

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE

Laís Fuzer Rosso

**HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS: DADOS DO 2º
CICLO DO PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA
QUALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA**

Santa Maria, RS
2019

Laís Fuzer Rosso

**HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS: DADOS DO 2º CICLO DO
PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE NA ATENÇÃO
BÁSICA**

Artigo de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em sistema público de saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título **de Especialista em Sistema Público de Saúde, Área de Concentração: Vigilância em Saúde**

Orientador: Jessye Melgarejo do Amaral Giordani
Coorientador: Liliane Simon Ferigolo

Santa Maria, RS
2019

Laís Fuzer Rosso

**HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS: DADOS DO 2º CICLO DO
PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE NA ATENÇÃO
BÁSICA**

Artigo de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em sistema público de saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Especialista em Sistema Público de Saúde, Área de Concentração: Vigilância em Saúde.**

Aprovado em 27 de fevereiro de 2019:

Jessye Melgarejo do Amaral Giordani, Dr. (UFSM)
(Presidente /Orientador)

Liliane Simon Ferigolo, Esp. (4ª CRS)
(Coorientador)

Bernadete Pereira dos Santos, Me. (4ª CRS)

Teresinha Heck Weiller, Dra. (UFSM)

Maria Denise Schimith, Dra. (UFSM)
(Suplente)

Santa Maria, RS
2019

RESUMO

HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS: DADOS DO 2º CICLO DO PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA

AUTORA: Laís Fuzer Rosso
ORIENTADOR: Jessye Melgarejo do Amaral
COORIENTADOR: Liliane Simon Ferigolo

Este estudo teve como objetivo realizar analisar o perfil epidemiológica dos 21 municípios da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde a partir dos dados gerados no 2ª ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica quanto às condições crônicas Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Melitus. Realizou-se um estudo epidemiológico observacional transversal utilizando os microdados, no qual foram selecionadas as variáveis dos módulos I, II e III gerados pelo Instrumento de Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica. Para análise dos dados utilizou-se o modelo proposto por Donabedian que avalia os serviços de saúde e a qualidade do cuidado através de três eixos: estrutura, processo e resultado. A análise estatística foi realizada no software Statistical Program for Social Sciences versão 20.0. A população do estudo foram os 21 municípios que aderiram ao programa. Participaram da avaliação externa 61 Unidades Básicas de saúde, 66 equipes e 261 usuários. Em relação aos resultados temos que no eixo estrutura as unidades de saúde observadas contam com equipamentos que auxiliam no exame físico do usuário com Hipertensão Arterial e Diabetes Melitus. No eixo processo, as equipes entrevistadas, em sua maioria, afirmam que ofertam consultas de enfermagem, possuem o registro do território e realizam ações e atendem as emergências no que tange as pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Quanto ao eixo resultados, temos que 45,5% dos usuários entrevistados autorrefeririam que algum médico lhe informou sobre ter pressão alta e 15,5% diabetes. Salienta-se que a partir desta análise almeja-se desencadear processos que tragam melhorias para as unidades, equipes e usuários no que tange o planejamento, organização e cuidado.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Avaliação de Serviços de Saúde; Hipertensão Arterial; Diabetes Mellitus.

ABSTRACT

ARTERIAL HYPERTENSION AND DIABETES MELLITUS: DATA FROM THE 2nd CYCLE OF THE PROGRAM OF IMPROVING ACCESS AND QUALITY IN BASIC ATTENTION

AUTHOR: Laís Fuzer Rosso
ADVISOR: Jessye Melgarejo do Amaral
COORIENTADOR: Liliane Simon Ferigolo

This study had the objective to analyze the epidemiological profile of the 21 cities of the 4th Regional Health Coordination from the data generated in the 2nd cycle of the Program of Improvement of Access and Quality of Basic Care regarding the chronic conditions Systemic Hypertension and Diabetes Mellitus. An observational cross-sectional epidemiological study was performed using the microdata, in which the variables of modules I, II and III generated by the External Evaluation Instrument of the Program for Improving Access and Quality of Primary Care were selected. To analyze the data, we used the model proposed by Donabedian that evaluates health services and quality of care through three axes: structure, process and results. Statistical analysis was performed in Statistical Program for Social Sciences software version 20.0. The study population was the 21 cities that joined the program. Participated in the external evaluation, 61 Basic Health Units, 66 teams and 261 users. As a result, we have that in the structure axis the observed health units have equipments that assist in the physical examination of the user with Arterial Hypertension and Diabetes Mellitus. In the process axis, the interviewed teams, for the most part, affirm that they offer nursing consultations, have the registry of the territory and perform actions and attend the emergencies regarding people with Arterial Hypertension and Diabetes Mellitus. Regarding the results, we have that 45.5% of the users interviewed would self refer that some doctor informed about high blood pressure and 15.5% diabetes. It is emphasized that from this analysis it is hoped to trigger processes that bring improvements to the units, teams and users in what concerns the planning, organization and care.

Keywords: Primary Health Care; Health Services Research; Hypertension; Diabetes Mellitus

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 MATERIAL E MÉTODO	8
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	10
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	16
REFERÊNCIAS	17
ANEXOS	19
ANEXO A – VARIÁVEIS SELECIONADAS DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO EXTERNA DAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA (SAÚDE DA FAMÍLIA E EQUIPE PARAMERIZADA) DO 2º CICLO DO PMAQ-AB.....	20
MÓDULO II - ENTREVISTA COM O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA E VERIFICAÇÃO DE DOCUMENTOS NA UNIDADE DE SAÚDE.....	23
MÓDULO III - ENTREVISTA COM USUÁRIO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE.....	27
ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CÔMITE DE ÉTICA.....	29
ANEXO C – NORMAS DA REVISTA SAÚDE DEBATE.....	30

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde pautada nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e integrante da Rede de Atenção à Saúde (RAS) possui papel de destaque no cuidado aos indivíduos, famílias e coletividade pelo seu caráter de promoção da saúde e prevenção de agravos. (2017)¹. Com base no fortalecimento da APS, o Ministério da Saúde através da portaria nº 1.654 (2011)² criou o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) com a finalidade de ampliar o acesso e a qualidade dos serviços da APS mobilizando trabalhadores e gestores. Tem como principal intuito estimular a ampliação do acesso e qualificação das práticas de gestão, cuidado e participação na APS assegurando um nível de qualidade de comparação nacional, regional e local, que permita uma maior transparência e efetividade das ações da APS

O PMAQ-AB é sistematizado através de quatro fases: adesão e contratualização; desenvolvimento; avaliação externa; e recontratualização. Após a terceira fase do ciclo é gerado um banco de microdados a partir das questões que encontram-se nos módulos e que são coletadas pelo avaliador externo^{3,4}

Segundo dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) de 2017, o diagnóstico médico de HAS é de 24,3%. Em relação a DM a frequência foi de 7,6%. Segundo dados da Organização PanAmericana de Saúde (OPAS)(2016)⁵, 18% das mortes, 9,4 milhões, em 2010 foram atribuídas ao aumento da pressão arterial (PA). No que tange a DM, 5% da mortalidade são atribuídas a tal doença. O impacto das hospitalizações por tais comorbidades são onerosos no que tange o gasto com as internações, as incapacitações ou morte prematura, os custos com os investimentos em medicações, bem com a perda da qualidade de vida de tais pessoas⁶⁻⁸

Com base nos microdados gerados a partir da avaliação externa do PMAQ-AB, a presente pesquisa tem como objetivo: realizar a análise descritiva epidemiológica dos 21 municípios da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde a partir do estudo dos dados gerados no 2º ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica quanto às condições crônicas HAS e DM.

A construção da pesquisa justifica-se a partir da demanda desencadeada no campo de prática da residência, 4ª CRS, visto que os dados que são gerados na avaliação externa do PMAQ necessitam de uma análise mais detalhada devido a riqueza de informações que são coletadas, a criação da linha de cuidado das condições crônicas HAS e DM na 4ª CRS.

2 MATERIAL E MÉTODO

Estudo epidemiológico observacional transversal que teve como população como 21 municípios da 4ª CRS que aderiram ao 2º Ciclo do PMAQ de 2014 a 2015.

No que tange a 4ª CRS, aderiram ao 2º ciclo do PMAQ 21 municípios (65,62%). Compõem o presente estudo 66 equipes, 61 unidades e 261 usuários. Os municípios participantes foram: Cacequi, Capão do Cipó, Dona Francisca, Faxinal do Soturno, Jaguari, Júlio de Castilhos, Mata, Nova Esperança do Sul, Nova Palma, Pinhal Grande, Quevedos, Restinga Seca, Santa Maria, Santiago, São Francisco de Assis, São João do Polêsine, São Martinho da Serra, São Pedro do Sul, São Sepé, São Vicente do Sul e Unistalda.

A região central do estado do Rio Grande do Sul é área de abrangência da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (4ªCRS). A 4ª CRS apresenta uma população de 565.603 e é composta por 32 municípios, divididos em duas regiões de saúde: Verdes Campos (21 municípios) e Entre Rios (11 municípios).

A região Verdes Campos é composta por 21 municípios: Santa Maria, Quevedos, Toropi, São Pedro do Sul, Dilermando de Aguiar, Vila Nova do Sul, São Sepé, Formigueiro, Restinga Seca, Agudo, Pinhal Grande, Júlio de Castilhos, São Martinho da Serra, Faxinal do Soturno, Ivorá, Nova Palma, Silveira Martins, Dona Francisca, São João do Polêsine, Paraíso do Sul, Itaara. A população residente da região é de 438.318 mil habitantes com cobertura da APS de 57,9%. A região Entre Rios é constituída por 11 municípios, que são: Jari, Mata, São Vicente do Sul, Cacequi, Jaguari, São Francisco de Assis, Santiago, Capão do Cipó, Unistalda, Itacurubi, São Francisco de Assis e Nova Esperança do Sul. Possui como sede o município de Santiago. A população residente é de 127.285 mil habitantes com cobertura da APS de 85,9%⁹.

Neste estudo, para a HAS e DM foram analisados os Módulos I, II e III do banco de dados. Tais dados são públicos e encontram-se disponíveis no site do programa pelo link http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo através do download dos mesmos.

As variáveis foram selecionadas e extraídas da avaliação externa oriundas dos três módulos e organizadas conforme o quadro 1. O critério de seleção das questões obedeceu às temáticas já mencionadas no projeto.

As variáveis do estudo foram organizadas da seguinte forma, conforme o quadro 1 abaixo:

QUADRO 1: VARIÁVEIS DO ESTUDO

MÓDULO	VARIÁVEIS	
Estrutura Observação na Unidade Básica de Saúde	Equipamentos e Materiais	I.12.2 - Aparelho de pressão adulto I.12.9 - Estetoscópio adulto I.12.13 - Glicosímetro I.12.21 - Kit de monofilamentos para teste de sensibilidade (estesiômetro)
	Insumos para atenção à saúde	I.16.17 - Tiras reagentes de medida de glicemia capilar
Processo Entrevista com o profissional da Equipe de Atenção Básica e verificação de documentos na Unidade de Saúde	II.12.8 - A equipe realiza atendimento de:	II.12.8.5 - Crise hipertensiva II.12.8.6 Hiperglicemia em diabéticos
	II.13.2 - Para quais grupos a equipe oferta ações?	II.13.2.9 Hipertensão arterial sistêmica II.13.2.10 - Diabetes mellitus
	II.13.3 - A equipe realiza renovação de receitas para os usuários de cuidado continuado/de programas como hipertensão e diabetes, sem a necessidade de marcação de consultas médicas?	
	II.14.2 - A equipe possui o registro do seu território	II.14.2.5 - Das pessoas com hipertensão II.14.2.6 - Das pessoas com diabetes
	II.14.3 - A equipe programa oferta de consultas para quais situações?	II.14.3.2 - Hipertensão arterial sistêmica II.14.3.3 - Diabetes mellitus
	14.4 - A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco para quais situações?	II.14.4.5 - Hipertensão arterial sistêmica II.14.4.6 - Diabetes mellitus
Resultados Entrevista com Usuário na Unidade Básica de Saúde	III.20 - Hipertensão Arterial Sistêmica	III.20.1 Algum médico lhe disse que o(a) senhor(a) tem/teve pressão alta (hipertensão)?
	III.21 - Diabetes mellitus	III.21.1 Algum médico lhe disse que o(a) senhor(a) tem diabetes (açúcar alto no sangue)?

Para a análise dos dados será utilizado o modelo de avaliação dos serviços e da qualidade dos cuidados de saúde proposto Avedis Donabedian. Segundo o autor as informações da qualidade dos cuidados podem ser divididas em três categorias: Estrutura, Processo e Resultados. O eixo Estrutura engloba as questões relacionadas a recursos humanos, estrutura física, financiamento e equipamento. O eixo Processo envolve as questões de diagnóstico, prevenção e educação às pessoas. E o eixo Resultados diz respeito aos efeitos dos cuidados sobre as pessoas e populações^{10,11}

Para a análise estatística dos dados será utilizado o software *Statistical Program for Social Sciences* (SPSS) versão 20.0 em que foram realizadas as análises de frequência absoluta e relativa para as variáveis categóricas.

Quanto aos aspectos éticos, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) sob nº do parecer 2.887.912 e certificado de apresentação e para apreciação ética (CAAE) 96828618.4.0000.5346.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No que se refere ao módulo Estrutura, salienta-se que a maioria das UBS observadas possuem os insumos usados para a avaliação e monitoramento das condições HAS e DM. Ou seja, nas unidades há a presença de aparelho de pressão adulto (100%), glicosímetro (98,4%) e tiras reagentes de medida de glicemia capilar (98,4%). Porém, há uma defasagem quanto ao kit de monofilamentos para teste de sensibilidade (estesiômetro), presente em apenas 6,6 % das 61 unidades observadas.

Em relação ao kit de monofilamentos para teste de sensibilidade nas UBS (TABELA 1), apenas quatro unidades relataram possuir a presença de tal material nos municípios de Capão do Cipó, Dona Francisca, Júlio de Castilhos e Santa Maria. Santiago, como o segundo município com maior número de UBS observadas (n=10) não possui a presença do estesiômetro em nenhuma de suas unidades.

Salienta-se que o uso do estesiômetro é de suma importância para a avaliação neurológica e pressão plantar nos usuários com DM e é amplamente recomendado pela Sociedade Brasileira de Diabetes (2017)⁶ e o Ministério da Saúde (2013)¹² visto seu caráter de detectar e monitorar alterações dos nervos periféricos em tal comorbidade¹³

O preconizado por tais órgãos é o monofilamento de 10 G (cor laranja) que detecta alterações nas fibras nervosas grossas (A beta e A alfa) que estão relacionadas à pressão plantar. Com tal medida pode-se mensurar o risco para o desenvolvimento de ulceração neuropática ocasionada pela perda da sensibilidade em doença neuropática. Estudos realizados em usuários com DM mostram o teste de sensibilidade com o monofilamento como um dispositivo eficaz para identificação de risco de ulcerações no pé¹⁴⁻¹⁶. Salienta-se que o kit de monofilamentos de *nylon* é fabricado pela SORRI[®] Bauru, organização não governamental sem fins lucrativos no Brasil e possui baixo custo se comparado com outras tecnologias pesadas bem como possibilidade o melhor prognóstico para o usuário com DM.

Tabela 1: Módulo I – Observação na Unidade Básica de Saúde (n=61)

MUNICÍPIOS	n (%)	Variável 1	Variável 2	Variável 3	Variável 4
Cacequi	3(4,9%)	3(100%)	3(100%)	0(0%)	3(100%)
Capão do Cipó	1(1,6%)	1(100%)	1(100%)	1(100%)	1(100%)
Dona Francisca	1(1,6%)	1(100%)	1(100%)	1(100%)	1(100%)
Faxinal do Soturno	1(1,6%)	1(100%)	1(100%)	0(0%)	1(100%)
Jaguari	1(1,6%)	1(100%)	1(100%)	0(0%)	1(100%)
Júlio de Castilhos	5(8,2%)	5(100%)	5(100%)	1(20%)	5(100%)
Mata	2(3,3%)	2(100%)	2(100%)	0(0%)	2(100%)
Nova Esperança do Sul	2(3,3%)	2(100%)	2(100%)	0(0%)	2(100%)
Nova Palma	2(3,3%)	2(100%)	2(100%)	0(0%)	2(100%)
Pinhal Grande	1(1,6%)	1(100%)	1(100%)	0(0%)	1(100%)
Quevedos	1(1,6%)	1(100%)	1(100%)	0(0%)	0(0%)
Restinga Seca	2(3,3%)	2(100%)	1(50%)	0(0%)	2(100%)
Santa Maria	13(21,3%)	13(100%)	13(100%)	1(7,7%)	13(100%)
Santiago	10(16,4%)	10(100%)	10(100%)	0(0%)	10(100%)
São Francisco de Assis	4(6,6%)	4(100%)	4(100%)	0(0%)	4(100%)
São João do Polêsine	1(1,6%)	1(100%)	1(100%)	0(0%)	1(100%)
São Martinho da Serra	1(1,6%)	1(100%)	1(100%)	0(0%)	1(100%)
São Pedro do Sul	4(6,6%)	4(100%)	4(100%)	0(0%)	4(100%)
São Sepé	4(6,6%)	4(100%)	4(100%)	0(0%)	4(100%)
São Vicente do Sul	1(1,6%)	1(100%)	1(100%)	0(0%)	1(100%)
Unistalda	1(1,6%)	1(100%)	1(100%)	0(0%)	1(100%)

Legenda:

Variável 1 - Equipamentos e materiais: Aparelho de pressão adulto

Variável 2 - Equipamentos e materiais: Glicosímetro

Variável 3 - Equipamentos e materiais: Kit de monofilamentos para teste de sensibilidade (estesiômetro)

Variável 4 - Equipamentos e materiais: Tiras reagentes de medida de glicemia capilar

No módulo Processo, a variável 1, referente à renovação de receitas para os usuários de cuidado continuado de programas como hipertensão e diabetes, sem a necessidade de marcação de consultas médicas demonstrou uma prevalência de 86,4 % nas equipes.

Ao analisar a tabela 2, as equipes dos municípios de Dona Francisca, Mata, Santa Maria, Nova Esperança do Sul e Restinga Seca são as equipes que realizam parcialmente (75% ou menos) a renovação de receitas para os usuários de cuidado continuado/de programas como hipertensão e diabetes, sem a necessidade de marcação de consultas médicas. Além disso, quanto a variável 6, 89,4% das equipes programam ofertas de consultas em situações de HAS e DM. Salienta-se que a equipe de Restinga Seca obteve porcentagem igual a zero quanto a oferta de consultas em HAS e DM. A equipe de São Vicente do Sul obteve porcentagem igual a 100% apenas na situação de DM.

O Caderno de Atenção Básica (CAB) nº 37(2013)¹⁷ que dispõe sobre os cuidados para o enfrentamento da HAS, sugere que as consultas médicas, bem como de enfermagem devem seguir critério conforme a meta pressórica alcançada pelo usuário. A partir do controle pressórico recomenda-se o acompanhamento seguindo as necessidades de cada usuário bem como o seu risco cardiovascular. Somando-se, a 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (2016)¹⁸, orienta que avaliações médicas periódicas sejam realizadas em hipertensos que não possuem controle adequado da PA com a finalidade de estabilizar tais níveis a partir de ajustes na terapia medicamentosa.

Em relação a DM, o CAB nº 36 (2013)¹² orienta que o acompanhamento pela equipe, principalmente após o usuário ser medicado para tal comorbidade é relevante para a adesão ao tratamento e prevenção dos agravos através das orientações. Sugere-se também o uso de uma estratificação de risco para o usuário com DM, em que o número de consultas siga esse protocolo, mas com flexibilidade diante as necessidades de cada pessoa com DM.

Analizando o alto número de equipes que afirmaram realizar a renovação das receitas sem a necessidade de marcação de consulta médica fica-se a pergunta se as mesmas estão seguindo os protocolos estabelecidos, avaliando e monitorando os usuários e conseqüentemente realizando o manejo adequado dos medicamentos conforme as recomendações dos órgãos supracitados, como também, se está ocorrendo a oferta de consultas para tais usuários, visto que a maioria obteve respostas afirmativa nessa variável.

Quanto a variável 2 a maioria das equipes entrevistadas realizam atendimento de crise hipertensiva e hiperglicemia em diabéticos, com prevalência de 96,9% em ambas as condições. Santiago não obteve resposta do n absoluto das equipes quanto ao atendimento no caso de crise hipertensiva, bem como Santa Maria no caso de hiperglicemia em diabéticos.

Considera-se crise hipertensiva a emergência hipertensiva, o aumento da PA pode levar ao com agravamento do quadro clínico e progressão lesão nos órgãos-alvos, e urgência hipertensiva, em que há a elevação da PA, mas com uma maior estabilidade clínica¹⁷. Em ambos os casos o atendimento imediato com administração de medicamentos parenterais e/ou sublinguais são de suma importância para a redução da PA e conseqüente prevenção de agravos como acidente vascular encefálico e doença renal crônica¹⁸. Em relação aos atendimentos de crises hiperglicemia em diabéticos, salienta-se que o valor de referência é a glicemia superior a 250 mg/dl. Não ocorrendo o manejo adequado de tal descompensação, o quadro pode evoluir para cetoacidose diabética e síndrome hiperosmolar hiperglicêmica não cetótica, na qual o tratamento tem por finalidade a correção da desidratação e a administração de insulina^{6,12,19}

Además, na variável 4, a maioria das equipes possuem o registro do território quanto às pessoas com hipertensão e às pessoas com diabetes, com prevalência de 90,9% em ambas. Salienta-se as equipes de Restinga Seca, Santa Maria, Santiago e São Pedro do Sul possuem porcentagens inferiores quanto ao registro do território das pessoas com HAS e DM. Além disso, a equipe de São Vicente do Sul, no que tange o registro das pessoas com HAS obteve porcentagem de zero, em um N igual a uma equipe.

Com o registro do território, as equipes podem planejar de forma coesa as ações e atividades a serem desenvolvidas com tais usuários, visto que poderão obter mais informações sobre os locais que se concentram os usuários com HAS e/ou DM, se há vulnerabilidades presentes no espaço, quais são os problemas de saúde enfrentados por essas populações, bem como caracterizar e classificar o perfil do usuário que possui tais comorbidades a partir do diagnóstico do território²⁰

No que tange a utilização de protocolos para estratificação de risco, variável 5, 57,65% utilizam para HAS e 56,1% utilizam para DM. As equipes de Capão do Cipó, Faxinal do Soturno, Mata, Nova Palma, Pinhal Grande, Quevedos, São João do Polêsine, São Martinho da Serra e São Vicente do Sul totalizam um N de 12 equipes que utilizam protocolos de estratificação em ambas as situações, HAS e DM com porcentagem de 100%. Además, Jaguari, Júlio de Castilhos, Restinga Seca e Unistalda obtiveram valor igual a zero quanto ao uso da estratificação.

O escore de Framingham é o protocolo de estratificação usado para a HAS que tem por finalidade classificar o risco cardiovascular, ou seja, avalia o risco de um evento cardiovascular em 10 anos. O protocolo utilizado para DM é o recomendado pelo MS no CAB nº 36 (2013)¹² como também mencionado na Nota Técnica do Estado do Rio Grande do Sul (2018)²¹ referente à DM. Conforme o resultado de ambos os protocolos, é realizado um planejamento quanto a periodicidade das consultas médicas, de enfermagem e odontológicas^{17,18,22}. Estudos apontam que o cálculo do risco cardiovascular é indicativo para ações mais efetivas perante os fatores de risco para as doenças cardiovasculares bem como a participação do usuário no seu cuidado²³⁻²⁴.

Tabela 2 – Módulo II - Entrevista com o profissional da Equipe de Atenção Básica e verificação de documentos na Unidade de Saúde (n=66)

MUNICÍPIOS	n (%)	Variável 1	Variável 2		Variável 3	
			Crise hipertensiva	Hiperglicemia em diabéticos	HAS	DM
Cacequi	3(4,5%)	3(100%)	3(100%)	3(100%)	3(100%)	3(100%)
Capão do Cipó	1(1,5%)	1(100%)	1(100%)	1(100%)	1(100%)	1(100%)
Dona Francisca	2(3,0%)	1(50%)	2(100%)	2(100%)	2(100%)	2(100%)
Faxinal do Soturno	1(1,5%)	1(100%)	1(100%)	1(100%)	0(0,0%)	0(0,0%)
Jaguari	1(1,5%)	1(100%)	1(100%)	1(100%)	1(100%)	1(100%)
Júlio de Castilhos	5(7,6%)	5(100%)	5(100%)	5(100%)	5(100%)	5(100%)
Mata Nova	2(3,0%)	0(0,0%)	2(100%)	2(100%)	2(100%)	2(100%)
Esperança do Sul	2(3,0%)	1(50%)	2(100%)	2(100%)	2(100%)	2(100%)
Nova Palma	3(4,5%)	3(100%)	3(100%)	3(100%)	3(100%)	3(100%)
Pinhal Grande	1(1,5%)	1(100%)	1(100%)	1(100%)	1(100%)	1(100%)
Quevedos	1(1,5%)	1(100%)	1(100%)	1(100%)	1(100%)	1(100%)
Restinga Seca	2(3,0%)	1(50%)	2(100%)	2(100%)	0(0,0%)	0(0,0%)
Santa Maria	16(24,2%)	12(75%)	16(100%)	15(93,8%)	15(93,8%)	15(93,8%)
Santiago	10(15,2%)	10(100%)	8(88,9%)	9(100%)*	10(100%)	10(100%)
São Francisco de Assis	4(6,1%)	4(100%)	4(100%)	4(100%)	4(100%)	4(100%)
São João do Polêsine	1(1,5%)	1(100%)	1(100%)	1(100%)	1(100%)	1(100%)
São Martinho da Serra	1(1,5%)	1(100%)	1(100%)	1(100%)	1(100%)	1(100%)
São Pedro do Sul	4(6,1%)	4(100%)	3(75%)	3(75%)	3(75%)	3(75%)
São Sepé	4(6,1%)	4(100%)	4(100%)	4(100%)	4(100%)	4(100%)
São Vicente do Sul	1(1,5%)	1(100%)	1(100%)	1(100%)	0(0,0%)	1(100%)
Unistalda	1(1,5%)	1(100%)	1(100%)	1(100%)	1(100%)	1(100%)

Variável 4		Variável 5		Variável 6	
Das pessoas com HAS	Das pessoas com DM	HAS	DM	HAS	DM
3(100%)	3(100%)	1(33,3)	1(33,3)	2(66,7%)	3(100%)
1(100%)	1(100%)	1(100%)	1(100%)	1(100%)	1(100%)
2(100%)	2(100%)	1(50%)	0(0,0%)	2(100%)	2(100%)
1(100%)	1(100%)	1(100%)	1(100%)	1(100%)	1(100%)
1(100%)	1(100%)	0(0,0%)	0(0,0%)	1(100%)	1(100%)
5(100%)	5(100%)	0(0,0%)	0(0,0%)	5(100%)	5(100%)
2(100%)	2(100%)	2(100%)	2(100%)	2(100%)	2(100%)
2(100%)	2(100%)	1(50%)	1(50%)	2(100%)	2(100%)

3(100%)	3(100%)	3(100%)	3(100%)	3(100%)	3(100%)
1(100%)	1(100%)	1(100%)	1(100%)	1(100%)	1(100%)
1(100%)	1(100%)	1(100%)	1(100%)	1(100%)	1(100%)
1(50%)	1(50%)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0%)	0(0,0%)
14(87,5%)	14(87,5%)	11(68,8)	11(68,8)	14(87,5%)	14(87,5%)
9(90%)	9(90%)	5(50%)	5(50%)	9(90%)	9(90%)
4(100%)	4(100%)	2(50%)	2(50%)	4(100%)	4(100%)
1(100%)	1(100%)	1(100%)	1(100%)	1(100%)	1(100%)
1(100%)	1(100%)	1(100%)	1(100%)	1(100%)	1(100%)
2(50%)	2(50%)	2(50%)	2(50%)	4(100%)	4(100%)
4(100%)	4(100%)	3(75%)	3(75%)	3(75%)	3(75%)
0(0,0%)	1(100%)	1(100%)	1(100%)	0(0,0%)	1(100%)
1(100%)	1(100%)	0(0,0%)	0(0,0%)	1(100%)	1(100%)

* n apresenta missing

Legenda:

Variável 1 - A equipe realiza renovação de receitas para os usuários de cuidado continuado de programas como hipertensão e diabetes, sem a necessidade de marcação de consultas médicas?

Variável 2 - A equipe realiza atendimento de?

Variável 3 - Para quais grupos a equipe oferta ações?

Variável 4 - A equipe possui o registro do seu território?

Variável 5 - A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco para quais situações?

Variável 6 - A equipe programa oferta de consultas para quais situações?

No que tange o módulo Resultados, entrevista com usuário na unidade básica de saúde, temos que 45,6% e 15,5% dos mesmos autorreferiram que algum médico os informaram sobre ter pressão alta (variável 1) e/ou diabetes, respectivamente.

Salienta-se que estudos que estimam as prevalências são realizados no Brasil; temos como exemplo o sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) (2017). Nesse sistema temos o monitoramento das DCNT que incluem a HAS e DM em que a metodologia empregada é a escolha aleatória de números telefônicos para a coleta dos dados. Estabelece-se uma amostragem de no mínimo 2000 adultos entrevistados.

Tabela 3: Módulo III - Entrevista com Usuário na Unidade Básica de Saúde (n=261)**

MUNICÍPIOS	n (%)	Variável 1	Variável 2
Cacequi	8(3,1%)	1(12,5%)	0(0%)
Capão do Cipó	4(1,5%)	3(75%)	2(50%)
Dona Francisca	8(3,1%)	4(50%)	2(25%)
Faxinal do Soturno	5(1,9%)	1(20%)	1(25%)
Jaguari	4(1,5%)	3(75%)	3(75%)
Júlio de Castilhos	20(7,7%)	9(45%)	3(15%)
Mata	8(3,1%)	4(50%)	2(25%)
Nova Esperança do Sul	8(3,1%)	5(62,5%)	2(28,6%)
Nova Palma	12(4,6%)	5(41,7%)	1(8,3%)
Pinhal Grande	4(1,5%)	1(25%)	0(0%)
Quevedos	4(1,5%)	1(25%)	0(0%)
Restinga Seca	8(3,1%)	5(62,5%)	2(25%)

Santa Maria	65(24,9%)	33(52,4%)	11(17,7%)
Santiago	40(15,3%)	17(42,5%)	3(7,9%)
São Francisco de Assis	15(5,7%)	7(46,7%)	1(6,7%)
São João do Polesine	4(1,5%)	1(25%)	1(25%)
São Martinho da Serra	4(1,5%)	1(25%)	0(0%)
São Pedro do Sul	16(6,1%)	8(50%)	1(6,2%)
São Sepé	16(6,1%)	4(25%)	3(20%)
São Vicente do Sul	4(1,5%)	2(50%)	0(0%)
Unistalda	4(1,5%)	3(75%)	1(25%)

** n apresenta missing

Legenda:

Variável 1 - Algum médico lhe disse que o(a) senhor(a) tem/teve pressão alta (hipertensão)?

Variável 2 - Algum médico lhe disse que o(a) senhor(a) tem diabetes (açúcar alto no sangue)?

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise descritiva epidemiológica dos 21 municípios da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde a partir do estudo dos dados gerados no 2ª ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica quanto às condições crônicas HAS e DM podemos observar que houve um número baixo de municípios que tiveram um resultado não satisfatório no que tange às variáveis escolhidas para o estudo o que impacta positivamente na linha de cuidado das condições crônicas HAS e DM.

Salienta-se que as UBS dispõem de equipamentos básicos para o exame físico das pessoas com HAS e DM. Abordagens com as unidades quanto ao uso de tecnologias leves na APS que auxiliam no cuidado, como o kit de monofilamentos para teste de sensibilidade são questões que podem ser desencadeadas a partir do estudo dos microdados da avaliação externa do PMAQ-AB.

Observa-se que as ofertas de consultas, atendimento de emergência, registro do território bem como as ações e o uso de protocolos para estratificação de risco sendo realizadas pelas equipes. Tais variáveis possibilitam que trabalhadores de saúde e usuários compartilhem do processo de promoção da saúde e prevenção de agravos através do planejamento e continuidade do cuidado. Ademais, o contato e as informações que são disponibilizadas aos usuários com HAS e DM são essenciais para o entendimento de tais comorbidades e posterior adesão ao tratamento.

Conclui-se que o estudo possibilitou analisar dados que devem ser visualizados pelos gestores e trabalhadores de saúde, visto que há um vasto banco de dados secundário ao alcance de todos.

REFERÊNCIAS

- 1 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017
- 2 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654 de 19 de julho de 2011. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011
- 3 FAUSTO MCR, Gionanella L, Mendonça MHMM et al. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. Saúde em debate. Rio de Janeiro (RJ): 2014; 38: 13-33.
- 4 LINHARES PHA, LIRA PHA, VASCONCELOS G et al. Avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no estado do Ceará. Saúde em debate. Rio de Janeiro (RJ): 2014,38: 195-208
- 5 OPAS. Dia Mundial da Hipertensão. 2016.
- 6 Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018. São Paulo (SP): 2017. 1-383.
- 7 Santos FAL, Lima WP, Santos AL et al. Hospitalizações por diabetes em adultos e idosos no Ceará, 2001-2012. Epidemiol. Serv. Saúde. Brasília (DF): 2014, 23: 655-663.
- 8 Rosa RS, Schmidt MI, Duncan BB et al. Internações por Diabetes Mellitus como diagnóstico principal na Rede Pública do Brasil, 1999-2001. Rev. bras. Epidemiol. São Paulo (SP): 2007, 10: 465-478.
- 9 Rio Grande do Sul. Núcleo de Informações em Saúde. Departamento de Gestão da Tecnologia da Informação. Secretaria do Estadual de Saúde. Pactuação interfederativa de indicadores 2017-2021. Portal Bi: Porto Alegre (RS): 2018.
- 10 Donabedian A. The Quality of Care How Can It Be Assessed?. JAMA. Chicago(IL): 1988, 260: 23-30.
- 11 Donabedian A. The Quality of Medical Care: Methods for assessing and monitoring the quality of care for research and for quality assurance programs. Science. Nova Iorque (EUA): 1978, 200: 856-864
- 12 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília (DF): 2013, 2: 1-162.
- 13 Sorri-Bauru. Manual do usuário: estesiometro Sorri kit para teste de sensibilidade cutânea. Bauru (SP)
- 14 Pham H, Armstrong DG, Harvey C et al. Screening Techniques to Identify People at High Risk for Diabetic Foot Ulceration. Diabetes Care. 2000, 23: 606-611.

- 15 Souza A, Nery CAS, Marciano LHSC et al. Avaliação da neuropatia periférica: correlação entre a sensibilidade cutânea dos pés, achados clínicos e eletroneuromiográficos. ACTA FISIATR. Bauru (SP): 2005, 12: 87-93.
- 16 Rocha LSM, Alves KC, Cunha A. Avaliação sensorial dos pés de usuários do grupo hipertensos e diabéticos. JCBS. Uberaba (MG): 2016, 2: 69-77
- 17 Brasil. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial. Brasília (DF): 2013. 2: 1-130.
- 18 Sociedade Brasileira de Cardiologia. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão arterial. 2016, 107: 1-103.
- 19 Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. Crises Hiperglicêmicas Agudas: Diagnóstico e Tratamento. Associação Médica Brasileira. Conselho Federal de Medicina. 2011
- 20 Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Secretária Estadual de Saúde. Território e Vigilância em Saúde: oficina 2. 2018.
- 21 Rio Grande do Sul. Secretária Estadual de Saúde. Resolução CIB nº 302 de 2018: nota técnica 02/2018 atenção ao indivíduo portador de diabetes mellitus na atenção básica. 2018, 1: 1-12.
22. Rio Grande do Sul. Secretária Estadual de Saúde. Resolução CIB nº 303 de 2018: nota técnica 03/2018 atenção ao indivíduo portador de hipertensão arterial sistêmica. 2018, 1: 1-12.
- 23 Vaz MRC, Bonow CA, Mello MCVA et al. Use of Global Risk Score for Cardiovascular Evaluation of Rural Workers in Southern Brazil. The Scientific World Journal. Londres (RU): 2018, 1-5.
- 24 Pimenta HB, Caldeira AP. Fatores de risco cardiovascular do Escore de Framingham entre hipertensos assistidos por equipes de Saúde da Família. Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro (RJ): 2014, 19: 1731-1739.
- 25 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Vigitel Brasil 2017: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2017. Brasília (DF): 2018, 20: 1-132

ANEXOS

ANEXO A – VARIÁVEIS SELECIONADAS DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO EXTERNA DAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA (SAÚDE DA FAMÍLIA E EQUIPE PARAMERIZADA) DO 2º CICLO DO PMAQ-AB

MÓDULO I - OBSERVAÇÃO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

ET - I.11.11	A equipe possui telessaúde? <i>Se SIM, abrir as questões I.11.13 e I.11.14</i>	Sim
		Não
I.11.12	A equipe tem acesso a telefone na UBS?	Sim
		Não
I.11.13	A equipe possui acesso ao smartphone?	Sim
		Não
I.12 - Equipamentos e Materiais		
ES - I.12.1	Microscópio	Sim
	<i>Se "SIM" abrirá I.12.1/1</i>	Não
ES - I.12.1/1	Quantos em condições de uso?	Não é área endêmica malária
		Quantidade
ES - I.12.2	Aparelho de pressão adulto	Sim
	<i>Se "SIM" abrirá I.12.2/1</i>	Não
ES - I.12.2/1	Quantos em condições de uso?	Quantidade
I.12.2.1	Aparelho de pressão infantil	Sim
I.12.2.1/1	Quantos em condições de uso?	Não
		Quantidade
ES - I.12.3	Aparelho de nebulização	Sim
	<i>Se "SIM" abrirá I.12.3/1</i>	Não
ES - I.12.3/1	Quantos em condições de uso?	Quantidade
ES - I.12.4	Saída de ar comprimido ou Oxigênio	Sim
	<i>Se "SIM" abrirá I.12.4/1</i>	Não
ES - I.12.4/1	Quantos em condições de uso?	Quantidade
ES - I.12.5	Balança antropométrica de 150 kg	Sim
	<i>Se "SIM" abrirá I.12.5/1</i>	Não
ES - I.12.5/1	Quantos em condições de uso?	Quantidade
ES - I.12.6	Balança antropométrica de 200kg	Sim
	<i>Se "SIM" abrirá I.12.6/1</i>	Não
ES - I.12.6/1	Quantos em condições de uso?	Quantidade
ES - I.12.7	Balança infantil	Sim
	<i>Se "SIM" abrirá I.12.7/1</i>	Não
ES - I.12.7/1	Quantos em condições de uso?	Quantidade
ES - I.12.8	Régua antropométrica	Sim
	<i>Se "SIM" abrirá I.12.8/1</i>	Não
ES - I.12.8/1	Quantos em condições de uso?	Quantidade
ES - I.12.9.1	Estetoscópio adulto	Sim
	<i>Se "SIM" abrirá I.12.9/1</i>	Não
ES - I.12.9.1/1	Quantos em condições de uso?	Quantidade
ES - I.12.9	Estetoscópio infantil	Sim
	<i>Se "SIM" abrirá I.12.9/1</i>	Não
ES - I.12.9/1	Quantos em condições de uso?	Quantidade
ES - I.12.10	Foco de luz para exame ginecológico	Sim

ES - I.12.10/1	Se "SIM" abrirá I.12.10/1 Quantos em condições de uso?	Não
		Quantidade
ES - I.12.11	Geladeira exclusiva para vacina	Sim
ES - I.12.11/1	Se "SIM" abrirá I.12.11/1 Quantos em condições de uso?	Não
		Quantidade
ET - I.12.12	Geladeira para farmácia	Sim
ET - I.12.12/1	Se "SIM" abrirá I.12.12/1 Se SIM na questão I.10.1.8, I.10.1.9 e I.10.1.11, pergunta essa questão Quantos em condições de uso?	Não
		Quantidade
ES - I.12.13	Glicosímetro	Sim
ES - I.12.13/1	Se "SIM" abrirá I.12.13/1 Quantos em condições de uso?	Não
		Quantidade
ES - I.12.14	Mesa para exame ginecológico com perneira	Sim
ES - I.12.14/1	Se "SIM" abrirá I.12.14/1 Quantos em condições de uso?	Não
		Quantidade
ES - I.12.15	Mesa para exame clínico	Sim
ES - I.12.15/1	Se "SIM" abrirá I.12.15/1 Quantos em condições de uso?	Não
		Quantidade
ET - I.12.16	Oftalmoscópio	Sim
ET - I.12.16/1	Se "SIM" abrirá I.12.16/1 Quantos em condições de uso?	Não
		Quantidade
ET - I.12.17	Sonar	Sim
ET - I.12.17/1	Se "SIM" abrirá I.12.17/1 Quantos em condições de uso?	Não
		Quantidade
ES - I.12.18	Termômetro clínico	Sim
ES - I.12.18/1	Se "SIM" abrirá I.12.18/1 Quantos em condições de uso?	Não
		Quantidade
ET - I.12.19	Suporte de soro	Sim
ET - I.12.19/1	Se "SIM" abrirá I.12.19/1 Quantos em condições de uso?	Não
		Quantidade
I.12.20 I.12.20/1	Otoscópio Quantos em condições de uso?	Sim
		Não
		Quantidade
I.12.21 I.12.21/1	Kit de monofilamentos para teste de sensibilidade (estesiômetro) Quantos em condições de uso?	Sim
		Não
		Quantidade
I.12.22	Pinard	Sim

		Nunca disponível
ES - I.16.13	Fixador de lâmina (álcool/spray ou gotas) Só poderá marcar uma opção de resposta.	Sempre disponível
		Às vezes disponíveis
		Nunca disponível
ES - I.16.14	Gaze Só poderá marcar uma opção de resposta.	Sempre disponível
		Às vezes disponíveis
		Nunca disponível
ES - I.16.15	Lâmina de vidro com lado fosco Só poderá marcar uma opção de resposta.	Sempre disponível
		Às vezes disponíveis
		Nunca disponível
ES - I.16.16	Porta-lâmina ou Frasco plástico com tampa para lâmina Só poderá marcar uma opção de resposta.	Sempre disponível
		Às vezes disponíveis
		Nunca disponível
ES - I.16.17	Tiras reagentes de medida de glicemia capilar Só poderá marcar uma opção de resposta.	Sempre disponível
		Às vezes disponíveis
		Nunca disponível
ES - I.16.18	Seringas descartáveis de diversos tamanhos Só poderá marcar uma opção de resposta.	Sempre disponível
		Às vezes disponíveis
		Nunca disponível
ES - I.16.19	Seringas descartáveis com agulha escoplada Só poderá marcar uma opção de resposta.	Sempre disponível
		Às vezes disponíveis
		Nunca disponível
ES - I.16.20	Recipientes duros para descarte de perfurocortantes Só poderá marcar uma opção de resposta.	Sempre disponível
		Às vezes disponíveis
		Nunca disponível
ES - I.16.21	Preservativo masculino (camisinha) Só poderá marcar uma opção de resposta.	Sempre disponível
		Às vezes disponíveis
		Nunca disponível
ES - I.16.22	Preservativo feminino Só poderá marcar uma opção de resposta.	Sempre disponível
		Às vezes disponíveis
		Nunca disponível
ET - I.16.23	Dispositivo Intra-Uterino - DIU Só poderá marcar uma opção de resposta.	Sempre disponível
		Às vezes disponíveis
		Nunca disponível
I.17 - Insumos para Práticas Integrativas e Complementares		
ET - I.17.1	A equipe realiza práticas de Medicina Tradicional Chinesa? Se NÃO, pular para o bloco I.17.	Sim
		Não
ET - I.17.2	Agulhas filiformes descartáveis de tamanhos e calibres variados (para acupuntura) Só poderá marcar uma opção de resposta.	Sempre disponível
		Às vezes disponíveis

MÓDULO II - ENTREVISTA COM O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA E VERIFICAÇÃO DE DOCUMENTOS NA UNIDADE DE SAÚDE

			Nenhuma das anteriores
ET - II.13.3	A equipe realiza renovação de receitas para os usuários de cuidado continuado/de programas como hipertensão e diabetes, sem a necessidade de marcação de consultas médicas?		Sim
			Não
ET - II.13.4	Existe reserva de vagas na agenda ou um horário de fácil acesso ao profissional para que o usuário possa buscar e mostrar resultados de exames? Se NÃO, passar para questão II.13.5.		Sim
			Não
ET - II.13.4/1	Existe documentação que comprove?		Sim
			Não
G - II.13.5	Existe reserva de vagas na agenda ou um horário de fácil acesso ao profissional para que o usuário possa sanar dúvidas pós-consulta ou mostrar como evoluiu sua situação?		Sim
			Não
ET - II.13.6	A equipe realiza encaminhamento dos usuários com queixa de acuidade visual ou demanda de avaliação de refração, sem a necessidade de marcação de consulta?		Sim
			Não
II.14 Atenção à Saúde			
	Agendamento para consultas especializadas		
G - II.14.1	Quando um usuário é atendido na unidade de saúde e necessita ser encaminhado para uma consulta especializada, quais são as formas possíveis: <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>		A consulta é marcada pela unidade de saúde e informada na hora para o usuário
			A consulta é marcada pela unidade de saúde e a data posteriormente informada ao usuário
			A consulta é marcada pelo próprio usuário junto à central de marcação de consultas especializadas
			O usuário recebe uma ficha de encaminhamento/refe rência e deve dirigir-se a um serviço indicados pela sua equipe
			O usuário recebe uma ficha de encaminhamento/refe

		Noite
G - II.12.4	Quantos dias por semana acontece? <i>Poderá escolher somente uma opção</i>	Um dia por semana
		Dois dias por semana
		Três dias por semana
		Quatro dias por semana
		Cinco dias por semana
		Mais de cinco dias por semana
II.12.5	A equipe realiza o acolhimento "conjunto" com outra equipe da UBS? (Se houver mais de uma equipe na UBS)	Sim
		Não
		Não há outra equipe na UBS
ET - II.12.6	Existe reserva de vagas para consultas de demanda espontânea?	Sim
		Não
ET - II.12.7	A equipe possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea para quais situações? <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>	Queixas mais frequentes no idoso
		Problemas respiratórios
		Queixas mais frequentes no adulto
		Queixas mais frequentes na criança
		Problemas relacionados à saúde mental/sofrimento psíquico
		Traumas e acidentes
		Captação precoce de gestantes e intercorrências na gestação
		Dengue
		Outros
		Não possui protocolos de atendimento à demanda espontânea
ET - II.12.8	A equipe realiza atendimento de: <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>	Dor torácica
		Crise convulsiva
		Nefrolitíase
		Crise de asma
		Crise hipertensiva
		Hiperglicemia em diabéticos
		Casos suspeitos de dengue

	acolhimento foram capacitados para avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade dos usuários?	Não
		Não sabe/não respondeu
II.12.19	A equipe dispõe de serviço para remoção do usuário, quando necessário? Se NÃO, passar para questão II.12.21.	Sim
		Não
II.12.20	Qual? Poderá escolher somente uma opção	Ambulância do SAMU
		Ambulância do serviço móvel próprio
		Outro(s)
		Não sabe/não respondeu
II.12.21	Nesta unidade de saúde o usuário tem a opção de escolher por qual equipe será atendido?	Sim
		Não
		Não se aplica (quando não existir outra equipe na unidade)
II.13 Organização da agenda		
G - II.13.1	A agenda dos profissionais está organizada para a realização de quais ações? Poderá escolher mais de uma opção	Visita domiciliar
		Grupos de educação em saúde
		Atividade comunitária
		Consultas para cuidado continuado
		Acolhimento à demanda espontânea
		Nenhuma das anteriores
G - II.13.1.6/1	Existe documentação que comprove?	Sim
		Não
II.13.2	Para quais grupos a equipe oferta ações? Poderá escolher mais de uma opção	Gestantes
		Crianças
		Mulheres
		Usuários de tabaco
		Usuários álcool e outras drogas
		Pessoas com obesidade
		Idosos
		Escolares
		Hipertensão arterial sistêmica
		Diabetes Mellitus
		Asma/DPOC
		Outros

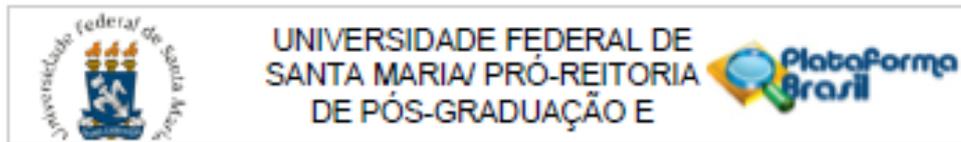
		rência, mas não tem um serviço ou um profissional determinado
		Não há um percurso definido
G - II.14.2	A equipe possui o registro do seu território: <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>	De todas as gestantes
		Das mulheres elegíveis para exame citopatológico de colo de útero
		Das mulheres elegíveis para exame de mamografia
		Das crianças até dois anos
		Das pessoas com hipertensão
		Das pessoas com diabetes
		Das pessoas com DPOC/Asma
		Das pessoas com obesidade
		Outro(s)
		Não possui registro
G - II.14.2.10/1	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
G - II.14.3	A equipe programa oferta de consultas para quais situações? <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>	Pré-natal
		Hipertensão arterial sistêmica
		Diabetes mellitus
		Obesidade
		DPOC/Asma
		Transtorno mental
		Crianças até dois anos
		Outro(s)
		Não oferta consultas
G - II.14.3.9/1	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
G - II.14.4	A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco para quais situações? <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>	Câncer do colo do útero
		Câncer de mama
		Pré-natal

MÓDULO III - ENTREVISTA COM USUÁRIO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

		50 minutos
		60 minutos
		70 minutos
		80 minutos
		90 minutos
		100 minutos
		110 minutos
		120 minutos
		130 minutos
		140 minutos
		150 minutos
		160 minutos
		170 minutos
		180 minutos
		190 minutos
		200 minutos
		210 minutos
		220 minutos
		230 minutos
		240 minutos
		Mais de 240 minutos
		Não sabe/não respondeu/não lembra
III.19.6	Qual o profissional que atendeu a criança? <i>Poderá marcar só uma opção de resposta.</i>	Enfermeiro
		Auxiliar/técnico de enfermagem
		Outro(s)
		Não sabe/não respondeu/não lembra
III.20 - Hipertensão Arterial Sistêmica		
III.20.1	Alguns médicos lhe disse que o(a) senhor(a) tem/teve pressão alta (hipertensão)? <i>Se NÃO, passar para o bloco III.21.</i>	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu/não lembra
G - III.20.2	O(a) senhor(a) consultou com médico(a) ou enfermeiro(a) por causa da pressão alta (hipertensão) nos últimos seis meses? <i>Se NÃO, passar não abre as questões III.20.4 e III.20.5.</i>	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu/não lembra
G - III.20.3	Na(s) consulta(s), o(os) profissional(is) da equipe de saúde medem (verificam) sua pressão?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu/não lembra

		lembra
III.20.4	O(a) senhor(a) fez os seguintes exames para acompanhar pressão alta (hipertensão) nos últimos seis meses?	Creatinina
		Perfil lipídico
		Eletrocardiograma
		Nenhuma das opções anteriores
III.20.5	O(a) senhor(a) já sai das consultas com a próxima consulta marcada? <i>Podará marcar só uma opção de resposta.</i> <i>Ler as opções de resposta para o entrevistado.</i>	Sempre
		Na maioria das vezes
		Quase nunca
		Nunca
		Não sabe/não respondeu/não lembra
III.20.6	O(a) senhor(a) usa remédio para pressão alta (hipertensão)?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu/não lembra
III.21 - Diabetes mellitus		
III.21.1	Algum médico lhe disse que o(a) senhor(a) tem diabetes (açúcar alto no sangue)? <i>Se NÃO, passar para o bloco III.22.</i>	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu/não lembra
G - III.21.2	O(a) senhor(a) consultou com médico(a) ou enfermeiro(a) por causa de diabetes (açúcar alto no sangue) nos últimos seis meses?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu/não lembra
G - III.21.3	O(a) senhor(a) fez exame de sangue em jejum para medir o açúcar nos últimos seis meses?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu/não lembra
G - III.21.4	Algum profissional da equipe de saúde examinou os pés do(a) senhor(a) nos últimos seis meses?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu/não lembra
III.21.5	O(a) senhor(a) já sai da consulta com a próxima consulta marcada?	Sempre
		Na maioria das vezes
		Quase nunca
		Nunca
		Não sabe/não respondeu/não lembra
III.21.6	O(a) senhor(a) usa remédio por causa de diabetes?	Sim
		Não

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CÔMITE DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS MUNICÍPIOS DA 4ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE SEGUNDO DADOS DO 2º CICLO DO PMAQ

Pesquisador: Jessye Meigarejo do Amaral Giordani

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 96828618.4.0000.5346

Instituição Proponente: Departamento de Estomatologia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.897.912

Apresentação do Projeto:

O projeto se intitula "PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS MUNICÍPIOS DA 4ª COORDENADORIA DE SAÚDE PARTICIPANTES DO 2º CICLO DO PMAQ".

No resumo do projeto consta o seguinte texto: "A descentralização das ações e serviços de saúde e a pactuação entre os gestores fazem parte de uma diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS), a regionalização. A regionalização visa a garantia de acesso, serviços de qualidade e resolutivos e a garantia de qualidade nas ações e serviços de saúde. O objetivo do estudo é realizar a análise descritiva epidemiológica dos municípios da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde participantes do 2º ciclo do PMAQ. Estudo epidemiológico observacional transversal. A população do estudo compreende todas as equipes de saúde integrantes dos 32 municípios da 4ª Coordenadoria de Regional de Saúde do Rio Grande do Sul (CRS/RS) que participaram do 2º ciclo do PMAQ, ou seja, será utilizado senso das equipes de saúde da 4ªCRS/RS participantes do PMAQ. No presente estudo serão utilizados dados secundários oriundos do Ministério da Saúde. Os microdados da avaliação externa do PMAQ-AB, correspondente ao 2º ciclo que estão subdivididos em 6 módulos: UBS, Equipe, Usuário, NASF, UBS Saúde Bucal e ESB. Neste estudo, para a HAS e DM serão analisados os Módulos I, II e III do banco de dados do 2º Ciclo do PMAQ-AB dos 22 municípios que aderiram ao programa; para a Saúde Bucal serão analisados os Módulos III, V e VI do banco de dados do 2º Ciclo dos 22 municípios que possuíam Equipes de Atenção Básica com Saúde Bucal e

Endereço: Av. Itália, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-970
 UF: RS Município: SANTA MARIA
 Telefone: (51)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com

ANEXO C – NORMAS DA REVISTA SAÚDE DEBATE

Diretrizes para Autores

Instruções aos autores para preparação e submissão de artigos

Revista Saúde em Debate

Instruções aos autores

ATUALIZADAS EM JANEIRO DE 2018

ESCOPO E POLÍTICA EDITORIAL

A revista ‘Saúde em Debate’ , criada em 1976, é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) que tem como objetivo divulgar estudos, pesquisas e reflexões que contribuam para o debate no campo da saúde coletiva, em especial os que tratem de temas relacionados com a política, o planejamento, a gestão, o trabalho e a avaliação em saúde. Valorizamos os estudos feitos a partir de diferentes abordagens teórico-metodológicas e com a contribuição de distintos ramos das ciências.

A periodicidade da revista é trimestral, e, a critério dos editores, são publicados números especiais que seguem o mesmo processo de submissão e avaliação dos números regulares.

A ‘Saúde em Debate’ aceita trabalhos originais e inéditos que apórtem contribuições relevantes para o conhecimento científico acumulado na área.

Os trabalhos submetidos à revista são de total e exclusiva responsabilidade dos autores e não podem ser apresentados simultaneamente a outro periódico, na íntegra ou parcialmente.

Em caso de aprovação e publicação do trabalho no periódico, os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade da revista, que adota a Licença Creative Commons CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) e a política de acesso aberto, portanto, os textos estão disponíveis para que qualquer pessoa leia, baixe, copie, imprima, compartilhe, reutilize e distribua, com a devida citação da fonte e autoria. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária por parte dos autores ou dos editores.

A ‘Saúde em Debate’ não cobra taxas dos autores para a submissão ou para a publicação de trabalhos, mas, caso o artigo seja aprovado para editoração, fica sob a responsabilidade dos autores a revisão de línguas (obrigatória) e a tradução do artigo para a língua inglesa (opcional), com base em uma lista de revisores e tradutores indicados pela revista.

A revista conta com um Conselho Editorial que contribui para a definição de sua política editorial. Seus membros integram o Comitê Editorial e/ou o banco de pareceristas em suas áreas específicas.

Antes de serem enviados para avaliação pelos pares, os artigos submetidos à revista ‘Saúde em Debate’ passam por *softwares* detectores de plágio, Plagiarisma e Copyspider. Assim, é

possível que os autores sejam questionados sobre informações identificadas pela ferramenta para que garantam a originalidade dos manuscritos, referenciando todas as fontes de pesquisa utilizadas. O plágio é um comportamento editorial inaceitável, dessa forma, caso seja comprovada sua existência, os autores envolvidos não poderão submeter novos artigos para a revista.

NOTA: A produção editorial do Cebes é resultado de apoios institucionais e individuais . A sua colaboração para que a revista ‘Saúde em Debate’ continue sendo um espaço democrático de divulgação de conhecimentos críticos no campo da saúde se dará por meio da associação dos autores ao Cebes. Para se associar, entre no *site* <http://www.cebes.org.br>.

ORIENTAÇÕES PARA A PREPARAÇÃO E SUBMISSÃO DOS TRABALHOS

Os trabalhos devem ser submetidos pelo *site*: revista.saudeemdebate.org.br. Após seu cadastramento, o autor responsável pela submissão criará seu *login* e senha, para o acompanhamento do trâmite.

Modalidades de textos aceitos para publicação

1. **Artigo original:** resultado de investigação empírica que possa ser generalizado ou replicado. O texto deve conter no máximo 6.000 palavras.
2. **Ensaio:** análise crítica sobre tema específico de relevância e interesse para a conjuntura das políticas de saúde brasileira e/ou internacional. O texto deve conter no máximo 7.000 palavras.
3. **Revisão sistemática ou integrativa:** revisões críticas da literatura sobre tema atual da saúde. A revisão sistemática sintetiza rigorosamente pesquisas relacionadas com uma questão. A integrativa fornece informações mais amplas sobre o assunto. O texto deve conter no máximo 8.000 palavras.
4. **Artigo de opinião:** exclusivo para autores convidados pelo Comitê Editorial, com tamanho máximo de 7.000 palavras. Neste formato, não são exigidos resumo e *abstract*.
5. **Relato de experiência:** descrição de experiências acadêmicas, assistenciais ou de extensão, com até 5.000 palavras que aportem contribuições significativas para a área.
6. **Resenha:** resenhas de livros de interesse para a área da saúde coletiva, a critério do Comitê Editorial. Os textos deverão apresentar uma visão geral do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige , com tamanho de até 1.200 palavras. A capa em alta resolução deve ser enviada pelo sistema da revista.
7. **Documento e depoimento:** trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou conjuntural, a critério do Comitê Editorial.

Importante: em todos os casos, o número máximo de palavras inclui o corpo do artigo e as referências. Não inclui título, resumo, palavras-chave, tabelas, quadros, figuras e gráficos.

Preparação e submissão do texto

O texto pode ser escrito em português, espanhol ou inglês. Deve ser digitado no programa Microsoft® Word ou compatível, gravado em formato doc ou docx, para ser anexado no campo correspondente do formulário de submissão. Não deve conter qualquer informação que possibilite identificar os autores ou instituições a que se vinculem.

Digitar em folha padrão A4 (210X297mm), margem de 2,5 cm em cada um dos quatro lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5.

O texto deve conter:

Título: que expresse clara e sucintamente o conteúdo do texto, contendo, no máximo, 15 palavras. O título deve ser escrito em negrito, apenas com iniciais maiúsculas para nomes próprios. O texto em português e espanhol deve ter título na língua original e em inglês. O texto em inglês deve ter título em inglês e português.

Resumo: em português e inglês ou em espanhol e inglês com, no máximo 200 palavras, no qual fiquem claros os objetivos, o método empregado e as principais conclusões do trabalho. Deve ser não estruturado, sem empregar tópicos (introdução, métodos, resultados etc.), citações ou siglas, à exceção de abreviaturas reconhecidas internacionalmente.

Palavras-chave: ao final do resumo, incluir de três a cinco palavras-chave, separadas por ponto (apenas a primeira inicial maiúscula), utilizando os termos apresentados no vocabulário estruturado (DeCS), disponíveis em: www.decs.bvs.br.

Registro de ensaios clínicos: a ‘Saúde em Debate’ apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo, assim, sua importância para o registro e divulgação internacional de informações sobre ensaios clínicos. Nesse sentido, as pesquisas clínicas devem conter o número de identificação em um dos registros de ensaios clínicos validados pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis em: <http://www.icmje.org>. Nestes casos, o número de identificação deverá constar ao final do resumo.

Ética em pesquisas envolvendo seres humanos: a publicação de artigos com resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na [Declaração de Helsinki](#), de 1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008, da Associação Médica Mundial; além de atender às legislações específicas do país no qual a pesquisa foi realizada, quando houver. Os Artigos com pesquisas que envolveram seres

humanos deverão deixar claro, na seção de material e métodos, o cumprimento dos princípios éticos e encaminhar declaração de responsabilidade no ato de submissão.

Respeita-se o estilo e a criatividade dos autores para a composição do texto, no entanto, este deve contemplar elementos convencionais, como:

Introdução: com definição clara do problema investigado, justificativa e objetivos;

Material e métodos: descritos de forma objetiva e clara, permitindo a reprodutibilidade da pesquisa. Caso ela envolva seres humanos, deve ficar registrado o número do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP);

Resultados e discussão: podem ser apresentados juntos ou em itens separados;

Conclusões ou considerações finais: que depende do tipo de pesquisa realizada;

Referências: devem constar somente autores citados no texto e seguir os Requisitos Uniformes de Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas, do ICMJE, utilizados para a preparação de referências (conhecidos como ‘Estilo de Vancouver’). Para maiores esclarecimentos, recomendamos consultar o [Manual de Normalização de Referências](#) elaborado pela editoria do Cebes.

OBSERVAÇÕES

A revista não utiliza sublinhados e negritos como grifo. Utilizar aspas simples para chamar a atenção de expressões ou títulos de obras. Exemplos: ‘porta de entrada’; ‘Saúde em Debate’.

Palavras em outros idiomas devem ser escritas em itálico, com exceção de nomes próprios.

Evitar o uso de iniciais maiúsculas no texto, com exceção das absolutamente necessárias.

Depoimentos de sujeitos deverão ser apresentados em itálico e entre aspas duplas no corpo do texto (se menores que três linhas). Se forem maiores que três linhas, devem ser escritos em itálico, sem aspas, destacados do texto, com recuo de 4 cm, espaço simples e fonte 11.

Não utilizar notas de rodapé no texto. As marcações de notas de rodapé, quando absolutamente indispensáveis, deverão ser sobrescritas e sequenciais.

Evitar repetições de dados ou informações nas diferentes partes que compõem o texto.

Figuras, gráficos, quadros e tabelas devem estar em alta resolução, em preto e branco ou escala de cinza e submetidos em arquivos separados do texto, um a um, seguindo a ordem que aparecem no estudo (devem ser numerados e conter título e fonte). No texto, apenas identificar o local onde devem ser inseridos. O número de figuras, gráficos, quadros ou tabelas deverá ser, no máximo, de cinco por texto. O arquivo deve ser editável (não retirado de outros arquivos) e, quando se tratar de imagens (fotografias, desenhos etc.), deve estar em alta resolução com no mínimo 300 DPI.

Em caso de uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados, a menos que autorizem, por escrito, para fins de divulgação científica.

Informações sobre os autores

A revista aceita, no máximo, cinco autores por artigo. As informações devem ser incluídas apenas no formulário de submissão, contendo: nome completo, nome abreviado para citações bibliográficas, instituições de vínculo com até três hierarquias, código ORCID ID (Open Researcher and Contributor ID) e *e-mail*.

PROCESSO DE AVALIAÇÃO

Todo original recebido pela revista ‘Saúde em Debate’ é submetido à análise prévia . Os trabalhos não conformes às normas de publicação da revista são devolvidos aos autores para adequação e nova submissão.

Uma vez cumpridas integralmente as normas da revista, os originais são apreciados pelo Comitê Editorial, composto pelo editor-chefe e por editores associados, que avalia a originalidade, abrangência, atualidade e atendimento à política editorial da revista. Os trabalhos recomendados pelo Comitê serão avaliados por, no mínimo, dois pareceristas, indicados de acordo com o tema do trabalho e sua *expertise*, que poderão aprovar, recusar e/ou fazer recomendações de alterações aos autores.

A avaliação é feita pelo método duplo -cego, isto é, os nomes dos autores e dos pareceristas são omitidos durante todo o processo de avaliação. Caso haja divergência de pareceres, o trabalho será encaminhado a um terceiro parecerista. Da mesma forma, o Comitê Editorial pode, a seu critério, emitir um terceiro parecer. Cabe aos pareceristas recomendar a aceitação, recusa ou reformulação dos trabalhos. No caso de solicitação de reformulação, os autores devem devolver o trabalho revisado dentro do prazo estipulado. Não havendo manifestação dos autores no prazo definido, o trabalho será excluído do sistema.

O Comitê Editorial possui plena autoridade para decidir sobre a aceitação final do trabalho, bem como sobre as alterações efetuadas.

Não serão admitidos acréscimos ou modificações depois da aprovação final do trabalho. Eventuais sugestões de modificações de estrutura ou de conteúdo por parte da editoria da revista serão previamente acordadas com os autores por meio de comunicação por *e-mail*.

A versão diagramada (prova de prelo) será enviada, por *e-mail*, ao autor responsável pela correspondência para revisão final, que deverá devolver no prazo estipulado.

Informações complementares (devem ser encaminhadas em arquivo separado)

a) Conflito de interesses. Os trabalhos encaminhados para publicação devem conter informação sobre a existência de algum tipo de conflito de interesses. Os conflitos de

interesses financeiros, por exemplo, não estão relacionados apenas com o financiamento direto da pesquisa, mas também com o próprio vínculo empregatício. Caso não haja conflito, apenas a informação “*Declaro que não houve conflito de interesses na concepção deste trabalho*” será suficiente.

b) Colaboradores. Devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo. Segundo o critério de autoria do ICMJE, os autores devem contemplar as seguintes condições: 1) contribuir substancialmente para a concepção e o planejamento ou para a análise e a interpretação dos dados; 2) contribuir significativamente na elaboração do rascunho ou revisão crítica do conteúdo; e 3) participar da aprovação da versão final do manuscrito.

c) Agradecimentos. (Opcional).

OS DOCUMENTOS RELACIONADOS A SEGUIR DEVEM SER DIGITALIZADOS E ENVIADOS PELO SISTEMA DA REVISTA NO MOMENTO DO CADASTRO DO ARTIGO.

1. Declaração de responsabilidade e cessão de direitos autorais

Todos os autores e coautores devem preencher e assinar as declarações conforme modelo disponível [aqui](#).

2. Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

No caso de pesquisas que envolvam seres humanos, realizadas no Brasil, nos termos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, enviar documento de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o trabalho foi realizado. No caso de instituições que não disponham de um CEP, deverá ser apresentado o documento do CEP pelo qual ela foi aprovada. Pesquisas realizadas em outros países, anexar declaração indicando o cumprimento integral dos princípios éticos e das legislações específicas.

DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA A SER ENVIADA APÓS A APROVAÇÃO DO ARTIGO

1. Declaração de revisão ortográfica e gramatical

Os artigos aprovados deverão passar por revisão ortográfica e gramatical feita por profissional qualificado, com base em uma lista de revisores indicados pela revista. O artigo revisado deve vir acompanhado de declaração do revisor.

2. Declaração de tradução

Os artigos aprovados poderão ser traduzidos para o inglês a critério dos autores. Neste caso, a tradução será feita por profissional qualificado, com base em uma lista de tradutores indicados pela revista. O artigo traduzido deve vir acompanhado de declaração do tradutor.

Endereço para correspondência

Avenida Brasil, 4.036, sala 802

CEP 21040-361 – Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil

Tel.: (21) 3882-9140/9140

Fax: (21) 2260-3782

E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.