



**INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO
FIGUEIRA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE**

MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE

CYNTHIA RESQUE DE BARROS VASCONCELOS

**CONTINUIDADE DO CUIDADO ENTRE NÍVEIS
ASSISTENCIAIS: PERSPECTIVAS DOS USUÁRIOS COM
DOENÇAS CRÔNICAS**

**RECIFE
2017**

CYNTHIA RESQUE DE BARROS VASCONCELOS

**CONTINUIDADE DO CUIDADO ENTRE NÍVEIS
ASSISTENCIAIS: PERSPECTIVAS DOS USUÁRIOS COM
DOENÇAS CRÔNICAS**

Dissertação apresentada ao Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Avaliação em Saúde.

Linha de Pesquisa: Avaliação das Intervenções de Saúde

Orientador: Prof^a Dr^a Renata Patrícia Freitas Soares de Jesus

RECIFE
2017

FICHA CATALOGRÁFICA

Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP
Ficha Catalográfica BAB-003/2018
Elaborada por Túlio Revoredo CRB-4/2078

V331c Vasconcelos, Cynthia Resque de Barros

Continuidade do cuidado entre níveis assistenciais: perspectivas dos usuários com doenças crônicas / Cynthia Resque de Barros Vasconcelos. Orientadora: Renata Patrícia Freitas Soares de Jesus. – Recife : Do Autor, 2017.

44 f.

Dissertação (Mestrado Profissional em Avaliação em Saúde) – Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, 2017.

1. Avaliação em saúde. 2. Assistência integral à saúde. 3. Doenças crônicas. I. Jesus, Renata Patrícia Freitas Soares de, Orientadora. II. Título

CDD 362.1

CYNTHIA RESQUE DE BARROS VASCONCELOS

**CONTINUIDADE DO CUIDADO ENTRE NÍVEIS
ASSISTENCIAIS: PERSPECTIVAS DOS USUÁRIOS COM
DOENÇAS CRÔNICAS**

Dissertação apresentada ao Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Avaliação em Saúde.

Aprovada em: ___ de _____ de 2017

BANCA EXAMINADORA

Antônio Carlos Gomes do Espírito Santo
Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Paulo Germano de Frias
Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP)

Renata Patrícia Freitas Soares de Jesus
Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP)

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho inteiramente a minha família, pela participação, parceria, compreensão, estímulo e confiança nas minhas capacidades intelectuais.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus pela força de lutar, por guiar meus passos e por me ajudar a enfrentar as dificuldades e barreiras encontradas no percurso da minha vida.

Agradeço ao meu pai, Edmir Costa, pelo total apoio e certeza de que todos os meus planos um dia seriam concretizados, por sempre estar presente em todos os meus ciclos de vida, pela força em me incentivar a alcançar os meus sonhos, pela dedicação como pai e imenso amor.

Agradeço a minha mãe, Wania Resque, por chorar comigo de todas as minhas quedas e rir com todas as minhas vitórias, o companheirismo, a compreensão, as conversas e orientações que me ajudaram a ser quem hoje sou.

Agradeço ao meu irmão, Anderson Resque, meu melhor amigo, que sempre me acolheu e enxugou minhas lágrimas, que sempre me aconselhou de uma forma muitas vezes madura para sua idade, pelo carinho, compreensão e imenso amor.

Agradeço aos meus parentes, tias e primos que sempre estiveram na torcida pelo meu crescimento profissional e social.

Agradeço aos amigos pelo acolhimento, pela compreensão nas ausências de festividades por motivos de estudos, pelas risadas, pelo apoio e comemorações em minhas conquistas, por me incentivarem quanto aos meus desejos e me desaconselharem por atitudes erradas.

Agradeço ao Grupo de Estudos de Gestão e Avaliação em Saúde do IMIP (GEAS) pela oportunidade e incentivo quanto ao meu crescimento profissional.

Agradeço a minha orientadora, Renata Patrícia, que puxou minhas orelhas quanto aos prazos e sempre me orientou a manter o foco, pela paciência, pelas trocas de conhecimentos, pelos desabafos como amiga, pela sintonia de sinceridade, pelo apoio e ajuda neste difícil e complexo “parto” chamado dissertação.

RESUMO

Cenário: A saúde no mundo tem passado desde a segunda metade do século passado por diversas transformações e dentre essas se destaca a emergência das doenças crônicas, com elevados índices de mortalidade. Os modelos de atenção a saúde têm mostrado dificuldade em acompanhar tais modificações do padrão de adoecimento apresentando-se em muitos casos desarticulados e fragmentados. Como forma de combater os problemas encontrados no modelo de saúde, foram instituídas as Redes de Atenção à Saúde (RAS) no Brasil que tem como objetivo garantir a integralidade e a articulação entre os serviços de saúde, consideradas características importantes na qualidade da assistência à saúde. **Objetivo:** Analisar a percepção dos pacientes com condições crônicas sobre a continuidade dos cuidados e fatores associados em duas redes de serviços de saúde em Pernambuco-Brasil. **Método:** Trata-se de um estudo transversal, baseado em um inquérito com os usuários quanto a continuidade da informação e da gestão clínica entre níveis assistenciais bem como aos fatores que influenciam no processo perceptivo sobre a continuidade do cuidado. A pesquisa Equity tem o objetivo de avaliar a coordenação da atenção entre níveis assistências através da percepção dos médicos e usuários, é um estudo multicêntrico com uma amostra de 399 usuários da rede A e 402 na rede B. Foram realizadas análises univariadas e bivariadas utilizando índices sintéticos de continuidade e regressão logística multivariada aplicando o teste qui-quadrado. **Resultados:** Os resultados mostram altos níveis continuidade da informação (58,1%) e gestão clínica (64,0%). No entanto, na análise univariada foram verificadas falhas na comunicação, colaboração entre médicos e na acessibilidade. Verificou-se que a raça, o sexo, a escolaridade, o estado civil e a relação usuário-médico obtiveram significância no estudo ($p < 0,05$). **Conclusão:** Conclui-se que os usuários percebem como alta a continuidade da informação e gestão clínica, mesmo que existam barreiras. Foram detectadas falhas na transferência da informação, colaboração dos médicos e acessibilidade, bem como constatou-se que os fatores individuais dos usuários influenciam na percepção da continuidade do cuidado.

Palavras-chave: Doença Crônica; Continuidade da assistência ao paciente; Percepção; Assistência Integral à Saúde.

ABSTRACT

Scenario: Health in the world has passed since the second half of the last century by various transformations and among these stands out the emergence of chronic diseases, with high mortality rates. Health care models have shown difficulty in accompanying such changes in the pattern of illness and in many cases are disjointed and fragmented. As a way of combating the problems found in the health model, Health Care Networks (RAS) in Brazil were instituted to guarantee the integrality and articulation between health services, which are considered important characteristics in the quality of health care . **Objective:** To analyze the perception of patients with chronic conditions on the continuity of care and associated factors in two networks of health services in Pernambuco-Brazil. **Method:** This is a cross-sectional study, based on an inquiry with the users about the continuity of information and clinical management between care levels as well as the factors that influence the perceptual process on the continuity of care. The Equity research aims to evaluate the coordination of care between care levels through the perception of physicians and users, is a multicenter study with a sample of 399 users of network A and 402 in network B. Univariate and bivariate analyzes were performed using indices continuity and multivariate logistic regression using the chi-square test. **Results:** The results show high levels of information continuity (58.1%) and clinical management (64.0%). However, in the univariate analysis, communication, collaboration between physicians and accessibility were observed. It was verified that race, sex, schooling, marital status and the patient-physician relationship were significant in the study ($p < 0.05$). **Conclusion:** It is concluded that users perceive as high the continuity of information and clinical management, even if there are barriers. Failures in information transfer, physician collaboration and accessibility were detected, as well as it was verified that the individual factors of the users influence in the perception of continuity of care.

Palavras-chave: Chronic Disease; Continuity of patient care; Perception; Comprehensive Health Care.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APS	Atenção Primária em Saúde
AE	Atenção Especializada
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
DM	<i>Diabetes mellitus</i>
DS	Distrito Sanitário
Equity LA II	O impacto de estratégias alternativas de integração da atenção no desempenho das redes de atenção à saúde em diferentes sistemas de saúde da América Latina
IMIP	Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira
MR	Microrregiões
RAS	Rede de Atenção em Saúde
RC	Rede Controle
RI	Rede Intervenção
RPA	Regiões Político-Administrativas
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Relação das variáveis independentes e definições	15
Quadro 2. Relação da variáveis dependentes e definições.....	16

ELEMENTOS PRÉ-TEXTUAIS

I. INTRODUÇÃO.....	1
1.1 Doenças crônicas e as redes de atenção.....	1
1.2 Continuidade do cuidado	4
1.3 Percepção do usuário sobre a assistência.....	7
II. JUSTIFICATIVA.....	10
III OBJETIVOS	11
3.1 Objetivo geral	11
3.2 Objetivos específicos	11
IV. MÉTODO	12
4.1 Desenho do estudo	12
4.2 Local e período do estudo.....	12
4.3 Fontes de dados.....	12
4.3.1 Procedimentos da Pesquisa Equity LA II	12
4.4 População e amostra do presente estudo.....	15
4.5 Critérios de inclusão e exclusão.....	15
4.6 Instrumento de coleta.....	15
4.7 Variáveis de análise	15
4.8 Processamento dos dados.....	17
4.9 Análise dos dados	18
4.10 Aspectos éticos	19
V. CONCLUSÃO	20
VI. REFERÊNCIAS	47
APÊNDICE.....	48
ANEXOS	54

I. INTRODUÇÃO

1.1 Doenças Crônicas e as redes de atenção

Historicamente o mundo passou por diversas alterações no padrão de morbimortalidade caracterizadas pelos processos de transição epidemiológica, demográfica e nutricional, em que as doenças infecto-parasitárias cederam lugar as doenças crônicas não transmissíveis. O envelhecimento da população e as mudanças no hábito alimentar elevou o número de pessoas obesas e com sobrepeso implicando em um agravamento das condições de saúde ¹. Os fatores comportamentais e de estilo de vida, dentre eles o tabagismo, o uso abusivo de álcool e o sedentarismo, também contribuem para o surgimento de diferentes padrões de adoecimento ².

Além desses fatores, as iniquidades sociais, as diferenças no acesso aos bens e aos serviços, a baixa escolaridade e as dificuldades na obtenção da informação, favorecem o aparecimento e aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e de agravos decorrentes da evolução dessas doenças ^{3,4,5}.

As DCNT têm um elevado índice de mortalidade no mundo, devido ao processo de globalização, capitalismo, urbanização e estilo de vida, ocorrendo mais em países de baixa e média renda sendo reconhecida como um grande problema de saúde pública. Não apresentam uma etiologia certa nem estão ligadas a um agente patogênico, sendo consideradas multifatoriais. No entanto, possuem um curso prolongado e são associadas a deficiências e incapacidades funcionais ⁶. Estima-se que em 2020, as DCNT serão responsáveis por 80% da carga de doença em países em desenvolvimento ⁷.

No Brasil, as DCNT são responsáveis por 72,6% das causas de morte, sendo 31,3% por doenças cardiovasculares, 16,3% por câncer (Em relação às neoplasias, os

tipos de câncer que causaram mais mortes entre as mulheres foram os de mama – 15,2%, seguido pelo câncer da traqueia, brônquios e pulmões – 9,7% e colo de útero – 6,4%. Entre os homens, a primeira causa foi o câncer de traqueia, brônquios e pulmões – 15%, seguido pelo de próstata – 13,4% e o de estômago – 9,8%), 5,2% por *Diabetes mellitus* (DM) e 5,8% por doenças respiratórias crônicas ⁷. Além de gerar elevados números de mortes, essas doenças também estão relacionadas com perda da qualidade de vida, alto grau de limitação e incapacidade e, conseqüentemente, com altos gastos para os cofres públicos, com internações e tratamentos para a reabilitação do doente ⁸.

Considerando esse contexto, o sistema de saúde apresenta uma difícil tarefa, o enfrentamento das mudanças na conformação do modelo de atenção exigidas pelo aumento da demanda nos serviços de saúde ⁹. No entanto, o modelo de atenção não tem acompanhado as modificações no perfil epidemiológico da população, mostrando dificuldades para enfrentar os desafios postos por essa situação de saúde ¹⁰.

Atualmente, os serviços prestados à saúde encontram-se desarticulados, apresentando fragmentação do cuidado, com multiplicação de consultas, de exames e de outros procedimentos que, além de elevarem o custo da assistência, não garantem relação positiva de custo-efetividade ¹¹. Tal fato causa a descontinuidade da atenção, faz o usuário do sistema peregrinar entre os serviços de saúde e traz impactos para a qualidade de vida ¹².

Tendo em vista um melhor enfrentamento deste problema foram instituídas as Redes de Atenção à Saúde (RAS) que têm como missão unificar as estruturas hierárquicas do sistema de saúde. As RAS devem ser ordenadas pela Atenção Primária em Saúde (APS) que deve atuar como um centro de comunicação entre os serviços, visando à assistência contínua e integral da população adscrita ^{4,13,14}.

As RAS tem como princípio a integralidade que visa a prestação de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde através da integração entre os serviços de saúde; da articulação interdisciplinar, intersetorial e interprofissional que proporcionem melhores condições na atenção à saúde ^{15,16}.

Para Carvalho (2006) existem dois tipos de integralidade, o primeiro tem o sentido de olhar o ser humano como um todo (integralidade horizontal) e o segundo pode ser utilizado no sentido do acompanhamento ao usuário em todos os níveis de atenção à saúde, no que se refere ao acesso à promoção, à prevenção, ao tratamento e à recuperação da saúde (integralidade vertical)¹⁷.

Segundo Silva Junior e Mascarenhas (2004) a integralidade engloba o acolhimento, o vínculo e a qualidade da atenção. O acolhimento envolve o acesso, seja geográfico ou organizacional, e a postura, tanto na escuta como na atitude profissional-usuário. O vínculo refere-se ao afeto, à continuidade do cuidado, pela aceitação e pelo relacionamento de confiança, expectativas, percepções e singularidades do usuário, além da adesão ao tratamento. É a relação terapêutica que reflete na eficácia do tratamento. A qualidade da atenção baseia-se na conduta profissional e na interação com o usuário e a relação profissional-usuário engloba satisfação, expectativas e adaptação¹⁸.

A comunicação entre os profissionais e usuários é uma importante estratégia de realizar o acompanhamento contínuo dos problemas apresentados pelos pacientes, além de trazer satisfação entre ambos quanto à relação de vínculo ¹⁹.

Porém, verifica-se que a APS muitas vezes não tem atuado como coordenadora do cuidado, não sendo resolutiva, gerando insatisfação e não sendo reconhecida por muitos como fonte iniciadora da atenção contínua, estendendo-se aos demais níveis de atenção ²⁰.

1.2 Continuidade do cuidado

Entende-se assistência contínua do cuidado em saúde, o modo que o usuário vivencia a integração de serviços. Está relacionada à atenção recebida durante a visita aos serviços de saúde ao longo do tempo, bem como as suas experiências em relação à manutenção de um cuidado constante, humanizado e articulado de forma coerente e organizada ²¹.

A consistência deste cuidado contínuo aos usuários do sistema de saúde traz consigo diversos benefícios dentre eles a adequação da oferta, a organização dos fluxos entre serviços da atenção primária e especializada e, por consequência, a redução nas hospitalizações e controle nos custos, além de favorecer a comunicação adequada entre os serviços e profissionais ²².

A atenção contínua é considerada uma característica importante na qualidade da assistência à saúde. Tem um amplo conceito, que engloba diferentes aspectos do cuidado a saúde em diferentes contextos.

Worral e Knight (2011) definem a continuidade do cuidado como um dos princípios da medicina de família sendo vista como a relação entre médico e paciente, que se estende para além do adoecimento²³.

Assim, a continuidade do cuidado está relacionada à atenção primária sendo considerada uma característica definidora da prática da saúde da família²⁴

Além de Saultz (2003), outros autores como Tarrant et al (2010) discutem a continuidade da atenção na atenção primária, referindo-se aos benefícios existentes na relação de confiança entre o paciente e os profissionais. Desta forma, este elo traz a satisfação dos pacientes, acarretando na adesão ao tratamento e percepção da eficácia dos cuidados^{24,25, 26}.

Para Pastor-Sánchez et al (1997) a continuidade da atenção é o acompanhamento do paciente por um mesmo médico ou outros, não se caracterizando como um atributo específico da APS, mas também da atenção secundária e terciária, no sentido de que os indivíduos que são acompanhados por especialistas para problemas raros ou complexos que possam alcançar o cuidado integral²⁷.

Para Starfield (2002), a continuidade do cuidado está relacionada a um problema de saúde específico e à sucessão de eventos entre uma consulta e outra, bem como aos mecanismos de transferência de informação para subsidiar decisões com relação ao tratamento do paciente, sem a preocupação com o estabelecimento de uma relação terapêutica ao longo do tempo. Essa sucessão de eventos pode ocorrer em um único ou entre vários serviços²⁸.

Freeman et al (2001) referem que existem alguns elementos para que haja a continuidade, como a transferência da informação sobre o paciente a outros serviços de saúde, a comunicação entre profissionais, prestar uma assistência condizente as necessidades do indivíduo ao longo do tempo, fornecer um ou mais profissionais para o usuário para que se estabeleça e mantenha uma relação terapêutica²⁹.

Agarwal e Crooks (2008) referem que a continuidade está ligada a aspectos externos e internos relacionados aos serviços de saúde, usuários e profissionais. A continuidade está ligada a informação, ao atendimento e a relação³⁰.

Para Reid et al (2002) a continuidade do cuidado é definida como o grau de coerência e união das experiências na atenção que o usuário percebe ao longo do tempo, tais como, o acesso adequado ao cuidado, bom relacionamento interpessoal, o fluxo de boa informação, articulação e interação entre os profissionais e organizações.

Dentre as discussões acerca da tipologia, uma das mais utilizadas é a proposta por Reid e Haggerty, segundo a qual a continuidade do cuidado pode ser classificada em

três tipos: continuidade da informação, continuidade da gestão clínica e continuidade da relação²¹.

A continuidade da gestão se refere à assistência prestada ao usuário nos diferentes tipos de serviços de saúde, de forma coordenada, complementar e sem duplicação de exames e tratamento. A continuidade da informação está relacionada às informações adquiridas pelo profissional sobre o paciente, para que haja interpretação das ocorrências anteriores da melhor forma, para proporcionar uma atenção adequada²¹; e a continuidade da relação é a relação longitudinal que envolvesse um forte laço entre o médico e o doente, laço esse caracterizado por confiança, lealdade, e responsabilidade²⁴.

A continuidade da gestão, por sua vez, possui duas dimensões: a) a consistência do cuidado ou coerência da atenção definida como a percepção do usuário com relação a existência da coerência entre os objetivos e tratamentos realizados pelos diferentes serviços; b) a acessibilidade entre níveis que se refere a percepção do usuário no que tange a utilização dos serviços de saúde de acordo com sua necessidade²¹.

Segundo Agarwal e Crooks (2008) a continuidade da informação é a troca de informação do paciente e provedor de saúde ao longo do atendimento³⁰. Agrega uma dimensão: a transferência da informação que está relacionada à percepção do usuário de que cada profissional tem acesso às informações sobre a atenção prestada de um nível a outro²¹.

A continuidade da relação inclui o vínculo entre o paciente e o serviço de saúde, que dependerá da duração e do tipo de cuidado envolvido (episódio agudo ou enfermidade crônica de longa duração) e a estabilidade do profissional no serviço, no que tange no atendimento pelos mesmos profissionais²¹. Apesar de ser um tipo de

continuidade verificada intra-nível, sua avaliação se faz pertinente tendo em vista ser um fator que reverbera, positivamente ou negativamente na continuidade do cuidado.

1.3 Percepção do usuário sobre a assistência

Estudos recentes sobre as condições de saúde dos brasileiros têm evidenciado mudanças na concepção de saúde e de qualidade de vida. Aspectos como as condições sociais da população e sua relação direta com a saúde passam a ser discutidos por diversos estudiosos e podem ser justificados pela complexidade evidenciada nos sistemas de administração de um país com grande extensão territorial e com histórico de pouca participação social na gestão da saúde³¹.

Desta forma, para melhor conhecer a situação de saúde de uma população, a percepção do usuário permite que o mesmo exprima a sua experiência perante as respostas dadas pelos serviços de saúde as suas necessidades, além de ser uma forma de monitorar e controlar as atividades nos serviços de saúde; fortalece a participação social quanto ao planejamento de ações e na construção conjunta entre os serviços de saúde e usuários para intervenções mais adequadas aos problemas encontrados no sistema de saúde, propiciando avanços no âmbito da produção de cuidados³².

A percepção de saúde pelos usuários se manifesta na forma como estes entendem as intervenções em saúde e se enxergam como co-participantes no processo de construção e execução de ações em promoção de saúde e prevenção de doenças. Perante esta visão de quem usa o serviço de saúde, os estudos de percepção podem ser uma relevante ferramenta para a análise da sua adequação às necessidades dos sujeitos³¹.

Segundo Van Stralen et al (2008) a percepção é a forma como se vê o mundo, o modo segundo o qual o indivíduo constrói em si a representação e o conhecimento que possui das coisas, pessoas e situações³⁴.

As relações entre o indivíduo e o mundo que o rodeia são assim regidas pelo mecanismo perceptivo e todo o conhecimento é necessariamente adquirido por meio da percepção. Indivíduos podem estar sujeitos ao mesmo estímulo, nas mesmas condições, porém a forma de interpretar a informação captada variará de acordo com as suas necessidades, valores e expectativas³⁴.

Os estudos sobre a percepção do usuário acerca da assistência é uma medida para avaliar a qualidade de atenção. Tais estudos constituem numa ferramenta importante para a investigação, administração e planejamento dos serviços de saúde, possibilitando a organização da assistência mais adequada às necessidades e demandas do usuário³².

A construção de instrumentos de avaliação da satisfação do usuário que analisem as diferenças sociais e culturais e as distintas formas de utilização dos serviços são práticas recentes e desafiadoras, pois precisam captar a visão dos usuários quanto à qualidade dos serviços de saúde e, ainda, dependem de recursos e comprometimento para que o monitoramento seja realizado e possibilite melhorias efetivas nos serviços e no acesso universal³³.

A autoavaliação da saúde é uma medida subjetiva que reflete a percepção das pessoas. Este método é importante, pois pode fornecer informações do indivíduo e coletivo, a partir de indicadores de morbimortalidade, comportamentos de risco à saúde e condições adversas de vida³⁵.

A percepção está ligada a satisfação dos pacientes que implica diretamente na qualidade e no planejamento do atendimento. A satisfação está relacionada à forma

como o usuário enxerga a assistência prestada nos serviços de saúde, podendo estar relacionadas ao modo como os profissionais realizam o atendimento. Para que isso ocorra, o atendimento deve ser planejado, com conhecimento da real necessidade do indivíduo³⁶.

Conhecer a percepção dos usuários no que se refere à qualidade, pode ser um primeiro passo para o desenvolvimento de ações que conduzirão à melhoria do serviço de saúde, tanto por parte do gestor do sistema, que precisa conhecer a visão de quem utiliza o serviço para melhor direcionar suas estratégias e ações e desta forma prestar uma assistência direcionada na necessidade de cada paciente³⁷.

No Brasil, poucos estudos têm sido desenvolvidos com o intuito descrever as redes de atenção no que tange a continuidade assistencial dos usuários. A percepção da continuidade do cuidado é uma forma importante de avaliar os serviços de saúde no que tange o funcionamento e a qualidade da assistência. Seguindo essa linha, o estudo atual será um recorte da pesquisa Equity, cujo objetivo foi avaliar a articulação da rede de saúde buscando explicações e aprofundando sobre a continuidade da atenção sob a perspectiva do usuário com doenças crônicas.

II. JUSTIFICATIVA

Considerando

- O processo de mudança na morbimortalidade da população com a transição demográfica, epidemiológica e nutricional;
- A cronicidade das doenças que acarretam na incapacitação/limitação e perda da qualidade de vida das pessoas;
- O despreparo do modelo de atenção evidenciado pelo aumento crescente das DCNT;
- A necessidade da continuidade do cuidado para a assistência aos pacientes com doenças crônicas.

Este estudo se torna relevante, pois propõe:

- Conhecer a continuidade do cuidado à pacientes com doenças crônicas, a partir da percepção dos usuários;
- Identificar os fatores positivos e negativos da continuidade da atenção entre os níveis assistenciais nas redes estudadas, para fomentar melhores estratégias no cuidado integral e contínuo;
- Contribuir com a gestão com um estudo avaliativo sobre a continuidade do cuidado a pacientes com doenças crônicas.

Para isto, pretende-se responder a seguinte pergunta:

Qual a percepção dos usuários com doenças crônicas sobre a continuidade do cuidado entre níveis assistenciais e quais fatores se associam as diferentes percepções em duas redes de serviços de saúde em Pernambuco-Brasil?

III OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar a percepção dos pacientes com condições crônicas sobre a continuidade do cuidado entre níveis assistenciais em duas redes de serviços de saúde em Pernambuco-Brasil.

3.2 Objetivos específicos

- Averiguar a transferência da informação clínica quanto ao conhecimento prévio dos profissionais sobre a história clínica entre níveis assistenciais;
- Verificar a coerência da atenção com relação à colaboração entre os médicos e quanto à sequência da atenção conforme as necessidades do usuário entre níveis assistenciais;
- Conhecer a acessibilidade no que se refere à oportunidade da atenção, a informação, a programação prévia.
- Determinar os fatores que influenciam no processo perceptivo sobre a continuidade do cuidado.

IV. MÉTODO

4.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo avaliativo, transversal, com abordagem quantitativa.

Foi utilizado o marco teórico de Reid e Haggerty ²¹, bem como outros pesquisadores que serviram de apoio no conceito-chave desta pesquisa, tais como Pastor-Sanchez, Saultz e Starfield ^{24,27, 28}.

O estudo foi um recorte da linha de base da pesquisa Equity LA II - descrita no tópico 4.3.1³⁸.

4.2 Local e período do estudo

O local do estudo foram duas redes de atenção do estado de Pernambuco, a ser discriminados no tópico 4.3.1 e foi realizado no período de março de 2016 a outubro de 2017.

4.3 Fontes de dados

Foram utilizados dados extraídos do banco da pesquisa Equity LA II.

4.3.1 Procedimentos da Pesquisa Equity LA II

A pesquisa Equity LA II é intitulada “*O impacto de estratégias alternativas de integração sobre o desempenho das Redes de Serviços de Saúde em diferentes Sistemas de Saúde na América Latina*”. Tem como objetivo avaliar a efetividade das diversas estratégias de integração da atenção, na melhoria da coordenação e da continuidade da atenção nas Redes Integradas em Serviços de Saúde (RISS) em distintos sistemas de saúde da América Latina.

Tal estudo é coordenado pelo Consórcio de Saúde da Catalunha e conta com recursos da União Europeia. Os países participantes são: Brasil, Chile, México, Uruguai, Colômbia e Argentina.

Possui uma abordagem quantitativa e adota um enfoque de pesquisa-ação, com um desenho quase-experimental para a avaliação de uma intervenção complexa nas redes de serviços de saúde. A pesquisa está delineada em quatro fases: 1) Estudo de linha de base sobre coordenação e continuidade; 2) Desenho e implementação de intervenções, a partir dos resultados do estudo de linha de base; 3) Avaliação da eficácia e das limitações das intervenções e fatores contextuais associados e 4) Análise comparativa entre os países participantes.

No caso do Brasil, o estudo foi realizado em duas redes de saúde do estado de Pernambuco: Rede A, rede intervenção (RI), que participou de todas as fases do projeto e Rede B, rede controle (RC), que participou do estudo de linha de base e da comparação para avaliação da eficácia da intervenção implantada na rede intervenção.

A escolha das duas redes seguiu os seguintes critérios: apresentar a continuidade da assistência pelo menos entre APS e AE; prestação de serviços a uma população definida; provisão de serviços em áreas urbanas de baixa renda; disposição de participar e implementar as intervenções desenhadas e liderança com competência para implementar as estratégias desenhadas.

A Rede A situa-se na mesorregião do Agreste Pernambucano, a 138 Km da capital do estado, Recife, com uma população estimada de 356.128 hab. para o ano de 2017, sendo então o mais populoso do interior de Pernambuco. A Rede A ocupa uma área de 920,611 km², sendo que 16,65 km² no perímetro urbano e 903,961 km² restantes na zona rural. No âmbito da gestão sanitária o município é dividido em quatro Regiões,

1 a 4, delimitados de acordo com as similaridades entre seus indicadores demográficos, educacionais e culturais dos agregados populacionais que as compõe.

A Rede B é a capital do estado e o município mais populoso, conta com uma população estimada de 1.633.697 hab. para o ano de 2017. Está dividido em 94 bairros aglutinados em sete Regiões Político-Administrativas (RPA). Em relação ao setor saúde, cada RPA corresponde a um Distrito Sanitário (DS), que por sua vez são divididos em microrregiões (MR). Composta pelo distrito VII para o estudo de continuidade. Tal distrito está dividido em cinco microáreas (1 a 5). Na Rede A, o inquérito foi realizado nas quatro Regiões de saúde localizadas na zona urbana.

Foram incluídos na pesquisa os usuários que utilizaram os serviços de saúde nos últimos 6 meses na atenção básica e especializada para o mesmo problema. A idade mínima estabelecida foi de 18 anos e que fossem da área de abrangência selecionada da pesquisa. Como critérios de exclusão foram os da não aceitação em participar, não cumprimento dos critérios da seleção da pesquisa e a não assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Para obtenção da amostra foi feito um cálculo com base em um poder de 80% ($\alpha=0.20$) e um nível de confiança de 95% ($\beta= 0.05$) em um contraste bilateral, obtendo um tamanho mínimo fixado em 392 usuários com o objetivo de assegurar a detecção de uma variação de 10% sobre a continuidade entre os níveis de atenção da rede. O número de questionários aplicados segundo Região/Áreas nas redes de intervenção e controle está apresentado no (ANEXO 1).

Os usuários foram selecionados nas salas de espera dos serviços da atenção primária. O procedimento consistiu em abordar todos os pacientes que entravam e os que já estavam na sala de espera em busca de serviços de saúde, seja antes ou depois de

receber o serviço pelo qual procuravam. As unidades selecionadas para realizar a pesquisa de continuidade estão apresentadas no (ANEXO 2). Foi utilizado um instrumento estruturado com perguntas únicas e múltiplas, bem como em escalas (ANEXO 3) e as entrevistas foram realizadas entre os meses de julho a outubro de 2015.

4.4. População e amostra do presente estudo

O universo do estudo foi descrito no tópico 4.3.1, pertencente à pesquisa Equity LA II, contando com 402 usuários da Rede A e 399 da Rede B.

4.5. Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão são os mesmos descritos no tópico 4.3.1, em consonância com a metodologia da Equity LA II.

4.6. Instrumento de coleta

Foram utilizadas as variáveis contidas no questionário da pesquisa Equity LA II (ANEXO 3). Porém, para descrever o tema em questão, foram utilizadas as perguntas relativas a subseção 7 a qual versa especificamente sobre a percepção de continuidade entre níveis assistenciais.

4.7. Variáveis de análise

Quadro 1 – Relação das variáveis independentes e definições.

Variável		Definição
Morbidade	Condição de saúde autoreferida	Variável qualitativa ordinal referente a define de saúde percebida pelo usuário (muito boa, boa, regular, ruim, muito ruim e não sabe).
Sociodemográfica	Sexo	Variável qualitativa nominal dicotômica, feminino e masculino.
	Idade	Variável quantitativa numérica contínua, expressa em anos completos, determinada pela data de nascimento do profissional.
	Raça	Variável qualitativa nominal, determinada pela cor de pele autoreferida (negro,

		pardo, indígena, amarelo, branco e não sabe).
	Estado civil	Variável qualitativa nominal, determinada pelo tipo de união que o usuário se encontra.
	Escolaridade	Variável qualitativa ordinal, determinada pelo último ano de estudo cursado.
	Renda familiar	Variável quantitativa contínua, que determina o quanto a família recebeu de salário no mês.
Continuidade da relação	Usuário-médico APS	Variável referente à relação paciente com médico da atenção primária a saúde.
	Usuário-médico especialista	Variável referente à relação paciente com médico especialista.

Segundo o Marco teórico do Equity, as variáveis de continuidade e sua definição, seguem abaixo³⁸.

Quadro 2 – Relação das variáveis dependentes e definições.

Continuidade	Dimensão	Variável	Definição
Continuidade da informação	Transferência da informação	Conhecimento prévio da história clínica	Refere-se ao conhecimento do profissional sobre a situação do usuário antes dele precisar explicar.
Continuidade da gestão	Coerência	Conciliação de tratamento	Significa que os médicos dos diferentes níveis concordam com o tratamento um do outro.
		Sequência adequada	Referente ao encaminhamento do usuário ao diferentes serviços de saúde e profissionais que ele necessita ir.
		Colaboração entre níveis	Significa que o médico do posto e o especialista conversam e juntos combinam o melhor tratamento.
	Acessibilidade	Tempo de espera	Referente ao tempo de espera para ter a consulta entre o médico de um nível assistencial a outro.
		Marcação inadequada da consulta	Significa que houve a marcação da consulta com o médico sem perguntar a disponibilidade do usuário para o comparecimento.

4.8 Processamento dados

Foi construído um banco a partir dos dados do estudo original, com as variáveis referentes à percepção do usuário sobre a continuidade da atenção entre níveis assistenciais para pesquisa.

A variável de morbidade (condição de saúde autoreferida) foi dicotomizada para facilitar a análise do estudo: boa (muito boa e boa) e ruim (regular, ruim e muito ruim).

Foram construídos índices sintéticos de cada dimensão dos três tipos de continuidade (transferência da informação, coerência da atenção, acessibilidade, relação usuário-médico APS e usuário-médico especialista) calculados a partir dos itens que constituíam a escala Likert. Os itens tinham quatro opções de resposta que variavam em: sempre, muitas vezes, poucas vezes e nunca. Para estimar os índices de continuidade, os itens foram classificados de 0 a 3 (0= nunca; 1=poucas vezes; 2=muitas vezes e 3=sempre) ³⁹.

Foram realizadas as somas das pontuações dos itens de cada tipo de continuidade as quais foram divididas pelo seu maior resultado possível com a imputação dos dados ausentes.

4.9 Análise dos dados

Os índices de continuidade foram dicotomizados e categorizados em alto e baixo nível percebido de continuidade do cuidado.

Foi utilizada uma escala de valores para classificar a percepção do usuário em alta e baixa. Foi considerada a existência de alta percepção quando os valores encontrados estivessem acima da metade do valor máximo do índice sintético e como

baixa percepção quando os valores estivessem abaixo de 50% do valor do índice sintético^{39, 40, 41}.

Na primeira etapa foram realizadas análises univariadas para descrever as percepções de continuidade através dos itens da escala likert.

Para a segunda etapa, foram calculados os índices sintéticos das continuidades, dicotomizados em altos e baixos de níveis de percepção e seus intervalos de confiança (IC). Nessa etapa, foram realizados testes qui-quadrado ($p < 0,05$) para verificar a influência entre as variáveis.

A terceira etapa consistiu em avaliar a relação entre os tipos de continuidade do cuidado e os fatores associados. Para tanto, foram realizados testes de regressão logística multivariadas.

As porcentagens e o Odds Ratio ajustado (OR) foram calculados para altos níveis de continuidade percebidos, para cada índice, conforme a sua dimensão e seus intervalos de confiança correspondentes (IC). As análises estatísticas foram realizadas utilizando o Software estatístico (STATA), versão 12.

4.10 Aspectos éticos

Os dados coletados com a realização deste estudo se limitam, única e exclusivamente, à expressão dos resultados conforme os objetivos propostos, sempre respeitando e seguindo os princípios éticos, segundo a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos.

A pesquisa Equity foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (Parecer nº 3967-14), em consonância com os princípios da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde

(ANEXO 4) e pelo Comitê ético de Investigação Clínica – Consorci MAR Par de Salut de Barcelona (CEIC), protocolo 2013/5048 I (ANEXO 5).

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do IMIP sendo aprovado com o parecer 1.967.511 em 16 de março de 2017 (ANEXO 6).

V. CONCLUSÃO

Os resultados do estudo mostram altos níveis de continuidade da informação (58,1%) e gestão clínica (64,0%) entre os níveis de atenção percebidos pelos usuários. Através de uma análise mais aprofundada foram constatadas falhas na comunicação, colaboração entre os médicos e um longo tempo de espera para a consulta com o especialista. Embora existam alguns mecanismos de articulação nas redes de saúde, propostos pelo Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, ainda se faz necessário implantar novas estratégias de comunicação que sensibilize e mostre aos profissionais do serviço e gestão a importância da coordenação da atenção implicando uma assistência integral e de qualidade ao usuário conforme suas necessidades. Quanto aos fatores associados à percepção de continuidade do cuidado, destaca-se a influência das características individuais dos pacientes na continuidade do cuidado, como a raça, a escolaridade, o sexo e o estado civil, que são pontos já encontrados na literatura. As associações exploradas, como a raça e estado civil, mostram a necessidade de serem realizados mais estudos para investigar a influência na percepção dos usuários, além de como a continuidade da relação implica na continuidade da informação e gestão clínica.

Faz-se necessário realizar mais estudos referentes à temática, principalmente no Brasil, bem como aprofundar os fatores individuais na percepção dos usuários como forma de compreender as demandas de grupos populacionais quanto às melhorias sua da saúde, além de conhecer as dificuldades e potencialidades do sistema de saúde sob a perspectiva de quem usa os serviços de saúde, buscando desta forma, uma assistência integral e de qualidade.

VI. REFERÊNCIAS

1. Filho NA, Barreto ML. Epidemiologia & Saúde: Fundamentos, métodos, aplicações. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2011.
2. Duarte EC, Barreto SM. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 21(4):529-532, out-dez 2012.
3. Buss PM, Pellegrini FA. A saúde e seus determinantes sociais. Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007.
4. Schimith MD, Brêtas ACP, Budó MLD, Simon BS, Leal TC, Backes DM. Continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde: negociação entre usuários e profissionais. Revista Rene. 2014 set-out; 15(5):812-22.
5. Malta DC, Silva JR JB. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil após três anos de implantação, 2011-2013. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 23(3):389-395, jul-set 2014.
6. Santos MAS, Oliveira MMD, Andrade SSCDA, Nunes ML, Malta DC, Moura LD. Tendências da morbidade hospitalar por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2002 a 2012. Epidemiol. Serv. Saúde 2015; 24 (3): 389-398.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília, 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/diretrizes_doencas_cronicas.pdf. Acessado em 15 de agosto de 2017.
8. Malta DC, Moura L, Prado RR, Escalante JC, Schmidt MI, Duncan BB. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 23(4):599-608, out-dez 2014.

9. Raupp LM, Dhein G, Medeiros CRG, Grave MTQ, Saldanha OMF, Santos MVS, Koetz LCE, Almerom GPO. Doenças crônicas e trajetórias assistenciais: avaliação do sistema de saúde de pequenos municípios. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 25 [2]: 615-634, 2015.
10. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/Redes-de-Atencao-mendes2.pdf>. Acessado em 12 julho de 2017.
11. Veras RP, Caldas CP, Motta LB, Lima KC, Siqueira RC, Rodrigues RTSV, Santos LMAM, Guerra ACLC. Integração e continuidade do cuidado em modelos de rede de atenção à saúde para idosos frágeis. *Revista Saúde Pública* 2014;48(2):357-365.
12. Nóbrega VM, Reichert APS, Viera CS, Collet N. Longitudinalidade e continuidade do cuidado à criança e ao adolescente com doença crônica. *Esc Anna Nery* 2015;19(4):656-663.
13. Starfield BH. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília:UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. 726p.
14. Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev Panam Salud Publica*. 2011;29(2):84–95.
15. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015. 127 p.
16. Ayres J, Carvalho YM, Nasser MA, Saltão RM, Mendes VM. Caminhos da integralidade: adolescentes e jovens na Atenção Primária à Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2012; 16(40):67-81.

17. Carvalho G. Os governos trincam e trancam o conceito de integralidade. *Radis: Comunicação em Saúde*. Rio de Janeiro, n. 49, p. 16, set. 2006.
18. Silva JAG, Mascarenhas MT. Avaliação da Atenção Básica em saúde sob ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIROS, R.; MATTOS, R. A. (Org). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: UERJ, 2004. p. 241-257.
19. Organização Panamericana da Saúde. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS - Contribuições para o debate. Brasília: OPAS; 2011. Disponível em: http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/aps_verde_new.pdf. Acessado em 20 de julho de 2017.
20. Rodrigues LBB, Silva PCS, Peruhype RC, Palha PF, Popolin MP, Crispim JÁ, Pinto IC, Monroe AA, Arcêncio RA. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(2):343-352, 2014.
21. Reid R, Haggerty J, Mckendry R. *Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare*. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation; 2002. Disponível em: http://www.cfhi-fcass.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/cr_contcare_e.pdf.
22. Haggerty J, Reid R, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, Mckendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*. 2003; 327(7425): 1219-21.
23. Worrall G, Knight J. Continuity of care is good for elderly people with diabetes: Retrospective cohort study of mortality and hospitalization. *Canadian Family Physician*, v.57, n.1 p.16-20, Jan. 2011.
24. Saultz JW. Defining and measuring interpersonal continuity of care. *Annals of Family Medicine*. 1:3 (2003) 134-143.

25. Tarrant C, Dixon-woods M, Colma AM, Stokes T. Continuity and Trust in Primary Care: A Qualitative Study Informed by Game Theory. *Annals of Family Medicine*. v. 8, n. 5, Set. 2010.
26. Delva D, Kerr J, Schultz K. Continuity of Care: differing conceptions and values. *Canadian Family Physician*. v. 57, p. 915-921, Ago. 2011.
27. Pastor-Sánchez K, Miras AL, Fernández MP, Camacho JG. Continuidad y longitudinalidad en medicina general en cuatro países europeos. *Revista Española de Salud Publica, Madrid*, v.71, n.5, Sept. 1997.
28. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.
29. Freeman G, Hjortdahl P. What future for continuity of care in general practice? *BMJ* [periódico na Internet] 1997 [acessado 2007 jan 18]; 314: [cerca de 1 p.]. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/314/7098/1870.full>.
30. Agarwal G, Crook V.A. The nature of informational continuity of care in general practice. *British Journal of General Practice*, e1 November 2008..
31. Silveira MH, Ciampone MHT, Gutierrez BAO. Percepção da equipe multiprofissional sobre cuidados paliativos. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 2014; 17(1):7-16.
32. Mishima SM, Pereira FH, Matumoto S, Fortuna CM, Pereira MJB, Campos AC, Paula CG, Domingos MMLN. A assistência na saúde da família sob a perspectiva dos usuários. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 18(3):[09 telas] mai-jun 2010.
33. Mishima SM, Campos AC, Matumoto S, Fortuna CM. Satisfação do usuário sob a perspectiva da responsividade: estratégia para análise de sistemas universais? *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2016;24:e2674.

34. Van Stralen CJ, Belisário AS, Van Stralen TBS, Lima AMD, Massote AW, Oliveira CL. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na região do Centro Oeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. 148-158, 2008.
35. Mendonça G, Farias JJ.C. Percepção de saúde e fatores associados em adolescentes. *Rev Bras Ativ Fis e Saúde. Pelotas/RS*. 17(3):174-180. Jun/2012.
36. Lima CA, Oliveira AG, Barbosa CA, Costa FM, Dias OV. Avaliação dos serviços da unidade básica de saúde na perspectiva do usuário. *J Health Sci Inst*. 2014;32(2):159-63.
37. Martins LFV, Meneghim MC, Martins LC, Pereira AC. Avaliação da qualidade nos serviços públicos de saúde com base na percepção dos usuários e dos profissionais. *RFO, Passo Fundo*, v. 19, n. 2, p. 151-158, maio/ago. 2014 .
38. Vázquez ML, Vargas I, Unger JP, De Paepe P, Mogollón-Pérez AS, Samico I, Albuquerque P, Eguiguren P, Cisneros AI, Rovere M, Bertolotto F. Evaluating the effectiveness of care integration strategies in different health care systems in Latin America: the EQUITY-LA II quasi-experimental study protocol. *BMJ Open*. 2015; 5 (7): e007037.
39. Aller MB, Vargas I, Waibel S, Coderch J, Sánchez-Pérez I, Colomé L, Llopart JR, Ferran M, Vázquez ML. A comprehensive analysis of patients' perceptions of continuity of care and their associated factors. *International Journal for Quality in Health Care* 2013; Volume 25, Number 3: pp. 291–299.
40. Martín-Fernandez J, Cura-Gonzalez MI, Gómez-Gascón T, Fernandez-Lopez E, Pajares-Carabajal G, Moreno-Jimenez B. Satisfacción del paciente con la relación con su médico de familia: un estudio con el Patient-Doctor Relationship Questionnaire. *Aten Primaria*. 2010;42(4):196–205.

41. Vargas I, Garcia-Subirats I, Mogollon-Pérez AS, De Paepe P, Silva MRF, Unger JP, Aller MB, Vazquez ML. Patient perceptions of continuity of health care and associated factors. Cross-sectional study in municipalities of central Colombia and north-eastern Brazil. *Health Policy and Planning*, 2017, Vol. 0, No. 0.

APÊNDICE

APÊNDICE 1 – Dispensa do termo de consentimento (TCLE)

Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira
Escola de Pós-graduação em Saúde Materno Infantil
Instituição Civil Filantrópica



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP).

Venho, por meio desta, solicitar a dispensa da aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do projeto de pesquisa intitulado “A continuidade da atenção às doenças crônicas entre níveis assistenciais: perspectiva do usuário”, com a seguinte justificativa:

1. Trata-se de um estudo que utilizará dados secundários da Pesquisa Equity LA-II, realizada no ano de 2015, nos municípios de Caruaru e Recife, com a parceria do grupo de Pesquisa em Avaliação em Saúde do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) .

O projeto de pesquisa do Equity LA-II foi aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa (Parecer nº 3967-14) e por motivos da pesquisadora do presente estudo utilizar os dados desta pesquisa, será necessário solicitar a dispensa do uso do TCLE.

Recife, ____ de _____ de 2016.

CYNTHIA RESQUE DE BARROS VASCONCELOS

UTILIDADE PÚBLICA MUNICIPAL – Dec. Lei 9851 de 08/11/67
UTILIDADE PÚBLICA ESTADUAL – Dec. Lei 5013 de 14/05/64
UTILIDADE FEDERAL – Dec. Lei 86238 de 30/07/81
INSCRIÇÃO MUNICIPAL: 05.879-1
INSCRIÇÃO ESTADUAL: isento
C.G.C. 10.988.301/0001-29

Rua dos Coelhoos, 300 Boa Vista
Recife-PE – Brasil CEP 50070-550
PABX: (081) 2122 -4100
Fax: (081) 2122-4722 Cx. Postal.1393
E-mail: imip@imip.org.br
Home Page: <http://www.imip.org.br>

ANEXOS

ANEXO 1: Tabela referente ao número de questionários aplicados por Região/Área das redes A e B, Brasil (2015).

<i>Território</i>	<i>Nº de questionários aplicados</i>
Rede A	402
Região 1	118
Região 2	98
Região 3	81
Região 4	105
Rede B	399
Micro-área 1	97
Micro-área 2	100
Micro-área 3	102
Micro-área 4	100

ANEXO 2: Quadro das unidades de saúde selecionadas para o inquérito na Rede A e B.

Rede A	
Atenção primária	
USF Agamenon Magalhães I	USF Padre Inácio
USF Agamenon Magalhães II	USF Rendeiras I
USF Caiucá I	USF Rendeiras II
USF Caiucá II	USF Serranópolis
USF Cipó	USF Salgado I
USF CAIC	USF Salgado II
USF Centenário	USF Salgado III
USF Cidade Jardim	USF Salgado IV
USF Encanto da Serra	USF Sinhazinha II
USF Jardim Liberdade	USF Santa Rosa I
USF Jardim Panorama I	USF Santa Rosa II
USF Severino Afonso	USF Santa Rosa III
USF José Carlos de Oliveira I	USF Santa Rosa IV
USF José Carlos de Oliveira II	USF São João da Escócia I
USF José Liberato I	USF São João da Escócia II
USF José Liberato II	USF São João da Escócia III
USF Morro Centenário	USF Vila Kennedy II
USF Morro São Francisco	USF Vassoural I
USF Morada Nova	USF Vassoural II
	USF Vassoural III
Rede B	
Atenção primária	
USF Irmã Denise/Alto José do Pinho	USF Gilberto Freyre/Bola na Rede
USF Mangabeira	USF Santa Tereza
USF José Bonifácio dos Santos/Morro da Conceição	Upinha 24h Moacyr André Gomes
USF Alto José Bonifácio	Upinha dia Córrego do Euclides
USF Córrego do Eucalipto	Upinha 24h Dr. Hélio Mendonça
USF Alto do Eucalipto	USF da Macaxeira
USF Vila Boa Vista	USF Córrego da Bica
USF da Guabiraba	
Atenção primária/especializada	
USF/UBT Bruno Maia	UBT/PACS Mário Ramos
UBT Mário Monteiro	UBT/PACS Francisco Pignatari
UBT Iná Rosa Borges	UBT/PACS Joaquim da Costa Carvalho

ANEXO 3 - Instrumento de Coleta da Pesquisa Equity LA II a ser utilizado na pesquisa atual.



Questionário N^o: _____

QUESTIONÁRIO DE CONTINUIDADE ENTRE NÍVEIS DE ATENÇÃO (CCAENA-BR)

INFORMAÇÃO GERAL

O Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP em colaboração com as Secretarias Municipais de Saúde de Caruaru e Recife está fazendo um estudo com o objetivo de analisar o funcionamento dos serviços de saúde e identificar elementos para a sua melhoria.

Como parte desta pesquisa, estamos realizando um inquérito para conhecer a opinião da população em relação à colaboração entre os médicos gerais (do posto de saúde) e os especialistas.

As informações fornecidas por você serão muito importantes porque vão identificar os problemas de articulação da atenção existentes e propor mudanças para melhorar o atendimento ao paciente. Os resultados do estudo serão relatados posteriormente, mas serão processados de forma agregada para garantir a sua confidencialidade.

As pessoas que analisarão as informações que você nos disponibilizar estão obrigadas por lei a manter o sigilo da identidade do informante e dos dados relatados e não os utilizaram para nenhuma outra finalidade que não seja mencionada, assim asseguramos a confidencialidade dos dados.

Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde

Agradecemos a sua colaboração.

DADOS DA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

Entrevistador/a: _____

Data da entrevista: ____ / ____ / ____

Hora de início: ____ : ____

Município: _____

Posto de saúde (PSF/UBT) onde foi selecionado: _____

Local da entrevista: (1) Centro de saúde Outro, qual? _____

Momento da entrevista: (1) Depois da consulta médica realizada no dia de seleção (2) Antes da consulta médica realizada no dia de seleção Outro, qual? _____

1. PROBLEMAS DE SAÚDE1. Que doenças, dores ou problemas de saúde você tem ou teve nos últimos seis meses?

EXPERIÊNCIAS DE CONTINUIDADE ENTRE NÍVEIS DE ATENÇÃO**2. MÉDICO DA USF/UBT (depois de ir ao MÉDICO ESPECIALISTA)**2.1. Nos últimos seis meses, você se consultou com algum especialista?

(1) Sim (2) Não → Seção 4 (98) NS / NR → Seção 4

--

2.1.1. Em que centro(s) foi atendido? *VERIFICAR OS CENTROS QUE SEJAM DA REDE. CASO NENHUM SEJA, IR PARA A SEÇÃO 4.*

2.1.2 Para quais doenças, dores ou problemas de saúde se consultou com o especialista em _____? (preencher somente para aqueles centros da rede onde foi atendido, de acordo com a pergunta anterior)

2.1.3. Depois dessa consulta com o especialista, você consultou o médico do posto por algumas destas doenças?

(1) Sim (2) Não → p.3.1 (98) NS / NR → p.3.1

--

2.1.4. Em que posto ou Unidade de Saúde da Família você foi atendido? *VERIFICAR OS CENTROS QUE SEJAM DA REDE. CASO NENHUM SEJA, IR PARA A PERGUNTA 3.1.*

2.1.5. Por qual doença, dor ou problema de saúde foi? *EM CASO DE MAIS DE UMA CONSULTA, ANOTAR A DOENÇA DA ÚLTIMA CONSULTA EM UM CENTRO DA REDE*

--

* As perguntas a seguir são sobre a consulta **com o médico do posto** por _____ (mencionar a doença da pergunta 2.1.5) **depois de ser atendido pelo especialista pela mesma doença**

2.2. Onde foi marcada sua consulta com o médico do posto (USF/UBT)?

(1) Posto (USF/UBT) (2) Centro de especialidades/políclínica (3) Central de marcação
Outro, qual? _____ (98) NS / NR

--

2.3. Teve algum problema para conseguir marcar a consulta com o médico do posto (USF/UBT)?

(1) Sim (2) Não → p.2.4 (98) NS / NR → p.2.4

--

2.3.1. Qual?

<p>2.4. Procurou o médico do posto (USF/UBT) porque foi encaminhado pelo especialista? (1) Sim (2) Não → p.2.6 (98) NS / NR → p.2.6</p>	
<p>2.5. Quanto tempo passou desde que o médico especialista lhe encaminhou ao médico do posto (USF/UBT) até ser atendido? ANOTAR DIAS _____ ANOTAR MESES _____ (998) NS / NR → p. 2.6</p>	dias
<p>2.5.1. O que você achou deste tempo? LER OPÇÕES DE RESPOSTA (1) Rápido (2) Regular (3) Demorado (98) NS / NR</p>	
<p>2.6. O especialista lhe entregou um encaminhamento/relatório para o médico do posto (USF/UBT)? (1) Sim (2) Não (98) NS / NR</p>	
<p>2.7. O médico do posto (USF/UBT) sabia sobre o seu tratamento e recomendações dadas pelo especialista antes que você o explicasse? LER OPÇÕES DE RESPOSTA (1) Sim, sabia de tudo (2) Sim, alguma coisa (3) Não (4) O especialista não me deu tratamento / recomendações (98) NS / NR</p>	
<p>2.8. O médico do posto (USF/UBT) repetiu algum exame que já tinha sido realizado pelo especialista? (1) Sim (2) Não → p.2.9 (3) O médico do posto não me solicitou exames → p.2.9 (4) O especialista não tinha realizado exames → p.2.9 (98) NS / NR → p.2.9</p>	
<p>2.8.1. Por que você acha que ele repetiu os exames? RESPOSTA MÚLTIPLA (1) Não teve acesso aos resultados dos exames (2) Desconfiou dos resultados (3) Fazia muito tempo que tinha realizado os exames (4) Não perguntou se já tinha realizado os exames (5) Era um exame de controle/acompanhamento - Outro, qual? _____ (98) NS / NR</p>	
<p>2.9. O motivo pelo qual você procurou o posto foi resolvido pelo médico do posto? (1) Sim → Seção 3 (2) Não (3) Parcialmente (98) NS / NR → Seção 3</p>	
<p>2.9.1. Por quê?</p>	

3. MÉDICO ESPECIALISTA (depois de ir ao MÉDICO da USF/UBT)

Ler se respondeu a seção 2: *Você disse que consultou o especialista nos últimos seis meses por _____ e _____ (lembrar todas as doenças da pergunta 2.1.2)

<p>3.1. Antes de você ser atendido pelo especialista, você havia se consultado com um médico do posto (USF/UBT) por alguma destas doenças? (1) Sim (2) Não → Seção 4 (98) NS / NR → Seção 4</p>	
<p>3.1.1. Alguma destas consultas ao médico do posto (USF/UBT) foi nos últimos seis meses? (1) Sim (2) Não → Seção 4 (98) NS / NR → Seção 4</p>	
<p>3.1.2. Em que posto ou Unidade de Saúde da Família você foi atendido? VERIFICAR OS CENTROS QUE SEJAM DA REDE. CASO NENHUM SEJA, IR PARA A SEÇÃO 4.</p>	
<p>3.1.3 Por qual doença, dor ou problema de saúde foi atendido nesse posto? NO CASO DE MAIS DE UMA CONSULTA, ANOTAR A DOENÇA DA ÚLTIMA CONSULTA.</p>	
<p>* As perguntas a seguir são sobre a consulta com o médico especialista por _____ (mencionar a doença da pergunta 3.1.3) depois de ser atendido pelo médico do posto (USF/UBT) pela mesma doença</p>	
<p>3.2. Qual o especialista que lhe atendeu?</p>	

<p>3.3. Quem lhe encaminhou ao _____ (especialidade mencionada anteriormente)?</p> <p>(1) Médico do posto (USF/UBT) (2) O mesmo especialista → p.3.11 (3) Médico de urgências → p.3.11 (4) Outro especialista → p.3.11 (5) Iniciativa própria → p.3.11 Outro, qual? _____ → p.3.11 (98) NS / NR → p.3.11</p>	
<p>3.4. Informaram a você qual o centro/policlínica ou hospital deveria procurar para a consulta?</p> <p>(1) Sim (2) Não (98) NS / NR</p>	
<p>3.5. Onde foi agendada a consulta com o _____ (mencionar especialista)?</p> <p>(1) Posto (USF / UBT) (2) Centro de especialidades/policlínica (3) Central de marcação (4) Hospital Outro, qual? _____ (98) NS / NR</p>	
<p>3.6. Teve algum problema para conseguir marcar a consulta com o _____ (mencionar especialista)?</p> <p>(1) Sim (2) Não → p.3.7 (98) NS / NR → p.3.7</p>	
<p>3.6.1. Qual?</p>	
<p>3.7. Quanto tempo passou desde que o médico do posto USF/UBT lhe encaminhou ao _____ (mencionar especialista) até você ser atendido?</p> <p>ANOTAR DIAS _____ ANOTAR MESES _____ (998) NS / NR → p.3.8</p>	<i>dias</i>
<p>3.7.1. O que você achou deste tempo? LER OPÇÕES DE RESPOSTA</p> <p>(1) Rápido (2) Regular (3) Demorado (98) NS / NR</p>	
<p>3.8. O médico do posto (USF/UBT) lhe entregou um encaminhamento/relatório para o _____ (mencionar o especialista)?</p> <p>(1) Sim (2) Não (98) NS / NR</p>	
<p>3.9. O _____ (mencionar especialista) que lhe atendeu sabia o motivo pelo qual o médico do posto (USF/UBT) lhe encaminhou antes que você o explicasse?</p> <p>(1) Sim (2) Não (98) NS / NR</p>	
<p>3.10. O _____ (mencionar especialista) sabia das informações sobre seu histórico clínico feito pelo médico do posto (USF/UBT) (outras doenças, exames realizados, tratamentos, situação familiar) antes que você o explicasse? LER OPÇÕES DE RESPOSTA</p> <p>(1) Sim, sabia todas as informações (2) Sim, sabia algumas informações (3) Não sabia essas informações (98) NS / NR</p>	
<p>3.11. O _____ (mencionar especialista) repetiu algum exame que já tinha sido realizado pelo médico do posto (USF/UBT)?</p> <p>(1) Sim (2) Não → p.3.12 (3) O especialista não me solicitou exames → p.3.12 (4) O médico do posto não tinha realizado exames → p.3.12 (98) NS / NR → p.3.12</p>	
<p>3.11.1. Por que você acha que ele repetiu os exames? RESPOSTA MÚLTIPLA</p> <p>(1) Não teve acesso aos resultados dos exames (2) Desconfiou dos resultados (3) Fazia muito tempo que tinha realizado os exames (4) Não perguntou se já tinha realizado os exames (5) Era um exame de controle/seguimento Outro, qual? _____ (98) NS / NR</p>	
<p>3.12. Depois da consulta, para onde o _____ (mencionar o especialista) lhe encaminhou? RESPOSTA MÚLTIPLA</p> <p>(1) A lugar nenhum / a casa (2) Ao médico do posto (USF/UBT) (3) Marcou nova consulta (4) A outro especialista (5) Programou uma hospitalização (6) A urgência Outro, qual? _____ (98) NS / NR</p>	
<p>3.13. O _____ (mencionar especialista) lhe entregou um encaminhamento/relatório para o médico do posto (USF/UBT)?</p> <p>(1) Sim (2) Não (98) NS / NR</p>	



Questionário N°: _____

<p>3.14. O motivo pelo qual você procurou o serviço especializado foi resolvido pelo _____ (mencionar especialista)?</p> <p>(1) Sim → Seção 4 (2) Não (3) Parcialmente (98) NS / NR → Seção 4</p>	<input type="text"/>
<p>3.14.1 Por quê?</p>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

<p>4. MÉDICO da USF/UBT (depois de ser atendido na URGÊNCIA HOSPITALAR/UPA)</p>	
<p>4.1. Nos últimos seis meses, você foi atendido nos serviços de urgência?</p> <p>(1) Sim (2) Não → Seção 6 (98) NS / NR → Seção 6</p>	<input type="text"/>
<p>4.1.1. Em que centro(s) foi atendido? VERIFICAR OS CENTROS QUE SEJAM DA REDE. CASO NENHUM SEJA, IR PARA A SEÇÃO 6</p>	<input type="text"/> <input type="text"/>
<p>4.1.2. Para quais doenças, dores ou problemas de saúde você procurou as urgências em _____? (preencher somente para aqueles centros da rede onde foi atendido, de acordo com a pergunta anterior)</p>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<p>4.1.3. Depois de ser atendido no serviço de urgência, você consultou o médico do posto (USF/UBT) por alguma destas doenças?</p> <p>(1) Sim (2) Não → p.5.1 (98) NS / NR → p.5.1</p>	<input type="text"/>
<p>4.1.4. Em que posto ou Unidade de Saúde da Família você foi atendido? VERIFICAR OS CENTROS QUE SEJAM DA REDE. CASO NENHUM SEJA, IR PARA A PERGUNTA 5.1.</p>	<input type="text"/> <input type="text"/>
<p>4.1.5. Por qual doença, dor ou problema de saúde foi atendido nesse posto? NO CASO DE MAIS DE UMA CONSULTA, ANOTAR A DOENÇA DA ÚLTIMA CONSULTA</p>	<input type="text"/>
<p><i>* As perguntas a seguir são sobre a consulta com o médico do posto (USF/UBT) por _____ (mencionar a doença da pergunta 4.1.5) depois de ser atendido nas urgências pela mesma doença</i></p>	
<p>4.2. Onde foi agendada sua consulta com o médico do posto (USF/UBT)?</p> <p>(1) Posto (USF/UBT) (2) Centro de especialidades/policlínica (3) Central de marcação Outro, qual? _____ (98) NS / NR</p>	<input type="text"/>
<p>4.3. Teve algum problema para conseguir marcar a consulta com o médico do posto (USF/UBT)?</p> <p>(1) Sim (2) Não → p.4.4 (98) NS / NR → p.4.4</p>	<input type="text"/>
<p>4.3.1. Qual?</p>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<p>4.4. Procurou o médico do posto (USF/UBT) porque foi encaminhado pelo médico da urgência?</p> <p>(1) Sim (2) Não → p.4.6 (98) NS / NR → p.4.6</p>	<input type="text"/>



Questionário N°: _____

<p>4.5. Quanto tempo passou desde que o médico da urgência lhe encaminhou ao médico do posto (USF/UBT) até ser atendido</p> <p>ANOTAR DIAS _____ ANOTAR MESES _____ (998) NS / NR → p.4.6</p>	dias
<p>4.5.1. O que você achou deste tempo? LER OPÇÕES DE RESPOSTA</p> <p>(1) Rápido (2) Regular (3) Demorado (98) NS / NR</p>	
<p>4.6. O médico da urgência lhe entregou um encaminhamento/relatório para o médico do posto (USF/UBT)?</p> <p>(1) Sim (2) Não (98) NS / NR</p>	
<p>4.7. O médico do posto (USF/UBT) sabia sobre o tratamento e as recomendações dadas pelo médico da urgência antes que você o explicasse? LER OPÇÕES DE RESPOSTA</p> <p>(1) Sim, sabia de tudo (2) Sim, alguma coisa (3) Não (4) O médico da urgência não me deu tratamento / recomendações (98) NS / NR</p>	
<p>4.8. O motivo pelo qual você procurou o médico do posto foi resolvido?</p> <p>(1) Sim → Seção 5 (2) Não (3) Parcialmente (98) NS / NR → Seção 5</p>	
<p>4.8.1. Por quê?</p>	

5. URGÊNCIA HOSPITALAR/UPA (depois da consulta com o MÉDICO DA USF/UBT)

Ler se respondeu a seção 4: *Você disse que foi atendido nas urgências nos últimos seis meses por _____ e _____ (lembrar todas as doenças da pergunta 4.1.2)

<p>5.1. Antes de você ser atendido na urgência hospitalar/UPA, havia se consultado com um médico do posto (USF/UBT) por alguma destas doenças?</p> <p>(1) Sim (2) Não → Seção 6 (98) NS / NR → Seção 6</p>	
<p>5.1.1. Alguma destas consultas ao médico do posto (USF/UBT), foi nos últimos seis meses?</p> <p>(1) Sim (2) Não → Seção 6 (98) NS / NR → Seção 6</p>	
<p>5.1.2. Em que posto ou Unidade de Saúde da Família você foi atendido? VERIFICAR OS CENTROS QUE SEJAM DA REDE. CASO NENHUM SEJA, IR PARA A SEÇÃO 6.</p>	
<p>5.1.3. Por qual doença foi atendido nesse posto? NO CASO DE MAIS DE UMA CONSULTA, ANOTAR A DOENÇA DA ÚLTIMA CONSULTA.</p>	
<p>* As perguntas a seguir são sobre a consulta nas urgências por _____ (mencionar a doença da pergunta 5.1.3) depois de ser atendido pelo médico do posto (USF/UBT)</p>	
<p>5.2. Quem tomou a decisão de que você procurasse uma urgência?</p> <p>(1) Médico do posto (USF/UBT) (2) Médico especialista → p.5.5 (3) Iniciativa própria, familiar ou acompanhante → p.5.5 Outro, quem? _____ → p.5.5 (98) NS / NR → p.5.5</p>	
<p>5.3. O médico do posto (USF/UBT) lhe entregou um encaminhamento/relatório para o médico da urgência?</p> <p>(1) Sim (2) Não (98) NS / NR</p>	
<p>5.4. O médico da urgência sabia das informações sobre seu histórico clínico feito pelo médico do posto (outras doenças, exames realizados, tratamentos, situação familiar) antes que você o explicasse? LER OPÇÕES DE RESPOSTA</p> <p>(1) Sim, sabia de tudo (2) Sim, sabia alguma coisa (3) Não sabia (98) NS / NR</p>	



Questionário Nº: _____

<p>5.5. Depois da consulta, para onde lhe encaminhou o médico da urgência? MÚLTIPLA RESPOSTA</p> <p>(1) A lugar nenhum / a casa (2) Ao médico do posto (USF/UBT) (3) A um especialista</p> <p>(4) Foi hospitalizado → Seção 6 (4) Programaram uma hospitalização (98) NS / NR</p> <p>Outro, qual? _____</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>5.6. O médico da urgência lhe deu um encaminhamento/relatório para o médico do posto (USF/UBT)?</p> <p>(1) Sim (2) Não (98) NS / NR</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>5.7. O motivo pelo qual você procurou a urgência foi resolvido?</p> <p>(1) Sim → Seção 6 (2) Não (3) Parcialmente (98) NS / NR → Seção 6</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>5.7.1. Por quê?</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

6. ACESSIBILIDADE ENTRE NÍVEIS DE ATENÇÃO	
* As perguntas a seguir fazem referência à atenção recebida nos serviços de saúde SUS em Recife ou Caruaru	
<p>6.1. Nos últimos seis meses, alguma vez você foi encaminhado(a) a um médico destes centros e não foi possível ir? MOSTRAR LISTAGEM DOS CENTROS DE RECIFE OU CARUARU, SEGUNDO CORRESPONDA</p> <p>(1) Sim (2) Não → p.6.2 (3) Não fui encaminhado(a) → p.6.3 (98) NS / NR → p.6.2</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>6.1.1. A que médico lhe encaminharam? LER OPÇÕES DE RESPOSTA. SE ACONTECEU MAIS DE UMA VEZ, CONSIDERAR A ÚLTIMA</p> <p>(1) Médico do posto (USF/UBT) (2) Médico especialista (3) Médico de urgência</p> <p>(4) Médico especialista para hospitalização (98) NS / NR</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>6.1.2. Por que não pôde ir?</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>6.1.3. O fato de você não ter podido ir, como afetou sua saúde?</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>6.2. Nos últimos seis meses, alguma vez foi encaminhado(a) a algum médico destes centros e não foi atendido? (referido a consultas nos centros das redes)</p> <p>(1) Sim (2) Não → p.6.3 (98) NS / NR → p.6.3</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>6.2.1. A que médico lhe encaminharam? LER OPÇÕES DE RESPOSTA. SE ACONTECEU MAIS DE UMA VEZ, CONSIDERAR A ÚLTIMA</p> <p>(1) Médico do posto (USF/UBT) (2) Médico especialista (3) Médico de urgências</p> <p>(4) Médico especialista para hospitalização (98) NS / NR</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>6.2.2. Quem lhe encaminhou? LER OPÇÕES DE RESPOSTA</p> <p>(1) Médico do posto (USF/UBT) (2) Médico especialista (3) Médico de urgências</p> <p>(4) Médico especialista para hospitalização Outro, quem? _____ (98) NS / NR</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>6.2.3. Por que você não foi atendido?</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

6.2.4. Considerando que não foi atendido, como você acha que isto afetou sua saúde?

6.3. Nos últimos seis meses, teve alguma dificuldade para continuar o tratamento ou realizar os exames que os médicos do Posto/Policlínica/Hospital lhe solicitaram? (referido a consultas nos centros das redes)
(1) Sim (2) Não → p.6.4 (3) Não me solicitaram tratamento ou exames → p.6.4 (98) NS/NR → p.6.4

6.3.1. Quais foram as dificuldades?

6.3.2. Como você acha que estas dificuldades afetaram sua saúde?

6.4. Você se consultou, nos últimos seis meses, com algum médico particular ou pelo plano de saúde?
(1) Sim (2) Não → Seção 7 (98) NS / NR → Seção 7

6.4.1. Porque não realizou a consulta nos serviços de saúde da rede do SUS do município?

7. PERCEPÇÃO DE CONTINUIDADE ENTRE NÍVEIS DE ATENÇÃO

*As perguntas a seguir são sobre a atenção que **recebeu nos serviços de saúde do SUS, em Recife ou Caruaru, em geral para qualquer doença. NÃO RESPONDA para o atendimento particular ou plano de saúde.**

***Responda as seguintes perguntas empregando: sempre, muitas vezes, poucas vezes e nunca.**

	Sempre	Muitas vezes	Poucas vezes	Nunca	NA	NS	NR
7.1. O médico do posto (USF/UBT) conhece o diagnóstico, o tratamento e as recomendações que os especialistas lhe dão antes de você explicar?							
7.2. Os especialistas conhecem o diagnóstico, o tratamento e as recomendações que o médico do posto (USF/UBT) lhe dá, antes de você explicar?							
7.3. O médico do posto (USF/UBT) lhe pergunta sobre a consulta que você realiza com os especialistas?							
7.4. O médico do posto (USF/UBT) está de acordo com o diagnóstico, o tratamento e as recomendações que os especialistas lhe dão?							

Questionário N^o: _____

	Sempre	Muitas vezes	Poucas vezes	Nunca	NA	NS	NR
7.5. Os especialistas estão de acordo com o diagnóstico, o tratamento, e as recomendações que o médico do posto (USF/UBT) lhe dá?							
7.6. O médico do posto (USF/UBT) lhe encaminha ao especialista quando você necessita?							→
7.6.1. Por que não encaminha sempre que você necessita?	→ p. 7.7				→ p. 7.7	→ p. 7.7	p. 7.7
7.7. Você acha que o médico do posto (USF/UBT) e os especialistas colaboram <u>entre eles</u> para resolver seus problemas de saúde?							
7.7.1. Por quê?							
7.8. Quando o médico do posto lhe encaminha aos especialistas , você tem que esperar muito tempo até o dia da consulta?							
7.9. Após a consulta com o especialista, quando você solicita uma consulta com o médico do posto, você tem que esperar muito tempo até o dia da consulta?							
7.10. O fato de marcarem sua consulta com especialistas sem lhe perguntarem a <u>sua disponibilidade</u> , traz dificuldade para você comparecer à consulta?							

8. FATORES RELACIONADOS COM A CONTINUIDADE ENTRE NÍVEIS DE ATENÇÃO

As perguntas a seguir são sobre a atenção que **recebeu nos serviços de saúde do SUS em Recife ou Caruaru em geral para qualquer doença. NÃO RESPONDA para o atendimento particular ou plano de saúde.**

* Responda as seguintes perguntas empregando as categorias: sempre, muitas vezes, poucas vezes e nunca

	Sempre	Muitas vezes	Poucas vezes	Nunca	NA	NS	NR
8.1. Quando você marca consulta com o médico do posto (USF/UBT) , é atendido pelo mesmo médico?							
8.2. Você confia na capacidade profissional do médico do posto (USF/UBT) que lhe atende?							
8.3. A informação que o médico do posto (USF/UBT) lhe dá sobre sua doença é suficiente?							
8.4. Quando você marca consulta com o especialista para um mesmo problema de saúde, é atendido pelo mesmo médico?							
8.5. Você confia na capacidade profissional dos especialistas que lhe atendem?							
8.6. A informação que seus especialistas lhe dão sobre sua doença é suficiente?							

10. DADOS DE MORBIDADE GERAL E SOCIODEMOGRÁFICOS	
<p>10.1. Como define sua saúde? LER OPÇÕES DE RESPOSTA</p> <p>(1) Muito boa (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim (98) NS / NR</p>	
<p>10.2. Quando tem um problema de saúde, costuma ir ao mesmo Posto de saúde/Hospital/UPA?</p> <p>(1) Sim (2) Não → p.10.3 (98) NS / NR → p.10.3</p>	
<p>10.2.1. Qual?</p> <p>_____</p>	
<p>10.3. Anotar sexo (1) Masculino (2) Feminino (98) NS / NR</p>	
<p>10.4. Data de nascimento</p> <p>____ / ____ / ____</p>	
<p>10.5. País de nascimento:</p> <p>_____</p>	
<p>10.6. Raça / etnia: LER OPÇÕES DE RESPOSTA</p> <p>(1) Negro(a) (2) Branco(a) (3) Amarelo(a) (4) Pardo/Moreno(a)</p> <p>(5) Indígena Outro, qual? _____ (98) NS / NR</p>	
<p>10.7. Há quanto tempo você mora nesse bairro (área de 3.2 e 3.3 em Recife) / nesta cidade (Caruaru)?</p> <p>ANOTAR ANOS _____ (Se o usuário diz 11 meses ou menos anotar 0 anos) (998) NS / NR</p>	anos
<p>10.8. Estado civil</p> <p>(1) Solteiro(a) (2) Casado(a) (3) União estável (4) Viúvo(a)</p> <p>(5) Divorciado(a) Outro, qual? _____ (98) NS / NR</p>	
<p>10.9. Último nível de estudos que cursou: _____</p> <p>(1) Nenhum (2) 1º ciclo Fundamental incompleto (1-5anos)</p> <p>(3) 1º ciclo Fundamental completo/2º ciclo incompleto (4) 2º ciclo Fundamental completo/ Nível médio incompleto</p> <p>(5) Nível médio completo (6) Técnico ou tecnológico Incompleto</p> <p>(7) Técnico ou tecnológico completo (8) Universitário incompleto</p> <p>(9) Universitário completo (10) Pós-graduado</p> <p>Outro, qual? _____ (98) NS/NR</p>	
<p>10.10. Você é o(a) chefe da família? LER OPÇÕES DE RESPOSTA</p> <p>(1) Sim → p.10.12 (2) Sim, compartilhado com outra pessoa (3) Não (98) NS/NR</p>	
<p>10.11. Último nível de estudos que cursou o outro(a) chefe da família: _____</p> <p>(1) Nenhum (2) 1º ciclo Fundamental incompleto (1-5anos)</p> <p>(3) 1º ciclo Fundamental completo/2º ciclo incompleto (4) 2º ciclo Fundamental completo/ Nível médio incompleto</p> <p>(5) Nível médio completo (6) Técnico ou tecnológico Incompleto</p> <p>(7) Técnico ou tecnológico completo (8) Universitário incompleto</p> <p>(9) Universitário completo (10) Pós-graduado</p> <p>Outro, qual? _____ (98) NS/NR</p>	
<p>10.12. Quantas pessoas moram na sua casa, incluindo você (pessoas que compartilham custos da alimentação e moradia)?</p> <p>_____</p>	
<p>10.13. No último mês, quanto ganharam juntos, todas as pessoas da casa, aproximadamente? _____</p> <p>(1) Sem renda (2) Até R\$362,00 (1/2 salário mínimo)</p> <p>(3) De R\$362,01 até R\$724,00 (>1/2-1 salário mínimo) (4) De R\$724,01 - R\$1.448,00 (>1-2 salários mínimos)</p> <p>(5) De R\$1.448,01 - R\$2.172,00 (>2-3 salários mínimos) (6) De R\$2.172,01 - R\$2.896,00 (>3-4 salários mínimos)</p> <p>(7) De R\$ 2.896,01 - R\$ 3.620,00 (>4-5 salários mínimos) (8) De R\$3.620,01 - R\$7.240,00 (>5-10 salários mínimos)</p> <p>(9) De R\$7.240,01 - R\$10.860,00(>10-15 salários mínimos) (10) Mais de R\$10.860,00 (>15 salários mínimos)</p> <p>(98) NS/NR</p>	

ANEXO 4 - Parecer de aprovação do Comit   tico de Investiga o Clínica – Cons rcio de Salut de Barcelona (CEIC).



Informe del Comit   tico de Investigación Clínica

Doña M  Teresa Navarra Alcrudo Secretaria del Comit   tico de Investigación Clínica
Parc de Salut MAR

CERTIFICA

Que  ste Comit  ha evaluado el proyecto de investigación clínica n  2013/5048/I titulado *"The impact of alternative care integration strategies on health care networks' performance in different Latin American health systems"* propuesto por la Dra. M  Luisa Vázquez Navarrete del Consorci de Salut i d'Atenció Social de Catalunya.

Que adjunta documento de consentimiento informado

Y que considera que:

Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y est n justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.

La capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

El alcance de las compensaciones económicas que se solicitan está plenamente justificado.

Y que éste Comit  acepta que dicho proyecto de investigación sea realizado en el Consorci de Salut i d'Atenció Social de Catalunya por la Dra. M  Luisa Vázquez Navarrete, como investigador principal tal como recoge el ACTA de la reunión del día 12 de Marzo de 2013.

Lo que firmo en Barcelona, a 13 de Marzo de 2013

COMIT   TIC D'INVESTIGACIÓ CLÍNICA
CEIC - PARC DE SALUT MAR

Firmado:
Doña M  Teresa Navarra Alcrudo

CEIC – Parc de Salut MAR
Dr. Aiguader, 88 | 08003 Barcelona | Tel fon 93 316 06 77 | Fax 93 316 06 36
ceic-psmar@imim.es | www.parcdesalutmar.cat

ANEXO 5 – Certificado de aprovação do comitê de ética em Pesquisa com seres humanos (CEP) do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) da Pesquisa Equity LA.

Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira
Escola de Pós-graduação em Saúde Materno Infantil
Instituição Civil Filantrópica



DECLARAÇÃO

Declaro que o projeto de pesquisa nº 3967 - 14 intitulado “**O impacto de estratégias alternativas de integração da atenção no desempenho das redes de atenção à saúde em diferentes sistemas de saúde da América Latina.**” apresentado pelo (a) pesquisador (a) **Isabella Samico** foi **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP, em reunião ordinária de 22 de janeiro de 2014

Recife, 23 de janeiro de 2014

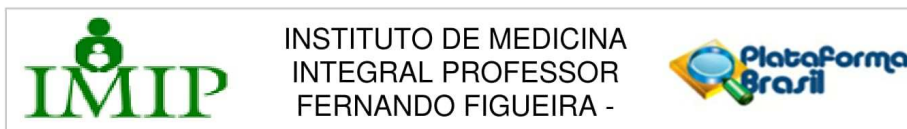


Dr. José Eulálio Cabral Filho
Coordenador do Comitê de Ética
em Pesquisa em Seres Humanos do
Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira

UTILIDADE PÚBLICA MUNICIPAL - Lei. 9851 de 08/11/67
UTILIDADE PÚBLICA ESTADUAL - Lei. 5013 de 14/03/64
UTILIDADE PÚBLICA FEDERAL - Dec. 86238 de 30/07/81
INSCRIÇÃO MUNICIPAL - 05.897-1
INSCRIÇÃO ESTADUAL - Isento
CNPJ: 10.988.301/0001-29

Rua dos Coelhos, 300 Boa Vista
Recife - PE - Brasil - CEP: 50.070-550
PABX: (81) 2122.4100
Fax: (81) 2122.4722 Cx. Postal 1393
e-mail: imip@imip.org.br
www.imip.org.br

ANEXO 6 - Certificado de aprovação do comitê de ética em Pesquisa com seres humanos (CEP) do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP).



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONTINUIDADE DA ATENÇÃO ÀS DOENÇAS CRÔNICAS ENTRE NÍVEIS ASSISTENCIAIS: PERSPECTIVA DO USUÁRIO

Pesquisador: Cynthia Resque de Barros Vasconcelos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 64441417.0.0000.5201

Instituição Proponente: Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP/PE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.967.511

Apresentação do Projeto:

CONTINUIDADE DA ATENÇÃO ÀS DOENÇAS CRÔNICAS ENTRE NÍVEIS ASSISTENCIAIS: PERSPECTIVA DO USUÁRIO

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Descrever a continuidade da atenção entre níveis assistenciais à doenças crônicas sob a perspectiva do usuário nos municípios de Caruaru e Recife.

Objetivo Secundário:

- 1)Averiguar a transferência da informação clínica quanto ao conhecimento dos profissionais sobre a história clínica entre níveis assistenciais;
- 2)Verificar a coerência da atenção com relação à colaboração entre os médicos e quanto a adequação do seguimento do usuário entre níveis assistenciais;
- 3)Conhecer a acessibilidade no que se refere à oportunidade da atenção, a informação, a programação prévia e a referência a unidade correta

Endereço: Rua dos Coelhos, 300
Bairro: Boa Vista **CEP:** 50.070-550
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2122-4756 **Fax:** (81)2122-4782 **E-mail:** comitedeetica@imip.org.br

