articulação das UBS com serviços especializados, serviços de urgência e emergência, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e serviços hospitalares segundo regiões ou distritos**? 4) A UBS tem acesso direto a quais dos exames complementares** : Ácido úrico; Citologia de colo uterino; Colposcopia; Creatinina/ Uréia; Eletrocardiograma; Elisa (HIV); Glicemia plasmática; Hemograma completo; Pesquisa de BAAR; RX sem contraste; Exame comum de urina; Tipagem sanguínea; Ultrassonografia obstétrica; Urocultura;VDRL.

Para descrever o tempo de espera do usuário para acesso a recursos diagnósticos e terapêutico foram utilizadas as seguintes questões: **1) -tempo de espera do usuário para acesso a atendimento especializado em serviços de saúde?** Gineco-obstetra; pediatra; cardiologista; nefrologista; gastroenterologista; cirurgião geral; neurologista; angiologista; oftalmologista; otorrinolaringologista, fisioterapeuta; odontólogo; nutricionista; psiquiatra e outros. Nesta questão verificamos a presença do profissional e o acesso a consulta na variável tempo em mês e/ou dias. Para descrevermos **2) Qual o tempo médio de espera dos usuários para acesso a recursos diagnósticos e terapêuticos especializados verificamos os seguintes dados:** Análises Clínicas; Radioimunoensaio; Exames radiológicos; Ultrassonografia geral; ECG; Ecografia; ecocardiografia; Tomografia; Ressonância Magnética; hemodinâmica; Hemodiálise; Quimioterapia; Radioterapia, e outros. Nesta questão pesquisamos a existência do profissional e o tempo de espera para a realização dos recursos diagnósticos.

Para verificar a implantação de centrais de regulação assistencial referentes à: leitos, consultas especializadas, exames, SAMU, foram utilizadas as seguintes questões: **1) Qual(is) o(s) tipo(s) de central(is) implantada(s) para acolher e ordenar as necessidades de saúde dos usuários que existem no município?** Central de Leitos; Central de Consultas Especializada; Central de Exames Serviço de Atendimento Municipal em Urgências (SAMU) Se a resposta foi afirmativa para a

questão anterior questionou-se, **2) qual o percentual de consultas efetivadas através da Central de Agendamentos de consultas do município, segundo o ano?**. Se a resposta foi afirmativa para a implantação da central de leitos **3) Qual o percentual de internações efetivadas através da Central de Leitos do município, segundo o ano?** O acesso direto da rede básica à retaguarda para pronto-atendimento e internação hospitalar foi investigado através da seguinte questão : **1) A equipe desta UBS tem acesso direto a retaguarda de consultas em pronto-socorro e para internação hospitalar?**

As facilidades e dificuldades do setor de Controle, Avaliação, Auditoria e Regulação foram investigadas através da seguinte da questão**:1) Em relação à gestão e organização do cuidado em saúde, identifique as facilidades e dificuldades dos setores abaixo para o adequado funcionamento do sistema de saúde do seu município: CONTROLE, AVALIAÇÃO, AUDITORIA E REGULAÇÃO.**

Os gestores também avaliaram, através de uma escala de 0 à 10, a adequação de setores para o funcionamento do sistema de saúde em seus municípios.

Para verificar a utilização de computadores pelos profissionais das Unidades de saúde foi realizada a seguinte questão: **1) Para as suas atividades profissionais faz uso do computador?**

Os Quadros 3 e 4 apresentam um detalhamento das variáveis relacionadas à regulação.

Quadro 2. Variáveis Relativas à entrada no Sistema Único de Saúde e a atividades de Referenciamento. Pelotas, 2005.

Variável	Descrição	Definição	Tipo de Variável
Porta de entrada no sistema de saúde	UBS UBSF Pronto Atendimento Ambulatórios distritais de Especialidades Ambulatório dos Hospitais Atendimento de Urgência de H. Privados Atendimento de Urgência dos Hospitais Públicos Outros	Sim Não	Categórica Dicotômica
Articulação com serviços de Maior complexidade	Serviços Especializados Serviço de Urgência e Emergência Serviço de apoio diagnóstico Terapêutico Serviços Hospitalares	Sim Não	Categórica Dicotômica
Encaminhamentos dos usuários a serviços de complexidade ou apoio diagnóstico e terapêutico	Há agendamento Agendamento nas Unidades de saúde Agendamentos por usuários no setor de interesse Agendamento pelo usuário por telefone Agendamento por qualquer funcionário . do psf Fila única conforme data de registro da demanda Agendamento através de protocolos para o cuidado da demanda	Sim Não	Categórica Dicotômica

Quadro 3. Variáveis Relativas às Atividades de Regulação do Acesso.

Variável	Descrição	Definição	Tipo de Variável
Centrais implantadas para acolher e ordenar as necessidades de saúde dos	Central de leitos Central de consultas especializadas Central de exames SAMU	Sim Não	Categórica Dicotômica
Percentual de consultas efetivadas através da central de agendamentos de consultas/ ano	2001 2002 2003 2004	%	Numérica discreta
Percentual de internações efetivadas através da central de leitos/	2001 2002 2003 2004	%	Numérica discreta
Tempo médio de espera dos usuários para atendimento ao serviço especializado	Gineco-obstetra Pediatra Cardiologista Nefrologia Gastroenterologista Cirurgião Geral Neurologia Angiologia Oftalmologista Otorrinolaringologista Fisioterapeuta Odontólogo Nutricionista Psiquiatra Outro: Especifique	Não tem profissional Meses Dias	Numérica discreta
Tempo médio de espera dos usuários para acesso a recursos diagnósticos e terapêuticos	Análises Clínicas Radioimunoensaio Exames radiológicos Ultrassonografia geral ECG Ecografia Ecocardiografia Tomografia Ressonância Magnética Hemodinâmica Hemodiálise Quimioterapia Radioterapia Outro: Especifique	Não tem o profissional Meses Dias	Categórica Temporal

Quadro 4. Variáveis de estratificação.

Variável	Descrição	Tipo de Variável
Região Geográfica	Sul Nordeste	Categórica Dicotômica
Porte populacional do município	100 à 200 mil hab. >200 à 500 mil hab. >500 mil.hab.	Categórica Ordinal
Região metropolitana	Sim Não	Categórica Dicotômica

5.5 Coleta de dados e logística

O trabalho de campo ocorreu no período de 15 de março à 10 de agosto de 2005. A coleta de dados foi realizada por uma equipe de 15 supervisores. Durante as oficinas macrorregionais foram pactuadas, com os representantes dos estados, municípios e UBS, estratégias para operacionalizar o cronograma de trabalho, objetivando o cumprimento dos prazos estabelecidos para o sucesso do trabalho.

Considerando a abrangência e complexidade do estudo foi necessário planejar o trajeto a ser percorrido a fim de sistematizar o deslocamento dos supervisores pelos estados e municípios em estudo. As Figuras 2 e 3 apresentam os trajetos realizados nas regiões Sul e Nordeste do Brasil.

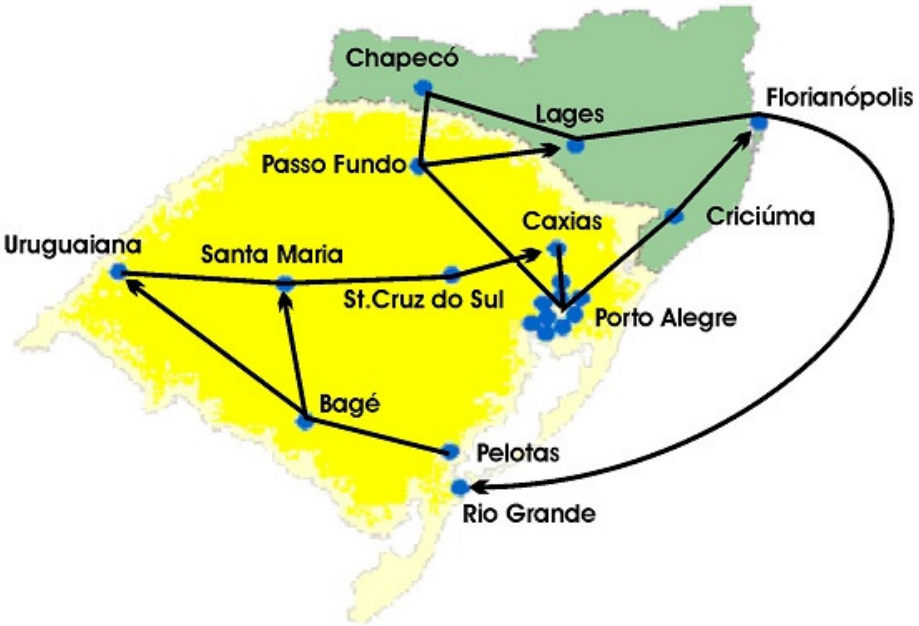

Figura 2. Trajeto por municípios do Estados do RS e SC, no trabalho de campo. ELB-PROESF-UFPel. Pelotas, 2005.

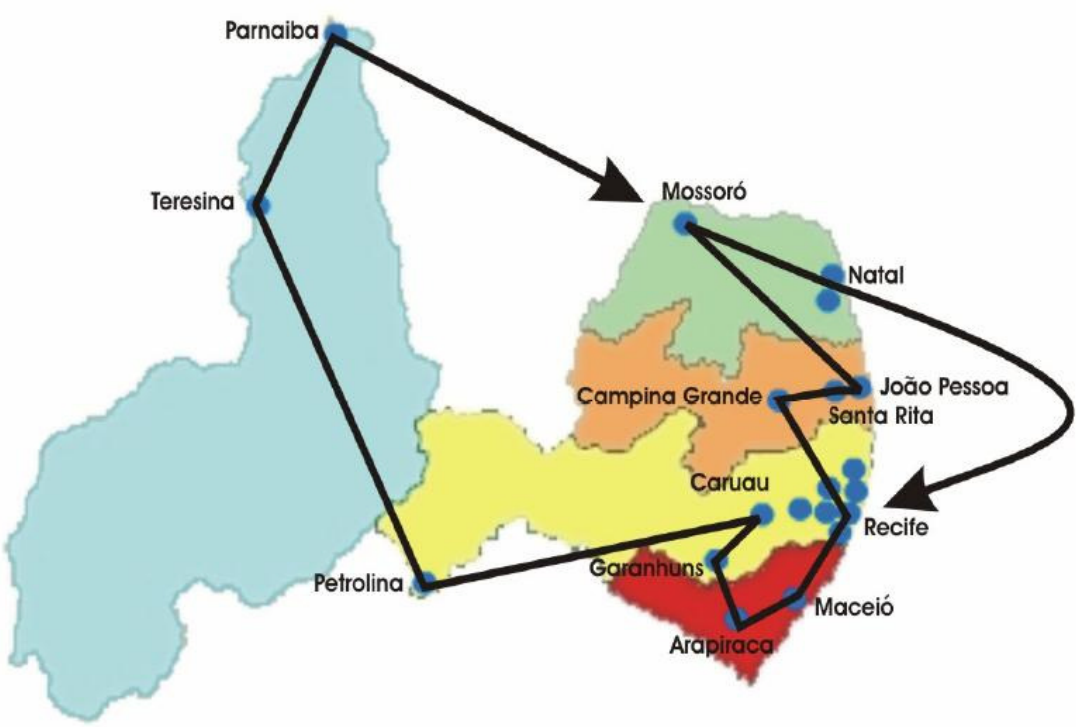

Figura 3. Trajeto por municípios do Estados do AL, PB, PE, PI e RN, no trabalho de campo. ELB-PROESF-UFPel. Pelotas, 2005.

5.6 Instrumentos

Os instrumentos utilizados neste estudo, para análise das informações referentes a regulação em saúde foram obtidos a partir de dois questionários auto-aplicados, e um formulário de informações de fonte documental (Anexos A, B e C).

O questionário distribuído aos gestores municipais durante a Oficina Macrorregional de cada região destinou-se a registrar informações demográficas, de formação profissional, experiência na gestão e caracterizar os aspectos político-institucionais da ABS e do PSF no município. Os dados referentes ao Gestor Municipal de Saúde foram coletados concomitante ao levantamento das demais informações obtidas para o ELB –PROESF- UFPel (FACCHINI et al 2006b, 2008).

As informações referentes à estrutura institucional e organizacional da UBS foram coletadas através do instrumento distribuído aos profissionais que representavam a equipe de saúde ao iniciar o trabalho de campo no município. Este questionário poderia ser preenchido coletivamente em uma reunião de equipe, ou por um responsável com o apoio de outros profissionais.

Os dados secundários foram coletados para todos os municípios das regiões Sul e Nordeste incluídos no ELB-PROESF-UFPel, através de 34 Indicadores do Pacto da Atenção Básica à Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005).

Depois de preenchidos, os instrumentos foram enviados via correio pelos supervisores, à coordenação do Projeto com sede em Pelotas-RS para revisão, codificação e digitação.

Informações detalhadas sobre ELB-PROESF-UFPel estão disponíveis na Internet – http://www.epidemio-ufpel.org.br/proesf/index.htm

5.6.1 Teste de instrumentos

A testagem dos instrumentos foi realizada durante oficina Macrorregional Sul, com a finalidade de fazer a revisão do enfoque da observação e redimensionar a logística de coleta de dados.

5.7 Processamento de dados

Os questionários, depois de revisados e codificados, na sede do PROESF na UFPel – Pelotas-RS, foram digitados utilizando o software EPI-INFO 6.04d. Foi realizada a limpeza e edição do banco de dados. Análises de consistência dos dados foram realizadas depois de completada a dupla digitação dos dados.

5.8 Análise dos dados

A análise dos dados será realizada no programa estatístico no Programa Statistical Packge for Social Science SPSS® através de abordagem descritiva. No tratamento das variáveis será realizada a transformação de algumas variáveis continuas em categóricas ordinais e dicotômicas.

A análise descritiva incluirá cálculos de percentuais e intervalos de confiança de 95% para as variáveis categóricas; e média, mediana e desvio-padrão para as variáveis numéricas. A significância das associações será avaliada com os testes do qui-quadrado para heterogeneidade ou tendência linear. Também serão conduzidas análises estratificadas por região geográfica, porte populacional e região metropolitana, na busca de tendências por aglomerado.

5.9 Aspectos éticos

Os princípios éticos foram assegurados através do consentimento informado aplicado aos gestores e trabalhadores, da garantia do direito de não participação na pesquisa e do sigilo sobre os dados coletados. O presente projeto envolveu exclusivamente a aplicação de questionário, não havendo coleta de material biológico, ou experimento com seres humanos.

A proposta de pesquisa ELB-PROESF-UFPel foi aprovada pela Universidade Federal de Pelotas: Colegiados do Departamento de Medicina Social, Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia e Comitê de Ética da Faculdade de Medicina sob ofício nº 045/2004 (Anexo D). O uso dos dados coletados no Projeto Integrado de Capacitação e Pesquisa em Avaliação da Atenção Básica à Saúde foi autorizado pelo coordenador do estudo (Anexo E).

6 Cronograma

Anos	**2009**		**2010**		**2011**	
Semestres	1º	2º	1º	2º	1º	2º
Revisão de literatura						
Elaboração do Projeto						
Qualificação do projeto						
Processamento dos dados						
Análise dos dados						
Redação do artigo						
Defesa						
Divulgação						

7 Divulgação dos resultados

As principais formas de divulgação dos resultados do estudo serão:

- Dissertação de conclusão do curso de Mestrado em Enfermagem;
- Artigos para publicação em periódicos científicos;
- Resumo Executivo, baseado nos principais resultados do estudo, a ser distribuído à imprensa, gestores e trabalhadores de saúde;
- Participação em simpósios e seminários nacionais e internacionais.

8 Financiamento

Este projeto não necessita de verba extra para sua realização. Faz parte do Projeto de Monitoramento e Avaliação do Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família, com apoio do Ministério da Saúde, com especial destaque para a Coordenação de Acompanhamento e Avaliação do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção Básica e o Grupo de Acompanhamento dos Estudos de Linha de Base.

Referências

1- ABBATE**, Solange I. A análise institucional e a saúde coletiva.** Ciência & Saúde Coletiva, 8 (1) pag. 265-274, 2003.

2- ALMEIDA, Célia et all. **A reforma sanitária brasileira: em busca da equidade. Pesquisa em Saúde Pública.** Documentos técnicos**.** OPAS: Washington, D.C., junho 1999.

3-BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde **Regulação em Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2011.

4- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Mais Saúde: direito de todos: 2007-2011**. Brasília: Ministério da Saúde, Série C. Projetos, Programas e Relatórios, 2008.

5- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Regulação em Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007. 174 p.

6- BRASIL. Ministério da Saúde**. Manual de implantação de complexos reguladores** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006

7- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Manual de Orientações CNRAC - Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle

de Sistemas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 112p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

8- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

9- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Pacto de gestão: garantindo saúde para todos** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Departamento de Apoio à Descentralização. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2005. 84 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

10- BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução INAMPS 273, de 17 de Julho de 1991, Reedição da **Norma Operacional Básica/SUS Nº 01/91**. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1991.

11- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 234, de 07 de fevereiro de 1992, Edição da **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde para 1992 (NOB-SUS/92)**. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1992.

12- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da **Norma Operacional Básica - SUS 01/93. Diário Oficial da União**, Brasília, v.81, n.96, p.6960, 24 maio 1993

13- BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde NOBSUS 96. Diário Oficial da União**, Brasília, 1996.

14- BRASIL. Presidência da República. Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o **Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de**

Vigilância Sanitária, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, p.1 col 1, 26 jan 1999.

15- BRASIL. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2000. Seção Extra.

16- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

17- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com eqüidade no acesso: **Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01** e Portaria MS/GM n.o 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

18- BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde no Brasil – **Contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa**. Brasília: MS, 2004. 306 p.:il.

19- CONILL, E.M. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(5):1417-1423, set-out, 2004.

20- CONILL EM, Fausto MCR. Análisis de la problemática de la integración de la APS en el contexto actual: causas que inciden en la fragmentación de servicios y sus efectos en la cohesión social. Rio de Janeiro: **Documento Técnico EuroSocial Salud**; 2007.

21- FERREIRA, Aurélio Buarque De Holanda (Autor). Dicionário Aurélio ilustrado. Curitiba: Positivo, 2008, 560 p.

22- FACCHINI, L. A.; PICCINI, R. X.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D. S. Projeto de Monitoramento e Avaliação do Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família. **Relatório Final**. Pelotas: UFPEL; 2006.

23 – FACCHINI, L.A.; PICCINI, R.X.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D.S.; SIQUEIRA, F.C.V.; RODRIGUES, M A.P. Desempenho do PSF no Sul e Nordeste do Brasil:avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n.3, p.669-681, 2006b

24 - FACCHINI, L. A,; PICCINI, R. X.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; TEIXEIRA, V. A.; SILVEIRA, D.S.; MAIA, M. F. S.; SIQUEIRA, F. V.; RODRIGUES, M.A.; PANIZ, V. V.; OSÓRIO, A. Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p.159-172, 2008.

25- GIOVANELLA I. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(5):951-963, mai, 2006.

26- MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de and VIANA, Ludmilla da Silva. Configuração da atenção básica e do Programa Saúde da Família em grandes municípios do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública** 2008, vol.24, Sup 1:S42-S57, 2008.

27- MAGALHÃES JUNIOR, H.M. **O Desafio de construir e regular redes públicas, com integralidade, em sistemas privado-dependentes: a experiência de Belo Horizonte**./ Helvécio Miranda Magalhães Júnior. Campinas, SP: [s.n.], 2006 (Tese de doutorado).

28- MALTA, Deborah Carvalho et al. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2004, vol.9, n.2, pp. 433-444.

29- MENICUCCI, T M.G. **Regulação da assistência à Saúde: o caso de Minas Gerais.** FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho,Centro de Estudos Econômicos e Sociais.Belo Horizonte
Agosto de 2005.

30- MENICUCCI, T M.G. **Política e instrumentos regulatórios: o caso da saúde no Brasil.** FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho,Centro de Estudos Econômicos e Sociais.Belo Horizonte. Junho de 2004.

31- OPAS- Claunara Schilling Mendonça / Afonso Teixeira dos Reis / José Carlos de Moraes (orgs.) **A política de regulação do Brasil** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.

32- STARFIELD, Barbara. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia/ Bárbara Starfield. . Brasília : UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

33- VIANA ALD, Heimann LS, Lima LD, Oliveira RG, Rodrigues SH. Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. Cadernos de Saúde Pública 2002;18(Supl):139-51.

Relatório do Trabalho de Campo

Relatório do Trabalho de Campo

O presente trabalho foi elaborado como parte do Mestrado em Enfermagem desenvolvido pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Acadêmico em Enfermagem (PGEN-UFPel) da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel). O mestrado teve início no mês de março do ano 2009, com uma duração máxima prevista de 24 meses.

Os dados utilizados para a realização da pesquisa são provenientes do Projeto Integrado de Capacitação e Pesquisa em Avaliação da Atenção Básica à Saúde, sob responsabilidade do Departamento de Medicina Social, do Departamento de Enfermagem e do Centro de Pesquisas Epidemiológicas da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), vinculado ao Componente 3 (Monitoramento e Avaliação) do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF) do Ministério da Saúde (MS), que incluiu 21 municípios da região Sul e 20 municípios da região Nordeste, contando com a participação de gestores e de trabalhadores de saúde.

O PROESF foi realizado através do Estudo de Linha de Base (ELB), que corresponde ao primeiro tempo de uma avaliação prospectiva sobre ABS. A coleta de dados teve no dia 15 de março de 2005 e foi finalizada em 10 de agosto do mesmo ano. Foi realizada por 15 supervisores selecionados e capacitados com dedicação exclusiva ao estudo. Para o sucesso do trabalho de campo elaborou-se uma complexa logística considerando os deslocamentos entre os 41 municípios estudados e o tempo necessário para a coleta.

O estudo começou respeitando uma trajetória predefinida pelos municípios, tendo iniciado em Pelotas (região Sul) e terminado em Recife (região Nordeste). Para cada município, uma dupla de supervisores era responsável pelo trabalho em 3 dias em uma unidade de saúde. Nas cidades com maior número de unidades, cada dupla podia ser responsável por mais de uma UBS e, portanto permanecer mais tempo no município. Ao final de cada município os supervisores viajavam para o município seguinte dando continuidade ao trabalho de campo.

Após a chegada e hospedagem no município em estudo, os supervisores faziam um contato com os responsáveis locais para definir o trabalho de campo em

cada uma das UBS e esclarecer dúvidas. Também era agendada a entrevista com o presidente do Conselho Municipal de Saúde. Na UBS os supervisores conversavam com a pessoa de referência que havia participado das oficinas de capacitação e orientavam o preenchimento dos instrumentos destinados aos profissionais de saúde (individual, estrutura, processo de trabalho da equipe e caracterização da demanda de um dia típico de atendimento).

Em seqüência, os supervisores aplicavam os instrumentos populacionais na área de abrangência da UBS. Toda a área de abrangência deveria ser percorrida até encontrar o número determinado para cada amostra populacional (crianças, adultos, mulheres e idosos). Todos os domicílios deveriam ser visitados e somente uma pessoa deste responderia o instrumento. Ao final do trabalho de campo na UBS os instrumentos eram recolhidos e armazenados para posterior envio a secretaria do estudo.

Com a finalidade de facilitar a logística e orientar o trabalho dos supervisores foram realizadas duas oficinas de capacitação com os representantes das UBS e secretários municipais de saúde em ambas as regiões. Além dessas atividades alguns municípios foram visitados pelos coordenadores da pesquisa, com a intenção de acompanhar o trabalho de campo e apoiar os supervisores.

Outras estratégias utilizadas foram à divulgação da pesquisa em veículos de comunicação (jornal e rádio) e à realização de mutirões de supervisores em áreas consideradas de risco e, em casos de grandes concentrações urbanas, como Porto Alegre (RS) e Recife (PE). Agentes Comunitários de Saúde e membros da equipe facilitavam a circulação na área de abrangência.

O andamento do trabalho de campo era relatado diariamente ao coordenador de campo, por meio de contato telefônico ou e-mail, sendo registrado em diário. Ao final de cada dia, os supervisores organizavam e revisavam o material coletado. Terminadas as tarefas no município, os instrumentos eram organizados de acordo com o grupo populacional, Unidade Básica de Saúde e município a que se referiam, eram devidamente acondicionados.

Na região Sul os instrumentos foram transportados pelos supervisores, na região Nordeste foram entregues durante a segunda oficina de capacitação aos representantes das UBS, a fim de facilitar a circulação dos mesmos. O retorno dos instrumentos à sede do projeto foi feito através dos coordenadores ou via correio.

De posse do banco de dados dos gestores, fonte documental, estrutura, trabalhadores de saúde, junto com o orientador, optou-se pelo tema Regulação nos Sistema Único de Saúde e ao interior deste priorizou-se avaliar as ações de regulação assistencial em articulação com a Atenção Primária à Saúde.

Foi realizada uma avaliação inicial das questões de cada questionário, extraiu-se um conjunto de questões no intuito de absorver maior número de informações possíveis sobre a temática do estudo.

As questões fechadas foram analisadas no Programa Statistical Packge for Social Science (SPSS®) este aplicativo permitiu executar rapidamente diversos procedimentos estatísticos, além de possibilitar, manuseio e analise dos bancos de dados.

As questões abertas selecionadas foram transcritas na íntegra, em programa de edição de texto, para posterior realização de analise qualitativa.

Destaca-se que o objetivo inicial do presente projeto foi avaliar as ações de regulação assistencial nas regiões Sul e Nordeste do Brasil, e para atender o objetivo proposto foram feitas diversas análises. O trabalho foi finalizado com a construção de um artigo cientifico.

Artigo para Defesa

Regulação assistencial articulada à Atenção Primária à Saúde: avaliação em municípios de grande porte do Sul e Nordeste do Brasil

Health care regulation related to Primary Health Care: assessment in large cities in the South and Northeast regions of Brazil

Autores

Marcos Aurélio Matos Lemões[1] Programa de Pós-graduação em Enfermagem - Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Brasil

Luiz Augusto Facchini[2] Programa de Pós-graduação em Epidemiologia - Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Brasil.

Resumo:

Objetivo: Caracterizar as ações de regulação assistencial em articulação com a atenção primária à saúde.

Metodologia: Avaliação institucional no âmbito da gestão e serviços de atenção primária à saúde em 41 municípios com mais de 100 mil habitantes de sete estados das regiões Sul e Nordeste do Brasil. Foi utilizada a análise descritiva e os dados foram analisados de acordo com a região.

Resultados: Os gestores reconheciam a atenção primária à saúde como porta de entrada no sistema de saúde. As centrais de leitos estavam implantadas em 25% dos municípios da região Sul e 31% na região Nordeste. Os gestores referiram articulação da atenção primária com serviços de maior complexidade em 54% dos casos na região Sul e 79% na região Nordeste. O agendamento era de responsabilidade dos profissionais de saúde e dos usuários (Sul=31% e Nordeste=64%; Sul=47% e Nordeste=64%, respectivamente). A neurologia era a especialidade com maior dificuldade de acesso, e o tempo de espera superior a 60 dias foi referido para os exames de tomografia e ressonância magnética, em ambas as regiões. Os

gestores identificaram a necessidade de investir na informatização e capacitação de recursos humanos para a implementação das centrais.

Conclusões: O estudo estabelece a linha de base dos sistemas de regulação no momento da expansão da estratégia saúde da família em municípios de grande porte e expõe as fragilidades na articulação da APS no processo regulatório. Os achados reforçam a necessidade de investimentos na estrutura e no processo de trabalho e esforço político para qualificar o acesso. Estas questões são importantes no momento em que se amplia, no Brasil, a discussão sobre a rede de serviços prestados à população.

Palavras-chave: Regulação e fiscalização em saúde**;** Planejamento em saúde**;** Atenção primária à saúde**;** Descentralização.

Abstract:

Objective: Characterize the actions of regulating health care and its relationship to primary health care.

Methodology: Institutional evaluation in the management of services and primary health care in 41 counties with more than 100,000 inhabitants of seven states in the South and Northeast of Brazil. Descriptive analysis was used and data were analyzed according to region. **Results**: The managers recognized the primary health care as an entry in the system. The central beds were implanted in 25% of cities in the South and 31% in the Northeast. The managers reported linkage of primary care with more complex services in 54% of cases in the South and 79% in the Northeast. The schedule was the responsibility of health professionals and users (South 31% and Northeast = 64%, South = 47 % = and 64% respectively). Neurology specialty was the most difficult to access and waiting times over 60 days was reported for the tomography scans and magnetic resonance, in both regions. Managers identified the need to invest in computerization and training of human resources for the implementation of the core. **Conclusions:** The study establishes a baseline of regulatory systems at the time of the expansion of family health strategy in big cities and exposes the weaknesses in the articulation of PHC in the regulatory process. The findings reinforce the need for investment in the structure and working process. These issues are important when it expands in Brazil, the discussion about network services to the population.

Key-words: Health Regulation and Fiscalization**;** Health Planning**;** Primary Health Care*;* Decentralization.

Introdução

O processo regulatório em saúde tem por objetivo promover o acesso e o fluxo dos cidadãos aos serviços, coordenar a oferta, subsidiar o controle sobre os prestadores de serviços, assinalando os gargalos assistenciais e administrando conflitos entre os serviços públicos e privados(1). Visa a racionalização de custos, utilização de fontes de financiamento e o controle dos mercados de saúde para assim, ampliar ou remanejar a oferta programada da assistência(2-4).

No contexto mundial, a regulação teve início nas áreas econômica e social, acompanhada pelo desenvolvimento de agências para monitoramento e coerção do comércio e a criação de instituições de proteção social(2). Foi balizada por deliberações governamentais a fim de realizar o controle de mercado e, expandiu posteriormente sua atuação para novas áreas, dentre estas a da saúde(5, 6).

A regulação assistencial cresceu mais rapidamente em países com sistemas privados de saúde, como, por exemplo, os Estados Unidos. Apesar disso, as complexidades da regulação da cobertura de saúde ainda eram pouco conhecidas da população norte-americana na primeira década do século XXI(7).

No Brasil, a regulação assistencial é um tema novo e ainda pouco estudado, especialmente através de avaliações abrangentes e articuladas à Atenção Primária à Saúde (APS). Estudo realizado em 4 capitais brasileiras (Florianópolis, Aracaju, Belo Horizonte e Vitória)(8) aponta que estratégias municipais para a regulação da assistência são recentes, com deficiências principalmente na regulação de leitos e internações. Por outro lado, destaca a expansão de cobertura da Saúde da Família como importante impulsionadora da implantação de estruturas de regulação nos municípios.

É escasso o conhecimento sobre as ações de regulação que abordem a implantação das centrais de agendamento e suas estratégias de trabalho, a efetivação da assistência através deste recurso logístico, a articulação da APS com serviços de maior complexidade tecnológica e o tempo de espera para atendimento especializado.

A regulação assistencial requer, dos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), a superação da oferta regulada a partir de padrões construídos por séries históricas, quotas de atendimento e ajustes emergenciais. Ao investir na inovação nos processos de planejamento, programação e regulação, é imprescindível considerar o cenário contemporâneo de resposta social às necessidades de saúde da população e o papel coordenador da APS(9) na articulação com os demais níveis e etapas do processo de assistência(10), garantindo desta forma, o acesso equânime e eficiente dos usuários(6, 9, 11, 12).

Buscando reduzir as lacunas no conhecimento, este artigo tem por objetivo caracterizar a regulação assistencial em 41 municípios com mais de 100 mil habitantes de sete estados das regiões Sul e Nordeste do Brasil articulada com a Atenção Primária à Saúde.

Metodologia

Este trabalho integra o Estudo de Linha de Base do Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família (ELB-PROESF) conduzido pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel), nas regiões Sul e Nordeste do Brasil, no período de março a agosto de 2005, para avaliar o desempenho da Atenção Básica em municípios com mais de 100 mil habitantes(13, 14).

A amostra do ELB-PROESF foi constituída por 41 municípios, sendo 21 municípios em dois estados das regiões Sul (RS, SC) e 20 municípios em cinco estados da região Nordeste (AL, PB, PE, PI, RN). Em cada município selecionou-se uma amostra de UBS, proporcional ao tamanho da rede básica, na razão de duas unidades de Saúde da Família para

uma unidade básica tradicional, totalizando 240 UBS (120 na região Sul e 120 na região Nordeste), com coleta de dados sobre os trabalhadores, estrutura, e o processo de trabalho. (14). As características metodológicas do ELB-PROESF/UFPel estão apresentadas em outras publicações(13-15).

Para estudar a regulação assistencial e sua articulação com a APS, realizou-se uma analise de contexto(14) no âmbito da gestão municipal e dos serviços de atenção básica à saúde.

Os dados da gestão municipal foram coletados através de questionários preenchidos pelo secretário municipal de saúde, com informações sobre recursos humanos, financeiros e organização do sistema de saúde municipal. e um formulário destinado a captar dados de fonte documental. Os dados referentes às UBS foram coletados através de um formulário sobre a estrutura e o processo de trabalho. Os dados referentes aos trabalhadores de saúde foram obtidos através de um questionário individual auto-aplicado(14). Os instrumentos utilizados na coleta de dados estão disponíveis na página eletrônica (http://www.epidemio-ufpel.org.br/proesf/index.htm).

Os recursos diagnósticos e terapêuticos especializados foram classificados segundo média e alta complexidade tecnológica. O acesso a média complexidade foi avaliado através da disponibilidade de profissionais especializados, exames laboratoriais e de imagem. A alta complexidade foi avaliada através do acesso aos exames de tomografia, ressonância magnética e hemodinâmica e a tratamentos de hemodiálise, quimioterapia e radioterapia(16).

No SUS os recursos diagnósticos e terapêuticos estão divididos em grupo A, B e C(17). Neste estudo foram avaliados apenas os recursos diagnósticos do grupo A, que compreendem os exames de ácido úrico, citologia de colo de útero, creatinina/uréia, Elisa (HIV), glicemia plasmática, hemograma, pesquisa de BAAR, exame comum de urina,

tipagem sanguínea, urucultura, VDRL, colposcopia, radioimunoensaio, exames radiológicos, ultrassonografia geral, eletrocardiograma, ecografia e ecocardiografia(17).

A análise do sistema de acesso regulado da atenção à saúde foi realizada em consonância com os critérios propostos pela Organização Pan Americana de Saúde(18) e incluem: existência de sistema eletrônico (informatização das UBS, utilização de computadores nas atividades profissionais e acesso à Internet); os tipos de centrais implantadas (regulação assistencial, de urgências e emergências; leitos hospitalares; de consultas e exames especializados); existência de protocolos assistenciais; participação da atenção primária à saúde no agendamento direto para os demais níveis de atenção; além da opinião dos gestores e das equipes de saúde em relação às centrais de regulação.

O quadro 1 apresenta as variáveis, os indicadores e as respectivas fontes utilizadas para a caracterização das ações da regulação assistencial.

Para as questões fechadas (pré-codificadas) foram criados bancos de dados usando-se o programa Epi Info 6.04b (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos)(19).

As questões abertas foram digitadas em programa de edição de textos e codificadas para análise(20).

A região (Sul e Nordeste) foi utilizada como variável de estratificação. As análises descritivas incluíram a distribuição das proporções, média e desvio-padrão. Uma escala com valores de zero (pior avaliação) a dez (melhor avaliação) foi utilizada para investigar a opinião dos profissionais de saúde. Na análise da adequação do sistema e serviços de saúde às necessidades de saúde do município os valores médios entre 0 e 4 foram considerados baixos, entre 5 e 7, moderados e, acima de 7, altos.

.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Pelotas, sob o número 045/2004 em 13 de setembro de 2004.

Resultados

Os resultados deste estudo serão apresentados em três eixos: Portas de entrada no SUS, infraestrutura de apoio para regulação assistencial e acesso regulado aos serviços de média e alta complexidade.

1. Portas de entrada no SUS

A informação sobre portas de entrada do SUS foi fornecida por 27 secretários municipais de saúde (Sul= 13; Nordeste= 14). A totalidade destes gestores identificou os serviços de atenção primária à saúde como portas de entrada de usuários no SUS independente do modelo assistencial. Os serviços de pronto-atendimento, urgência e emergência também foram identificados como porta de entrada no sistema de saúde por 93% dos gestores no Sul e 71% no Nordeste. Além destes serviços, o uso dos ambulatórios distritais de especialidades como porta de entrada foi referido por 46% dos gestores no Sul e 50% no Nordeste. Em ambas as regiões, 57% dos gestores identificaram como porta de entrada, os ambulatórios localizados em hospitais.

2. Infraestrutura de Apoio para Regulação Assistencial

Implantação de centrais de leito, consultas especializadas, exames e serviço de urgência e emergência

A disponibilidade de **centrais de leitos** para acolher e ordenar as necessidades de saúde dos usuários foi respondida por 28 gestores (Sul=12; Nordeste=16) e 25% dos municípios na região Sul e 31% na região Nordeste haviam instalado este serviço. A existência de **centrais de consultas especializadas** foi respondida por 32 gestores (Sul=16; Nordeste=16) e sua presença alcançava 94% dos municípios na região Sul e 75% na região Nordeste. A implantação de **centrais de exames** foi respondida por 30 gestores (Sul=14; Nordeste=16), com presença em 86% dos municípios na região Sul e 56% na região Nordeste. A questão sobre **centrais de SAMU** foi respondida por 27 gestores (Sul=12; Nordeste=15) e sua existência foi identificada em 25% dos municípios na região Sul e em 47% na região Nordeste.

Informatização da rede básica e utilização de computador para auxiliar a organização do trabalho

Sobre a informatização da rede básica (Sul=113 UBS; Nordeste=115 UBS) foi identificada a disponibilidade e a utilização de tecnologia de informação para auxiliar na organização do trabalho. Um terço (34%) das UBS possuía, no mínimo, um computador, sendo a proporção maior nas UBS da região Sul (Sul=40%; Nordeste=29%). Apenas 25% das UBS possuíam impressora (Sul=32%; Nordeste=18%). A conexão com a Internet foi identificada em apenas 11% das UBS, com maior proporção na região Sul (Sul=17%; Nordeste=5%).

Do total de trabalhadores de saúde (n=4637), apenas 22% referiram o uso de computadores para apoiar a prática profissional, com diferenças regionais (Sul= 31%; Nordeste = 16%). Ao investigar o local de uso do computador, foi verificado que 13% dos trabalhadores utilizavam somente em casa (Sul=18%; Nordeste=11%), 6% somente na UBS (Sul=9%; Nordeste=4%) e, 2% em casa e na UBS (Sul=4%; Nordeste=1%).

Serviços para acolhimento de reclamações dos usuários

A disponibilidade de serviços para acolhimento de reclamações de usuários foi respondida por 33 gestores (Sul=17; Nordeste=16). Serviço de ouvidoria ou similar estavam disponíveis em 65% das Secretarias Municipais de Saúde na região Sul e em 50%, na região Nordeste. A participação do Conselho Municipal de Saúde no acolhimento de reclamações foi referida por 24% dos gestores na região Sul e 38% na região Nordeste. Além disso, 12% dos municípios da região Sul e 13% da região Nordeste não possuíam qualquer tipo de serviço com esta finalidade.

3. Acesso regulado aos serviços de Média e Alta Complexidade

Acesso a consultas e internações através de centrais de regulação

A questão sobre **consultas efetivadas por central de agendamento** foi respondida por 11 gestores (Sul=6; Nordeste=5) para o ano de 2001 e 15 gestores (Sul=6; Nordeste=9) para o ano 2004. Nos municípios do Sul, 15% das consultas, em 2001, foram agendadas através das centrais, proporção que chegou a 28% em 2004. Nos municípios do Nordeste,

75% das consultas em 2001 foram agendadas através das centrais, diminuindo para 70% em 2004.

A proporção de **internações efetivadas através das centrais de leitos** no ano de 2001 foi informada por 12 gestores (Sul=8, Nordeste=4) e no ano 2004 por 13 gestores (Sul=8, Nordeste=5). Nos municípios do Sul, tanto em 2001 quanto em 2004, não foram relatadas internações através das centrais de leitos. Nos municípios do Nordeste, 30% das hospitalizações de 2001 foram realizadas através das centrais de leitos, aumentando para 48% em 2004.

Articulação da Atenção Primária à Saúde com demais níveis assistenciais

A existência de articulação entre as UBS e os serviços médicos especializados foi respondida por 27 gestores (Sul=13; Nordeste=14). Na região Sul, 54% dos gestores confirmaram a existência de articulação. Esta proporção foi de 79% na região Nordeste.

A articulação com serviço de urgência e emergência foi mencionada por 31% gestores na região Sul e, 50% na região Nordeste. A articulação com serviços de apoio diagnóstico foi apontada por 39% gestores na região Sul e 79% na região Nordeste. A articulação com serviços hospitalares foi referida por 31% gestores na região Sul e, 57% na região Nordeste.

Agendamento para serviços de maior complexidade

O agendamento para os serviços de maior complexidade foi comentado por 31 gestores (Sul=15; Nordeste=16), sendo confirmado por 100% dos gestores no Sul e 94% no Nordeste. O agendamento realizado através da UBS foi realidade para 71% dos municípios da região Sul e 53% da região Nordeste.

A responsabilidade pelo agendamento estava a cargo dos profissionais da ESF (Sul=31%; Nordeste=64%) ou do próprio usuário diretamente no setor de interesse (Sul=47%; Nordeste=64%) ou através de telefone (Sul=7%; Nordeste=14%).

Entre as estratégias utilizadas foram citadas: fila única conforme data de registro da demanda (Sul=56%; Nordeste=50%); protocolos para acolhimento de urgências (Sul=50%; Nordeste=21%); protocolos para cuidado de demanda mais prevalente (Sul=20%; Nordeste=14%).

O tempo médio de espera para atendimento médico especializado variou de nove a 127 dias na região Sul e, na região Nordeste, de 11 a 42 dias.

Na região Sul, o tempo médio inferior a 14 dias foi observado para as especialidades de pediatria e odontologia; entre 15 e 30 dias para as especialidades de gineco-obstetrícia e nutrição. Para as demais especialidades o tempo médio de espera foi superior a 30 dias. Os principais gargalos foram as áreas de neurologia, nefrologia, angiologia e fisioterapia (Figura 1).

Na região Nordeste, o tempo médio inferior a 14 dias foi referido para as especialidades de pediatria, gineco-obstetrícia, nefrologia, odontologia e nutrição; entre 15 e 30 dias em cardiologia, gastroenterologia, cirurgia geral, angiologia, oftalmologia otorrinolaringologia, fisioterapia e psiquiatria. O maior tempo de espera foi na área de neurologia, com a média de 42 dias para atendimento (Figura 1).

Na região Sul, o tempo médio de espera para recursos de média e alta complexidade variou de dez a 122 dias e, na região Nordeste de sete a 67 dias.

O tempo médio de espera inferior a 14 dias foi referido para a realização de radioimunoensaio, hemodiálise, quimioterapia e radioterapia, em ambas as regiões. O acesso a hemodinâmica, na região Nordeste também foi inferior a 14 dias (Figura 2).

Na região Sul, o tempo médio de espera para a realização de eletrocardiograma e exames de análise clínica variou de 15 a 30 dias, situação igual para a região Nordeste. Os demais exames e recursos terapêuticos apresentaram um tempo médio de espera superior a 30 dias, sendo que para a realização de ecocardiografia, ressonância magnética e tomografia o tempo médio foi superior a 60 dias (Figura 2).

Na região Nordeste, os exames radiológicos, ultrassonografia, eletrocardiografia, ecografia e ecocardiografia apresentaram um tempo médio de espera entre 15 a 30 dias e, em torno de 60 dias para a realização de tomografia e ressonância magnética (Figura 2).

Satisfação com o acesso direto a exames e a consultas especializadas

As equipes das UBS da região Sul apresentavam maior satisfação com o acesso direto a exames complementares, em comparação às equipes da região Nordeste. Em ambas regiões, a insatisfação foi com o acesso aos exames de colposcopia, ultrassonografia obstétrica, eletrocardiograma e RX de contraste. O acesso a urocultura apresentou baixa satisfação na região Nordeste (31%), em contraste ao observado na região Sul (70%). As maiores proporções de satisfação foram com o acesso aos exames de citologia de colo de útero, VDRL, hemograma, exame comum de urina e tipagem sangüínea (60% ou mais em ambas regiões) (Figura 3).

No geral, o acesso satisfatório a atenção especializada não evidenciou diferenças marcantes entre as regiões, com exceção para as especialidades de ortopedia, psiquiatria e fisioterapia. Em ambas regiões, a maior satisfação foi para a área materno-infantil (Figura 4).

Adequação do sistema e serviços de saúde às necessidades de saúde do município

Na avaliação dos gestores, apenas a Estratégia Saúde da Família (ESF) apresentou alta adequação às necessidades de saúde do município em ambas as regiões (média total=7,1). Os

demais itens avaliados foram considerados moderadamente adequados independente das regiões, dentre estes a atenção básica tradicional e o setor de controle avaliação, auditoria e regulação apresentaram os menores índices de adequação. Na região Sul o menor índice observado foi para informações em saúde, e na região Nordeste para experiências inovadoras e rede básica (Tabela 1).

Adequação das centrais para acolhimento e ordenação das necessidades de saúde do município

Um total de 24 gestores (Sul=57%; Nordeste=60%) comentou sobre a existência e a adequação das centrais para acolhimento e ordenação das necessidades de saúde. Na região Sul os gestores reconheceram a necessidade de aprimorar as centrais, com o objetivo de melhorar a resolubilidade. Esta melhoria incluía investimentos na informatização, na contratação de profissionais e na área física. Foram mencionados entraves no funcionamento das centrais, falhas nos planos de regionalização, fluxos precários nas referências, agendamento centralizado em coordenações regionais de saúde sob responsabilidade do usuário e demora na marcação de consultas, que resultavam em baixa efetividade da regulação e gargalos assistenciais.

No Nordeste, os gestores identificaram que as centrais para o acolhimento e ordenação das necessidades de saúde facilitavam a realização do atendimento humanizado, com redução das filas de espera para o agendamento e favorecia os usuários da área rural. Os gestores indicaram que a falta de informatização das UBS e das centrais dificultavam o fluxo de usuários, a organização da assistência e o reconhecimento da rede assistencial disponível. Também destacaram a disponibilidade de profissional capacitado para realizar encaminhamentos, a utilização de protocolos assistenciais e a garantia de translado aos serviços de referência como facilitadores na regulação do acesso aos serviços.

Facilidades e dificuldades no setor de Controle, Avaliação, Auditoria e Regulação

As facilidades e dificuldades na organização do controle, avaliação, auditoria e regulação do cuidado em saúde foram expostas por 17 gestores (Sul=7 e Nordeste=10).

No Sul, os gestores identificaram como facilidades a centralização das atividades em um setor, a maior colaboração entre a rede de saúde e o apoio da gestão para o adequado funcionamento dos serviços. Dentre as dificuldades, os gestores indicaram a implantação incipiente deste setor, ocasionando problemas no controle, ausência de auditoria, o uso limitado de técnicas e tecnologias de informação e deficiências na capacitação específica dos trabalhadores para as atividades no setor.

No Nordeste, os gestores identificaram como facilidades o funcionamento satisfatório do setor, a capacitação do pessoal, incluindo a disponibilidade de especialistas acostumados a trabalhar com normas estabelecidas, a gestão democrática, a articulação com os diversos serviços de saúde. Dentre as dificuldades, houve destaque para a escassez de recursos humanos com dedicação integral, a dificuldade de articulação com os diferentes serviços assistenciais, a inadequação de estrutura física, recursos materiais e a capacitação para as atividades do setor.

Discussão

O artigo avalia as ações de regulação assistencial em 41 municípios com mais de 100 mil habitantes de sete estados das regiões Sul e Nordeste do Brasil. Apesar de sua relevância para o ordenamento do acesso aos serviços, a regulação assistencial ainda era incipiente nos municípios estudados, especialmente aqueles da região sul.

Os gestores municipais identificaram os serviços de atenção primária à saúde, de pronto atendimento e de urgência e emergência como porta de entrada no SUS, corroborando os resultados de outros estudos(6, 9, 12, 21). Entretanto, os gestores de 57% dos municípios de ambas as regiões também mencionaram o acesso direto ao SUS através de ambulatórios localizados em hospitais e de ambulatórios regionais de especialidades. Este achado evidencia a dificuldade dos municípios em realizar uma regulação criteriosa de modo a organizar a rede assistencial orientada pela APS, conforme preconizado na Política Nacional de Atenção Básica(6, 22).

A diversidade de portas de entrada fragiliza os sistemas municipais em relação à hierarquização e orientação dos fluxos assistenciais, dificultando a regulação do cuidado dispensado à população(21).

Os achados também evidenciaram que o processo de implantação de centrais de regulação, em ambas as regiões, ainda era incipiente, e enfrentava problemas na adequação da estrutura física e tecnológica(23). A implantação de centrais de regulação é um dos destacados componentes no processo de gestão descentralizada, pois possibilita a organização de demandas de usuários e a alocação de recursos necessários para favorecer o acesso aos serviços(24).

A escassa regulação na oferta de leitos em hospitais contratados pelo sistema público, que atendem também os usuários de planos de saúde e privados, favorece a ineficiência e irracionalidade no uso dos serviços. Um mesmo usuário hospitalizado pode ser fonte de receita para o hospital através do SUS, do plano de saúde e por desembolso direto de recurso, o que poderia explicar em parte a dificuldade de implantação e efetividade das centrais de regulação de leitos nos municípios estudados(25).

As centrais de consultas especializadas estavam implantadas em mais de 75% dos municípios, seguidas das centrais para realização de exames. Apesar disso, as ações de

regulação não foram suficientes para resolver os gargalos assistenciais, que decorrem da escassa oferta pública em algumas especialidades e da resistência dos prestadores de serviços privados de saúde contratados pelo SUS ao controle de sua atuação(22).

No período de 2001 a 2004 foi observado um aumento no percentual de consultas realizadas através de centrais de agendamento. Este achado coincide com um período de reorganização do SUS, marcado por expansão dos municípios em gestão plena do sistema municipal e implementação da NOAS 2001 e 2002. Em termos práticos resultaram em organização de serviços de regulação em saúde, criação das macrorregionais de saúde, definição dos municípios pólo e pactuações entre gestores municipais para ordenar a oferta de serviços de média e alta complexidade nas regiões, dentre outros aspectos(26).

A precariedade na informatização dos serviços de APS, agravada pelo baixo percentual de UBS com acesso à Internet, é um problema a ser enfrentado para a efetiva organização da regulação assistencial. Além de comprometer a articulação das UBS com os serviços de maior complexidade, reforça o isolamento dos serviços de APS nos sistemas municipais/regionais e afeta a capacidade de coordenar o fluxo dos usuários na rede de assistência, principalmente se considerarmos que a maioria dos municípios em estudo são referência para os municípios de pequeno e médio porte(6, 9, 22).

Portanto, recomenda-se o investimento em tecnologias e capacitações que fortaleçam a capacidade coordenadora da APS, com ferramentas renovadas de regulação e instrumentos gerenciais adequados para garantir a continuidade da atenção(27).

A maioria dos gestores, em ambas as regiões, referiu a existência de fila única para organizar o acesso, desconsiderando a singularidade de cada caso. Na região Sul, a o agendamento a partir da UBS foi observado em 71% dos casos, enquanto na região Nordeste, esta proporção foi de 53%. Entretanto, se considerarmos o modelo assistencial, esta proporção cai para 31% na região Sul e se eleva para 64% na região Nordeste, destacando a participação

da ESF no encaminhamento para serviços de maior complexidade. Independente da região, os usuários tiveram papel ativo na busca da integralidade da assistência. Mesmo em municípios que possuem agendamento centralizado, ainda há necessidade de ajustes para conceber uma ordem adequada de prioridades das solicitações recorrentes as agendas disponíveis(28).

Na maioria das especialidades investigadas, o tempo de espera dos usuários foi superior na região Sul em comparação à região Nordeste. O menor tempo de espera foi para as especialidades de pediatra, gineco-obstetrícia e odontologia. O acesso a neurologistas foi destaque negativo em ambas as regiões. O tempo é um componente importante para verificar a adequada estruturação do sistema frente às necessidades de referenciamento a um nível especializado e a espera prolongada compromete a integralidade da assistência(10). No SUS o longo tempo de espera, mesmo para demandas freqüentes, tende a imprimir uma imagem depreciativa do atendimento oferecido à população que utiliza esses serviços(29), desconsiderando o perfil epidemiológico, o "tempo oportuno"(30) e o manejo adequado dos problemas de saúde(31).

A região Nordeste apresentava maior agilidade no acesso a recursos diagnósticos e terapêuticos especializados, em alguns casos quatro vezes mais rápidos em relação à região Sul, como por exemplo, nos exames de ecocardiografia e hemodinâmica. Este achado precisaria ser melhor explorado, considerando sua relação entre a oferta de serviços e a densidade demográfica, o perfil epidemiológico e os recursos disponíveis(5)

O tempo de espera para a realização de exames ou procedimentos terapêuticos indica mais sobre a remuneração dos procedimentos e do interesse dos prestadores, do que sobre as necessidades de saúde dos usuários do sistema. Um exemplo disso é o menor tempo médio de espera para procedimentos considerados de alta complexidade tecnológica(6, 22).

A satisfação dos profissionais no acesso direto às especialidades parece estar relacionada à disponibilidade de oferta dos serviços. Os maiores percentuais de insatisfação

dos profissionais nas UBS ocorreram em especialidades de grande escassez de oferta, como, por exemplo, em nefrologia e neurologia.

Outra evidência da limitação dos municípios na regulação dos serviços é a falta de estruturas e estratégias efetivas para acolhimento e encaminhamento das demandas dos usuários. Estes dispositivos geralmente eram centralizados em secretarias municipais de saúde e nos conselhos municipais de saúde, limitando as formas de colaboração dos usuários na avaliação dos serviços disponíveis, seja por ter que se deslocar ao setor ou pelo desconhecimento das formas de controle social e sua atuação no SUS.

Conclusões

O estudo estabelece a linha de base dos sistemas de regulação no momento da expansão da estratégia saúde da família em municípios de grande porte e expõe as fragilidades na articulação da APS no processo regulatório. Os achados reforçam a necessidade de investimentos na estrutura e no processo de trabalho. Estas questões são importantes no momento em que se amplia no Brasil, a discussão sobre a rede de serviços prestados à população.

A baixa proporção de respostas dos gestores sobre o tema e o ano de coleta de dados são limitações do estudo. Espera-se que os investimentos ocorridos nos últimos anos tenham minimizado a fragilidade na regulação do acesso ao sistema de saúde, ampliando as centrais com densidade tecnológica adequada e a articulação das UBS com os serviços da rede assistencial. Ainda assim, há necessidade de fortalecer os investimentos em todos os níveis do sistema de regulação assistencial, incluindo adequação da estrutura física, equipamentos, recursos humanos e participação dos profissionais da APS nas capacitações(30). Uma resposta governamental a esta deficiência pode estar no “Programa Mais Saúde”, que propõe complexos reguladores para garantir o acesso eqüitativo aos serviços de saúde, em municípios

com mais de 100 mil habitantes(31). A utilização do sistema de regulação informatizado (SISREG) e a implantação do cartão nacional de saúde poderão subsidiar a avaliação das políticas públicas e qualificar o acesso aos serviços de saúde, garantindo a integralidade da atenção em tempo oportuno(30).

Recomenda-se que futuros estudos investiguem a situação atual da regulação em saúde, diante da expansão da estratégia saúde da família e da tentativa de organização da rede de serviços de saúde coordenadas pela atenção primária à saúde, incluindo municípios de todos os portes populacionais e de todas as regiões do país (32).

Colaboradores

MAM Lemões e L. A. Facchini contribuíram na concepção do artigo, análise de dados, interpretação e redação final do artigo.

Agradecimentos

Ao Ministério da Saúde, Banco Mundial e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq; Edital 23/2006, processo nº. 409463/2006-0) pelo apoio financeiro.

Referências:

1. Malta DC, Cecílio LCO, Merhy EE, Franco TB, Jorge AO, Costa MA. *Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais*. Ciênc saúde coletiva. 2004;9(2):433-44.
2. Menicucci TMG. *Regulação da assistência à Saúde: o caso de Minas Gerais.* Fundação João Pinheiro Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho,Centro de Estudos Econômicos e Sociais. Belo Horizonte, 2005.
3. Almeida C, Travassos C, Porto S, Baptista T. *A reforma sanitaria brasileira: em busca da equidade*. Washington, D.C: Organizacao Pan-americana da Saúde; 1999.
4. Brasil. *Manual de implantação de complexos reguladores.* Ministério da Saúde, Seretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
5. Coelho RC. *Estado, governo e mercado*. Departamento de Ciências da Administração/ UFSC. Brasília: Capes: UAB, 2009.
6. Brasil. *Redes regionalizadas e territórios integrados de atenção à saúde- TEIAS* [database on the Internet]2009 [cited dia: 03/02/2011, às 10h16min]. Available from: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/documento_redes_versao_out2010.pdf.
7. Gabel JR. *Job-based health insurance, 1977-1998: the accidental system under scrutiny*. Health Aff (Millwood). 1999 Nov-Dec;18(6):62-74.
8. Giovanella L, Escorel S, Mendonça MHM. *Estudos de caso sobre implementação da estratégia saúde da família em quatro grandes centros urbanos: relatório de pesquisa: Aracaju*. Rio de Janeiro: ENSP/DAPS/NUPES; 2009.
9. OPAS. *A atenção à saúde coordenada pela APS: Construindo as redes de atenção no SUS*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
10. Artmann E RF. *Regionalização em saúde e mix público-privado.* [database on the Internet]2003 [cited 26/10/2010]. Available from: http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT_AS_05_EArtmann_RegionalizacaoEmSaude.pdf
11. Magalhães Junior HM. *O Desafio de construir e regular redes públicas, com integralidade, em sistemas privado-dependentes: a experiência de Belo Horizonte.* [Tese de Doutorado]. Campinas: Universidade de Campinas; 2006.
12. Brasil. *As oficinas para a organização das redes de atenção à saúde*. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2010.
13. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. *Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde*. Ciênc saúde coletiva. 2006;11(3):669-81.
14. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Teixeira VA, Silveira DS, et al. *Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas*. Cad saúde pública. 2008;24(supl.1):s159-s72.
15. Hartz ZMA, Felisberto E, Silva LMV. *Meta-avaliação da atenção básica em saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.
16. Brasil. *Assistência de média e alta complexidade no SUS*. Brasília: Conselho Nacional dos Secretários de Saúde - CONASS; 2007.
17. Brasil. *Manual de apoio aos gestores do SUS: organização da rede de laboratórios clínicos*. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

18. OPAS. *Inovação nos sistemas logísticos : resultados do laboratório de inovação sobre redes integradas de atenção à saúde baseadas na APS*. Mendes EV, editor. Brasília Organização Pan-Americana da Saúde; 2010.
19. *Center for Diseases Control and Prevention.* Division of Public Health Surveillance and Informatics. Atlanta: Epi Info versão 6.04b. CDC.
20. Minayo M. *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. 10ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
21. Conill EM, MCR F. *Análisis de la problemática de la integración de la APS en el contexto actual: causas que inciden en la fragmentación de servicios y sus efectos en la cohesión social*. Rio de Janeiro: Documento Técnico EuroSocial Salud; 2007.
22. Santos NR. *Ética social e os rumos do Sistema Único de Saúde*. Mundo saúde (1995). 2004;28(3):239-45.
23. Souza RR. *A regionalizaçäo no contexto atual das políticas de saúde*. Ciênc saúde coletiva. 2001;6(2):451-5.
24. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Brasil. Ministério da Saúde; 2002.
25. Santos IS, Ugá MAD, Porto SM. *O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde*. Ciênc saúde coletiva. 2008;13(5):1431-40.
26. Brasil. *Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com eqüidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar*. 2. ed. revista e atualizada ed. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência; 2002.
27. Saltman RB, Rico A, Boerma WGW. *Atenção Primária Conduzindo as Redes de Atenção à Saúde Reforma organizacional na atenção primária européia.* . Observatório Europeu dos Sistemas de Saúde e Séries Políticas; 2006.
28. Silva MEM. *O processo de tomada de decisão para o agendamento de consultas especializadas em centrais de regulação: proposta de um modelo baseado em análise multi-critério* [Dissertação de mestrado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2004.
29. Pinheiro R. *As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construçaõ da integralidade*. In: Pinheiro R, Mattos RAd, editors. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS ABRASCO; 2001. p. 65-112.
30. Brasil. *Regulação no SUS* [database on the Internet]. Ministério da Saúde. 2003 [cited 04/04/2011]. Available from: http://www.portalsisreg.epm.br/conteudo/reg_control01.htm.
31. Feuerwerker L. *Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS*. Interface comun saúde educ. 2005;9(18):489-506.
32. Mendes EV. *As redes de ateção à saúde*. Belo Horizonte: ESP-MG; 2009.

Quadro 1. Variáveis, indicadores e fontes utilizadas para a caracterização da regulação assistencial em municípios da região Sul e Nordeste do Brasil. ELB-PROESF, UFPel, 2005.

Variável	**Indicador**	**Fonte**
Porta de entrada no sistema de saúde	% do tipo de serviço identificado como primeiro acesso do usuário ao sistema de saúde	Gestor
Adequação do sistema e serviços de saúde às necessidades de saúde do município	Média do valor atribuído pelos gestores (escala de 0 a 10)	Gestor
Facilidades e dificuldades no setor de Controle, Avaliação, Auditoria e Regulação	Facilidades e dificuldades do setor	Gestor
Serviços para acolhimento de reclamações dos usuários	Serviços disponíveis no município para acolher as reclamações de saúde	Fonte Documental
Informatização da rede básica e utilização de computador para auxiliar a organização do trabalho	% de Unidades de saúde informatizadas % de utilização de computador nas atividades relacionadas ao trabalho	Trabalhadores Estrutura
Implantação de centrais	Centrais de leito, consultas especializadas, exames, SAMU implantadas;	Fonte Documental
Consultas efetivadas através de centrais	% de consultas efetivadas através de centrais de 2001 a 2004	Fonte Documental
Adequação - das centrais para acolhimento e ordenação das necessidades de saúde do município	Média de adequação das centrais de acolhimento na opinião dos gestores	Fonte Documental
Articulação com serviços de maior complexidade	% de municípios que referenciam os usuários da APS a outros serviços da rede assistencial	Gestor
Encaminhamentos dos usuários a serviços de complexidade ou apoio diagnóstico e terapêutico	% das formas de agendamentos utilizados pelos municípios, ou pelos usuários para acesso a outros serviços da rede	Estrutura
Tempo de espera dos usuários para atendimento ao serviço especializado e, acesso diagnóstico	Média de tempo de espera (dias) para atendimento em serviços especializados Média de tempo de espera (dias) para recursos diagnósticos e terapêuticos especializados	Fonte documental
Acesso direto e satisfatório a exames e consultas especializadas	% de acesso direto e satisfatório exames e consultas especializadas	Estrutura

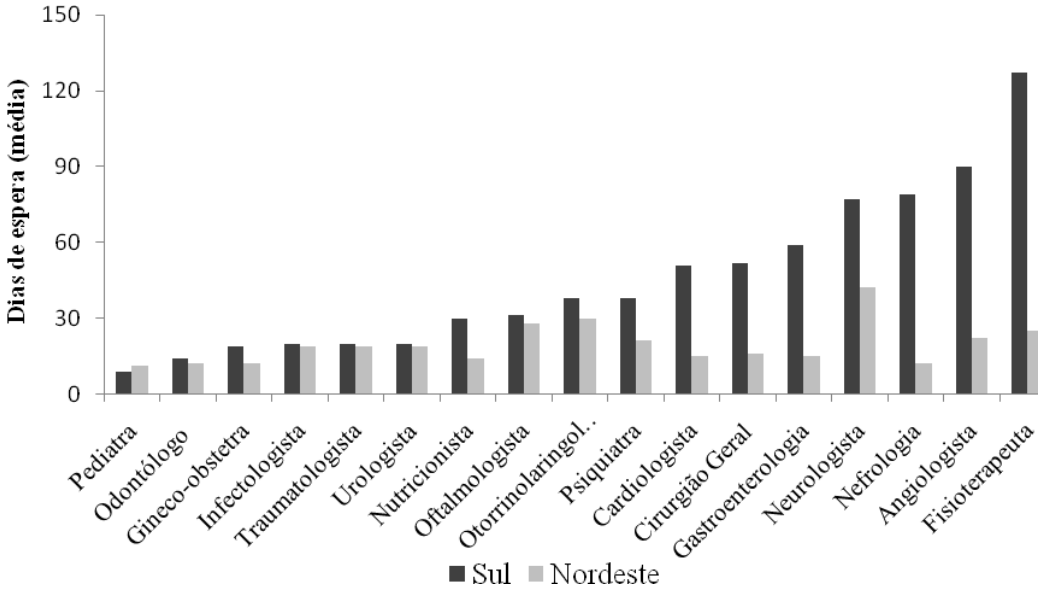

Figura 1. Tempo médio de espera (em dias) para atendimento especializado de acordo com a região. ELB-PROESF, UFPel, 2005.

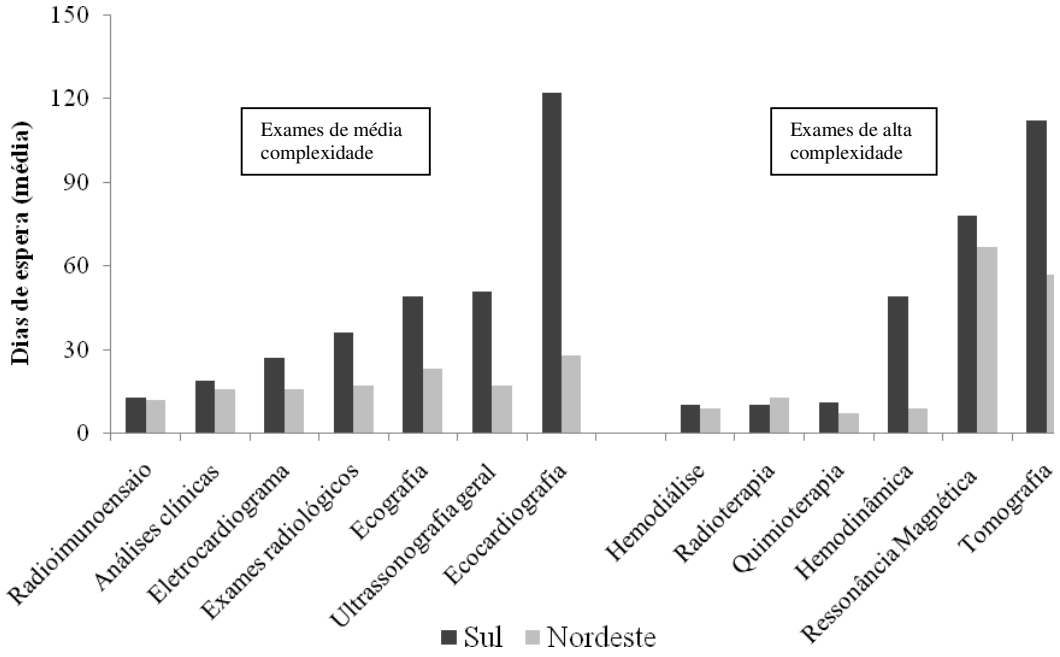

Figura 2. Tempo médio de espera (em dias) no acesso a recursos de média e alta complexidade de acordo com a região. ELB-PROESF, UFPel, 2005.

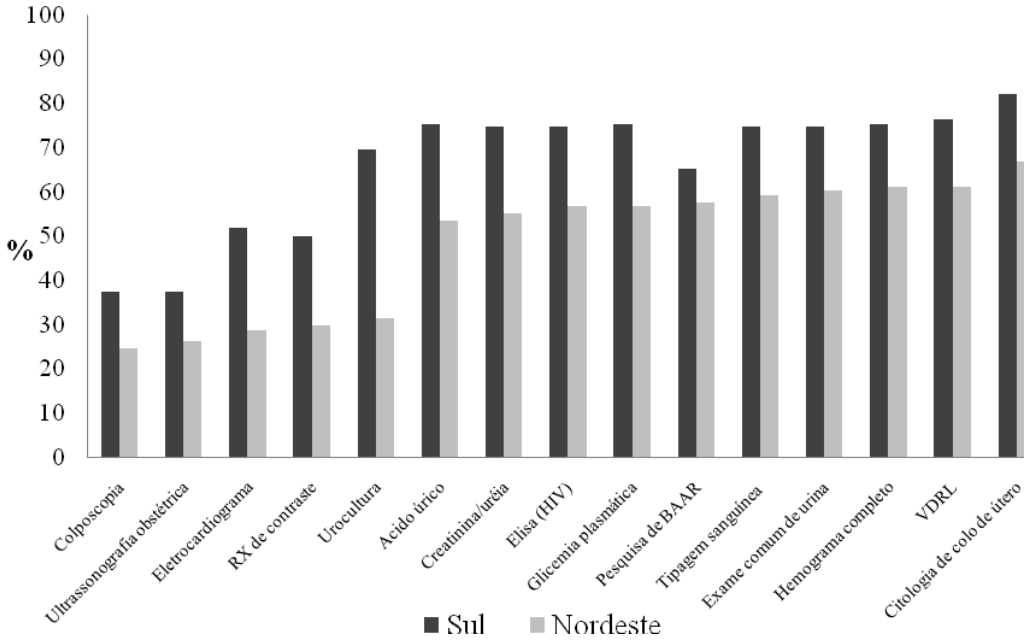

Figura 3. Percentual de satisfação dos profissionais da Atenção Primária à Saúde com o acesso direto a exames complementares de acordo com a região. ELB-PROESF, UFPel, 2005.

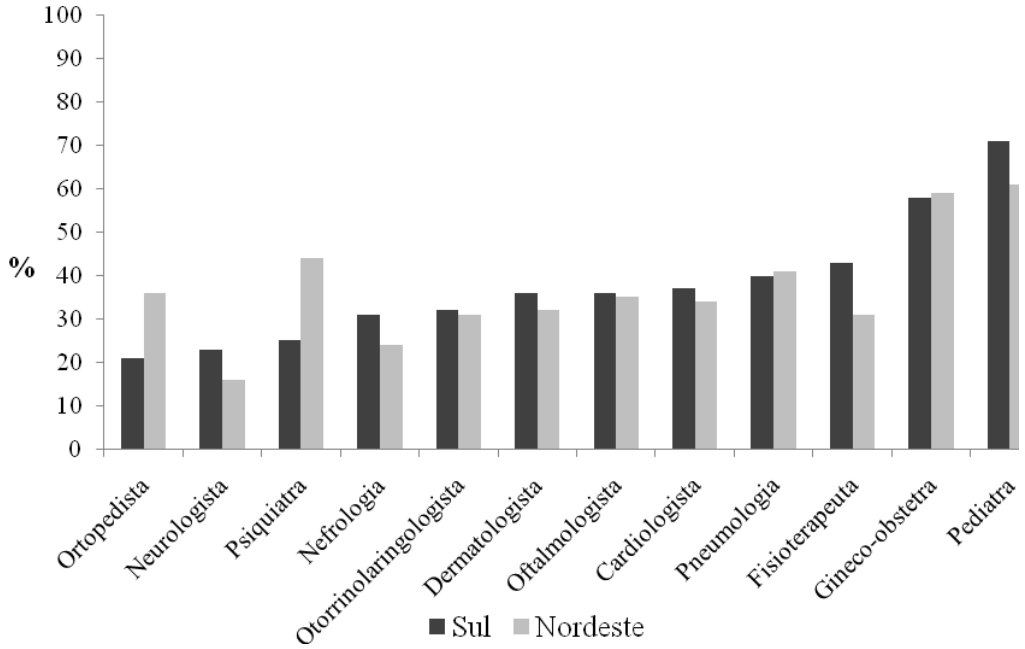

Figura 4. Percentual da satisfação dos profissinais da Atenção Primária à Saúde com acesso direto a atenção especializada de acordo com a região. ELB-PROESF, UFPel, 2005.

Tabela 1. Adequação do sistema e serviços de saúde às necessidades de saúde do município de acordo com a região. ELB-PROESF, UFPel, 2005.

Itens Avaliados	n	Sul		Nordeste		Total	
		Média	Desvio-padrão	Média	Desvio-padrão	Média	Desvio-padrão
Rede Básica	27	6,8	1,8	5,8	1,4	6,3	1,7
Atenção Básica Tradicional	26	5,7	1,2	5,4	1,8	5,5	1,5
Estratégia Saúde da Família	27	7,3	2,0	6,9	1,5	7,1	1,7
Experiências inovadoras em Atenção Básica e Estratégia Saúde da Família	25	6,8	1,7	5,4	2,5	6,1	2,2
Controle, Auditoria, Avaliação e Regulação	24	5,3	3,0	5,8	2,4	5,5	2,7
Informações de Saúde	25	4,8	2,9	6,9	2,0	5,9	2,6
Assistência Farmacêutica	26	7,1	1,4	6,6	2,5	6,8	2,0
Ações Programáticas	23	6,6	1,7	6,9	1,9	6,7	1,8
Apoio administrativo Recursos Humanos	23	6,8	1,3	6,5	1,9	6,7	1,6

Artigo 2 enviado para revista

Prevalência de Transtornos Psiquiátricos Menores em trabalhadores da Atenção Primária à Saúde

Prevalence of minor psychiatric disorders in workers of Primary Health Care.

Alitéia Santiago Dilélio[1,*]
Luiz Augusto Facchini[1,3]
Elaine Tomasi[2]
Suele Manjourany Silva[3]
Elaine Thumé[3,4]
Roberto Xavier Piccini[5]
Denise Silva Silveira[1]
Maria de Fátima Santos Maia[5]
Alessander Osório[5]
Fernando Vinholes Siqueira[2]
Vanda Maria da Rosa Jardim[1]
Marcos Aurélio Matos Lemões[1]

1 Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas
2 Universidade Católica de Pelotas
3 Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas
4 Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia, Universidade Federal de Pelotas
5 Departamento de Medicina Social, Universidade Federal de Pelotas

* Endereço para correspondência:
Alitéia Santiago Dilélio
Rua: Marechal Deodoro, 919 apt 302
Bairro: Centro
Pelotas – Rio Grande do Sul – Brasil. CEP: 96020-220
Número de telefone: (53) 3227 5694 - (53) 9131 3325
E-mail: aliteia@gmail.com

Resumo:

Os problemas de saúde mental estão entre os mais prevalentes em trabalhadores de saúde. Avaliou-se a prevalência de Transtornos Psiquiátricos Menores (TPM) e fatores associados em profissionais de enfermagem, comparando-os aos demais trabalhadores da Atenção Primária à Saúde (APS). Realizou-se estudo transversal de base de serviço de saúde com trabalhadores lotados em 240 Unidades Básicas urbanas de 41 municípios acima de 100 mil habitantes de sete estados das regiões Sul e Nordeste do Brasil. Entrevistou-se 4.749 trabalhadores e a prevalência de TPM foi de 16%, sem diferenças estatísticas por região e modelo de atenção, variando com a função. Foi maior em Agentes Comunitários de Saúde e outros trabalhadores de nível médio, menor em outros profissionais de nível superior, ficando os médicos e profissionais de enfermagem em posição intermediária ($p<0,001$). Os fatores ocupacionais apresentaram a mais forte associação com a ocorrência de TPM na análise ajustada, sugerindo que sua redução depende de melhorias nas condições de trabalho na APS e da gestão do Sistema Único de Saúde.

Descritores: Pesquisa sobre Serviços de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Saúde do Trabalhador. Transtorno Psiquiátrico Menor. Enfermagem.

Abstract:

The mental health problems are among the most prevalent health workers. We evaluated the prevalence of Minor Psychiatric Disorders (MPD) and associated factors in professional nursing, comparing them to other employees of the Primary Health Care (PHC). Held cross-sectional study of health service workers crowded into 240 units, comprised of 41 urban municipalities with more than 100 thousand inhabitants in seven states in the South and Northeast of Brazil. We interviewed 4,749 workers and the prevalence of MPD was 16%, no statistical differences by region and type of care, varying with the function. Was higher in the Community Health Agents and other mid-level workers, lower in other tertiary level, leaving doctors and nurses in an intermediate position ($p < 0.001$). The occupancy factors showed the strongest association with the occurrence of PMS in the adjusted analysis, suggesting that its reduction depends on improvements in working conditions in the PHC and the management of the Unified Health System

Keywords: Health Services Research. Primary Health Care. Occupational Health. Minor Psychiatric Disorders. Nursing.

Introdução

O trabalho constitui-se em um processo coletivo que define, organiza e divide a inserção social de indivíduos e coletividades, determinando um nexo biopsíquico historicamente específico dos indivíduos[1]. Diversas pesquisas no setor agrícola, comercial e industrial[2-5] evidenciam a relação marcante do trabalho com as condições de vida e saúde dos trabalhadores. Recentemente ganha destaque a avaliação dos trabalhadores no setor saúde, em função da importância relativa que assumem no contexto da força de trabalho em todo o mundo[6-10]. No Brasil, os trabalhadores da saúde representam mais de 2,5 milhões do total de trabalhadores no país, estando um milhão de trabalhadores lotados em Unidades Básicas de Saúde (UBS)[11].

No âmbito do sistema de saúde, é crescente o reconhecimento de que o acesso da população a cuidados de saúde com qualidade está ligado ao bem-estar dos trabalhadores da saúde[12]. O ambiente de trabalho adequado, o bom relacionamento interpessoal e o crescimento profissional produzem um sentimento de satisfação e motivação para o trabalho potencializando a qualidade da atenção dispensada aos usuários dos serviços de saúde[13, 14]. Lesões, incapacidades e condições de trabalho precárias entre trabalhadores da saúde, além de comprometerem a qualidade de vida da força de trabalho[10], podem afetar a qualidade da atenção à saúde[13, 14]

Os trabalhadores da Atenção Básica apresentam elevadas prevalências de problemas de saúde, inclusive de saúde mental[10, 15]. Portanto, em termos de justiça social com a força de trabalho em saúde e de prioridade epidemiológica, as questões de saúde e, particularmente de saúde mental, devem estar no centro da preocupação de gestores e pesquisadores. Esta questão ganha relevância ao observarmos que, apesar da historicidade das relações entre precárias condições de trabalho e de saúde dos trabalhadores, inclusive com repercussões na saúde mental[1, 2, 16], há uma relativa escassez de investigações abordando esta temática na força de trabalho em saúde, particularmente na Atenção Primária à Saúde (APS)[9, 10, 17, 18].

No campo das morbidades, os transtornos mentais promovem importantes prejuízos na funcionalidade e qualidade de vida. Cerca de um terço (30,8%) da totalidade dos anos vividos com incapacidade são decorrentes de transtornos mentais[19].

A exemplo de outras categorias profissionais, na APS, os estudos também devem valorizar as diferentes formas de inserção no processo de trabalho, como síntese das múltiplas determinações da saúde dos trabalhadores[2]. A complexidade e a diversidade da inserção ocupacional podem refletir diferentes padrões de adoecimento e agravos à saúde, cujo

conhecimento é essencial para a formulação de intervenções em saúde e segurança do trabalhador[20-22]. Neste contexto, o presente artigo tem por objetivo avaliar a prevalência de Transtornos Psiquiátricos Menores (TPM) e fatores associados entre profissionais de enfermagem, comparando-os com os demais trabalhadores da Atenção Primária à Saúde, nas regiões Sul e Nordeste do Brasil.

Metodologia

Realizou-se um estudo transversal de base de serviço de saúde, estratificando as Unidades Básicas de Saúde segundo o modelo de atenção (Tradicional e PSF)[18]. A população-alvo do estudo foi constituída por todos os trabalhadores lotados em 240 Unidades Básicas de Saúde (UBS) da zona urbana de 41 municípios com mais de 100 mil habitantes de sete estados das regiões Sul (RS, SC) e Nordeste (AL, PB, PE, PI, RN), incluídos no Estudo de Linha de Base (ELB) do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF)[17], selecionados, independente da idade, sexo ou ocupação. O ELB conduzido pela UFPel avaliou o desempenho do PSF nas duas regiões, com o propósito de subsidiar a reorientação do modelo de Atenção Básica á Saúde conforme demanda expressa no termo de referência do PROESF[17].

Do total de 41 municípios em estudo, 17 localizavam-se no Rio Grande do Sul, quatro em Santa Catarina, dois em Alagoas, três na Paraíba, dez em Pernambuco, dois no Piauí e três no Rio Grande do Norte. A partir desta composição, uma amostra estratificada por múltiplos estágios orientou a seleção da população da área de abrangência dos serviços, Unidades Básicas de Saúde, trabalhadores de saúde e usuários[23].

Os dados foram coletados no período de março a agosto de 2005, através de questionário individual auto-aplicado distribuído por 15 supervisores vinculados ao ELB-PROESF. O instrumento foi planejado para avaliar a prevalência de transtornos psiquiátricos menores, através da versão brasileira validada do *"Self Report Questionnaire"* (SRQ-20)[24]. O ponto de corte para suspeição de TPM foi de oito para mulheres e seis para homens.

Valorizando a natureza técnica da atividade, expressa na função desempenhada na unidade de saúde, os trabalhadores foram agrupados em cinco categorias: médicos; profissionais de enfermagem, que incluem enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem; outros profissionais de nível superior, que incluem odontólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas e outros; outros trabalhadores de nível médio, que compreendem técnicos e auxiliares de higiene bucal e auxiliares administrativos e agentes comunitários de saúde.

Optou-se por agrupar, em uma única categoria, os profissionais de enfermagem devido à semelhança técnica das atividades desenvolvidas, apesar da diferença social observada entre estes profissionais, decorrente da escolaridade. O tamanho da amostra e o interesse em alcançar poder estatístico de 80% também subsidiaram esta decisão[25].

Os trabalhadores também forneceram informações sobre gênero, idade, renda individual, tabagismo (nunca fumou, já fumou, fuma), sedentarismo (menos de 150 minutos de atividade física moderada e vigorosa por semana)[26], presença de algum problema de saúde, regime de trabalho precário (contratos em regime emergencial ou temporário com o município, ou aqueles realizados através de organizações não governamentais, cooperativas e entidades filantrópicas) e satisfação com estrutura da UBS, com atendimento domiciliar, trabalho em equipe e reuniões com a comunidade. As variáveis independentes ainda incluíram características do contexto sócio-geográfico (Sul e Nordeste) e do modelo de atenção da unidade básica à saúde em que o trabalhador estava lotado (PSF e Tradicional)[18].

Ao priorizar variabilidade dos TPM conforme a divisão técnica do trabalho, a escolaridade deixou de ser considerada na análise como variável independente, pois claramente indica padrões de divisão social do trabalho[1].

Os dados foram digitados no programa Epi Info 6.04b (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos) e analisados com o pacote estatístico Stata 9.0[27].

Inicialmente, procedeu-se às análises descritivas, verificando a distribuição dos casos em cada variável. A análise bivariada examinou o comportamento das variáveis segundo o modelo de atenção (PSF e tradicional), a região (Sul e Nordeste) e a função (Figura 1). As associações foram testadas por meio da comparação entre proporções, utilizando-se o teste do qui-quadrado, pois a variável dependente TPM é qualitativa, sendo consideradas significativas as diferenças com valor de p inferior a 0,05. A análise estratificada avaliou a distribuição dos TPM conforme a função para as variáveis independentes estatisticamente associadas na análise bivariada. A análise multivariável foi conduzida mediante modelo hierárquico, sendo a probabilidade da ocorrência de TPM de acordo com a função ajustada no primeiro nível para idade, sedentarismo e problema de saúde; no segundo nível para regime de trabalho precário e tempo de trabalho na UBS e, no terceiro nível para satisfação com a estrutura da UBS, com o atendimento domiciliar, com o trabalho em equipe e reuniões com a comunidade. A seleção das variáveis teve como critério p-valor <0,20[28] na análise bivariada. Caso alguma variável apresentasse p-valor >0,20 após ajuste seria excluída do modelo de análise multivariável. Essa condição não foi observada, assim, todas as variáveis selecionadas na análise bivariada se mantiveram no modelo final de ajuste multivariável.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Pelotas, sob o número 045/2004 em 13 de setembro de 2004.

Resultados

Foram entrevistados 4749 profissionais (1730 no Sul e 3019 no Nordeste), 2956 em unidades de saúde da família e 1793 em unidades tradicionais. Do total, 521 (11,0%) eram médicos, 1175 (25,0%) eram profissionais de enfermagem, 411 (9,0%) eram outros profissionais de nível superior, 1536 (32,0%) eram agentes comunitários de saúde e 1103 (23,0%) eram outros trabalhadores de nível médio.

A amostra foi composta de mais de 80,0% de mulheres, superior em todas as categorias profissionais, apresentando uma freqüência menor entre médicos (57,2%) e maior em profissionais de enfermagem (91,9%) ($p<0,001$). Aproximadamente 60,0% encontravam-se na faixa etária de 30 a 49 anos, com idade média de 37,8 (±10,3) anos. No grupo acima de 50 anos encontravam-se 30,6% dos médicos, 12,0% dos profissionais de enfermagem e apenas 5,7% dos ACS ($p<0,001$). Em relação à renda, 33,0% dos profissionais recebiam até R$ 376,00 e outros 33,0% recebiam mais de R$ 784,00, sendo a mediana de R$ 470,00. A renda também mostrou uma distribuição bastante heterogênea conforme a função, incluindo no maior tercil 92,8% de médicos e apenas 2,8% de ACS ($p<0,001$) (Tabela 1). Destaca-se que o salário mínimo no período do estudo era R$ 300,00.

O sedentarismo foi de 27,5%, significativamente maior entre os médicos (43,7%) e menor entre os ACS (14,9%) ($p<0,001$). O hábito de fumar foi citado por 12,4% dos profissionais, sendo a menor prevalência observada entre outros profissionais de nível superior (7,2%) e médicos (8,0%) ($p<0,001$) (Tabela 1).

Mais de um terço da amostra referiu ter algum problema de saúde e esta distribuição mostrou-se semelhante para todos os profissionais, não apresentando diferença significativa ($p=0,090$) (Tabela 1).

Quase 40,0% dos profissionais referiu regime de trabalho precário chegando, respectivamente, a 52,8% entre os ACS ($p<0,001$). Para mais de 70,0% dos profissionais, independente da categoria, o tempo de trabalho na UBS foi inferior a cinco anos ($p=0,006$) (Tabela 1).

A estrutura física da UBS e as reuniões com a comunidade foram os itens que tiveram maior proporção de insatisfação. A insatisfação com a estrutura física chegou a 57,3% para outros trabalhadores de nível médio e 55,0% para profissionais de enfermagem

(p=0,001). A insatisfação com as reuniões com a comunidade chegou a 54,9% para outros trabalhadres de nível médio e 54,8% para os médicos (p<0,001) (Tabela 1).

A prevalência total de TPM na amostra foi de 16,0%, sem diferenças estatisticamente significativas de acordo com a região geopolítica (Sul x Nordeste) e o modelo de atenção (PSF x Tradicional). Entretanto, a função desempenhada na unidade de saúde implicou em diferença altamente significativa (p<0,001). A prevalência foi menor entre outros profissionais de nível superior e maior para ACS e outros trabalhadores de nível médio, ficando os médicos e os profissionais de enfermagem em posição intermediária (Figura 1).

A Tabela 2 apresenta a análise da prevalência de TPM e demais variáveis independentes. A prevalência de TPM não apresentou diferenças estatisticamente significativas de acordo com o sexo, renda e o hábito de fumar, para o total da amostra e as diferentes categorias profissionais.

A prevalência de TPM diminui significativamente com o aumento da idade para o conjunto da amostra (Tabela 2) e entre médicos e profissionais de enfermagem. A prevalência de TPM foi significativamente maior entre os sedentários para a totalidade da amostra e para médicos, profissionais de enfermagem e outros profissionais de nível superior não havendo diferença para ACS e outros trabalhadores de nível médio. A presença de algum problema de saúde implicou em maior proporção de TPM para todos os trabalhadores (Tabela 2), com diferenças significativas para cada uma das funções na análise estratificada.

Para o conjunto da amostra, a prevalência de TPM foi maior entre aqueles que não apresentavam regime de trabalho precário (Tabela 2). Na análise estratificada, este comportamento foi observado apenas para ACS e outros trabalhadores de nível médio. Para a totalidade da amostra a prevalência de TPM foi significativamente maior entre os profissionais que apresentavam tempo de trabalho na UBS superior a cinco anos. Ao estratificar por função, esta associação se manteve para profissionais de nível médio, mostrando uma inversão para médicos.

A satisfação com a estrutura da UBS, com o atendimento domiciliar, com o trabalho em equipe e com as reuniões com a comunidade esteve associada significativamente com menores prevalências de TPM para todos os entrevistados (Tabela 2). Ao estratificar por função, esta associação se manteve entre a satisfação com a estrutura para médico, profissionais de enfermagem e ACS. A satisfação com o atendimento domiciliar, com o trabalho em equipe e reuniões com a comunidade apresentou o mesmo padrão de associação significativa com TPM para profissionais de enfermagem e ACS.

Com base nas associações observadas na análise bivariada e seguindo o modelo hierárquico procedeu-se à análise multivariável por regressão de Poisson. A Tabela 3 apresenta o comportamento de cada uma das variáveis selecionadas para o modelo de análise multivariável após ajuste para variáveis de mesmo nível e de nível hierárquico superior. Exceto tempo de trabalho na UBS e satisfação com atendimento domiciliar, trabalho em equipe e reunião com a comunidade, as demais variáveis permaneceram significativas após ajuste.

A Tabela 4 explora a variabilidade da prevalência de transtornos psiquiátricos menores segundo a categoria de trabalhadores, após ajuste para diferentes níveis hierárquicos de variáveis. Após o ajuste para as variáveis do primeiro nível, o excesso de prevalência de TPM em médicos e profissionais de enfermagem deixou de ser significativo, enquanto para ACS e outros trabalhadores de nível médio foi reduzido mantendo a significância estatística (p=0,009), o que indica que a idade, o sedentarismo e os problemas de saúde confundiam parte da associação. O ajuste para as variáveis do segundo nível não modificou o efeito observado no primeiro nível (p=0,014). Por fim, após o ajuste para as variáveis do terceiro nível, que incluem a satisfação com a estrutura e o processo de trabalho, as diferenças na prevalência de TPM de ACS e outros de nível médio perderam significância estatística, em relação ao grupo de referência (p=0,190).

Discussão

Apesar das limitações do delineamento transversal em estabelecer relação de causa e efeito e o viés de prevalência em decorrência do efeito do trabalhador sadio, acredita-se que estes problemas estiveram minimizados, em virtude dos TPM serem considerados um desfecho crônico, de elevada prevalência, cuja comparação é feita entre os próprios trabalhadores das UBS[6, 29].

Um possível problema desta amostra para a inferência dos achados para o universo dos trabalhadores da APS é a falta de informação de cobertura relacionada ao número de profissionais. Todos os presentes na UBS no dia da coleta responderam o questionário, mas não se sabia o total de trabalhadores alocados em cada unidade. A suposição é de uma grande abrangência da população de referência, embora as eventuais perdas incluam indivíduos ausentes do processo de trabalho por incapacidades, inclusive decorrentes de TPM.

A prevalência de TPM encontrada (16%) foi inferior a relatada em outros estudos com trabalhadores da saúde e de outras categorias profissionais. Chama atenção que muitos

trabalhos tem usado pontos de corte diferenciados o que aumenta a dificuldade de comparação entre os estudos[6, 22, 30-33]. Contribuindo para o debate sobre a acurácia desta medida Gonçalves, Stein e Kapczinski[34] viram que o ponto de corte 7/8 é adequado e não sofre influência significativa de gênero na análise da curva ROC, apresentando uma sensibilidade de 86,33% e especificidade de 89,31%[34]. Ao aplicar esta sugestão em nosso estudo, a prevalência de TPM caiu para 14,5% e, conforme o esperado, mostrou diferenças significativas de acordo com o gênero, tendo as mulheres apresentado mais que o dobro de TPM do que os homens.

O estudo realizado com 350 médicos de Salvador, encontrou uma prevalência de 26% de TPM [22]; e o estudo que investigou 502 trabalhadoras de enfermagem de hospital público encontrou uma prevalência de 33%[6]. Em trabalhadores rurais a prevalência foi de 38%[4] e entre motoristas e cobradores de ônibus urbanos foi de 20%[33].

Apesar da prevalência de TPM ser mais elevada entre a população geral - variando de 25% a 40%[31, 32, 35-37] - e entre outras categorias profissionais, os problemas de saúde mental estão entre os mais freqüentes em trabalhadores da APS[10]. A prevalência encontrada pode ser explicada, em parte, pelo efeito do trabalhador sadio e pelas características do processo de trabalho. Segundo Warr, citado por Ludermir[30] a oportunidade para controle e o uso de habilidades, para contatos interpessoais e de valorização social das ocupações de saúde têm conseqüências positivas e contribuem para ausência de transtornos mentais. Por outro lado, as exigências e pressões de um trabalho que lida cotidianamente com o sofrimento e a doença podem intensificar a seleção de trabalhadores mais saudáveis, especialmente em termos de saúde mental[6, 38].

Neste estudo não foi observada associação entre TPM e sexo. Para a população em geral maiores prevalências de TPM têm sido relatadas para mulheres[30, 32, 35, 37], o que também pode ser observado entre médicos[22]. Possíveis explicações para estes achados incluem o fato de que a força de trabalho da APS é majoritariamente feminina e, a mulher, ao ingressar no mercado de trabalho apresenta melhor qualidade de vida[36], pois há o incremento do orçamento doméstico, a proteção contra o isolamento com o estabelecimento de relações afetivas[6, 30], mesmo que haja um aumento da jornada de trabalho e diminuição do lazer[36].

A maioria dos estudos revisados aponta a baixa renda como fator de risco para a ocorrência de TPM, tanto para população em geral[30, 32, 35, 36], quanto para médicos[22] e motoristas e cobradores de ônibus[33]. A escolaridade e a renda são consideradas indicadores socioeconômicos e neste estudo indicam claramente a divisão social e técnica do trabalho. Quanto maior a escolaridade maior a possibilidade de escolhas na vida, o que influência as

condições sócio-econômicas futuras e inserção social na estrutura ocupacional[35]. A baixa renda pode significar a diminuição do poder e a incapacidade social, aumentando a susceptibilidade a doenças mentais[31].

Ressalta-se que apesar da renda ter sido analisada, não apresentou associação com a prevalência de TPM, embora tenha variado com a função desempenhada no serviço, que tem marcante diferença de renda. Deve-se considerar também o fato de que a renda referida neste estudo era individual e referente ao trabalho na UBS, não incluindo a renda familiar e a relativa a outros empregos.

Em alguns estudos há evidências de que a prevalência de TPM aumenta com a idade na população geral[30, 32, 35-37]. Entretanto em médicos[22], motoristas e cobradores de ônibus[33] observou-se uma prevalência de TPM maior em indivíduos mais jovens, corroborando os achados deste estudo. O hábito de fumar esteve associado à maior ocorrência de TPM em estudo realizado em Pelotas[32], ao contrário do observado neste estudo. Além disso, não se avaliou a intensidade do uso de tabaco, que também pode ser menor do que a observada em outras categorias de trabalhadores.

Em relação ao sedentarismo os achados foram consistentes com os descritos por Sobrinho et al.(2006) apontando para o efeito protetor da atividade física na ocorrência de transtornos mentais[22]. A atividade física promove impacto positivo sobre a saúde mental, prevenindo depressão, déficit congnitivo, demência e doença de Alzheimer[39].

A referência a algum problema de saúde mostrou forte associação com TPM para o conjunto da amostra e todas as categorias profissionais. Sem excluir a possível causalidade reversa desta associação, cabe destacar a importância da co-morbidade na conformação do perfil de saúde dos trabalhadores da APS. Além dos TPM, os principais problemas de saúde referidos incluem as doenças do aparelho circulatório, as do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo e as doenças do aparelho digestivo[10].

Ao contrário do esperado, profissionais com vínculo de trabalho precário apresentaram menor prevalência de TPM. Talvez esse achado seja decorrente de um tempo de exposição insuficiente a esse regime de trabalho, pois dois terços dos trabalhadores trabalhavam há menos de cinco anos nas UBS estudadas. Além disso, a tradicional insegurança que caracteriza o trabalho temporário ou precário nos setores industrial, agrícola e comercial pode não ter a mesma correspondência ou o mesmo significado para trabalhadores da APS. A oportunidade de trabalho e a melhor remuneração no Saúde da Família poderia compensar, pelo menos inicialmente, a instabilidade do regime precário. Na análise estratificada esta relação se manteve apenas para as ocupações de menor remuneração. Igualmente cabe

mencionar que a precariedade das condições de trabalho não são decorrentes apenas de um vínculo contratual precário. Logo, desprecarizar a forma de contratação dos trabalhadores da APS pode ser insuficiente para minimizar os efeitos nocivos decorrentes de condições de trabalho inadequadas, ou seja de estruturas e processos precários. Portanto, a associação entre regime de trabalho precário e TPM deve ser explorada com maior profundidade e detalhamento em futuros estudos.

A forma como o trabalho se organiza na APS determina diferentes desafios aos trabalhadores de saúde à medida que estes assumem inúmeras tarefas, atendendo ao mesmo tempo as atribuições especificas da atividade desempenhada e os imprevistos decorrentes da demanda espontânea e da infra-estrutura inadequada[40]. Os profissionais que trabalhavam na UBS a mais de cinco anos apresentaram maiores prevalências de TPM, indicando que o maior tempo de exposição neste contexto pode estar associado ao aumento do desgaste físico e emocional do trabalhador.

A insatisfação com a estrutura da UBS, com o atendimento domiciliar, com o trabalho em equipe e com reuniões com a comunidade manteve associação significativa com maiores prevalências de TPM. Esta associação pode ser atribuída ao desgaste advindo do sentimento de impotência e insatisfação em relação à complexidade do trabalho, à insuficiência de meios e instrumentos de trabalho, ao modelo assistencial vigente e à organização e divisão do trabalho[40].

A análise bruta mostrou que comparados à categoria de referência os demais trabalhadores apresentaram um risco aumentado de desenvolver TPM, sendo este risco maior para ACS (83%) e outros trabalhadores de nível médio (88,0%). Após ajuste para idade, sedentarismo, problema de saúde, regime de trabalho precário e tempo de trabalho na UBS, fatores de confusão incluídos nos dois primeiros níveis de análise, os TPM mantiveram-se associados à ocupação, para ACS e outros trabalhadores de nível médio, sendo o risco superior a 50,0% para estas categorias em comparação à de referência. Ao ajustar para características da estrutura e do processo de trabalho, o risco se manteve aumentado, mas houve perda da significância estatística, sugerindo que o excesso de prevalência de TPM em ACS e outros trabalhadores de nível médio guarda forte associação com a satisfação com o trabalho realizado.

Conclusão

A prevalência de TPM foi menor em trabalhadores da APS, inclusive em atividades de enfermagem, do que em outros grupos de trabalhadores do setor industrial e de serviços. Entretanto observou-se um risco aumentado de TPM em ACS e outros trabalhadores de saúde de nível médio, caso não se considere a satisfação com a estrutura e o processo de trabalho. Diversos elementos presentes na organização do trabalho mostraram-se associados à vida mental dos trabalhadores e ao se constituírem em fonte de sofrimento e dano à saúde, negam a capacidade criativa, ao invés de desenvolver as potencialidades dos trabalhadores[16, 25].

O estudo contribui para a avaliação da saúde mental dos trabalhadores da APS, identificando padrões de ocorrência, fatores associados e grupos mais vulneráveis. A relevância dos achados sobre as características da estrutura e do processo de trabalho sugere que a redução dos problemas de saúde mental em trabalhadores da APS depende da gestão do SUS, incluindo a melhoria das condições de trabalho. Estudos epidemiológicos abrangentes são úteis na avaliação das condições de trabalho e saúde no Sistema Único de Saúde, podendo subsidiar o delineamento de políticas voltadas aos trabalhadores de saúde, incluindo intervenções para promoção da saúde mental, prevenção de riscos e controle dos agravos.

Colaboradores

AS Dilélio, LA Facchini, E Tomasi, SM Silva, E Thumé participaram da concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados e RX Piccini, DS Silveira, MFS Maia, A Osório, FV Siqueira, VMR Jardim e MAM Lemões participaram da revisão de literatura, da redação e revisão do artigo.

Agradecimentos

Os autores agradecem aos trabalhadores das unidades básicas de saúde pela acolhida e apoio prestado e aos auxiliares de pesquisa, pelo empenho nas diferentes etapas do trabalho de campo. O estudo foi financiado pelo Ministério da Saúde e Banco Mundial no âmbito do Componente 3 do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família e pelo CNPq Edital nº 23/2006 PROESF-Gestão.

Referências Bibliográficas:

1 Facchini LA. Por que a doença? A inferência causal e os marcos teóricos de análise. In: Buschinelli JTP, Rocha LE, Rigotto RM, eds. *Isto é trabalho de gente? Vida doença e trabalho no Brasil*. São Paulo: Vozes 1993:33-55.

2 Facchini LA. Proceso de trabajo, cambio tecnologico y desgaste obrero: el caso del ingenio de azucar "Adolfo Lopez Mateos" [Mestrado]: Universidad Autonoma Metropolitana del Mexico; 1986.

3 Buschinelli JTP, Novaes TCP. "Idiopático"? Respirando Benzeno. In: Buschinelli JTP, Rocha LE, Rigotto RM, eds. *Isto é trabalho de gente? Vida doença e trabalho no Brasil*. São Paulo: Vozes 1993:436-60.

4 Faria NM, Facchini LA, Fassa AG, Tomasi E. Estudo transversal sobre saúde mental de agricultores da Serra Gaúcha (Brasil). Rev Saúde Pública. 1999;33(4):391-400.

5 Palácios M, Duarte F, Câmara VM. Trabalho e sofrimento psíquico de caixas de agências bancárias na cidade do Rio de Janeiro. Cad Saude Publ. 2002;18(3):843-51.

6 Araújo TM, Aquino E, Menezes G, Santos CO, Aguiar L. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. Rev Saude Publ. 2003;37(4):425-33.

7 Sobrinho CLN, Carvalho FM, Bonfim TAS, Cirino CAS, Ferreira IS. Condições de trabalho e saúde dos médicos em Salvador, Brasil Rev Assoc Med Bras. 2006;52(2):97-102.

8 Aranda Beltran C, Pando Moreno M. Factores psicosociales asociados a patologías laborales en médicos de nivel primario de atención en Guadalajara, México. . Rev Méd Urug. 2007;23(4):369-77.

9 Garcia LP, Blank VLG. Condutas pós-exposição ocupacional a material biológico na odontologia. Rev Saude Publ. 2008;42(2).

10 Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX, Thumé E, Silveira DS, Siqueira A, et al. Perfil sociodemográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. Cadernos de Saúde Pública. 2008;24(Supl. 1):s193-201.

11 IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Rio de Janeiro: IBGE 2006 Acessado em: 2 jun. 2008 Disponível em: http://ibge.gov.br.

12 Yassi A, Hancock T. Patient safety--worker safety: building a culture of safety to improve healthcare worker and patient well-being. Healthc Q. 2005;8 Spec No:32-8.

13 Prüss-Ustün A, Rapiti E, Hutin Y. Estimation of the global burden of disease attributable to contaminated sharps injuries among health-care workers. American Journal of Industrial Medicine. 2005;48(6):482-90.

14 Alamgir H, Cvitkovich Y, Yu S, Yassi A. Work-related injury among direct care occupations in British Columbia, Canada. Occup Environ Med. 2007;64(11):769-75.

15 Tomasi E. Condições de trabalho e automedicação em profissionais da rede básica de saúde da zona urbana de Pelotas, RS. Rev Bras Epidemiol. 2006:66-74.

16 Dejours C. A Loucura do trabalho: estudo da psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez 1992.

17 Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica à saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2006;11:669-81.

18 Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Teixeira VA, Silveira DS, et al. Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. Cad Saude Publ. 2008;24(Supl.1):s159-72.

19 Murthy RS. The World Health Report 2001: Mental health: new understanding, new hope: World Health Organization 2001.

20 Assunção A. Uma contribuição ao debate sobre as relações saúde e trabalho. Ciência & Saúde Coletiva. 2003;8(4):1005-18.

21 Minayo-Gomez C, Thedim-Costa SMF. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. Cad Saúde Públ. 1997;13(Supl 2):21-32.

22 Sobrinho CLN, Carvalho FM, Bonfim TAS, Cirino CAS, Ferreira IS. Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil. Cad Saúde Pública. 2006;22(1).

23 Luiz RR, Magnanini MMF. O tamanho da amostra em investigações epidemiológicas. In: Medronho RA, Carvalho DM, Bloch KV, Luiz RR, Werneck GL, eds. *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu 2002:295-308.

24 Mari J, Williams P. A validity study of a Psychiatric Screening Questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. Br J Psychiatry. 1986;148:23-26.

25 Facchini LA. Uma contribuição da epidemiologia: o modelo da determinação social aplicado à saúde do trabalhador. In: Buschinelli JTP, Rocha LE, Rigotto RM, eds. *Isto é trabalho de gente? Vida doença e trabalho no Brasil*. São Paulo: Vozes 1993:178-86.

26 Guedes DP, Lopes CC, Guedes J. Reprodutibilidade e validade do Questionário Internacional de Atividade Física em adolescentes. Rev Bras Med Esporte. 2005;11(2).

27 StataCorp LP. Data Analysis and Statistical Software 9.0. College Station TX: Stata Corporation 2005.

28 Maldonado G, Greenland S. Simulation Study of Confounder-Selection Strategies. American Journal of Epidemiology. 1993;138(11):923-36.

29 Lima RC, Victora CG, Dall'Agnol MM, Facchini LA, Fassa AG. Associação entre as características individuais e sócio-econômicas e os acidentes do trabalho em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad Saude Publ. 1999;15(3):569-80.

30 Ludermir AB. Inserção produtiva, gênero e saúde mental. Cad Saúde Pública. 2000;16(3):647-59.

31 Ludermir AB, A de Melo Filho D. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. Rev Saúde Pública. 2002;36(2):213-21.

32 Dias da Costa JS, Menezes AMB, Olinto MTA, Gigante DP, Macedo S, de Britto MAP, et al. Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas, RS. Rev Bras Epidemiol. 2002;5(2).

33 Souza MFM, Silva GR. Risco de distúrbios psiquiátricos menores em área metropolitana na região Sudeste do Brasil. Rev Saúde Pública. 1998;32(1):50-58.

34 Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinski F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. Cad Saúde Pública. 2008;24(2):380-90.

35 Maragno L, Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, César CLG. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. Cad Saude Publica. 2006;22(8):1639-48.

36 Galvão LLLF, Farias MCS, Medeiros de Azevedo PR, Vilar MJP, Dantas de Azevedo G. Prevalência de transtornos mentais comuns e avaliação da qualidade de vida no climatério. Rev Assoc Med Bras. 2007;53(5):414-20.

37 Gonçalves DM, Kapczinski F. Transtornos mentais em comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. Cad Saúde Pública. 2008;24(7).

38 Raffone AM, Hennington EA. Avaliação da capacidade funcional dos trabalhadores de enfermagem. Rev Saude Publ. 2005;39(4):669-76.

39 Fox KR, Stathi A, McKenna J, Davis MG. Physical activity and mental well-being in older people participating in the Better Ageing Project. European Journal of Applied Physiology. 2007;100(5):591-602.

40 Santos VC, Soares CB, Campos CMS. A relação trabalho-saúde de enfermeiros do PSF no município de São Paulo. Rev Esc Enferm USP. 2007;41(Esp):777-81.

Tabela 1 - Distribuição das variáveis independentes de acordo com a função. Estudo de Linha de Base. Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, 2005.

	Médicos	Profissionais de enfermagem	Outros Profissionais de nível superior	Agentes Comunitários de Saúde	Outros trabalhadores de nível médio	p	Total
Sexo						<0,001	
Masculino	221 (42,8%)	94 (8,1%)	111 (27,3%)	186 (12,2%)	273 (25,6%)		885 (18,9%)
Feminino	295 (57,2%)	1068 (91,9%)	296 (72,7%)	1338 (87,8%)	792 (74,4%)		3790 (81,1%)
Idade (anos completos)						<0,001	
16 a 29	64 (12,5%)	234 (20,2%)	79 (19,6%)	550 (36,3%)	232 (21,6%)		1159 (24,8%)
30 a 49	292 (56,9%)	784 (67,8%)	239 (59,2%)	880 (58,0%)	622 (57,8%)		2819 (60,4%)
50 a 82	157 (30,6%)	139 (12,0%)	86 (21,3%)	87 (5,7%)	222 (20,6%)		692 (14,8%)
Renda (reais)						<0,001	
até 376,00	0	95 (10,0%)	0	896 (61,0%)	400 (41,7%)		1392 (33,4%)
de 377,00 a 783,00	31 (7,2%)	345 (36,2%)	42 (11,7%)	531 (36,2%)	437 (45,6%)		1386 (33,3%)
de 784 a 9.371,00	397 (92,8%)	512 (53,8%)	316 (88,0%)	41 (2,8%)	122 (12,7%)		1388 (33,3%)
Sedentarismo						<0,001	
Não	245 (56,3%)	581 (69,1%)	205 (64,1%)	924 (85,1%)	471 (71,0%)		2428 (72,5%)
Sim	190 (43,7%)	260 (30,9%)	115 (35,9%)	162 (14,9%)	192 (29,0%)		919 (27,5%)
Tabagismo						<0,001	
Nunca fumou	360 (73,8%)	741 (69,1%)	291 (75,0%)	1000 (72,6%)	610 (61,4%)		3004 (69,5%)
Já fumou	89 (18,2%)	192 (17,9%)	69 (17,8%)	209 (15,2%)	221 (22,3%)		780 (18,1%)
Fuma	39 (8,0%)	139 (13,0%)	28 (7,2%)	168 (12,2%)	162 (16,3%)		536 (12,4%)
Algum problema de saúde						0,090	
Não	276 (54,2%)	652 (58,0%)	252 (63,2%)	809 (57,2%)	612 (58,9%)		2603 (58,0%)
Sim	233 (45,8%)	472 (42,0%)	147 (36,8%)	605 (42,8%)	427 (41,1%)		1885 (42,0%)
Regime de trabalho Precário						<0,001	

Não	342 (68,4%)	815 (71,7%)	296 (75,3%)	701 (47,2%)	696 (66,2%)		2851 (62,4%)
Sim	158 (31,6%)	321 (28,3%)	97 (24,7%)	785 (52,8%)	356 (33,8%)		1718 (37,6%)
Tempo de trabalho na Unidade Básica de Saúde						0,006	
Até 5 anos	368 (73,6%)	873 (77,1%)	290 (71,6%)	1110 (75,1%)	754 (70,5%)		3397 (74,0%)
5 anos ou mais	132 (26,4%)	259 (22,9%)	115 (28,4%)	369 (24,9%)	315 (29,5%)		1191 (26,0%)
Satisfação com trabalho na Unidade Básica de Saúde							
Estrutura						<0,001	
Insatisfeito	251 (49,5%)	633 (55,0%)	232 (57,3%)	794 (52,7%)	501 (47,8%)		2413 (52,2%)
Satisfeito	256 (50,5%)	517 (45,0%)	173 (42,7%)	713 (47,3%)	548 (52,2%)		2208 (47,8%)
Atendimento Domiciliar						<0,001	
Insatisfeito	133 (36,9%)	371 (37,4%)	133 (45,2%)	261 (17,5%)	314 (40,5%)		1212 (31,0%)
Satisfeito	227 (63,1%)	622 (62,6%)	161 (54,8%)	1228 (82,5%)	462 (59,5%)		2702 (69,0%)
Trabalho em Equipe						0,045	
Insatisfeito	91 (19,8%)	269 (23,9%)	103 (27,9%)	328 (21,8%)	244 (25,3%)		1035 (23,4%)
Satisfeito	368 (80,2%)	858 (76,1%)	266 (72,1%)	1176 (78,2%)	720 (74,7%)		3391 (76,6%)
Reuniões com a Comunidade						<0,001	
Insatisfeito	223 (54,8%)	529 (51,8%)	167 (51,7%)	648 (43,8%)	433 (54,9%)		2000 (49,7%)
Satisfeito	184 (45,2%)	493 (48,2%)	156 (48,3%)	830 (56,2%)	356 (45,1%)		2021 (50,3%)
Total	**521**	**1175**	**411**	**1536**	**1103**		

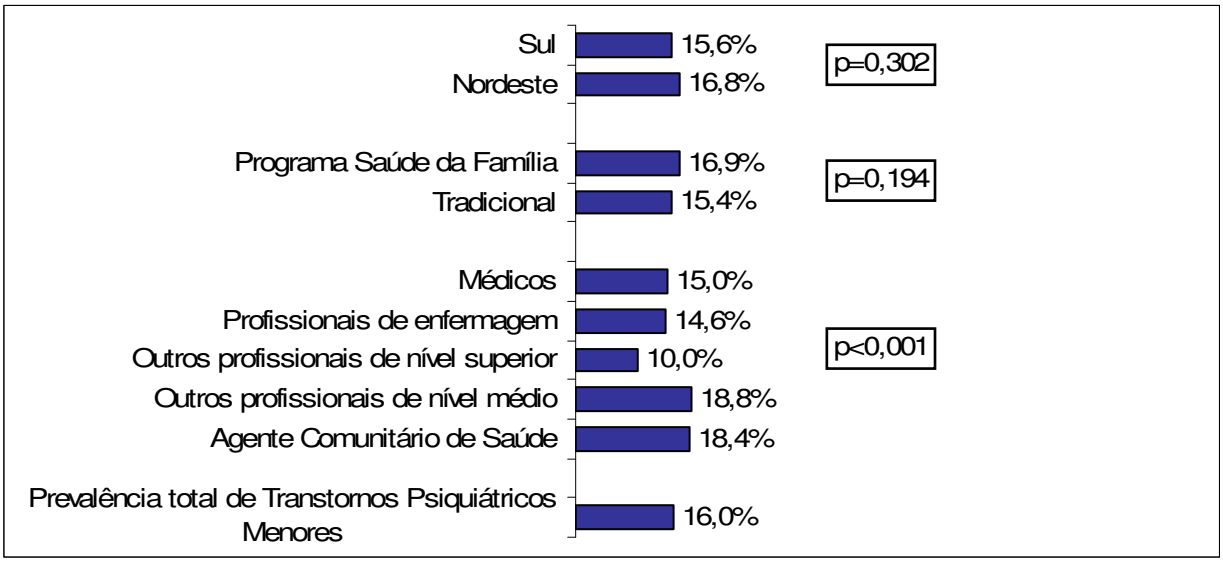

Figura 1 – Transtornos Psiquiátricos Menores em trabalhadores da Atenção Primária à Saúde segundo região, modelo de atenção e função na Unidade Básica de Saúde. Estudo de Linha de Base. Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, 2005.

Tabela 2 – Prevalência de Transtornos Psiquiátricos Menores de acordo com as variáveis independentes. Estudo de Linha de Base. Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, 2005.

	n	Transtornos Psiquiátricos Menores (%)	p
Sexo			0,886
Masculino (809)	131	16,2%	
Feminino (3384)	555	16,4%	
Idade (anos completos)			0,002
16 a 29 (1083)	211	19,5%	
30 a 49 (2468)	396	16,0%	
50 a 82 (589)	76	12,9%	
Renda (reais)			0,109
até 376,00	200	16,5%	
de 377,00 a 783,00	219	18,0%	
de 784 a 9.371,00	192	14,9%	
Sedentarismo			0,025
Não (2224)	349	15,7%	
Sim (845)	161	19,1%	
Tabagismo			0,141
Nunca fumou (2716)	414	15,2%	
Já fumou (676)	122	18,0%	
Fuma (467)	81	17,3%	
Algum problema de saúde			<0,001
Não (2345)	193	8,2%	
Sim (1652)	444	26,9%	
Regime de trabalho Precário			0,026
Não (2507)	434	17,3%	
Sim (1542)	226	14,7%	

Tempo de trabalho na Unidade Básica de Saúde			0,033
Até 5 anos (3036)	473	15,6%	
5 anos ou mais (1026)	189	18,4%	
Satisfação com trabalho na Unidade Básica de Saúde			
Estrutura			<0,001
Insatisfeito (2138)	396	18,5%	
Satisfeito (1967)	276	14,0%	
Atendimento Domiciliar			<0,001
Insatisfeito (1075)	226	21,0%	
Satisfeito (2427)	368	15,2%	
Trabalho em Equipe			<0,001
Insatisfeito (914)	215	23,5%	
Satisfeito (3039)	436	14,3%	
Reuniões com a Comunidade			<0,001
Insatisfeito (1787)	349	19,5%	
Satisfeito (1813)	252	13,9%	
Total	**686**	**16,4%**	

Tabela 3 - Razões de prevalência, brutas e ajustadas de Transtornos Psiquiátricos Menores em trabalhadores da Atenção Primária à Saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil segundo variáveis selecionadas conforme o nível hierárquico de análise. Estudo de Linha de Base. Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, 2005.

Nível hierárquico	Variáveis	Análise Bruta	p	Análise Ajustada	p
	Idade (anos)				<0,001
	16 a 29	1,00	0,003	1,00	
	30 a 49	0,82 (0,70 – 0,96)		0,74 (0,62 – 0,88)	
	50 a 82	0,66 (0,52 – 0,85)		0,44 (0,33 – 0,59)	
1º nível	**Sedentarismo**		0,039		0,011
	Não	1,00		1,00	
	Sim	1,21 (1,00 – 1,46)		1,25 (1,05 – 1,48)	
	Algum problema de saúde		0,000		<0,001
	Não	1,00		1,00	
	Sim	3,27 (2,77 – 3,84)		3,52 (2,92 – 4,23)	
	Atividade ocupacional		<0,001		0,009
	Médico	1,50 (1,05 – 2,14)		1,23 (0,86 - 1,75)	
	Profissionais de Enfermagem	1,46 (1,03 – 2,06)		1,25 (0,88 - 1,76)	
2º nível	Outros profissionais de nível superior	1,00		1,00	
	ACS	1,83 (1,32 – 2,55)		1,50 (1,08 – 2,08)	
	Outros trabalhadores de nível médio	1,88 (1,34 – 2,63)		1,71 (1,20 – 2,42)	
	Regime de trabalho Precário		0,065		0,004
	Não	1,00		1,00	
	Sim	0,85 (0,71 – 1,01)		0,75 (0,62 – 0,91)	
3º nível					
	Tempo de trabalho na UBS		0,036		0,069
	Até 5 anos	1,00		1,00	
	5 anos ou mais	1,18 (1,01 – 1,38)		1,20 (0,99 – 1,46)	
4º nível	**Satisfação com trabalho na UBS**				

Estrutura		0,001		0,027
Insatisfeito	1,00		1,24 (1,03 – 1,50)	
Satisfeito	0,76 (0,64 – 0,89)		1,00	
Atendimento Domicílio		<0,001		0,143
Insatisfeito	1,00		1,16 (0,95 – 1,43)	
Satisfeito	0,72 (0,61 – 0,85)		1,00	
Trabalho em Equipe		<0,001		0,164
Insatisfeito	1,00		1,16 (0,94 – 1,42)	
Satisfeito	0,61 (0,53 – 0,70)		1,00	
Reuniões com a equipe		<0,001		0,170
Insatisfeito	1,00		1,15 (0,94 – 1,42)	
Satisfeito	0,71 (0,61 – 0,83)		1,00	

Tabela 4 - Razões de prevalência, brutas e ajustadas de Transtornos Psiquiátricos Menores em trabalhadores da Atenção Primária à Saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil segundo a categoria profissional e variáveis agregadas por nível hierárquico de análise. Estudo de Linha de Base. Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, 2005.

Função	Análise Bruta	p	Análise Ajustada para Fator de Confusão 1*	p	Análise Ajustada para Fator de Confusão 2**	p	Análise Ajustada para Fator de Confusão 3**	p
		<0,001		0,009		0,014		0,190
Outros profissionais de nível superior	1,00		1,00		1,00		1,00	
Médico	1,50 (1,05-2,14)		1,23 (0,86-1,75)		1,32 (0,91-1,89)		1,21 (0,82-1,78)	
Profissionais de Enfermagem	1,46 (1,03-2,06)		1,25 (0,88-1,76)		1,26 (0,89-1,80)		1,10 (0,75-1,62)	
Agentes Comunitários de Saúde	1,83 (1,32-2,55)		1,50 (1,08-2,08)		1,58 (1,13-2,21)		1,33 (0,93-1,90)	
Outros trabalhadores de nível médio	1,88 (1,34-2,63)		1,71 (1,20-2,42)		1,69 (1,18-2,42)		1,44 (0,98-2,13)	

* Idade, sedentarismo, problema de saúde.

** Regime de trabalho precário e tempo de trabalho na UBS.

*** Satisfação com estrutura da UBS, atendimento domiciliar, trabalho em equipe e reuniões com a comunidade.

APÊNDICE

APÊNDICE A
Quadro 1. Revisão Bibliográfica

Título-Autor Ano	País	Objetivos do estudo	Metodologia Delineamento / Amostra / População - alvo	Principais resultados
Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde- *Eleonor Minho Conill-2004*	Brasil	O argumento deste texto é de que um passo importante a ser dado seria o monitoramento de algumas das diretrizes básicas da política de saúde na prestação dos serviços, entre elas, o princípio da integralidade da atenção	Artigo reflexivo/ Gestores de saúde	Diretriz política, ideal ou objetivo, a integralidade torna-se um atributo relevante na avaliação da qualidade do cuidado e dos sistemas de saúde. Discute-se o significado desse conceito na prática de alguns serviços e sistemas de saúde, analisando metodologias para sua operacionalização. No Brasil, predomina uma percepção ampliada com ênfase no caráter completo, contínuo e coordenado do cuidado e da gestão. Destaca-se a importância de associar a avaliação da integralidade com medidas de acesso, sugerindo-se a escolha de indicadores dos pactos de metas das programações municipais para seu monitoramento. Tal iniciativa poderia aumentar a validade do instrumental de avaliação existente, numa perspectiva comunicativa
Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado Túlio Batista Franco, Helvécio Miranda Magalhães Júnior-2003	Brasil	Descreve o BH vida: saúde integral	Capitulo do livro " o trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano de DE MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. ET AL; HUCITEC, SÃO PAULO, 2003./Qualificação da gestão em saúde de Belo Horizonte, com linhas de cuidados	Estudo realizado pela gerência de regulação da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA/BH), constata-se que houve um aumento de 22,7% nos gastos com atenção secundária e um aumento em média de 24,5% no número de procedimentos realizados entre o ano de 2.000 e 2.002 (MAGALHÃES JR et al; 2002). Apesar disto, o mesmo estudo identifica que se vive hoje um estrangulamento grave no acesso aos serviços especializados de atenção secundária no SUS.

Regulação da assistência à saúde: o caso de Minas Gerais Belo Horizonte Telma Maria Gonçalves Menicucci ET. Al. Agosto de 2005	Brasil	Descreve a regulação no mundo e no sistema de saúde do Brasil, e observa o caso de Minas Gerais	Projeto de pesquisa Regulação da assistência à Saúde: o caso de Minas Gerais./Descrever o processo de implementação da regulação no estado de minas gerais	Essa rediscussão do Ministério da Saúde aponta para a ampliação do conceito de regulação de forma a incluir tanto a macrorregulação – entendida como regulação sobre sistemas de saúde -, quanto a microrregulação, tal como proposta nos instrumentos normativos vigentes relativos à "regulação assistencial".
Política e instrumentos regulatórios: o caso da saúde no Brasil- Telma Maria Gonçalves Menicucci- 2004	Brasil	mecanismos de regulação da assistência à saúde no Brasil, particularmente a política regulatória definida para a assistência supletiva e alguns instrumentos regulatórios voltados para a relação dos prestadores privados no âmbito do SUS.	Artigo de reflexivo /Texto para discussão da Fundação João Pinheiro	No caso da saúde no Brasil, é possível identificar a configuração de um padrão regulatório, que combina várias formas de ação reguladora: 1) a propriedade pública, pela manutenção e, até, expansão de uma ampla rede de prestação de serviços diretamente pelo Estado; 2) a atividade regulatória, por órgãos da burocracia do Executivo, no caso da regulação das atividades dos prestadores privados vinculados diretamente ao SUS; e 3) a regulação por meio de uma agência reguladora, no caso da assistência suplementar. Esse artigo focalizou as duas últimas formas, tendo sido possível constatar que para a assistência suplementar foi definida uma política regulatória que significou, tanto a constituição de regras que viessem assegurar o desempenho por agentes privados de atividades consideradas relevantes, como compreendeu a criação de um mecanismo institucional para monitorar e promover a submissão às regras, que foi a ANS.

Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores - Ministério da Saúde- 2006	Brasil	Visa orientar os gestores quanto a um dos eixos fundamentais da Política Nacional de Regulação, a regulação do acesso por meio dos complexos reguladores, apresentando conceitos e estratégias que orientam a estruturação desses nas esferas gestoras estaduais e municipais.	Série pactos pela saúde/ Texto para gestores	A Política de Regulação da Atenção à Saúde deve ter como objetivo implementar uma gama de ações meio que incidam sobre os prestadores, públicos e privados, de modo a orientar uma produção eficiente, eficaz e efetiva ações de saúde, buscando contribuir na melhoria do acesso, da integralidade, da qualidade, da resolubilidade e da humanização destas ações. Deve, portanto articular e integrar mecanismos que permitam aos gestores regular ações e serviços de saúde, tais como : fazer dos contratos pactos entre gestores e prestadores; reformular as atividades de controle assistencial e da avaliação da atenção à saúde; desenvolver os protocolos assistenciais e implementar a regulação do acesso por meio dos complexos reguladores. Portaria GM nº. 2309 de 19 de dezembro de 2001 38 Portaria SAS nº. 0589 de 27 de dezembro de 2001 41 Portaria SAS nº. 0039 de 06 de fevereiro de 2006 44 Portaria SAS nº. 0494 de 30 de junho de 2006
Análisis de la problemática de la integración de la aps en el contexto actual: causas que inciden en la fragmentación de servicios y sus efectos en la cohesión social. Eleonor Minho Conill, 2007.	Brasil/ União Européia	Projeto de intercambio Euro- Social saúde, com intuito de analisar os fatores políticos, sociais, econômicos e culturais, que incidem na fragmantação dos serviços de saúde.	Dirigido aos países da América Latina e União Européia que buscam desenvolver a APS como coordenadora da assistência no sistema de saúde e os efeitos na coesão social.	Na experiência da América Latina a integração dos cuidados primários mostra ainda um pouco frágil, pois historicamente tem sido um recurso pouco seletiva coordenada com outras acções no âmbito do sistema de saúde. Isso reflete uma tendência dos sistemas latinoamericanos, que são marcados principalmente pela segmentação e fragmentação.

Redes regionalizadas e territórios Integrados de atenção à saúde – TEIAS A estratégia: pressupostos, componentes e diretrizes; Brasil, M.S. Secretaria de Atenção a Saúde, 2009	Brasil	documento propõe a estratégia de implementação dos Territórios Integrados de Atenção à Saúde (TEIAS) para o aperfeiçoamen-to político-institucional e das formas de organização da atenção do SUS em âmbito nacional	Texto do Ministério da Saúde, dirigido a trabalhadores, gestores e controle social para a integração da atenção a saúde.	O material apresenta a Justificativa da proposta de constituir territórios integrados de atenção a saúde, quais as demandas por integração no atual contexto do SUS, as estratégias de implementação das – TEIAS, dispositivos, conceitos, pressupostos, Componentes e diretrizes operacionais que os estados possuem para avançar nesta proposta de atenção a saúde.
Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. Célia Maria de Almeida, 1999.	Brasil	Este texto discute a agenda de reforma do Estado, avaliando seus eixos centrais e dificuldades de implementação; identifica as traduções que adquire nos modelos que vêm sendo implementados na área de saúde e analisa as reformas de alguns países (EUA, Reino Unido e Colômbia).	Artigo reflexivo sobre a reforma do estado e suas implicações na área da saúde.	Discute mecanismos em termos de eficiência e eficácia e da capacidade regulatória do Estado. Aborda o quanto os países latino-americanos têm sido mais radicais nos seus processos de reforma, mesmo partindo de condições muito precárias e estando submetidos a constrangimentos financeiros e importante subfinanciamento setorial. Aponta como tendência, na América Latina, possibilidades de desmonte dos sistemas anteriores, sem garantia de melhoras substantivas na cobertura e na eqüidade, seja pelo radicalismo do processo, seja pelo alto grau de experimentalismo com que as reformas estão sendo implementadas.
Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. Débora Carvalho Malta, 2004	Brasil	O atual trabalho discute os avanços e limites da regulação pública da saúde suplementar e propõe mapear a integralidade da assistência pelo acompanhamento da linha do cuidado.	Artigo reflexivo sobre a regulação assistencial no setor privado.	A compreensão e a regulação da assistência supletiva deve considerar as experiências e modelagens produzidas no público, com o objetivo de compará-las e assim estabelecer novos conhecimentos. A atuação do Estado na saúde suplementar tem como marco a aprovação da lei 9.656/98, que estabeleceu um novo patamar no processo de regulação, entretanto há que se aprofundar a natureza dessa regulação visando garantir a assistência à saúde e a produção do cuidado.

A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. Ligia Giovanella, 2006.	Brasil	Atenção primária à saúde nos países da união européia.	Artigo de revisão bibliográfica, e analise documental	As reformas organizacionais dos serviços de atenção primária foram implantadas em diversos países da União Européia durante a década de 1990, com o objetivo de promover a coordenação dos serviços prestados entre os diversos níveis de atenção, resultando em novos arranjos organizacionais. Destaca as mudanças no perfil epidemiológico e a cronicidade das doenças. O cuidado de doentes crônicos resulta em interdependência interorganizacional, pois estes pacientes utilizam simultaneamente serviços de diversas complexidades, exigindo a coordenação entre níveis de atenção. No processo de reformas, os serviços de atenção primária ampliaram suas diferentes funções clínicas, de coordenação da atenção, e, financeiras, estando em curso mudanças organizacionais na atenção primária com redefinição das funções do clínico geral como condutor dos cuidados ao paciente.
A política de regulação do Brasil. OPAS-Organização Pan Americana de Saúde, 2006. Claunara Schilling Mendonça / Afonso Teixeira dos Reis / José Carlos de Moraes (orgs.)	Brasil	Textos técnicos para implementação da Política de Regulação no Brasil.	População alvo, para gestores, trabalhadores,controle social e usuários do sistema de saúde.	Insere-se como um dos componentes do Pacto pela Saúde, na sua diretriz Pacto de Gestão. Surge para garantir a operacionalização do gestor na garantia de uma oferta regulada dentro de um fluxo que permita o caminho mais oportuno na resposta da necessidade do cidadão.
Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia /Bárbara Starfield. –, 2002.	Brasil	A obra traz o papel da atenção primária como foco da organização dos sistemas de saúde.	Livro sobre APS . Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde	O livro afirma que a atenção primária é a porta de entrada no sistema de serviços de saúde e o locus de responsabilidade pela atenção aos pacientes e populações no decorrer do tempo. O livro possui cinco seções principais: Atenção Primária e Saúde; Prática de Atenção Primária; Responsabilidade na Atenção Primária; Pacientes e Populações; e Política de Saúde e Atenção Primária. Uma atenção primária forte é essencial para um sistema de saúde forte.

ANEXOS

ANEXO A	NÃO ESCREVER NESTA COLUNA
Universidade Federal de Pelotas **Centro de Pesquisas Epidemiológicas** **Departamento de Medicina Social** **Departamento de Enfermagem** **Monitoramento e Avaliação do** **Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF)** **INFORMAÇÕES DO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE**	
BLOCO 1	
IDENTIFICAÇÃO GERAL **No do questionário**: __ __ **G1) Estado:__ __** **G2) Cidade: _____** **G3) Nome do Gestor:_____** **G4) E-Mail:_____** **G5) Telefone para contato:_____** **G6) Sexo:** (0) Masculino (1) Feminino **G7) Qual a sua idade?** ___ ___ anos	*nque __ __* *gestado __* *gmunic__ __* *gsexo___* *gidade __ __*
G8) Indique seu grau de escolaridade. (0) Ensino Fundamental (primeiro grau) incompleto (1) Ensino Fundamental (primeiro grau) completo (2) Ensino Médio (segundo grau) incompleto (3) Ensino Médio (segundo grau) completo (4) Superior incompleto (5)Superior completo (6) Pós-Graduação *GESCOL __*	*gescol __*
G9) Qual sua profissão? **Especifique_____**	*gprofis __ __*
G10) Informe os cursos de aprimoramento na área de saúde que realizou / está realizando: Curso de aperfeiçoamento / atualização (menos de 360 horas) em Saúde Pública (ou Epidemiologia, ou Saúde Coletiva) (0) Não (1) Sim Especialização / residência (360 horas ou mais) em Saúde Pública (ou Epidemiologia, ou Saúde Coletiva) (0) Não (1) Sim Mestrado em Saúde Pública (ou Epidemiologia, ou Saúde Coletiva) (0) Não (1) Sim Doutorado em Saúde Pública (ou Epidemiologia, ou Saúde Coletiva)	*gaper __* *gespec __* *gmestr __* *gdout __* *gaperfou __* *gaperou2 __* *gmestrou __* *gdoutou __* *gout __ __*

(0) Não (1) Sim Curso de aperfeiçoamento/atualização (menos de 360 horas) em outras áreas de saúde (0) Não (1) Sim Especialização/residência (igual ou mais que 360 horas) em outras áreas de saúde (0) Não (1) Sim Mestrado em outras áreas de saúde (0) Não (1) Sim Doutorado em outras áreas de saúde (0) Não (1) Sim Outros. Especifique: _____	
G11) Há quanto tempo ocupa o cargo atual? __ __ anos e __ __ meses	*gtemp __ __ __*
G12) Participou como Secretário Municipal de Saúde em outra gestão ou outro município? (0) Não (1) Sim Por quanto tempo? __ __ anos e __ __ meses	*goutges__* *gtoug__ __ __ __*
G13) Indique as alternativas que retratam sua experiência profissional anterior: Prefeito (0) Não (1) Sim Secretário Municipal de Saúde (0) Não (1) Sim Diretor de Unidade de Saúde ou Hospital Público (municipal, estadual ou federal) (0) Não (1) Sim Assessor Técnico ou Dirigente da Secretaria Municipal de Saúde (0) Não (1) Sim Assessor Técnico ou Dirigente da Secretaria Estadual de Saúde (0) Não (1) Sim Assessor Técnico ou Dirigente do Ministério da Saúde (0) Não (1) Sim Diretor/Dirigente de saúde no setor privado (0) Não (1) Sim Professor ou pesquisador da área de saúde (0) Não (1) Sim Profissional liberal da área de saúde (0) Não (1) Sim Cargo legislativo (senador, deputado e /ou vereador) (0) Não (1) Sim Outro. Especifique: _____ _____ _____ _____	*gpref__* *gsms __* *gdirhos __* *gassms __* *gasses __* *gasms __* *gdsepri __* *gpesq __* *gliber __* *glegis __* *goutexp __ __*
G14) Informe de quais conselhos participa: Comissão Intergestora Bipartite – CIB (0) Não (1) Sim Comissão Intergestora Tripartite – CIT (0) Não (1) Sim Conselho Municipal de Saúde (0) Não (1) Sim Conselho Estadual de Saúde (0) Não (1) Sim Conselho Nacional de Saúde (0) Não (1) Sim Comissões Técnicas ou Especiais ligadas aos Conselhos de Saúde. (0) Não (1) Sim SE SIM Especifique_____ Conselhos de entidades de classe (0) Não (1) Sim SE SIM Especifique_____ Outros Conselhos Municipais, Estaduais ou Nacionais (0) Não (1) Sim SE SIM Especifique_____	*gcib __* *gcit __* *gcms __* *gces __* *gcns __* *gctecs __* *gctecs1 __ __* *gclasse __* *gclasse1 __ __* *goutcon __* *goutcon1 __ __* *gpatro __* *gpatro1__ __*

Conselhos Patronais (0) Não (1) Sim SE SIM Especifique_____	
DIMENSÃO POLÍTICO-INSTITUCIONAL	
G15) Atualmente, a gestão municipal do SUS é do tipo: (1) Plena do Sistema Municipal de Saúde (2) Plena da Atenção Básica (3) Outra. Especifique: _____ **G16) Avalie o tipo de gestão vigente no seu município, considerando facilidades e** **dificuldades para implementação de sua política de saúde:** (Caso necessite, utilize o verso da folha para responder, indicando claramente o número da questão)	***ggestão __***
G17) Informe o ano em que se estabeleceu o tipo de gestão municipal atual: Ano __ __ __ __	*ginicio__ __ __ __*
AS PERGUNTAS G18 a G22 SE REFEREM A APOIO A PROJETOS DA ATENÇÃO BÁSICA E PSF.	
G18) Comente o apoio parlamentar (Câmara de Vereadores) à sua política de saúde: (Caso necessite, utilize o verso da folha para responder, indicando claramente o número da questão) _____ __ **Avalie este apoio na escala abaixo:** 0___1___2____3___4___5___6___7___8___9___10 Nenhum apoio Apoio Total	***gaparla__ __, __***
G19) Comente as decisões do CMS relativas ao PSF: (Caso necessite, utilize o verso da folha para responder, indicando claramente o número da questão). _____ ___ **Avalie na escala abaixo a contribuição destas decisões para sua política de saúde:** 0___1___2____3___4___5___6___7___8___9___10 Nenhum apoio Apoio total	***gctrpsf__ __, __***
G20) Comente as decisões do CMS relativas a Atenção Básica: (Caso necessite, utilize o verso da folha para responder, indicando claramente o número da questão) _____ ___ **Avalie na escala abaixo a contribuição destas decisões para sua política de saúde:** 0___1___2____3___4___5___6___7___8___9___10 Nenhum apoio Apoio total	***gctrab__ __, __***
G21) Comente a adequação da Rede Básica de Saúde em seu município para atender as necessidades de saúde da população, destacando questões relativas a sua **implantação e expansão:** (Caso necessite, utilize o verso da folha para responder, indicando claramente o número da questão) _____ ___ **G22)Avalie na escala abaixo a adequação da Rede Básica de Saúde para atender as**	***gadqrbs __ __, __***

necessidades de saúde do seu município: 0___1___2____3___4___5___6___7___8___9___10 Totalmente Totalmente inadequada adequada	
G23) Na perspectiva do projeto PROESF, selecione os critérios que a seu juízo deveriam ser adotados para a definição das áreas de abrangência das Equipes de **Saúde da Família.** Alta densidade populacional (0) Não (1) Sim Carência de serviços de saúde (0) Não (1) Sim Dificuldade se acesso (0) Não (1) Sim Risco epidemiológico (0) Não (1) Sim Reivindicação local (0) Não (1) Sim Indicadores socioeconômicos desfavoráveis (0) Não (1) Sim Decisão política (0) Não (1) Sim Otimização de espaços físicos (0) Não (1) Sim Aproveitamento de profissionais da rede (0) Não (1) Sim Existência anterior do PACS na área (0) Não (1) Sim Reivindicação de dirigentes/gestores locais (0) Não (1) Sim **Outros.** **Especifique**_____ _____	*galtden __* *gcaress __* *gdfaces __* *grisepi __* *greiloc __* *gindse __* *gdecpol __* *gotief __* *gprfred __* *gpacant __* *greidir __* ***goutcri __***
G24)Comente a adequação destes critérios às necessidades de seu município: (Caso necessite, utilize o verso da folha para responder, indicando claramente o número da questão). _____ __ _____ __	
G25) O seu município já desenvolvia o PACS antes da implantação do PSF? (0) Não (1) Sim (2) Não Sei	***gdespac__***
G26) A seu juízo quais seriam os principais fatores relacionados à expansão do PSF **em seu município:** Interesse político em expandir o PSF (0) Não (1) Sim Evidências de que o PSF melhora o estado de saúde da população (0) Não (1) Sim Apoio da população para a expansão do PSF (0) Não (1) Sim O PSF é compatível com o modelo de atenção à saúde predominante no município (0) Não (1) Sim Garantias para as referências caso o PSF se expanda (0) Não (1) Sim Recursos financeiros suficientes para a expansão do PSF no município (0) Não (1) Sim Expectativas de recebimento de novos recursos pela instância federal (0) Não (1) Sim Expectativas de recebimento de novos recursos pela instância estadual (0) Não (1) Sim Disponibilidade de profissionais para a expansão do PSF (0) Não (1) Sim Outro: Especifique: _____	*gintpol__* *gevid__* *gapoip__* *gcopati__* *ggaran__* *grecfi__* *gexprf__* *gexpre__* *gdisp__* ***goutfat__***

G27) Comente a adequação dos fatores relacionados à expansão do PSF à necessidade do seu município: (Caso necessite, utilize o verso da folha para responder, indicando claramente o número da questão).	
G28) Caracterize os modelos de Atenção Básica em Saúde presentes em seu município, de acordo com as categorias: tipo de profissional, jornada de trabalho **na UBS, organização do trabalho e definição de população de referência para o cuidado.** (Caso necessite, utilize o verso da folha para responder, indicando claramente o número da questão). **ATENÇÃO BÁSICA TRADICIONAL** **Avalie na escala abaixo a adequação da Atenção Básica Tradicional para atender** **as necessidades de saúde do seu município:** 0___1___2____3___4___5___6___7___8___9___10 Totalmente Totalmente inadequada adequada **PSF** **Avalie na escala abaixo a adequação do Programa de Saúde da Família para atender as necessidades de saúde do seu município:** 0___1___2____3___4___5___6___7___8___9___10 Totalmente Totalmente inadequada adequada	*gatbt*__ __,__ *gapsf*__ __,__
G29) Caracterize as experiências inovadoras em Atenção Básica e Saúde da Família em seu município, segundo as modalidades de acesso dos usuários (número fixo de consultas, dias fixos de agendamento, acolhimento), trabalho em equipe e gestão **das UBS:** (Caso necessite, utilize o verso da folha para responder, indicando claramente o número da questão) **Avalie na escala abaixo a adequação das experiências inovadoras em Atenção Básica e Saúde da Família para atender as necessidades de saúde de seu município:** 0___1___2____3___4___5___6___7___8___9___10 Totalmente Totalmente inadequada adequada	*ginova*__ __,__
G30) Comente as eventuais situações de trabalho precário (contratos emergenciais e temporários, **contratos através de cooperativas, associações e ONGS) na SMS e as iniciativas para a desprecarização** **do trabalho.** (Caso necessite, utilize o verso da folha para responder, indicando claramente o número da questão)	
G31) Comente a situação de plano de carreira, cargos e salários na SMS. Existe um plano implantado, **este plano é atual, ou está muito defasado, há alguma discussão sobre sua elaboração, atualização, ou** **implantação?** (Caso necessite, utilize o verso da folha para responder, indicando claramente o número da questão)	

AS PERGUNTAS G32 a G35 SE REFEREM A APOIO A PROJETOS DA ATENÇÃO BÁSICA E PSF. POR FAVOR, RESPONDA DE ACORDO COM A ESCALA.	
G32) Adesão dos profissionais de saúde a projetos da Atenção Básica: 0___1___2____3___4___5___6___7___8___9___10 Nenhum apoio Apoio total	*gadeab__ __,__*
G33) Adesão dos profissionais de saúde a projetos de PSF: 0___1___2____3___4___5___6___7___8___9___10 Nenhum apoio Apoio total	*gadepsf__ __,__*
G34) Adesão da sociedade civil organizada (associações de moradores, sindicatos, **grupos de auto-ajuda, ONGS, conselhos, etc.) a projetos da Atenção Básica:** 0___1___2____3___4___5___6___7___8___9___10 Nenhum apoio Apoio total	*gscoab__ __,__*
G35) Adesão da sociedade civil organizada (associações de moradores, sindicatos, **grupos de auto-ajuda, ONGS, conselhos, etc.) a projetos do PSF:** 0___1___2____3___4___5___6___7___8___9___10 Nenhum apoio Apoio total	*gscopsf__ __,__*
G36) Descreva os projetos e as ações de sua política de saúde relativas à capacitação de recursos **humanos para atenção básica em saúde e programa de saúde da família.** (Caso necessite, utilize o verso da folha para responder, indicando claramente o número da questão)	
G37) Destaque as ações de capacitação dirigidas às coordenações técnicas e aos profissionais das UBS (Caso necessite, utilize o verso da folha para responder, indicando claramente o número da questão)	
G38) Descreva os recursos disponíveis na SMS para avaliação dos serviços de saúde. (Caso necessite, utilize o verso da folha para responder, indicando claramente o número da questão)	
G39) Quais as prioridades que gostaria de ver contempladas em um projeto de capacitação de **coordenações técnicas e profissionais das UBS em atenção básica e PSF?** (Caso necessite, utilize o verso da folha para responder, indicando claramente o número da questão).	
G40) A SMS dispõe de um grupo ou núcleo dedicado a avaliação de serviços de saúde? Em caso **afirmativo, descreva a composição, infraestrutura e as avaliações realizadas por este grupo ou núcleo.** (Caso necessite, utilize o verso da folha para responder, indicando claramente o número da questão).	
G41) Quais as prioridades que gostaria de ver contempladas em um projeto de avaliação da Atenção **Básica e do PSF?** (Caso necessite, utilize o verso da folha para responder, indicando claramente o número da questão).	
G42) Comente a existência e a adequação das centrais (leitos, exames, consulta especializada) para	

acolhimento e ordenação das necessidades de saúde no município, destacando dificuldades, facilidades, **acertos e equívocos.** (Caso necessite, utilize o verso da folha para responder, indicando claramente o número da questão).	
G43) Comente a distribuição geográfica das UBS em seu município, considerando: sobreposição de **serviços, vazios, cobertura de populações urbana e rural.** (Caso necessite, utilize o verso da folha para responder, indicando claramente o número da questão).	
G44) Quais as formas disponibilizadas aos usuários do município para acesso (portas de entrada) ao Sistema Único de Saúde? Unidades Básicas de Saúde (0) Não (1) Sim Unidades de Equipes de Saúde de Família (0) Não (1) Sim Pronto Atendimento (0) Não (1) Sim Ambulatórios distritais de especialidades (0) Não (1) Sim Ambulatório dos Hospitais (0) Não (1) Sim Atendimento de Urgência dos Hospitais Privados (0) Não (1) Sim Atendimento de Urgência dos Hospitais Públicos (0) Não (1) Sim Outros: Especifique: _____	*gpeubs __* *gpesf __* *gpepa__* *gpeade__* *gpeah__* *gpeuhp__* *gpeuhpu__* *goutfor__*
G45) Em relação à clientela das UBS do município: Os indivíduos são cadastrados em uma UBS ou PSF segundo definição geográfica? (0) Não (1) Sim As famílias sabem em qual UBS ou PSF têm cadastro? (0) Não (1) Sim Não há cadastro, mas a população está delimitada de acordo com a UBS de uma área de referência? (0) Não (1) Sim Outra situação: Especifique: _____	*gcadgeo__* *gsabcad__* *gnaocad__* *goutsit__*
G46) Quanto à articulação das UBS com os serviços de maior complexidade: Há uma articulação das UBS com serviços especializados, segundo regiões ou distritos? (0) Não (1) Sim Há uma articulação das UBS com serviços de urgência e emergência, segundo regiões ou distritos? (0) Não (1) Sim Há uma articulação das UBS com serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, segundo regiões ou distritos? (0) Não (1) Sim Há uma articulação das UBS com serviços hospitalares, segundo regiões ou distritos? (0) Não (1) Sim	*gartsesp __* *gartsue__* *gartdiag__* *gartsh__*
G47) Comente as articulações das UBS com os serviços de maior complexidade na perspectiva da **integralidade do cuidado.** (Caso necessite, utilize o verso da folha para responder, indicando claramente o número da questão).	
G48) Em relação à gestão e organização do cuidado em saúde, identifique as facilidades e dificuldades dos setores abaixo para o adequado funcionamento do **sistema de saúde do seu município**	*gvsa__ __,__* *gve __ __,__* *gcaareg__ __,__* *ginfsau__ __,__*

VIGILÂNCIA SANITÁRIA E AMBIENTAL Facilidades: _____ Dificuldades: _____ AVALIE NA ESCALA ABAIXO A ADEQUAÇÃO DESTE SETOR PARA O FUNCIONAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE DO SEU MUNICÍPIO: 0___1___2____3___4___5___6___7___8___9___10 Nenhum apoio Apoio total **VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA** Facilidades: _____ Dificuldades: _____ AVALIE NA ESCALA ABAIXO A ADEQUAÇÃO DESTE SETOR PARA O FUNCIONAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE DO SEU MUNICÍPIO: 0___1___2____3___4___5___6___7___8___9___10 Nenhum apoio Apoio total **CONTROLE, AVALIAÇÃO, AUDITORIA E REGULAÇÃO** Facilidades: _____ Dificuldades: _____ AVALIE NA ESCALA ABAIXO A ADEQUAÇÃO DESTE SETOR PARA O FUNCIONAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE DO SEU MUNICÍPIO: 0___1___2____3___4___5___6___7___8___9___10 Nenhum apoio Apoio total **INFORMAÇÕES EM SAÚDE** Facilidades: _____ Dificuldades: _____ AVALIE NA ESCALA ABAIXO A ADEQUAÇÃO DESTE SETOR PARA O FUNCIONAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE DO SEU MUNICÍPIO: 0___1___2____3___4___5___6___7___8___9___10 Nenhum apoio Apoio Total **ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE** Facilidades: _____ Dificuldades: _____ AVALIE NA ESCALA ABAIXO A ADEQUAÇÃO DESTE SETOR PARA O FUNCIONAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE DO SEU MUNICÍPIO: 0___1___2____3___4___5___6___7___8___9___10 Nenhum apoio Apoio Total **PSF** Facilidades: _____ Dificuldades: _____ AVALIE NA ESCALA ABAIXO A ADEQUAÇÃO DESTE SETOR PARA O FUNCINAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE DO SEU MUNICÍPIO: 0___1___2____3___4___5___6___7___8___9___10 Nenhum apoio Apoio total **ASSINTÊNCIA FARMACÊUTICA** Facilidades: _____ Dificuldades: _____ AVALIE NA ESCALA ABAIXO A ADEQUAÇÃO DESTE SETOR PARA O FUNCIONAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE DO SEU MUNICÍPIO: 0___1___2____3___4___5___6___7___8___9___10 Nenhum apoio Apoio total **AÇÕES PROGRAMÁTICAS OU PROGRAMAS DE SAÚDE** Facilidades: _____ Dificuldades: _____ AVALIE NA ESCALA ABAIXO A ADEQUAÇÃO DESTE SETOR PARA O	*gatbsa__ __,_* *gpsf__ __,__* *gasfarm__ __,__* *gprgsau__ __,__* *gaadrh__ __,__* _

FUNCIONAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE DO SEU MUNICÍPIO: 0___1___2____3___4___5___6___7___8___9___10 Nenhum apoio Apoio total **APOIO ADMINISTRATIVO E RECURSOS HUMANOS** Facilidades: _____ Dificuldades: _____ AVALIE NA ESCALA ABAIXO A ADEQUAÇÃO DESTE SETOR PARA O FUNCINAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE DO SEU MUNICÍPIO: 0___1___2____3___4___5___6___7___8___9___10 Totalmente Totalmente inadequada adequada	
GPSF__ __,__ *GASFARM__ __,__* *GPRGSAU__ __,__* *GAADRH__ __,__* **G49) Comente a adequação, suficiência e rotatividade dos profissionais de serviços** **de atenção Básica tradicional, por categoria profissional** Médicos: Enfermeiros: Técnicos e Auxiliares de enfermagem Assistente Social Nutricionistas Odontólogos Agentes Comunitários de Saúde Outras Categorias:	
G49) Comente a adequação, suficiência e rotatividade dos profissionais de serviços **de saúde da família, por categoria profissional:** Médicos: Enfermeiros: Técnicos e Auxiliares de enfermagem Assistente Social Nutricionistas Odontólogos Agentes Comunitários de Saúde Outras Categorias:	

ANEXO B Universidade Federal de Pelotas Centro de Pesquisas Epidemiológicas Departamento de Medicina Social Departamento de Enfermagem Monitoramento e Avaliação do Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) B,OCO D – QUESTIONÁRIO UBS/ESTRUTURA	NÃO ESCREVER NESTA COLUNA
IDENTIFICAÇÃO GERAL **Estado:__ __** **Município:** _____ **Unidade Básica de Saúde (UBS):** _____ **Código da UBS no SIA/SUS: __ __ __ __ __** **Endereço:** _____ **CEP:** __ __ __ __ __ __ __ __ **Telefone/Fax:**_____ E-mail do responsável pela UBS: _____	Dques __ __ __ __ __ Siasus __ __ __ __ __ __ __
D1) Grupo: (1) PSF pré-PROESF (2) PSF pós-PROESF (3) Mista (4) AB Tradicional (5) Outra:_____	Dgrupo __
INFORMAÇÕES GERAIS **D2) Qual a vinculação desta Unidade de Saúde com o Sistema Único de Saúde?** (1) UBS própria da Prefeitura (2) UBS Universidade/ Instituição de Ensino Superior Federal (3) UBS Instituição Filantrópica (9) IGN ( ) Outra situação _____ **D2.1) Nesta Unidade de Saúde são desenvolvidas atividades de ensino?** (1) Sim (2) Não Pule para pergunta D5 (9) IGN **D3) As atividades de ensino são para qual(ais) Instituição(ões)?** (1) UBS Universidade/ Instituição de Ensino Superior Federal (2) UBS Instituição Filantrópica (3) Escolas Técnicas de Enfermagem (4) PROFAE ( ) Outra_____	Dvinc __ Densino __ Dinst1 __ Dinst2 __ Dinst3 __

D4) Que áreas de ensino utilizam a UBS como campo de estágio? ( ) Medicina (1) Sim (2) Não ( ) Enfermagem (1) Sim (2) Não ( ) Nutrição (1) Sim (2) Não ( ) Odontologia (1) Sim (2) Não ( ) Psicologia (1) Sim (2) Não ( ) Serviço Social (1) Sim (2) Não ( ) Outros_____	Densmed __ Densenf __ Densnut __ Densodo __ Denspsi __ Densss __ Densout __
D5) Há quanto tempo esta UBS está em funcionamento? __ __ __ meses (999) Não sabem	Dbstmp __ __ __
D6) Quantos turnos de atendimento esta Unidade oferece à população? (1) Um (2) Dois (3) Três (9) IGN	Durno __
D7) Qual é a população coberta pela UBS? __ __ __ __ __ habitantes (99999) IGN	Dopub __ __ __ __ __
D8) Existe área geográfica de abrangência definida para esta UBS? (0) Não (1) Sim (9) Não sabem	Dreubs __
D9) Existe mapa da área geográfica de abrangência do serviço na UBS? (0) Não (1) Sim (9) Não sabem	Dapub __
D10) Quantas equipes de Saúde da Família existem nesta Unidade? __ __ equipes (00) Não existe equipe de Saúde da Família (99) IGN ➢**Se a UBS não tem PSF Pular** para a pergunta D **17**	Desf __ __
D11) Há quanto tempo cada equipe de PSF está trabalhando, independente do cadastramento do Sistema Informação Atenção Básica (SIAB)? (88) Unidade de Saúde sem PSF (99) IGN Equipe 1 __ __ meses Equipe 2 __ __ meses Equipe 3 __ __ meses Equipe 4 __ __ meses	Dqtp1 __ __ Dqtp2 __ __ Dqtp3 __ __ Dqtp4 __ __

D12) Qual a população coberta por equipe do PSF? (8888) Unidade de Saúde sem PSF (9999) IGN Equipe 1 __ __ __ __ habitantes Equipe 2 __ __ __ __ habitantes Equipe 3 __ __ __ __habitantes Equipe 4 __ __ __ __habitantes	Dop1 __ __ __ __ Dop2 __ __ __ __ Dop3 __ __ __ __ Dop4 __ __ __ __
D13) Qual a situação atual do cadastramento da população da área geográfica de abrangência desta UBS? (8) Unidade de Saúde sem PSF (1) Cadastramento não iniciado (2) Em fase inicial de cadastramento (3) Mais da metade da população cadastrada (4) Cadastramento concluído (9) Não sabem	Dadas __
D14) Existe mapa da área geográfica de abrangência de cada equipe na UBS? **(8) Unidade de Saúde sem PSF** Equipe 1 (0) Não (1) Sim (9) Não sabem Equipe 2 (0) Não (1) Sim (9) Não sabem Equipe 3 (0) Não (1) Sim (9) Não sabem Equipe 4 (0) Não (1) Sim (9) Não sabem	Dapa1 __ Dapa2 __ Dapa3 __ Dapa4 __
D15) Qual o número atual de profissionais de cada equipe do PSF? **(8) Unidade de Saúde sem PSF (9) IGN** Equipe 1 ___ médicos ___ enfermeiros	Depsf1 __ Dnpsf1 __

	___ auxiliares de enfermagem	Dupsf1 __
	___ agentes comunitários de saúde	Dcs1 __
	___ cirurgiões dentistas	Dipsf1 __
	___ técnicos de higiene dental	Decden1 __
	___ auxiliares de consultório dentário	Decaux1 __
Equipe 2	___ médicos	Dmepsf2 __
	___ enfermeiros	Dnpsf2 __
	___ auxiliares de enfermagem	Dupsf2 __
	___ agentes comunitários de saúde	Dcs12 __
	___ cirurgiões dentistas	Dipsf2 __
	___ técnicos de higiene dental	Decden2 __
	___ auxiliares de consultório dentário	Decaux2 __
Equipe 3	___ médicos	Depsf3 __
	___ enfermeiros	Dnpsf13 __
	___ auxiliares de enfermagem	Dupsf3 __
	___ agentes comunitários de saúde	Dacs3 __
	___ cirurgiões dentistas	Dipsf3 __
	___ técnicos de higiene dental	Decden3 __
	___ auxiliares de consultório dentário	Decaux3 __
Equipe 4	___ médicos	Depsf4 __

___ enfermeiros	Dnpsf4 __
___ auxiliares de enfermagem	Dauxf4 __
___ agentes comunitários de saúde	Dacs4 __
___ cirurgiões dentistas	Dcipsf4 __
___ técnicos de higiene dental	Dtecden4 __
___ auxiliares de consultório dentário	Dtecaux4 __
D16) A equipe recebe incentivo do PSF? (1) Ministério da Saúde (2) Estado (3) Município (4) Não recebe incentivo (9) Não sabem	Dincen __
D17) Quem são os profissionais NÃO PSF que trabalham na UBS?	
Médico (0) Não (1) Sim, Quantos? _____(88 =NSA)	Dmed __ Dnmed __ __
Enfermeiro (0) Não (1) Sim, Quantos? _____(88 =NSA)	Denf __ Dnenf __ __
Dentista (0) Não (1) Sim, Quantos? _____(88 =NSA)	Ddent __ Dndent __ __
Auxiliar ou Técnico de enfermagem (0) Não (1) Sim, Quantos? _____(88 =NSA)	Daux __ Dnaux __ __
Assistente Social (0) Não (1) Sim, Quantos? _____(88 =NSA)	Dasoc __ Dnasoc __ __
Psiquiatra (0) Não (1) Sim, Quantos? _____(88 =NSA)	Dpsiq __ Dnpsiq __ __
Psicólogo (0) Não (1) Sim, Quantos? _____(88 =NSA)	Dpsic __ Dnpsic __ __
Nutricionista (0) Não (1) Sim, Quantos? _____(88 =NSA)	Dnut __ Dnnut __ __
Professor universitário (0) Não (1) Sim, Quantos? _____(88 =NSA)	Dpuv __ Dnpuv __ __

D18) O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) está implantado nesta UBS? (0) Não (Pule para D21) (1)Sim (9) IGN	Dpracs __
D19) Há quanto tempo? __ __ __ meses (888) NSA (999) IGN **D20) Quantos ACS estão vinculados a esta UBS?** __ __ ACS (88) NSA (99) IGN	Dacstp __ __ __ Dacsn __ __

D21) Preencha o quadro abaixo com a dimensão em metros quadrados e a sua percepção com relação a cada uma das variáveis expostas nas demais colunas de acordo com as seguintes categorias:

A= adequado(1) I = inadequado(2) R= razoável (3) (9) IGN

Estrutura	**Dimensão (metros quadrados)**	**Iluminação**	**Ventilação**	**Ruído**	**Condições área física: piso, paredes e teto**
Sala de Espera	_____ Dsed __ __ __,__	_____ Dsei __	_____ Dsev __	_____ Dser __	_____ Dseaf __
Recepção/ Arquivo	_____ Dred __ __ __,__	_____ Drei __	_____ Dsev __	_____ Drer __	_____ Dreaf __
Consultórios	_____ Dcond __ __ __,__	_____ Dconi __	_____ Dconv __	_____ Dconr __	_____ Dconaf __
Consultórios com banheiros	_____ Dcband __ __ __,__	_____ Dcbani __	_____ Dcbanv __	_____ Dcbanr __	_____ Dcbanaf __
Consultório Odontológico	_____ Dcod __ __ __,__	_____ Dcoi __	_____ Dcov __	_____ Dcor __	_____ Dcoaf __
Sala para cuidados de Enfermagem	_____ Dspd __ __ __,__	_____ Dspi __	_____ Dspv __	_____ Dspr __	_____ Dspaf __
Sala Vacinação	_____ Dsvd __ __ __,__	_____ Dsvi __	_____ Dsvv __	_____ Dsvr __	_____ Dsvaf __
Sala Reuniões	_____ Dsrd __ __ __,__	_____ Dsri __	_____ Dsrv __	_____ Dsrr __	_____ Dsraf __
Farmácia	_____ Dfard __ __ __,__	_____ Dfari __	_____ Dfarv __	_____ Dfarr __	_____ Dfaraf __
Expurgo	_____ Dexpd __ __ __,__	_____ Dexpi __	_____ Dexpv __	_____ Dexpr __	_____ Dexpaf __
Esterilização	_____ Destd __ __ __,__	_____ Desti __	_____ Destv __	_____ Drstr __	_____ Destaf __
Cozinha	_____ Dcozd __ __ __,__	_____ Dcozi __	_____ Dcozv __	_____ Dcozr __	_____ Dcozaf __

Observações com relação à área física: (99) IGN DOBSAF __ __

D22) Com relação a equipamentos e instrumentos <u>em condições de uso</u>, a UBS dispõe de:

Balança de adulto	(0) Não	( ) Sim, quantas _____	Dbaad
Balança infantil	(0) Não	( ) Sim, quantas _____	Dbain __
Centrífuga	(0) Não	( ) Sim, quantos _____	Dcentr __
Espéculos vaginais	(0) Não	( ) Sim, quantos _____	Descpe __
Estetoscópio	(0) Não	( ) Sim, quantos _____	Dest __
Estetoscópio de Pinard	(0) Não	( ) Sim, quantos _____	Dpinard __
Foco de luz	(0) Não	( ) Sim, quantos _____	Dfoco __
Geladeira exclusiva para vacina	(0) Não	( ) Sim, quantas _____	Dgelad __
Glicosímetro	(0) Não	( ) Sim, quantas _____	Dglicos __
Lanterna	(0) Não	( ) Sim, quantas _____	Dimpr __
Mesa ginecológica	(0) Não	( ) Sim, quantas _____	Dlant __
Microscópio	(0) Não	( ) Sim, quantos _____	Dmicros __
Nebulizador ou bombinha com espaçador	(0) Não	( ) Sim, quantos _____	Dneb __
Oftalmoscópio	(0) Não	( ) Sim, quantos _____	Doft __
Otoscópio	(0) Não	( ) Sim, quantos _____	Deotos __
Sonar	(0) Não	( ) Sim, quantos _____	Dsonar __
Tensiômetro (aparelho para medir pressão)	(0) Não	( ) Sim, quantos _____	Dtens __
Termômetro	(0) Não	( ) Sim, quantos _____	Dterm __
Negatoscópio	(0) Não	( ) Sim, quantos _____	Dmegas __
Microcomputador	(0) Não	( ) Sim, quantos _____	Dmesag __

Impressora para microcomputador	(0) Não ( ) Sim, quantas _____	Dcomp __
Conexão com Internet	(0) Não ( ) Sim	Dcint __
D23) Com relação a equipamentos e instrumentos odontológicos em condições de uso, a UBS dispõe de:		
Amalgamador	(0) Não ( ) Sim, quantos _____	Damalg __
Aparelho fotopolimerizador e compressor	(0) Não ( ) Sim, quantos _____	Dfoto __
Cadeira odontológica	(0) Não ( ) Sim, quantas _____	Dcad __
Compressor	(0) Não ( ) Sim, quantos _____	Dcomp __
Equipo odontológico com pontas	(0) Não ( ) Sim, quantos _____	Dquipo __
Estufa ou autoclave	(0) Não ( ) Sim, quantos _____	Dstuf __
Instrumental para as urgências	(0) Não (1) Sim	Durge __
Instrumental para dentística	(0) Não (1) Sim	Ddent __
Instrumental para exame clínico	(0) Não (1) Sim	Dclin __
Instrumental para procedimentos periodontais básicos	(0) Não (1) Sim	Dbasic __
Mocho	(0) Não ( ) Sim, quantos _____	Dmocho __
Refletor	(0) Não ( ) Sim, quantos _____	Dreflet __
Unidade auxiliar	(0) Não ( ) Sim, quantas _____	Duniaux __
D24) Assinale a situação de abastecimento de materiais e insumos para a realização das atividades da UBS		
Agulhas descartáveis	(0) Não há (1) Suficiente (2) Insuficiente	Dagulha __
Álcool	(0) Não há (1) Suficiente (2) Insuficiente	Dalcool __
Algodão	(0) Não há (1) Suficiente (2) Insuficiente	Dalgod __
Descartex	(0) Não há (1) Suficiente (2) Insuficiente	Ddesca __
Esparadrapo	(0) Não há (1) Suficiente (2) Insuficiente	Despar __

Fio de sutura	(0) Não há	(1) Suficiente	(2) Insuficiente	Dfio __
Gaze	(0) Não há	(1) Suficiente	(2) Insuficiente	Dgaze __
Luvas estéreis	(0) Não há	(1) Suficiente	(2) Insuficiente	Dluvest __
Luvas para procedimentos	(0) Não há	(1) Suficiente	(2) Insuficiente	DEluvpro __
Material para pequenas cirurgias	(0) Não há	(1) Suficiente	(2) Insuficiente	Dcirur __
Material para retirada de pontos	(0) Não há	(1) Suficiente	(2) Insuficiente	Dpont __
Seringas para aplicação de vacinas	(0) Não há	(1) Suficiente	(2) Insuficiente	Dservac __
Seringas para aplicação de injeções em geral	(0) Não há	(1) Suficiente	(2) Insuficiente	Dserout __
Bloco de receituário	(0) Não há	(1) Suficiente	(2) Insuficiente	Dblrec __
Cartão da criança	(0) Não há	(1) Suficiente	(2) Insuficiente	Dcartcri __
Cartão da gestante	(0) Não há	(1) Suficiente	(2) Insuficiente	Dcartges __
Fichas de cadastramento domiciliar	(0) Não há	(1) Suficiente	(2) Insuficiente	Dficad __
Fichas do SIAB ou sistema similar	(0) Não há	(1) Suficiente	(2) Insuficiente	Dficsia __

D25) Com relação a medicamentos, independente da quantidade, a UBS dispõe de

Ácido acetil salicílico (100mg)	(0) Não	(1) Sim	Daas __
Anticoncepcional oral	(0) Não	(1) Sim	Daco __
Aminofilina (100mg)	(0) Não	(1) Sim	Damino __
Amoxicilina (caps de 500mg ou suspensão)	(0) Não	(1) Sim	Damox __
Ampicilina (comp de 500mg)	(0) Não	(1) Sim	Dampi __
Captopril (comp 25mg)	(0) Não	(1) Sim	Dcptop __

Carbamazepina (comp 200mg)	(0) Não	(1) Sim	Dcarba __
Cimetidina (comp 200mg)	(0) Não	(1) Sim	Dcimet __
Dexametasona pomada	(0) Não	(1) Sim	Ddexap __
Diclofenaco de potássio (comp 50mg)	(0) Não	(1) Sim	Ddiclo __
Digoxina (comp 0,25mg)	(0) Não	(1) Sim	Ddigox __
Fenobarbital (comp 100mg)	(0) Não	(1) Sim	Dfenob __
Furosemida (comp 40mg)	(0) Não	(1) Sim	Dfurose __
Glibenclamida (comp 5mg)	(0) Não	(1) Sim	Dglib __
Hidroclorotiazida (comp 50mg)	(0) Não	(1) Sim	Dhidroc __
Metformim (comp)	(0) Não	(1) Sim	Dmetif __
Metronidazol (comp 250mg)	(0) Não	(1) Sim	Dmetroc __
Metronidazol geléia	(0) Não	(1) Sim	Dmetrog __
Neomicina com bacitracina	(0) Não	(1) Sim	Dneomic __
Nistatina creme vaginal	(0) Não	(1) Sim	Dnistat __
Penicilina benzatina 1.200.000 UI	(0) Não	(1) Sim	Dpen12 __
Penicilina benzatina 600.00 UI	(0) Não	(1) Sim	Dpen6 __
Sulfametoxazol/Trimetoprima comp	(0) Não	(1) Sim	Dsmtzc __
Sulfametoxazol/Trimetoprima susp	(0) Não	(1) Sim	Dsmtzs __
D26) Os medicamentos são dispensados na UBS?	**(0) Não**	**(1) Sim**	Ddisp __
D27) As vacinas do calendário básico do Programa Nacional de Imunizações são realizadas rotineiramente nesta UBS?			
BCG	(0) Não	(1) Sim	Dbcg __
DPT	(0) Não	(1) Sim	Ddpt __
Dupla adulto	(0) Não	(1) Sim	Ddupa __

Dupla viral			(0) Não (1) Sim	Dduv __
Febre amarela			(0) Não (1) Sim	Dfa __
Haemophilus Influenza tipo B			(0) Não (1) Sim	Dhib __
Hepatite B			(0) Não (1) Sim	Dhep __
Raiva humana			(0) Não (1) Sim	Draiva __
Sabin			(0) Não (1) Sim	Dsabin __
Sarampo			(0) Não (1) Sim	Dsar __
Tríplice viral			(0) Não (1) Sim	Dtv __
D28) A UBS tem acesso direto a quais dos exames complementares abaixo relacionados:				
Ácido úrico	(0) Não	(1) Sim, satisfatório	(2) Sim, não satisfatório	Durico __
Citologia de colo uterino	(0) Não	(1) Sim, satisfatório	(2) Sim, não satisfatório	Dcitop __
Colposcopia	(0) Não	(1) Sim, satisfatório	(2) Sim, não satisfatório	Dcolpo __
Creatinina/ Uréia	(0) Não	(1) Sim, satisfatório	(2) Sim, não satisfatório	Dcreatu __
Eletrocardiograma	(0) Não	(1) Sim, satisfatório	(2) Sim, não satisfatório	Decg __
Elisa (HIV)	(0) Não	(1) Sim, satisfatório	(2) Sim, não satisfatório	Dhiv __
Glicemia plasmática	(0) Não	(1) Sim, satisfatório	(2) Sim, não satisfatório	Dglip __
Hemograma completo	(0) Não	(1) Sim, satisfatório	(2) Sim, não satisfatório	Dhemog __
Pesquisa de BAAR	(0) Não	(1) Sim, satisfatório	(2) Sim, não satisfatório	Dbaar __
RX sem contraste	(0) Não	(1) Sim, satisfatório	(2) Sim, não satisfatório	Drxsimp __
Exame comum de urina	(0) Não	(1) Sim, satisfatório	(2) Sim, não satisfatório	Decu __
Tipagem sanguínea	(0) Não	(1) Sim, satisfatório	(2) Sim, não satisfatório	Dtips __
Ultrassonografia obstétrica	(0) Não	(1) Sim, satisfatório	(2) Sim, não satisfatório	Dusgobs __
Urocultura	(0) Não	(1) Sim, satisfatório	(2) Sim, não satisfatório	Duroc __
VDRL	(0) Não	(1) Sim, satisfatório	(2) Sim, não satisfatório	Dvdrl __

D29) Com relação à referência para atenção especializada, a UBS dispõe de consulta médica para:					
Cardiologia	(0) Não	(1) Sim, satisfatório	(2) Sim, insatisfatório	(9) Não sabe	Dcardio __
Dermatologia	(0) Não	(1) Sim, satisfatório	(2) Sim, insatisfatório	(9) Não sabe	Ddermat __
Fisioterapia	(0) Não	(1) Sim, satisfatório	(2) Sim, insatisfatório	(9) Não sabe	Dfisiot __
Ginecologia	(0) Não	(1) Sim, satisfatório	(2) Sim, insatisfatório	(9) Não sabe	Dgineco __
Nefrologia	(0) Não	(1) Sim, satisfatório	(2) Sim, insatisfatório	(9) Não sabe	Dnefro __
Neurologia	(0) Não	(1) Sim, satisfatório	(2) Sim, insatisfatório	(9) Não sabe	Dneuro __
Oftalmologia	(0) Não	(1) Sim, satisfatório	(2) Sim, insatisfatório	(9) Não sabe	Doftalm __
Ortopedia	(0) Não	(1) Sim, satisfatório	(2) Sim, insatisfatório	(9) Não sabe	Dortop __
Otorrinolarin-gologia	(0) Não	(1) Sim, satisfatório	(2) Sim, insatisfatório	(9) Não sabe	Dotorri __
Pediatria	(0) Não	(1) Sim, satisfatório	(2) Sim, insatisfatório	(9) Não sabe	Dpediat __
Pneumologia	(0) Não	(1) Sim, satisfatório	(2) Sim, insatisfatório	(9) Não sabe	Dpneum __
Psiquiatria	(0) Não	(1) Sim, satisfatório	(2) Sim, insatisfatório	(9) Não sabe	Dpsiq __

D30) A equipe desta UBS tem acesso direto a retaguarda de consultas em pronto-socorro? Dretps __

(0) Não (1) Sim, satisfatório (2) Sim, não satisfatório

D31) A equipe desta UBS tem acesso direto a retaguarda para internação hospitalar? Dretint __

(0) Não (1) Sim, satisfatório (2) Sim, não satisfatório

D32) Com relação as ações desenvolvidas pela UBS são utilizados protocolos para:

Cuidados de enfermagem	(0) Não	(1) Sim	Dptenf __
Cuidado domicilar	(0) Não	(1) Sim	Dptdom __
Diagnóstico e tratamento do diabetes	(0) Não	(1) Sim	Dptdm __
Diagnóstico e tratamento da hanseníase	(0) Não	(1) Sim	Dpthan __
Diagnóstico e tratamento da hipertensão arterial	(0) Não	(1) Sim	Dpthas __

Diagnóstico e tratamento da tuberculose	(0) Não	(1) Sim	Dpttbc __
Imunizações	(0) Não	(1) Sim	Dptimu __
Manejo da desnutrição e suplementação alimentar	(0) Não	(1) Sim	Dptdesn __
Manejo dos agravos mais prevalentes na infância	(0) Não	(1) Sim	Dptaidp __
Planejamento familiar	(0) Não	(1) Sim	Dptplan __
Pré-natal	(0) Não	(1) Sim	Dptpn __
Prevenção do câncer de colo uterino	(0) Não	(1) Sim	Dptcolo __
Promoção crescimento e desenvolvimento infantil	(0) Não	(1) Sim	Dptcrde __
Promoção do aleitamento materno	(0) Não	(1) Sim	Dptaleit __
D33) Quais das atividades abaixo relacionadas são desenvolvidas na UBS?			
Atendimento da demanda sentida	(0) Não	(1) Sim	Daçdem __
Atendimento odontológico a grupos prioritários	(0) Não	(1) Sim	Daçodon __
Atendimento pré-natal	(0) Não	(1) Sim	Daçpn __
Cuidado domiciliar	(0) Não	(1) Sim	Daçdomi __
Diagnóstico e tratamento da hanseníase	(0) Não	(1) Sim	Daçhans __
Diagnóstico e tratamento da hipertensão	(0) Não	(1) Sim	Daçhas __
Diagnóstico e tratamento da tuberculose	(0) Não	(1) Sim	Daçtbc __
Diagnóstico e tratamento do diabetes	(0) Não	(1) Sim	Daçdm __
Glicemia capilar	(0) Não	(1) Sim	Daçglica __
Manejo de casos de desnutrição e de suplementação alimentar	(0) Não	(1) Sim	Daçdesn __
Manejo dos agravos mais prevalentes na infância	(0) Não	(1) Sim	Daçaidp __
Notificação compulsória de doenças	(0) Não	(1) Sim	Daçnotif __
Pequenas cirurgias	(0) Não	(1) Sim	Daçcir __
Planejamento familiar	(0) Não	(1) Sim	Daçplanf __
Prevenção do câncer de colo uterino	(0) Não	(1) Sim	Daçcolo __

Procedimentos de enfermagem	(0) Não	(1) Sim	Daçproe __
Promoção do aleitamento materno	(0) Não	(1) Sim	Daçaleit __
Promoção do crescimento e desenvolvimento infantil	(0) Não	(1) Sim	Daçcrde __
Visita domiciliar	(0) Não	(1) Sim	Daçvd __

D34) A UBS realiza atividades com grupos de usuários? Dubsgr __

(0) Não (Pule para pergunta E36) (1) Sim

D35) SE SIM, quais das atividades abaixo relacionadas que a UBS realiza:

Portadores de sofrimento psíquico	(0) Não	(1) Sim	Dgrsofp __
Pré-natal	(0) Não	(1) Sim	Dgrpn __
Adolescentes	(0) Não	(1) Sim	Dgradol __
Idosos	(0) Não	(1) Sim	Dgrido _
Hipertensos	(0) Não	(1) Sim	Dgrhas __
Diabéticos	(0) Não	(1) Sim	Dgrdm __
Puericultura	(0) Não	(1) Sim	Dgrpuer __
Outro(s)	(0) Não	( ) Sim. Qual(is)?	

_____ Dgrout1 __

_____ Dgrout2 __

_____ Dgrout3 __

_____

AS QUESTÕES A SEGUIR REFEREM-SE A BARREIRAS ARQUITETÔNICAS

D36) O prédio da unidade de saúde é adequado para o acesso de pessoas portadoras de deficiência? Dpreadeq __

(0) Não (1) Sim (9) IGN

D37) Existem tapetes na sala de espera, consultório ou em alguma outra dependência do prédio?	
Sala de Espera (0) Não (1) Sim	Dtapsala__
Consultório (0) Não (1) Sim	Dtapcon__
Outra (0) Não (1) Sim Qual?_____	Dtapout__
D38) Exite(m) degrau(s) no(s) acesso(s) que dificulte(am) o ingresso de deficientes no prédio?	Ddegrace__
(0) Não (1) Sim (9) IGN	
D39) Existem rampas alternativas para garantir o acesso de pessoas portadoras de deficiência?	Drampa__
(0) Não (1) Sim (9) IGN	
D40) As calçadas do prédio permitem o deslocamento seguro de deficientes visuais, cadeirantes e idosos?	Dcalcseg__
(0) Não (1) Sim (9) IGN	
D41) Existem corrimãos nas escadas, rampas ou corredores, para auxiliar o acesso de usuários com mobilidade reduzida?	Dcoriesc__
Escada(s) (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	Dcoriram__
Rampa(s) (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	Dcoricor__
Corredor(es) (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	
D42) As portas dos banheiros permitem o acesso de usuários de cadeiras de rodas?	Dwcporcr__
No mínimo 1	
(0) Não (1) Sim (9) IGN	

D43) Os banheiros possuem espaço suficiente para manobras de aproximação de usuários de cadeiras de rodas? No mínimo 1 (0) Não (1) Sim (9) IGN **D44)Você considera as cadeiras da sala de espera desta unidade de saúde, adequada para um local de atendimento?** (0) Não (1) Sim (9) IGN	Dwcperma__ Dcadadeq__
D45) Existe cadeira de rodas a disposição de pacientes com esta necessidade? (0) Não (1) Sim (9) IGN	Dcrdispo__
Questionário respondido por: (nome e assinatura dos responsáveis pelas informações) DTOTRE _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	
Data do preenchimento: __ __ / __ __ / __ __ __ __	

ANEXO C INFORMAÇÕES DE FONTE DOCUMENTAL BLOCO 2	
IDENTIFICAÇÃO GERAL No do questionário: __ __ _ Estado:__ __ Cidade: _____	nque __ __ festado __ fmunic__ __
F01) Informe o percentual do Gasto Municipal em Saúde de acordo com a EC29 e qual a fonte da informação: 2001: Percentual (%):_____ 2002: Percentual (%):_____ 2003: Percentual (%):_____ 2004: Percentual (%):_____ Fonte:_____	f%s2001 __ __, __ f%s2002 __ __, __ f%s2003 __ __, __ f%s2004 __ __, __ ffonte__ __
F02) Informe o percentual do Gasto Municipal em Atenção Básica e qual a fonte da informação: 2001: Percentual (%):_____ 2002: Percentual (%):_____ 2003: Percentual (%):_____ 2004: Percentual (%):_____ Fonte:_____	f%ab01 __ __, __ f%ab02 __ __, __ f%ab03 __ __, __ f%ab04 __ __, __ ffontab__ __
F03) Informe o valor (em reais) do PAB fixo do município de acordo com o ano e qual a fonte da informação: 2001: Valor R$:_____ 2002: Valor R$:_____ 2003: Valor R$:_____ 2004: Valor R$:_____ Fonte:_____	
F04) Informe o percentual dos gastos com o Programa de Saúde da Família (PSF) em seu município cobertos através do incentivo federal para o programa, de acordo com o	

ano:

2001: Percentual (%)_____

2002: Percentual (%)_____

2003: Percentual (%) _____

2004: Percentual (%)_____

fifd%01__ __ __

fifd%02__ __ __

fifd%03__ __ __

fifd%04__ __ __

F05) No quadro abaixo, por favor, indique as ações do PAB Variável e outros projetos de Atenção Básica que o município executa, indicando o valor respectivo deste incentivo no orçamento do Município para os anos de 2001 a 2004 (em Reais).

	2001	2002	2003	2004
Vigilância Epidemiológica				
Saúde Mental				
HIPERDIA				
Programa do Agente Comunitário				
Medicamentos				
Carências Nutricionais				
Cartão SUS				
PSF Bucal				
Outros: Especifique				

F06) Com relação ao processo de implantação do PSF no município, indique as seguintes datas:

Data da qualificação: __ __ / __ __ / __ __ __ __

Data da implantação da(s) primeira(s) equipe(s): __ __ / __ __ / __ __ __ __

fdatqual

__ __ __ __ __ __ __ __

fimpeqp

__ __ __ __ __ __ __ __

F07) Indique, para os anos de 2001 a 2004, o número de equipes de PSF existentes no município (acumulado) : 2001: __ __ equipes 2002: __ __ equipes 2003: __ __ equipes 2004: __ __ equipes	feqpsf01 __ __ feqpsf02__ __ feqpsf03__ __ feqpsf04__ __
F08) Para o ano de 2004, caracterize a distribuição geográfica do PSF no seu município? No meio Rural: __ __equipes No meio urbano central: __ __equipes No meio urbano periférico: __ __equipes F09) Comente a adequação e suficiência desta localização: (Caso necessite, utilize o verso da folha para responder, indicando claramente o número da questão)	fsfrural__ __ fsfcentr__ __ fsfperi__ __
RECURSOS HUMANOS	
F10) Informe o número e o vínculo contratual da equipe municipal de Coordenação da Atenção Básica. Funcionário público estatutário __ __ Funcionário público CLT __ __ Funcionário público Regime Jurídico Único __ __ Funcionário público fora do quadro (Cedido, extra-quadro, etc..) __ __ Funcionário em contrato emergencial ou temporário __ __ Funcionário contratado por cooperativa, associação ou ONG __ __ Cargo de Confiança __ __	ffucest __ __ ffucclt __ __ ffucrju__ __ ffucfora__ __ ffuctemp__ __ ffuccotr__ __ ffuccc__ __
F11) Informe o número de funcionários da equipe municipal de Coordenação da Atenção Básica, de acordo com a formação profissional: Médico __ __ Enfermeiro __ __	fmed__ __

Cirurgião Dentista __ __ Administrador __ __ Psicólogo __ __ Assistente Social __ __ Farmacêutico __ __ Pedagogo __ __ Nutricionista __ __ Outro __ __ Especifique: _____ _____	fenf__ __ fcirden__ __ fadm __ __ fpsic__ __ fassoc__ __ ffarm __ __ fpedag__ __ fnutri__ __ foutr__ __
F12) Informe o número de funcionários da equipe municipal de Coordenação da Atenção Básica, conforme a jornada de trabalho: Menos de 20 horas/semana __ __ 20 a 39 horas/semana __ __ 40 horas/semana __ __	 fjt<20 __ __ fjt20-39 __ __ fjt 40 __ __
F13) Informe o número e o vínculo contratual da equipe municipal de Coordenação do PSF. Funcionário público estatutário __ __ Funcionário público CLT __ __ Funcionário público Regime Jurídico Único __ __ Funcionário público fora do quadro (Cedido, extra-quadro, etc..) __ __ Funcionário em contrato emergencial ou temporário __ __ Funcionário contratado por cooperativa, associação ou ONG __ __ Cargo de Confiança __ __	 fpfest __ __ fpfcclt __ __ fpsrju__ __ fpsfora__ __ fpstemp__ __ fpfcotr__ __ fpfccc__ __
F14) Informe o número de funcionários da equipe municipal de Coordenação do PSF, de acordo com a formação profissional: Médico __ __ Enfermeiro __ __ Cirurgião Dentista __ __	 fpsmed__ __

Administrador __ __ Psicólogo __ __ Assistente Social __ __ Farmacêutico __ __ Pedagogo __ __ Nutricionista __ __ Outro __ __ Especifique: _____ _____	fpsenf__ __ fpsden__ __ fpsadm __ __ fpspsic__ __ fpsasoc__ __ fpsfarm __ __ fpspedag__ __ fpsnutri__ __ fpsoutr__ __
F15) Informe o número e o vínculo contratual dos profissionais que compõe as equipes do Programa de Saúde da Família do município. Funcionário público estatutário __ __ Funcionário público CLT __ __ Funcionário público Regime Jurídico Único __ __ Funcionário público fora do quadro (Cedido, extra-quadro, etc..) __ __ Funcionário em contrato emergencial ou temporário __ __ Funcionário contratado por cooperativa, associação ou ONG __ __ Cargo de Confiança __ __	 fest __ __ fclt __ __ frju__ __ ffora__ __ ftemp__ __ fcotr__ __ fccc__ __
F16) Comente as eventuais situações de trabalho precário (contratos emergenciais e temporários, contratos através de cooperativas, associações e ONGS) na SMS e as iniciativas para a desprecarização do trabalho. (Caso necessite, utilize o verso da folha para responder, indicando claramente o número da questão)	
F17) Comente a situação de plano de carreira, cargos e salários na SMS. Existe um	

plano implantado, este plano é atual, ou está muito defasado, há alguma discussão sobre sua elaboração, atualização, ou implantação? (Caso necessite, utilize o verso da folha para responder, indicando claramente o número da questão)	
ORGANIZAÇÃO E GESTÃO	
F18) Indique, para os anos de 2001 a 2004, o número de Unidades de Saúde da Familia existentes no município (acumulado): 2001: __ __ unidades 2002: __ __ unidades 2003: __ __ unidades 2004: __ __ unidades	fusf01__ __ fusf02 __ __ fusf03 __ __ fusf04 __ __
F19) Indique, para os anos de 2001 a 2004, o número de UBS totais existentes no município (acumulado): 2001: __ __ unidades 2002: __ __ unidades 2003: __ __ unidades 2004: __ __ unidades	fubst01 __ __ fubst02 __ __ fubst03 __ __ fubst04__ __
F20) Qual o tipo de serviço de acolhimento de reclamações de usuários que existe no município? (0) Telefone do Conselho Municipal de Saúde para acolhimento de irregularidades	freclam __

(1) Telefone específico de denúncia anônima disponibilizado pela SMS (2) 0800 especial para reclamações dos usuários (3) Nenhum tipo Outros: Especifique:_____	
F21) Qual(is) o(s) tipo(s) de central(is) implantada(s) para acolher e ordenar as necessidades de saúde dos usuários que existem no município? Central de Leitos (0) Não (1) Sim Central de Consultas Especializadas (0) Não (1) Sim Central de Exames (0) Não (1) Sim Serviço de Atendimento Municipal em Urgências (SAMU) (0) Não (1) Sim	fnecusu__
F22) Comente a existência e adequação das centrais para acolhimento e ordenação das necessidades de saúde no município, destacando dificuldades e facilidades, acertos e equívocos: (Caso necessite, utilize o verso da folha para responder, indicando claramente o número da questão)	
F23) Qual o percentual de consultas efetivadas através da Central de Agendamentos de consultas do município, segundo o ano? 2001: Percentual (%): __ __ __ 2002: Percentual (%): __ __ __ 2003: Percentual (%): __ __ __ 2004: Percentual (%): __ __ __	 f%cac01 __ __ __ f%cac02 __ __ __ f%cac03 __ __ __ f%cac04 __ __ __
F24) Qual o percentual de internações efetivadas através da Central de Leitos do município, segundo o ano? 2001: Percentual (%): __ __ __ 2002: Percentual (%): __ __ __	 f%cl01__ __ __

2003: Percentual (%): __ __ __ 2004: Percentual (%): __ __ __	f%cl02__ __ __ f%cl03__ __ __ f%cl04__ __ __
F25) Qual o percentual acumulado de Unidades Básicas de Saúde (UBS) informatizadas e alimentando automaticamente o SIA-SUS no município segundo o ano? 2001: Percentual (%):_____ 2002: Percentual (%):_____ 2003: Percentual (%):_____ 2004: Percentual (%):_____	f%isus01__ __ __ f%isus02__ __ __ f%isus03__ __ __ f%isus04__ __ __
F26) Qual o percentual acumulado de Unidades Básicas de Saúde (UBS) incluídas no Sistema de Vigilância Epidemiológica do município segundo o ano? 2001: Percentual (%):_____ 2002: Percentual (%):_____ 2003: Percentual (%):_____ 2004: Percentual (%):_____	f%sve01__ __ __ f%sve02__ __ __ f%sve03__ __ __ f%sve04__ __ __
F27) Dos Sistemas de Informação abaixo, o município é responsável pelo processamento de quais? SINASC (0) Não (1) Sim SIM (0) Não (1) Sim SINAN (0) Não (1) Sim SISVAN (0) Não (1) Sim SIAB (0) Não (1) Sim Outros: Especifique _____	fsinasc__ fsi __ fsinan__ fsisvan__ fsiab__ fotrr__
F28) Destes, quais foram alimentados regularmente nos últimos 6 meses? SINASC (0) Não (1) Sim SIM (0) Não (1) Sim SINAN (0) Não (1) Sim	fsinasc6__ fsi6 __

SISVAN (0) Não (1) Sim SIAB (0) Não (1) Sim Outros: Especifique _____	fsinan6__ fsisvan6__ fsiab6__ fotrr6__
F29) Em relação à disponibilidade de relatórios periódicos com indicadores selecionados para a tomada de decisão (produzidos no nível central do município), classifique segundo a sua realidade. (0) Relatório semanais (1) Relatórios quinzenais (2) Relatórios mensais (3) Relatórios bimestrais (4) Relatórios trimestrais (5) Relatórios semestrais (6) Relatórios anuais (7) Não dispõe de relatórios para tomada de decisão (8) Outros. Especifique:_____	frelato __
F30) Informe quais os tipos de veículos de divulgação adotados pela saúde no município e qual sua periodicidade; Assinale os adotados	

	Tipo de Veículo	Periodicidade	
	Relatórios		
	Boletins		
	Nota		
	Programa de rádio		
	Outros: Especifique		

F31) Qual o percentual de óbitos por causas mal definidas no município segundo o ano? 2001: Percentual (%):_____ 2002: Percentual (%):_____ 2003: Percentual (%):_____	f%obt01 __ __ __ f%obt02 __ __ __

2004: Percentual (%):_____	f%obt03 __ __ __ f%obt04__ __ __
F32) Qual o percentual de óbitos infantis investigados no município segundo o ano? 2001: Percentual (%):_____ 2002: Percentual (%):_____ 2003: Percentual (%):_____ 2004: Percentual (%):_____	f%obti01 __ __ __ f%obti02 __ __ __ f%obti03 __ __ __ f%obti04__ __ __
f33) existem parcerias interinstitucionais na produção e divulgação de informações? (0) não (1) sim se sim: identifique os parceiros e seus respectivos produtos_____	fparinf __
assistência farmacêutica	
f34) o município adota alguma lista básica de medicamentos para as unidades de saúde? (0) não (1) sim	flstmed __
F35) Caracterize as maneiras de estocar e distribuir os medicamentos no seu município. (Caso necessite, utilize o verso da folha para responder, indicando claramente o número da questão)	
F36) Quais os critérios utilizados para a distribuição dos medicamentos para as UBS? (Caso necessite, utilize o verso da folha para responder, indicando claramente o número da questão).	

F37) O município conta com fornecedores cadastrados? Como é o processo de aquisição de medicamentos? (Caso necessite, utilize o verso da folha para responder, indicando claramente o número da questão)	
F38) O município fabrica algum tipo de medicamento, incluindo fitoterápicos, para utilização em UBS? (0) Não (1) Sim → SE SIM; Quais os tipo?	ffabric__
F39) Informe qual a população alvo elegível para os veículos de divulgação adotados pela saúde no município: ( ) Toda a população que reside no município ( ) Preferencialmente a população que tem acesso a informações escritas ( ) Preferencialmente a população que sintoniza as rádios locais ( ) O município se preocupa em informar o Conselho municipal de Saúde ( ) O município não se preocupa com divulgação das informações em Saúde ( ) Outro: Explique; _____	
F40) Descreva a existência de integração entre ações de Vigilância Epidemiológica e Vigilância Ambiental no município: (Caso necessite, utilize o verso da folha para responder, indicando claramente o número da questão)	
F41) Identifique os tipos de protocolos em utilização no município e anexe uma cópia	

dos mesmos. (Caso necessite, utilize o verso da folha para responder, indicando claramente o número da questão)	
G42) Em relação ao(s) encaminhamento(s) de usuários para os serviços de saúde de maior complexidade e/ou de apoio diagnóstico e terapêutico no município: Há agendamento para esse tipo de demanda? (0) Não (1) Sim O agendamento é feito pelas Unidades de Saúde? (0) Não (1) Sim O agendamento é feito pelos usuários no setor de interesse? (0) Não (1) Sim O agendamento pode ser feito pelos usuários através de um serviço telefônico? (0) Não (1) Sim O agendamento pode ser feito por qualquer profissional da equipe do PSF? (0) Não (1) Sim O agendamento é feito através de fila única, constituída conforme a data de registro da demanda? (0) Não (1) Sim O agendamento é feito através de protocolos organizados para acolhimento das urgências? (0) Não (1) Sim O agendamento é feito através de protocolos organizados para o cuidado da demanda mais prevalente? (0) Não (1) Sim Outros: Especifique:_____	gagenda__ gagenubs __ gagenus__ agentel__ gagenpro__ gagenfil__ gageprot__ gageprev__ goutag__
G43) Qual o tempo médio de espera dos usuários para atendimento especializado em	ggineco__ __ __ _

serviços de saúde? Gineco-obstetra (0000) Não tem o profissional __ __ meses __ __dias Pediatra (0000) Não tem o profissional __ __ meses __ __dias Cardiologista (0000) Não tem o profissional __ __ meses __ __dias Nefrologia (0000) Não tem o profissional __ __ meses __ __dias Gastroenterologista (0000) Não tem o profissional __ __ meses __ __dias Cirurgião Geral (0000) Não tem o profissional __ __ meses __ __dias Neurologista (0000) Não tem o profissional __ __ meses __ __dias Angiologista (0000) Não tem o profissional __ __ meses __ __dias Oftalmologista (0000) Não tem o profissional __ __ meses __ __dias Otorrinolaringologista (0000) Não tem o profissional __ __ meses __ __dias Fisioterapeuta (0000) Não tem o profissional __ __ meses __ __dias Odontólogo (0000) Não tem o profissional __ __ meses __ __dias Nutricionista (0000) Não tem o profissional __ __ meses __ __dias Psiquiatra (0000) Não tem o profissional __ __ meses __ __dias Outro: Especifique: _____	gpediat__ __ __ __ gcardi__ __ __ __ gnefro__ __ __ __ ggastr__ __ __ __ gcirg__ __ __ __ gneur__ __ __ __ gangio__ __ __ __ gofta__ __ __ __ gotori__ __ __ __ gfisio__ __ __ __ gdent__ __ __ __ gnutr__ __ __ __ gpsqt__ __ __ __ goutesp__ __ __ _
G44) Qual o tempo médio de espera dos usuários para acesso a recursos diagnósticos e terapêuticos especializados? Análises Clínicas (0000) Não tem o profissional __ __ meses __ __dias Radioimunoensaio (0000) Não tem o profissional __ __ meses __ __dias Exames radiológicos (0000) Não tem o profissional __ __ meses __ __dias Ultrassonografia geral (0000) Não tem o profissional __ __ meses __ __dias ECG (0000) Não tem o profissional __ __ meses __ __dias Ecografia (0000) Não tem o profissional __ __ meses __ __dias Ecocardiografia (0000) Não tem o profissional __ __ meses __ __dias Tomografia (0000) Não tem o profissional __ __ meses __ __dias Ressonância Magnética (0000) Não tem o profissional __ __ meses __ __dias Hemodinâmica (0000) Não tem o profissional __ __ meses __ __dias Hemodiálise (0000) Não tem o profissional __ __ meses __ __dias Quimioterapia (0000) Não tem o profissional __ __ meses __ __dias Radioterapia (0000) Não tem o profissional __ __ meses __ __dias Outro: Especifique:_____	ganalis__ __ __ __ gimuens__ __ __ _ gexrad__ __ __ __ gusge__ __ __ __ gecg__ __ __ __ gecog__ __ __ __ gecoc__ __ __ __ gtomo__ __ __ __ grsmg__ __ __ __ ghemo__ __ __ __ gdialis__ __ __ __ gquimi__ __ __ __ gradio__ __ __ __ gouredg __ __ __

Anexo D **Universidade Federal de Pelotas** **Centro de Pesquisas Epidemiológicas** **Departamento de Medicina Social** **Departamento de Enfermagem** **Monitoramento e Avaliação do** **Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF)** *INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE*	**NÃO ESCREVER NESTA COLUNA**
BLOCO DE IDENTIFICAÇÃO GERAL	
Estado: __ __ **Muncípio:** _____ **Unidade de saúde:** _____ **Código da Unidade de Saúde (SIA/SUS):** __ __ __ __ __ **Endereço:**_____ _____ _____ _____ Fone/Fax:_____ E-mail do entrevistado:_____ **Nº do questionário:** __ __ __ **Grupo:** (1) PSF pré PROESF (2) PSF pós PROESF (3) Mista (4) AB Tradicional (5) Outra:_____	*ELOTE* __ __ __ **EQUESDO** __ __ __ __ __ __ __ *EGRUPO* __
BLOCO DE INFORMAÇÕES DO PROFISSIONAL DE SAÚDE	
E1. Qual a sua idade? __ __	**EIDADE** __ __
E2. Sexo: (0) Masculino (1) Feminino	*ESEXO* __

E3. Você estudou até: (0) Ensino Fundamental (1º grau) incompleto (1) Ensino Fundamental (1º grau) completo (2) Ensino Médio (2º grau) incompleto (3) Ensino Médio (2º grau) completo (4) Superior incompleto (5) Superior completo (6) Pós-graduação	**EESCOL __**
E4. Se você ESTÁ CURSANDO o 3º GRAU ou já COMPLETOU, qual o curso de graduação? (1) Medicina (2) Enfermagem (3) Nutrição (4) Psicologia (5) Serviço Social (6) Odontologia (8) NSA ( ) Outro: _____ **Há quanto tempo concluiu o 3º GRAU:__ __** (anos) (88) NSA	**EGRAD __** *EGRADT__ __*
E5. Você tem pós-graduação: Residência médica (0) Não (1) Sim (8) NSA Residência enfermagem (0) Não (1) Sim (8) NSA **SE SIM; Qual área?** Especialização (00) Não (1) Sim: _____ Mestrado (00) Não (1) Sim: _____ Doutorado (00) Não (1) Sim: _____	*EPÓSGRM__* *EPÓSGRE__* *EESPCL__ __* *EMSTADO__ __* *EDTRADO__ __*
E6. Há quanto tempo concluiu a formação de mais alto grau? __ __ anos (00) menos de 1 ano	**EQTTP__ __**
E7. Qual sua atividade profissional nesta Unidade de Saúde? (1) Auxiliar administrativo/ burocrata/ recepcionista (2) Auxiliar de enfermagem (3) Técnico de enfermagem (4) Enfermeiro (5) Médico (6) Serviços Gerais/ Servente (7) Agente Comunitário de Saúde (8) Outro profissional de nível superior: _____	**EATIV __**

E8. Este é seu primeiro emprego? (0) Não (1) Sim **SE NÃO: Qual(is) a(s) suas experiência(s) anterior(es):**_____ _____ _____ _____	**E1EMPREG__** *ETIPEPV __ __*
E9. Você ingressou neste emprego através de: (01) Concurso público (02) Seleção interna na Instituição (03) Seleção externa (04) Indicação ( ) Outro_____	**EINGEMP__ __**
E10. Seu regime de trabalho neste emprego é: (01) estatutário (02) CLT (03) Contrato temporário (04) Cargo Comissionado (05) Bolsa (06) Prestação de Serviços (07) Cooperado (08) Contrato Informal (09) Contrato Verbal ( ) Outros_____	**EREGIW__ __**
E11. Você está satisfeito com a sua forma de vinculo empregatício? (0) Não (1) Sim **SE NÃO, comente o que poderia melhorar?** _____ _____ _____	**ESTSREGW__**
E12. Carga horária Contratada nesta UBS: __ __ horas semanais	**ECONTRAT __ __**
E13. Carga horária Cumprida nesta UBS: __ __ horas semanais	**ECUMPRI __ __**
E14. Qual a sua remuneração mensal bruta pelo trabalho aqui na Unidade de Saúde (que recebeu no último mês)? R$ __ __ __ __	**EREND __ __ __ __**

E15. Está recebendo salário em dia? (0) Não (1) Sim	**ESALDIA __**
E16. Além de seu salário, o município lhe paga algum outro valor como incentivo? (0) Não (1) Sim **SE SIM, de que tipo? _____** **De que valor?_____**(mensal) (codificar sem valor após a vírgula)	*EPGOUT__* **EPGTIPO__ __** *EPGTPV __ __ __ __*
E17. Seu contrato permite vinculação a algum plano de carreira na instituição? (0) Não (1) Sim	*EPCC __*
E18. Tens outros empregos? (0) Não (1) Sim	*EOUTTRAB __*
E19. A quanto tempo trabalha nesta Instituição (Prefeitura)? __ __ __(meses)	*ETPWP__ __ __*
E20. A quanto tempo trabalha nesta Unidade de Saúde?__ __ __ (meses)	*ETPTUBS__ __ __*
E21. Houve alguma mudança na sua equipe de trabalho no último ano? (0) Não (1) Sim **SE SIM: Para o trabalho nesta Unidade de Saúde estas mudanças foram:** (00) Positivas (01) Negativas (02) Não tiveram nenhuma influência ( ) Outro_____	**EMUDEW __** *ERESMUD__ __*
E22. Depois que você começou a trabalhar na Atenção Básica (UBS), fez algum dos cursos de capacitação abaixo relacionados?	

Treinamento introdutório	(0) Não	(1) Sim	*EINTRO __*
Treinamento para preenchimento SIAB	(0) Não	(1) Sim	*ESIAB __*
Saúde da criança	(0) Não	(1) Sim	*ESACRIA __*
Saúde da mulher	(0) Não	(1) Sim	*ESAMUL __*
Saúde do adulto	(0) Não	(1) Sim	*ESAADU __*
AIDPI	(0) Não	(1) Sim	*EAIDPI __*
Diabetes	(0) Não	(1) Sim	*EDIAB __*
Hipertensão	(0) Não	(1) Sim	*EHIPER __*
DST/AIDS	(0) Não	(1) Sim	*EDST __*
Hanseníase	(0) Não	(1) Sim	*EHANSE __*
Imunização	(0) Não	(1) Sim	*EIMUNI __*
Tuberculose	(0) Não	(1) Sim	*ETBC __*
Outro curso(s)_____	(0) Não	(1) Sim	*EOUTRO __*

A participação nestas capacitações teve alguma influência na sua prática profissional? (0) Não (1) Sim	*EIFPROF__*
Faça um breve comentário sobre a relevância e adequação destas capacitações para seu trabalho diário: _____ _____ _____	
E23. O seu trabalho na Unidade de Saúde é supervisionado (acompanhado) por membro da equipe de Coordenação/ Central da Atenção Básica ou PSF? (0) Não (1) Sim **SE SIM, Qual o conteúdo desta supervisão?**_____ **E24. Qual a periodicidade da supervisão?** (1) Semanal (2) Quinzenal (3) Mensal (4) Bimensal (5) Trimestral (6) Semestral (7) Anual (8) Sem periodicidade definida **E25. Há quanto tempo ocorreu a última supervisão?** __ __ ano(s) e __ __ mês(es) Codificar em meses (000) menos de 1 mês	*ESUPRV__* *ECTDSUP __ __* *EPERSUP __* *EULTSUP__ __ __*
E26. Em média, aqui na Unidade, quantas pessoas você atende em um dia normal de trabalho? __ __ pessoas	**ENATEND __ __**
E27. Na sua opinião, como está a qualidade da maioria dos serviços prestados à população nesta unidade de saúde? (1) Muito ruim (2) Ruim (3) Nem ruim nem boa (4) Boa (5) Muito boa	**EQUALI __**
NOS ITENS ABAIXO, ASSINALE NA ESCALA O QUANTO VOCÊ ESTÁ SATISFEITO COM:	
E28. Estrutura física da Unidade de Saúde: 0___1___2____3___4___5___6___7___8___9___10 pouco satisfeito muito satisfeito	**EESTRU __ __ , __**

E29. Atendimento individual à demanda na Unidade: 0___1___2____3___4___5___6___7___8___9___10 pouco satisfeito muito satisfeito	**EDEMUS __ __ , __**
E30. Atendimento individual à demanda no domicílio: 0___1___2____3___4___5___6___7___8___9___10 pouco satisfeito muito satisfeito	**EDEMDO __ __ , __**
E31. Trabalho em equipe: 0___1___2____3___4___5___6___7___8___9___10 pouco satisfeito muito satisfeito	**ETRAEQ __ __ , __**
E32. Preenchimento de formulários e relatórios: 0___1___2____3___4___5___6___7___8___9___10 pouco satisfeito muito satisfeito	**EFORMUL __ __ , __**
E33. Reuniões de equipe: 0___1___2____3___4___5___6___7___8___9___10 pouco satisfeito muito satisfeito	**EREEQUI __ __ , __**
E34. Reuniões com a comunidade: 0___1___2____3___4___5___6___7___8___9___10 pouco satisfeito muito satisfeito	**ERECOMU __ __, __**
E35. Reuniões com a coordenação local da Unidade: 0___1___2____3___4___5___6___7___8___9___10 pouco satisfeito muito satisfeito	**ERECOOR __ __, __**

AGORA VAMOS FALAR SOBRE O QUE VOCÊ ACHA DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO

Iluminação:	(0) Adequada	(1) Pouca / excessiva	*EAFLUMI __*
Temperatura:	(0) Adequada	(1) Muito frio / muito calor	*EAFTEMP __*
Ventilação / aeração:	(0) Adequada	(1) Má ventilação	*EAFVENT __*
Espaço próprio:	(0) Suficiente	(1) Insuficiente	*EAFESPA __*
Barulho excessivo	(0) Não	(1) Sim	*EAFBARU __*

Condições de higiene:	(0) Boas	(1) Não boas	*EAFHIGIE __*
Móveis:	(0) Confortáveis	(1) Não confortáveis	*EAFMOVE __*
Manutenção do prédio:	(0) Suficiente	(1) Insuficiente	*EAFMANU __*
Cheiros desagradáveis:	(0) Não	(1) Sim	**EAFCHEIR __**
Sente que exigem demais de você:	(0) Não	(1) Sim	*ETAEXIG __*
Tem muita concorrência entre colegas:	(0) Não	(1) Sim	*ETACON __*
Sente insegurança pela instabilidade:	(0) Não	(1) Sim	*ETAINST __*
Sente falta de solidariedade entre colegas:	(0) Não	(1) Sim	*ETASOLID __*
Sente que tem responsabilidade demais:	(0) Não	(1) Sim	*ETARESP __*
Realiza tarefas muito variadas:	(0) Não	(1) Sim	*ETAVARIA __*
Faz muito trabalho burocrático:	(0) Não	(1) Sim	*ETABURO __*
Sente falta de recursos para o trabalho:	(0) Não	(1) Sim	*ETARECU __*
Sente falta de capacitação para as tarefas:	(0) Não	(1) Sim	**ETACAPA __**
Tem facilidade de dialogar com chefias:	(0) Não	(1) Sim	*EAIDIAG __*
O relacionamento com chefias é tenso:	(0) Não	(1) Sim	*EAIRELCH __*
O relacionamento com colegas é tenso:	(0) Não	(1) Sim	*EAIRELCO __*
Tem medo de ficar sem trabalho:	(0) Não	(1) Sim	*EAISEMTR __*
Sente-se reconhecido pelo trabalho:	(0) Não	(1) Sim	*EAIRECON __*
Está de acordo com o andamento do trabalho:	(0) Não	(1) Sim	*EAIANDAM __*
Tem liberdade para sugerir melhorias:	(0) Não	(1) Sim	**EAISUGER __**
Se sente comprometido com o que faz:	(0) Não	(1) Sim	*EAPCOMP __*
Pode aplicar seus conhecimentos:	(0) Não	(1) Sim	*EAPAPLIC __*
Sente-se útil no trabalho:	(0) Não	(1) Sim	*EAPUTIL __*
Vê condições de progredir:	(0) Não	(1) Sim	*EAPPROG __*
Sente orgulho pelo que faz:	(0) Não	(1) Sim	*EAPORGU __*
Perde tempo com outras tarefas:	(0) Não	(1) Sim	*EAPTEMP __*
Acha que seus erros podem afetar outras pessoas:	(0) Não	(1) Sim	*EAPERROS __*
Está descontente com seus colegas:	(0) Não	(1) Sim	**EAPDESC __**

E36. Você teve acesso na unidade de saúde às seguintes publicações do MS? **Revista Brasileira Saúde da Família (0) Não (1) Sim** **Informes da atenção básica (0) Não (1) Sim** **Manual do Sistema de Informação da Atenção Básica (0) Não (1) Sim** **Manual: O trabalho do Agente Comunitário de Saúde (0) Não (1) Sim** **Avaliação Normativa do PSF no Brasil (0) Não (1) Sim**	*ERBSF __* *EIAB __* *EMSIAB __* *EMTACS __* *EANPSF __*
E37. Para suas atividades profissionais, faz uso de computador? **(0) Não (1) Sim, na UBS (2) Sim, em casa (3) Sim, na UBS e em casa**	*ECOMP __*
E38. Para suas atividades profissionais, utiliza algum tipo de protocolo? **(0) Não (1) Sim** **SE SIM: Quais? _____** **_____**	*EPROTO __* *EPROTQ __ __*
Poderias descrever quais as atividades realizadas na sua última semana de trabalho como por exemplo: visita domiciliar, atendimento individual, coordenação/participação em grupo terapêutico, reuniões de equipe, reuniões com a comunidade, reunião com nível central da Secretaria de Saúde, tarefas burocráticas (relatórios, pedidos), participação em atividades de capacitação? ***<para preenchimento do quadro abaixo, utilize o verso da página registrando claramente as atividades que realiza em cada turno de cada dia>.***	

Turno	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	
M						
T						
N						

ANEXO E

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Oficio nº 045/2004 Pelotas, 17 de setembro de 2004.

Ilm. Sr.
Prof. Luis Augusto Facchini

Gostaríamos de comunicá-lo que seu projeto de pesquisa intitulado: **"Monitoramento e avaliação do programa de expansão e consolidação do Programa de Saúde da Família -lote 2 região Sul** " foi aprovado por este Comitê em reunião do dia 13/09/04.

Sendo o que se apresenta para o momento, subscrevemo-nos

Atenciosamente.

Prof. Dr. José Augusto Assunção Crespo Ribeiro
Coordenador do CEP/FM-UFPel

Prof. Dr. José Augusto Assunção Crespo Ribeiro
Coordenador do CEP / FM/ UFPel

ANEXO F

Carta de autorização do coordenador da pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
CENTRO DE PESQUISAS EPIDEMIOLÓGICAS
FACULDADE DE MEDICINA – DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
FACULDADE DE ENFERMAGEM – DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Pelotas, 20 de maio de 2010.

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que **Marcos Aurélio Matos Lemões**, pós-graduando do curso de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas está autorizada a utilizar parte dos dados coletados na pesquisa Projeto de Monitoramento e Avaliação do Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (Código COCEPE 4.06.01.141) para elaborar a sua dissertação de mestrado intitulada "**Avaliação das ações de Regulação da Assistência à Saúde em Municípios da Região Sul e Nordeste do Brasil**". Ressalto que esta dissertação faz parte dos produtos oriundos da pesquisa e que o aluno está ciente do compromisso de publicação de resultados em parceria com o coordenador do projeto.

_____

Coordenador do Projeto de Pesquisa