**Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública**

**Utilização de serviços da Estratégia Saúde da Família no
município de São Paulo**

Gustavo Gessolo de Oliveira

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública para obtenção do
título de Mestre em Ciências.**

Área de Concentração: Epidemiologia

Orientador: Prof. Dr. Chester Luiz Galvão Cesar

São Paulo

2017

Utilização de serviços da Estratégia Saúde da Família no município de São Paulo

Gustavo Gessolo de Oliveira

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública para obtenção do
título de Mestre em Ciências.**

Área de Concentração: Epidemiologia

Orientador: Prof. Dr. Chester Luiz Galvão Cesar

São Paulo

2017

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Chester Luiz Galvão Cesar por todos os ensinamentos e pela confiança depositada durante a realização deste trabalho.

À minha família: Ozias de Oliveira, Rosângela Gessolo, Osny de Oliveira, Vitor Gessolo de Oliveira, Vinicius Gessolo de Oliveira e as pequenas Laura, Luiza e Laís, por serem meus apoiadores e estimuladores em todos os momentos de minha vida.

À minha namorada Lívia Romano Boeira por estar sempre presente nos momentos importantes de minha vida, sempre disposta a contribuir.

À Sheila Rizatto Stoppa pelas sugestões e grande ajuda para a realização deste trabalho. Sua experiência qualificou muito este trabalho.

A todos os alunos e pesquisadores do ISA-CAPITAL que, com certeza, participaram deste trabalho por meio de suas experiências compartilhadas em nossas reuniões.

Aos envolvidos no planejamento e coleta de dados do ISA-CAPITAL pelo grande trabalho, sem o qual essa dissertação não poderia ser realizada.

A todos os meus amigos que torceram por meu sucesso durante o desenvolvimento deste trabalho que, mesmo de longe, não deixaram de contribuir com sugestões.

Aos funcionários do Departamento de Epidemiologia e Secretaria de Pós-Graduação pela prontidão em sanar dúvidas sobre a execução de procedimentos referentes ao programa de mestrado.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico (CNPq) pela bolsa de estudos concedida que, sem este apoio, provavelmente não teria condições de realizar este trabalho.

Muito Obrigado!

RESUMO

OLIVEIRA, G.G. **Utilização de serviços da Estratégia Saúde da Família no município de São Paulo**. 2017. Dissertação - Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo, 2017.

Introdução - A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada o alicerce de sistemas de saúde mais efetivos. No Brasil, a Estratégia Saúde da Família, com a tarefa de reorganizar o modelo de atenção à saúde, destaca-se nos processos de expansão e consolidação da APS. Entretanto, apenas a existência desses serviços de saúde não garante sua utilização, pois o uso de qualquer serviço de saúde é considerado um fenômeno complexo. Neste contexto, os inquéritos de saúde, principalmente os de base populacional, são bastante úteis, pois nos ajudam a revelar informações importantes sobre a utilização de serviços de saúde. **Objetivos** - Descrever o perfil dos moradores que relataram ter utilizado os serviços prestados pela Estratégia Saúde da Família, bem como sua opinião sobre os serviços prestados e descrever as características dos moradores e do domicílio em que houve relato de visita do agente comunitário de saúde. **Metodologia** - Este estudo foi realizado com dados do “Inquérito de Saúde do Município de São Paulo 2015” (ISA-CAPITAL/2015), realizado por meio de entrevistas domiciliares com moradores de 12 anos ou mais, residentes em domicílios particulares permanentes da zona urbana do município de São Paulo, no período de agosto de 2014 a dezembro de 2015. O ISA-CAPITAL/2015 é um estudo transversal, de base populacional com uma amostra obtida de forma probabilística complexa, estratificada por conglomerados. A análise dos dados foi realizada utilizando um software com comandos específicos para esse tipo de amostra. No total foram entrevistados 4043 moradores. **Resultados** - Houve relato de visita do agente comunitário de saúde em 46,4% dos moradores e foi observada associação desse relato com moradores de menor renda familiar e cujo chefe de família apresentava menores níveis de instrução. Desses moradores, 59,2% relataram ter utilizado algum serviço prestado pela Estratégia Saúde da Família, sendo que ser aposentado/dona de casa/pensionista, não ter plano de saúde e ter autoavaliação de saúde Muito Ruim/Ruim esteve associado a esta utilização. Quanto à opinião sobre os serviços prestados, 80,1% dos usuários os consideraram Muito Bom/Bom. **Conclusões:** A Estratégia de Saúde da Família no município de São Paulo se mantém focalizada na população de menor nível socioeconômico, porém essa focalização pode estar contribuindo para a promoção da equidade vertical. Entretanto, recomenda-se constante monitoramento nas práticas de saúde realizadas na Estratégia Saúde da Família, com o intuito de verificar se a mesma está garantindo a integralidade em suas ações.

Descritores: Estratégia Saúde da Família, Serviços de Saúde, Atenção Primária à Saúde, Desigualdades em Saúde, Inquéritos Epidemiológicos.

ABSTRACT

OLIVEIRA, G.G. **The use of Family Health Strategy services in the city of São Paulo.** 2017. Dissertation. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo, 2017.

Introduction - The Primary Health Care (PHC) is considered the foundation of more effective health systems. In Brazil, the Family Health Strategy, with the task of reorganizing the model of health care, stands out in the processes of expansion and consolidation of PHC. However, only the existence of these health services does not guarantee their use, because the use of any health service is considered a complex phenomenon. In this context, the health surveys, principally population-based surveys, are quite useful, because they help us to disclose important information about the use of health services. **Objectives** - Describe the profile of the residents that reported used the services provided by the Family Health Strategy. As well as their opinion on the services provided and describe how characteristics of the residents and the home where there were reports of visit of community health worker. **Methodology** - This study was conducted with data from the “Inquérito de Saúde do Município de São Paulo 2015” (ISA-CAPITAL/2015), realized through home interviews with residents aged 12 years and over, residing in permanent private households in the urban area of the city of São Paulo, between august 2014 to December 2015. The ISA-CAPITAL / 2015 is a cross-sectional, population-based study with a complex probabilistically sample stratified by conglomerates. Data analysis was performed using software with commands specific to this type of sample. In total, 4043 residents were interviewed. **Results** - There was a report of a visit by the community health worker in 46.4% of the residents, was observed an association of this report with residents of lower family income, and whose householder had lower levels of education. Of these residents, 59.2% reported having used some service provided by the Family Health Strategy, and to be retired / housewife / pensioner, not having health insurance and have health self-assessment as Very Poor / Poor was as associated with this use. As for the opinion about the services provide, 80.1% of the users considered them Very Good / Good. **Conclusions** – The Family Health Strategy in the city of São Paulo remains focused on the population of lower socioeconomic level, however this focus may be contributing to the promotion of vertical equity. Nevertheless monitoring of health practices in family health strategy is recommended, with the purpose of verifying that it is guaranteeing the integrality in its actions.

Descriptors: Family Health Strategy; Primary Health Care; Health Inequalities; Health Surveys

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
1.1. ORIGEM DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NO BRASIL	16
1.2. ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	21
1.3. UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	27
1.4. USO DE INQUÉRITOS DE SAÚDE	31
2. JUSTIFICATIVA	35
3. OBJETIVOS	36
3.1. OBJETIVO GERAL	36
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	36
4. METODOLOGIA.....	37
4.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO	37
4.2. LOCAL DO ESTUDO.....	38
4.3. POPULAÇÃO DE INTERESSE	40
4.4. VARIÁVEIS DE INTERESSE	40
4.4.1. Variáveis Dependentes	41
4.4.2. Variáveis Independentes	42
4.5. ANÁLISES DOS DADOS	45
5. RESULTADOS	48
5.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	48
5.2. VISITA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE.....	50
5.3. UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DA ESF.....	55
5.4. OPINIÃO SOBRE OS SERVIÇOS PRESTADOS PELA ESF	59
6. DISCUSSÃO	64
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76
CURRÍCULO LATTES	87
ANEXO 1 – PLANO AMOSTRAL DO ISA-CAPITAL/2015.....	89
ANEXO 2 – QUESTIONÁRIO - BLOCOS UTILIZADOS.....	96
ANEXO 3 - PARECER COMITÊ DE ÉTICA.....	131

LISTA DE ABREVIATURAS

SUS – Sistema Único de Saúde
APS – Atenção Primária à Saúde
OMS – Organização Mundial da Saúde
MS - Ministério da Saúde
AB – Atenção Básica
ESF – Estratégia Saúde da Família
USP – Universidade de São Paulo
CAPs - Caixas de Aposentadorias e Pensões
MESP – Ministério da Educação e Saúde Pública
IAPs – Instituto de Aposentadorias e Pensões
SESP – Serviço Especial de Saúde Pública
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
CSE – Centro de Saúde Escola
AIS – Ações Integradas de Saúde
SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
ACS – Agentes Comunitários de Saúde
FNS – Fundo Nacional de Saúde
PSF – Programa Saúde da Família
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PROESF – Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
Qualis – Qualidade Integral em Saúde
SES – Secretaria Estadual de Saúde
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
PAS – Plano de Assistência à Saúde
EACS – Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
CRS – Coordenadorias Regionais de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
AMA – Assistência Médica Ambulatorial

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNS – Pesquisa Nacional de Saúde

ISA-CAPITAL/2015 – Inquérito de Saúde do município de São Paulo

FSP – Faculdade de Saúde Pública

SM – Salário Mínimo

IC 95% - Intervalo de Confiança de 95%

RP- Razão de Prevalência

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Frequência absoluta e relativa da população do município de São Paulo, segundo sexo e faixa etária, 2010.	38
Tabela 2	Características sociodemográficas e condições de saúde dos entrevistados que relataram visita do agente comunitário de saúde e dos que utilizaram algum serviço prestado pela Estratégia Saúde da Família no município de São Paulo, 2015.	49
Tabela 3	Prevalência de relato de visita do ACS em moradores de 12 anos ou mais, município de São Paulo e Coordenadorias Regionais de Saúde, 2015.	51
Tabela 4	Prevalência de relato de visita do ACS em moradores de 12 anos ou mais, segundo sexo, faixa etária, renda familiar e escolaridade do chefe de família, São Paulo, 2015.	52
Tabela 5	Razão de Prevalência ajustada do relato de visita do ACS obtida por meio de análise de Regressão Múltipla de Poisson, moradores de 12 anos ou mais, segundo sexo, faixa etária, renda familiar e escolaridade do chefe de família, São Paulo, 2015.	53
Tabela 6	Prevalência de relato de visita do ACS em moradores de 12 anos ou mais, segundo características do domicílio, São Paulo, 2015.	54
Tabela 7	Prevalência de relato de visita do ACS em moradores de 12 anos ou mais, segundo características do domicílio e entorno, São Paulo, 2015.	55
Tabela 8	Prevalência de utilização de serviços da Estratégia Saúde da Família nos moradores de 12 ou mais que relataram visita do ACS, segundo variáveis sociodemográficas, São Paulo, 2015.	56
Tabela 9	Prevalência de utilização de serviços da Estratégia Saúde da Família nos moradores de 12 ou mais que relataram visita do ACS, segundo condições de saúde, São Paulo, 2015.	57

Tabela 10	Razão de Prevalência ajustada da utilização dos serviços prestados pela Estratégia Saúde da Família, obtida por meio da Regressão Múltipla de Poisson, em moradores de 12 anos ou mais, São Paulo, 2015.	58
Tabela 11	Prevalência e razão de prevalência de opinião Muito Bom/Bom em moradores de 12 anos ou mais que utilizaram algum serviço prestado pela Estratégia Saúde da Família, segundo variáveis sociodemográficas, São Paulo, 2015.	60
Tabela 12	Prevalência e razão de prevalência de opinião Muito Bom/Bom em moradores de 12 anos ou mais que utilizaram algum serviço prestado pela Estratégia Saúde da Família, segundo condições de saúde, São Paulo, 2015.	62
Tabela 13	Razão de Prevalência ajustada de opinião Muito Bom/Bom sobre os serviços prestados pela Estratégia Saúde da Família, obtida por meio da Regressão Múltipla de Poisson, em moradores de 12 anos ou mais, São Paulo, 2015.	63

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** Nível de instrução da população de 25 anos ou mais, município de São Paulo, 2010 39
- Figura 2** Domicílios particulares permanentes, segundo classes de rendimento mensal, município de São Paulo, 2010. 39
- Figura 3** Cobertura populacional por ACS no município, segundo dados administrativos da SMS e estimativas do ISA-CAPITAL, São Paulo, Dezembro/2015. 51
- Figura 4** Opinião dos moradores de 12 anos ou mais sobre os serviços prestados pela Estratégia Saúde da Família, São Paulo, 2015. 59
- Figura 5** Prevalência de opinião Muito Bom/Bom sobre os serviços prestados pela Estratégia Saúde da Família em moradores de 12 anos ou mais, São Paulo e Coordenadorias Regionais de Saúde, 2015. 60

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** Alocação das equipes EACS e ESF, segundo coordenadorias regionais de saúde, São Paulo, Dezembro/2015. 25
- Quadro 2** Avanços e desafios da Estratégia Saúde da Família na reorientação do modelo de atenção à saúde. 26
- Quadro 3** Frequência de estabelecimentos de saúde por Coordenadorias Regionais de Saúde, segundo tipo de estabelecimento, São Paulo, Dezembro/2015. 28
- Quadro 4** Características de alguns inquéritos de saúde realizados recentemente no Brasil. 33
- Quadro 5** Títulos dos blocos e sub-blocos do questionário utilizado no ISA-CAPITAL/2015. 41

1. INTRODUÇÃO

Ao se pensar em sistemas de saúde, como o Sistema Único de Saúde (SUS), dois grandes objetivos são almeçados: melhorar a saúde da população com o uso de tecnologias adequadas em ações de promoção, proteção e recuperação, e reduzir as iniquidades em saúde (STARFIELD, 2002).

Os sistemas de saúde ancorados em uma Atenção Primária à Saúde (APS) efetiva são capazes de promover melhores níveis de saúde aos seus usuários com menor custo, reduzir as iniquidades em saúde e diminuir a necessidade de utilização de serviços de urgência e emergência, com consequente aumento da satisfação de seus usuários (STARFIELD, 2002; RAO e PILOT, 2014; WHITE, 2016).

Para o alcance de uma APS de qualidade, algumas características são consideradas essenciais, são elas: ser o primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, orientação para a comunidade, centralidade na família e competência cultural (STARFIELD, 2002). Entretanto, a APS como orientadora dos sistemas de saúde é menosprezada em diversos países, devido a sua baixa valorização política, econômica e social (MENDES, 2012; RAO e PILOT, 2014; WHITE, 2016).

Os serviços e profissionais superespecializados são mais aceitos pela população, bem como o uso de recursos tecnológicos de alto custo, que muitas vezes são excessivamente estimulados pelo próprio sistema de saúde, que custeia os procedimentos de acordo com sua complexidade tecnológica, desconsiderando as necessidades de saúde da população (MENDES, 2012).

Além da população, os próprios profissionais se sentem desprivilegiados ao trabalhar na APS, muitas vezes pelo recebimento de baixos salários quando comparados com os especialistas, considerados os detentores de maior saber profissional, e pela dificuldade proveniente da própria formação profissional, focalizada na superespecialização (MENDES, 2012; WHITE, 2016).

A origem do conceito da APS nos remete à Inglaterra no início da década de 1920, quando foi publicado o Relatório da Dawson que preconizava a organização dos sistemas de saúde nos seguintes níveis de atenção: serviços domiciliares e centros de saúde primários, centros de saúde secundários apoiados por especialistas e os hospitais escola (STARFIELD, 2002; GIOVANELLA, 2012; MENDES, 2012).

Esse relatório foi publicado uma década depois de outro texto muito influente até hoje na formação de profissionais de saúde, o Relatório Flexner, que associava as especialidades médicas e outros pontos da medicina científica (mecanicismo, biologismo, individualismo, curativismo) como práticas imprescindíveis para o desenvolvimento da atenção à saúde (STARFIELD, 2002; GIOVANELLA, 2012; MENDES, 2012).

Outras experiências difundidas mundialmente entre a década de 1920 e o final da década de 1970 fomentaram o debate sobre a APS. A criação do Sistema Nacional de Saúde no Reino Unido em 1948, a experiência dos médicos chineses que utilizavam a alopatia e a medicina tradicional em cuidados curativos e preventivos, a publicação do Relatório Lalonde em 1974 no Canadá que enfatizava a promoção da saúde e a organização de um sistema de saúde adequado e a publicação da obra “A Expropriação da Saúde” em 1975 que criticava a medicalização excessiva da sociedade, propiciaram um cenário favorável para discussões sobre a APS. (GIOVANELLA, 2012; MENDES, 2012).

No ano de 1978, a Organização Mundial de Saúde (OMS) organizou uma grande conferência na cidade de Alma-Ata, onde 134 governantes de diversos países estiveram reunidos (o Brasil não esteve representado), evento este que é considerado o marco histórico da APS. A principal motivação para a realização dessa conferência consistiu na necessidade de se discutir propostas para superar as ações de saúde realizadas na época, que pouco modificava as situações de saúde e desconsiderava os determinantes sociais em saúde (GIOVANELLA, 2012; MENDES, 2012). O produto final dessa conferência foi a Declaração de Alma-Ata (OMS, 1978), que definiu a APS abrangente como:

[...] cuidados essenciais baseados em métodos de trabalho e tecnologias de natureza prática, cientificamente críveis e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis na comunidade aos indivíduos e às famílias, com a sua total participação e a um custo suportável para as comunidades e para os países, à medida que se desenvolvem num espírito de autonomia e autodeterminação.

Porém, mesmo após a realização da Alma-Ata, não houve um consenso sobre o conceito e a operacionalização da APS, principalmente por parte de agências internacionais (Fundação Rockefeller, Banco Mundial, Fundação Ford, entre outras) que achavam a APS abrangente muito ampla e pouco indutora de mudanças. Diante deste cenário, emergiu outra definição de APS denominada seletiva, que influenciou diretamente na organização dos sistemas de saúde, principalmente os de países em

desenvolvimento (CUETO, 2004; LAWN *et al.*, 2008; GIOVANELLA, 2012; WHITE, 2016).

A APS seletiva é entendida como um pacote restrito de serviços com baixo custo destinado para populações carentes com o objetivo de combater suas principais doenças. Dentre essas ações do pacote de serviços, destacam-se: ações de acompanhamento do crescimento/desenvolvimento, reidratação oral, aleitamento materno e imunização, alfabetização feminina, suplementação alimentar e planejamento familiar (CUETO, 2004; LAWN *et al.*, 2008).

Ainda outros dois conceitos são conferidos a APS: o de primeiro nível de atenção adotado principalmente nos sistemas de saúde da Europa, muitas vezes sem perder o caráter abrangente, e o que relaciona a APS com os direitos humanos, apoiada na defesa do conceito ampliado de saúde e na busca da equidade. (GIOVANELLA, 2012; MENDES, 2012).

Na organização da APS alguns dilemas ainda persistem, tais como: priorizar a adoção de programas verticais ou realizar uma abordagem global, realizar ações de saúde com base no conceito ampliado da saúde ou focalizar somente em ações curativas e, por fim, se constituir como porta de entrada de um sistema de saúde formal ou ser uma porta de entrada pautada em princípios como a participação social e intersetorialidade (LABONTE *et al.*, 2014). Observa-se ainda que as concepções seletiva e abrangente estão presentes nas práticas da APS de diversos países (LAVRAS, 2011).

Embora vagaroso, pode ser observado um movimento em direção a uma APS abrangente, em busca da equidade no acesso a serviços de saúde, com ênfase no enfrentamento dos determinantes sociais e ambientais relacionados à saúde, com destaque para a participação social e intersetorialidade (LAWN *et al.*, 2008; LABONTE *et al.*, 2014).

No Brasil, ao descrever a APS abrangente em sua política oficial para a área, diferentemente do cenário internacional, o Ministério da Saúde (MS) adotou o termo Atenção Básica (AB). O uso do termo AB fundamenta-se no discurso que o termo “primário” pode ser entendido como simples, fácil, já “básico”, traz o sentido de essencial, primordial e fundamental (GIOVANELLA, 2012).

Na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) os termos APS e AB são considerados sinônimos. Segundo o MS, a APS no Brasil caracteriza-se pelo (BRASIL, 2011b):

[...] conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes condicionantes de saúde das coletividades.

Além disso, a APS descrita como base e principal porta de entrada na rede de atenção a saúde do SUS. A Estratégia Saúde da Família (ESF) está inserida neste contexto como fundamental para a expansão e consolidação da APS no país, bem como responsável pela reorientação das ações de saúde realizadas no âmbito da APS (BRASIL, 2011b).

1.1. ORIGEM DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NO BRASIL

Os primeiros serviços de saúde para o atendimento dos cidadãos, que hoje poderiam se enquadrar na APS, nos remetem ao ano de 1918, quando houve a criação dos estabelecimentos chamados de Postos de Saneamento e Profilaxia Rural, sob o comando da Diretoria Geral de Saúde Pública. As primeiras regiões contempladas foram áreas não urbanas e periféricas do Rio de Janeiro (CAMPOS, 2007).

Nessa época os principais desafios de saúde eram as chamadas doenças pestilenciais (febre amarela, peste, varíola) e doenças de massa (tuberculose, sífilis endemias rurais). As ações de saúde eram executadas de acordo com o modelo sanitarista (PAIM *et al.*, 2011).

Neste contexto, estes postos tinham como foco o combate de endemias e epidemias prioritárias e atuavam de forma perene em áreas e populações definidas. Gradativamente, estes estabelecimentos também foram instalados no interior de outros estados, estimulados pela criação, no âmbito federal, do Serviço de Profilaxia Rural (CAMPOS, 2007).

Para a consolidação desse serviço, médicos e enfermeiros de saúde pública eram considerados primordiais. Houve grande estímulo para a formação de recursos humanos para esta área. Com o apoio da fundação Rockefeller algumas enfermeiras foram estudar nos Estados Unidos, sendo que, para uma das egressas, foi entregue a chefia da recém-criada

Escola de Enfermagem Anna Nery, local destinado à formação de enfermeiras de saúde pública ou visitadoras, como ficaram conhecidas (CAMPOS, 2007).

No mesmo caminho, médicos sanitaristas foram enviados para cursar saúde pública na Universidade de Johns Hopkins. Com o aumento de profissionais capacitados foi possível criar o Curso Especial de Higiene e Saúde Pública para a formação de médicos sanitaristas. Esse curso foi oferecido pela Faculdade de Medicina da Praia Vermelha e Instituto Oswaldo Cruz. Tão logo se formavam, os médicos e enfermeiras eram absorvidos pelo serviço público federal, devido a grande demanda por profissionais com esse perfil (CAMPOS, 2007).

Outra importante estrutura de saúde pública da época foi o Laboratório de Higiene da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) construído em 1918, por meio de um convênio entre a instituição de ensino e a Fundação Rockefeller. Os médicos sanitaristas Geraldo de Paula Souza e Francisco Borges Vieira foram se aperfeiçoar nos Estados Unidos, enquanto sanitaristas americanos dirigiam o laboratório no Brasil (BREMER 2010; MELLO e VIANA, 2011; MOTA e SCHRAIBER, 2011).

Na década de 1920, foram criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) por meio da Lei Eloy Chaves. Essas caixas eram fundos organizados pelas empresas privadas com recursos dos funcionários e empregadores, geridos por um colegiado composto pelos mesmos e tinham a função de custear a assistência médica, aposentadorias (idade, tempo de serviço e invalidez) e pensões para os seus contribuintes. Quem não era empregado formal da esfera privada contava com os serviços prestados pelo governo em ações de saúde pública e atendimento individual prestado por médicos particulares e instituições filantrópicas ou de caridade (PAIM *et al.*, 2011; CARVALHEIRO *et al.*, 2013).

Em 1922, Paula Souza retorna e assume a direção do Laboratório de Higiene, então instalado em um casarão, onde foi renomeado para Instituto de Higiene e posteriormente foi sede do primeiro centro de saúde do país. Com apoio da Fundação Rockefeller uma nova sede foi construída em 1931 e o instituto se transfere para um moderno prédio onde atualmente situa-se a Faculdade de Saúde Pública da USP (CAMPOS, 2007; BREMER 2010; MELLO e VIANA, 2011; MOTA e SCHRAIBER, 2011).

Ainda nesta década, surgiram os primeiros centros de saúde no ano de 1925, localizados na cidade de São Paulo, foram eles: Centro de Saúde do Instituto de Higiene, do Brás e do Bom Retiro. As ações realizadas nesses locais eram pautadas em conhecimentos advindos da epidemiologia, administração e educação sanitária. As inovações trazidas pelos centros foram: divisão da cidade em distritos sanitários e fortalecimento da atuação de enfermeiras visitadoras, que tinham a função de conhecer a situação das pessoas, famílias e

residências para que fosse possível estabelecer um perfil de cada área (CAMPOS, 2007; MELLO e VIANA, 2011; MOTA e SCHRAIBER, 2011).

Os centros de saúde tinham a função de ser um novo local, onde se pudessem realizar ações de profilaxia, higiene e educação sanitária, de acordo com a característica de cada distrito. Também tinham a intenção de substituir intervenções pontuais verticalizadas e agregar uma série de serviços próximos de onde as pessoas moravam, com flexibilidade de horário e ênfase na educação sanitária. Não tinham foco na assistência médica individual (exceto quando imprescindível para impedir a proliferação de doenças) e foram considerados como uma evolução dos Postos de Saneamento e Profilaxia Rural (CAMPOS, 2007; MOTA e SCHRAIBER, 2011).

Foi um momento de disputa sobre qual organização de serviços de saúde era mais adequada para ser adotada no país. De um lado os ruralistas, que defendiam intervenções sanitárias especializadas e verticalizadas, de outro, os alinhados com as propostas de urbanização e industrialização em ascensão na época, principalmente no Rio de Janeiro e São Paulo, que defendiam a implantação dos centros de saúde (CAMPOS, 2007).

Mesmo com essa disputa os centros de saúde se disseminaram, sendo que no final da década de 1920 houve a criação dos primeiros centros no Rio de Janeiro e a partir de 1940, esses estabelecimentos já estavam difundidos em vários estados do território nacional (CAMPOS, 2007).

Em 1930, teve início o primeiro governo de Getúlio Vargas, quando algumas mudanças na estrutura administrativa da saúde pública do país foram realizadas. Foi criado o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP) e sua direção coube a Gustavo Capanema. Houve a centralização das ações nos governos estaduais comandados por interventores nomeados pela esfera federal, com a perda da autonomia dos municípios e das instituições médicas e científicas na execução de ações de saúde (MOTA e SCHRAIBER, 2011; CARVALHEIRO *et al.*, 2013).

Neste momento o país foi dividido em oito regiões e em cada uma foi instalada uma Delegacia Federal de Saúde, com a missão de coordenar, executar e fiscalizar as ações de saúde nos estados. Faziam parte dessas ações as campanhas sanitárias, as atividades de isolamento, de educação sanitária e ações médicas curativistas. A proposta dos centros de saúde foi afetada negativamente por essas novas conformações (MOTA e SCHRAIBER, 2011; CARVALHEIRO *et al.*, 2013).

Em outra medida de Vargas, as CAPs deram lugar aos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs). Os IAPs eram agrupados por categorias profissionais (não mais por

empresas) e contavam também com contribuição do estado. A prestação de serviços de saúde apresentava grande desigualdade, devido ao número de profissionais e a força política que cada categoria tinha na época, o que influenciava na cobertura e qualidade dos serviços (PAIM *et al.*, 2011; CARVALHEIRO *et al.*, 2013).

Em 1942 foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) com atuação principalmente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, onde foram realizadas ações de saúde pública no combate a endemias (tuberculose, hanseníase, malária, etc.), construção e administração de hospitais, escolas de enfermagem e centros de saúde, e serviços de saneamento básico (MELLO e VIANA, 2011; GIOVANELLA, 2012; CARVALHEIRO *et al.*, 2013). A partir do SESP, os centros de saúde se tornaram integrais, incorporando as ações de assistência médica individual e sem deixar de lado as atividades já realizadas (MELLO e VIANA, 2011).

O período Vargas deixou evidente a separação de ações de saúde pública e assistência médica previdenciária. Com o MESP ficava a função de erradicar endemias e epidemias que atingiam a população, e a assistência individual estava nas mãos dos médicos particulares e do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, no caso dos trabalhadores. Os pobres e incapacitados de trabalhar tinham alguma assistência médica estatal (que não supria a demanda), mas a maior parte era prestada por instituições de filantrópicas ou de caridade (MELLO e VIANA, 2011; PAIM *et al.*, 2011; CARVALHEIRO *et al.*, 2013).

Na ditadura militar, houve a unificação dos IAPs com a criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) no ano 1966. Foi um momento de grande expansão da assistência médica e hospitalar privada, pois o INPS era um grande comprador de serviços de saúde. Em 1977, assistência médica ficou sob a responsabilidade de um novo órgão, o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) (PAIM *et al.*, 2011; CARVALHEIRO *et al.*, 2013).

Nesse período, a rápida urbanização e industrialização contribuíram para o aumento das doenças consideradas modernas (doenças crônicas degenerativas, acidentes de trabalho e trânsito), com a persistência de algumas endemias rurais. Nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste as doenças infecciosas e parasitárias ainda predominavam (PAIM *et al.*, 2011).

A partir da década de 1970, várias iniciativas surgiram em municípios brasileiros com o objetivo de aumentar as práticas de saúde realizada nos centros de saúde e reorganizar/expandir a cobertura dos serviços. Nesse momento houve bastante cooperação entre as secretarias estaduais de saúde e instituições acadêmicas, influenciadas pelos ideários da Alma Ata, reforma sanitária e medicina preventiva e comunitária. Podemos destacar os

municípios de Campinas, Niterói, Londrina, Montes Claros, Sete Lagoas, entre outros (CONILL, 2008; LAVRAS, 2011; MELLO e VIANA, 2011).

Neste período, em São Paulo, os debates provenientes dos departamentos de medicina preventiva, criados obrigatoriamente nas faculdades de medicina a partir da reforma universitária ocorrida em 1968, juntamente com as mudanças ocorridas na secretaria estadual de saúde, então dirigida pelo médico sanitarista Walter Leser, fortaleceram a implantação e o aprimoramento dos centros de saúde (BREMER 2010; MOTA e SCHRAIBER, 2011).

Além da incorporação de diversas ações, houve a inserção de atividades de ensino em alguns centros de saúde, os quais foram denominados Centros de Saúde-Escola. Os primeiros centros a receberem alunos de cursos de medicina e de outros cursos da área da saúde para a realização de estágios foram: o Centro de Saúde Escola (CSE) da Barra Funda em 1967, o CSE de Botucatu em 1972, o CSE de Paulínia em 1974. Em 1977, a secretaria estadual de saúde firmou um convênio com a USP para a implantação de um CSE no bairro do Butantã (BREMER 2010; MOTA e SCHRAIBER, 2011).

Ainda nesta época, o protagonismo da Faculdade de Saúde Pública da USP na formação de recursos humanos merece ser destacado. Essa instituição formou grande parte dos médicos sanitaristas por meio de seus cursos de especialização, suprimindo a demanda para o cargo de direção dos centros de saúde que por lei só poderia ser exercida por estes profissionais. Essa obrigatoriedade foi extinta durante o governo de Orestes Quéricia (1986-1990) (BREMER 2010; MOTA e SCHRAIBER, 2011).

Do final da década de 70 até meados da década 80 foi um período marcado por condições precárias de vida, profundas desigualdades sociais e também pela grande dificuldade do sistema previdenciário em prover as ações de saúde. Com influência do movimento sanitário e de outros diversos atores que impulsionaram o processo de redemocratização, foram propostas ações que visaram à ampliação de cobertura e reestruturação dos serviços de saúde. Destacaram-se as Ações Integradas de Saúde (AIS) e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), até a criação e regulamentação do SUS (CONILL, 2008; LAVRAS, 2011; PAIM *et al.*, 2011; GIOVANELLA, 2012).

No cenário epidemiológico, epidemias de cólera e dengue desafiavam a organização de serviços de saúde, bem como altas taxas de mortalidade por homicídios e acidentes de trânsito. As doenças cardiovasculares já apareciam como a principal causa de morte, seguidas pelas causas externas e cânceres (PAIM *et al.*, 2011).

Em 1991, houve a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) nas regiões Norte e Nordeste, que possibilitou a expansão dos serviços para regiões

pobres que sofriam epidemias de cólera e doenças diarreicas. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) eram profissionais recrutados informalmente para atuar junto à comunidade sob a supervisão de enfermeiros de unidades básicas de saúde, sob administração da Fundação Nacional de Saúde (FNS) (GIOVANELLA, 2012; MENDES, 2012).

Mesmo tendo sucesso em suas ações em regiões com pouca ou nenhuma assistência médica, o PACS era ainda um programa pautado no conceito de APS seletiva, pois se tratava de um pacote de serviços focado em determinadas ações e voltado para populações pobres, distantes ainda dos princípios e diretrizes do SUS. (GIOVANELLA, 2012; MENDES, 2012).

Em 1994, o MS cria o Programa Saúde da Família (PSF), como uma forma de interiorizar o SUS e para isso a existência de uma equipe mínima de saúde nos municípios era considerada imprescindível (BRASIL, 1994). Nesse momento o PSF ainda era caracterizado como um programa pautado nos conceitos da APS seletiva, priorizando regiões pobres e sem nenhuma articulação com a rede de serviços de saúde (GIOVANELLA, 2012; MENDES, 2012).

No ano de 1997, o PSF passou a ser caracterizado como uma estratégia para reorientação do modelo assistencial, alinhados com os princípios da APS abrangente, com o propósito de afastar o caráter vertical de suas intervenções, bem como interpretações equivocadas que o consideravam um programa paralelo de baixa complexidade tecnológica, com a prestação de serviços pobres para populações carentes. (BRASIL, 1997).

1.2. ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A tarefa de reorientar o modelo assistencial foi atribuída à ESF pela necessidade de superar o modelo médico hegemônico, até então predominante nas ações de saúde (BRASIL, 1997). As características desse modelo são: ações individuais, foco no biologismo, medicalização dos problemas, ênfase da prática curativa, estímulo ao consumismo médico e participação passiva dos usuários tratados como consumidores (PAIM, 2012). Por tais características este modelo não promove a integralidade ou qualquer outro princípio do SUS.

O uso do termo modelo de atenção é considerado o mais adequado, pois a palavra “assistencial” pode nos remeter a pensar em assistência médica/odontológica individual, já

“atenção” expressa além de assistência, ações individuais e coletivas nas esferas da promoção, proteção recuperação e reabilitação em saúde (PAIM, 2012).

Os modelos de atenção de saúde têm como foco as práticas de saúde que são executadas, não abrangendo outros aspectos dos sistemas de saúde. São definidos como as combinações tecnológicas estruturadas para a resolução de problemas e para o atendimento de necessidades de saúde individuais e coletivas (PAIM, 2012). Em uma visão mais ampliada, três dimensões são conferidas aos modelos de atenção: dimensão político-institucional, organizativa e técnico-assistencial (TEIXEIRA, 2006).

A dimensão político institucional se refere às formas de organização política no espaço macroestrutural, que influenciam na organização das práticas realizadas nos serviços de saúde. Na organizativa estão apontadas as características das relações entre serviços, levando em consideração a rede de serviços com suas diversidades tecnológicas. Por fim, a dimensão técnico-assistencial diz respeito às práticas de saúde propriamente dita e compreende as relações profissional-usuário que é mediada pelos saberes e tecnologias envolvidas no processo de trabalho em saúde (TEIXEIRA, 2006).

Para que se haja uma mudança efetiva no modelo de atenção, as intervenções devem alcançar essas três dimensões (TEIXEIRA, 2006). Na proposta da ESF essa abrangência pode ser observada, visto que ela contempla conceitos oriundos de outras propostas também alternativas (defesa da vida, ações programáticas, vigilância em saúde e promoção da saúde), as quais apresentam proximidade com alguma dimensão específica em suas bases conceituais (GIL, 2006; TEIXEIRA, 2006).

A ESF tem como características o cadastramento e acompanhamento da população residente em sua área de abrangência, com ênfase na criação de vínculos, o caráter substitutivo e a presença de uma equipe multiprofissional. O seu processo de trabalho tem como princípios: diagnóstico e planejamento local, abordagem multiprofissional, educação continuada, referência/contrarreferência, atuação intersetorial e controle social (BRASIL, 1997; 2011b).

Cada equipe da ESF é composta, no mínimo, por um médico generalista, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e ACS, sendo que outros profissionais podem ser incorporados, dependendo da demanda de cada equipe. Em média, é recomendado que 3000 pessoas fiquem sob responsabilidade de uma equipe de ESF. Esse número pode variar dependendo da vulnerabilidade social da região, mas recomenda-se que não ultrapasse 4000 pessoas (BRASIL, 2011b).

Com a criação do Programa Brasil Sorridente, as equipes de saúde bucal puderam ser incluídas na ESF. Em 2008, foi criado o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), que consiste numa equipe composta por profissionais de diversas áreas de conhecimento, para trabalhar com um número determinado número de equipes ESF, de acordo com cada modalidade de implantação (BRASIL, 2011b).

Em pequenas cidades houve uma rápida implantação de equipes, principalmente em regiões com poucos serviços de saúde instalados. Já em grandes centros urbanos a implantação foi lenta e enfrenta dificuldades, devido a peculiaridades dessas áreas como: concentração demográfica, dificuldades no acesso a serviços de saúde, doenças e agravos relacionados específicos (violência, acidentes de trânsito, entre outros), a grande oferta de serviços alocados de forma desigual e uma rede de serviços desarticulada (CAETANO e DAIN, 2002; SOUSA e HAMANN, 2009).

Diante dessas dificuldades, em 2003 foi criado o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), numa parceria entre MS e o Banco Mundial, que visou contribuir para a implantação e consolidação de equipes em municípios com mais de 100 mil habitantes. Por meio desse projeto, os municípios que se propuseram a substituir o modelo vigente na APS pela ESF receberam recursos financeiros após a aprovação de seus projetos (BRASIL, 2003).

Em dezembro de 2015 a ESF estava presente em 5463 municípios brasileiros, com uma estimativa de cobertura populacional de 63,7%, o que representa cerca de 124 milhões de pessoas. Entre as regiões do país, a Nordeste apresenta maior estimativa de cobertura com 80,6% e a Sudeste a menor, com 52,1% (BRASIL, 2015).

A implantação da ESF na cidade de São Paulo ocorreu em 1996, com a execução do Projeto Qualidade Integral em Saúde (Qualis). Esse projeto foi um convênio entre o MS, Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (SES-SP) e as entidades filantrópicas Casa de Saúde Santa Marcelina e Fundação Zerbini. O distrito de Itaquera foi o primeiro a receber 40 equipes de ESF, que eram responsáveis por atender 120 mil pessoas, em um processo marcado por intensa participação comunitária (CAPISTRANO FILHO, 1999; GUEDES *et al.*, 2011).

Posteriormente, o Qualis se expandiu para a Vila Nova Cachoeirinha, Brasilândia, Freguesia do Ó, Parque São Lucas e Sapopemba alcançando cerca de 400 mil habitantes. O projeto teve bastante aceitação da população, que chegava a questionar sua ausência em outras áreas da cidade (CAPISTRANO FILHO, 1999; GUEDES *et al.*, 2011).

Em 2001, a ESF entrou na agenda das políticas da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS). Priorizou-se a implantação de equipes em locais onde habitavam o maior número de famílias com renda de até cinco salários mínimos. Até então, a principal política de saúde municipal era o Plano de Assistência em Saúde (PAS) que privilegiava a transferência de recursos públicos para cooperativas privadas, que executavam os serviços de saúde (ELIAS *et al.*, 2004).

O PAS era um modelo baseado na queixa/conduita sem nenhum controle de gastos pelo poder público do município. Nesse período o município não estava inserido em nenhuma modalidade de gestão preconizada pelo SUS, o que causava uma situação singular, pois tinham unidades de APS e ESF (Qualis) geridas pelo governo estadual e instituições parceiras sem participação da esfera municipal (ELIAS *et al.*, 2004).

O processo de implantação no município foi marcado por diferenças regionais, sendo que distritos com menor nível de exclusão social, não estavam cobertos ou apresentavam coberturas baixas da ESF, mesmo na população considerada alvo pela gestão municipal. Esse cenário realçou a dificuldade da ESF em se consolidar como reorganizadora do modelo de atenção (BOUSQUAT *et al.*, 2006).

Em dezembro de 2015, havia 1135 equipes de ESF implantadas no município de São Paulo (SÃO PAULO, 2015b), das mais diversas conformações de acordo com a portaria MS 703/2011 (BRASIL, 2011a). A estimativa de cobertura populacional no município é de 33,8% (BRASIL, 2015). A gestão da ESF em São Paulo é compartilhada com instituições parceiras e organizações sociais (ELIAS *et al.*, 2004; GUEDES *et al.*, 2011; CONTREIRAS e MATTA, 2015).

Neste mesmo período, o município também contava com 134 equipes de Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) (SÃO PAULO, 2015b), que são considerados uma forma inicial para reorganização da APS para posterior implantação da ESF ou como uma maneira de inserção desses profissionais na APS, conforme as necessidades locais (BRASIL, 2011b). A estimativa de cobertura populacional por ACS no município neste período, incluindo os que estão alocados em equipes de ESF, era de 39,2% (SÃO PAULO, 2015b).

Essas equipes estão alocadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e UBS Integrada de maneira não uniforme pelo município de São Paulo. Algumas dessas unidades estão organizadas exclusivamente nos moldes ESF. A alocação das equipes EACS e ESF, por coordenadorias regionais de saúde (CRS) – divisão administrativa da SMS - está apresentada no Quadro 1:

Quadro 1 - Alocação das equipes e cobertura populacional de EACS e ESF, segundo Coordenadorias Regionais de Saúde, São Paulo, Dezembro/2015.

Coordenadoria	População*	EACS			ESF			ESF + EACS		
		Nº de equipes	População Coberta	(%) de cobertura	Nº de equipes	População Coberta	(%) de cobertura	Nº de equipes	População Coberta	(%) de cobertura
Norte	2265504	9	56918	2,5	201	713987	31,5	210	770905	34,0
Centro-Oeste**	1503671	3	9525	0,6	79	256026	17,0	82	265551	17,6
Sudeste	2686027	14	70371	2,6	194	657601	24,5	208	727972	27,1
Sul	2684981	33	149165	5,6	481	1695749	63,2	514	1844914	68,8
Leste	2441615	75	275542	11,3	180	657834	26,9	255	933376	38,2

*Estimativa populacional para o ano de 2015 fornecido pela Fundação Seade.

**Atualmente a CRS Centro consiste em uma coordenadoria separada da CRS Oeste.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, disponível em: (SÃO PAULO, 2015b).

No geral, quanto à reorientação do modelo de atenção, a ESF apresenta avanços, mas alguns desafios ainda persistem. Esses avanços e desafios estão sintetizados no Quadro 2.

Quadro 2 – Avanços e desafios da Estratégia Saúde da Família na reorientação do modelo de atenção à saúde.

Avanços	Desafios
<ul style="list-style-type: none"> - Resultados melhores que a APS tradicional em ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, busca ativa dos casos, educação em saúde, assistência domiciliar e na promoção da equidade; - Contribuição para o aumento de ofertas de serviços de saúde no país, principalmente em regiões que não dispunham de nenhuma assistência; - Incremento de ações em áreas rurais e periféricas; - Estímulo ao enfoque familiar e comunitário nas ações de saúde; - Aumento no número de consultas de pré-natal, puericultura, de realização de exames de citologia oncológica, de orientações sobre aleitamento materno exclusivo; - Contribuição na redução de nascidos com baixo peso, da mortalidade infantil e das internações hospitalares; - Proporcionou melhor adesão a tratamentos de pacientes com hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase e doenças sexualmente transmissíveis; - Incremento nas ações de saúde bucal e de assistência farmacêutica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Superação do modelo hegemônico, ainda bastante presente nas práticas de saúde; - Dificuldade de implantação e consolidação em grandes centros; - Estímulo a intersetorialidade, participação social e ações de planejamento, ainda pouco instituídas; - Obtenção de um financiamento adequado para a realização de ações de saúde; - Realização de ações de educação permanente e educação profissional, pois formação dos profissionais de saúde não converge com o preconizado pelo processo de trabalho da ESF. - Estabelecimento de melhores vínculos empregatícios com os profissionais de saúde, pois há dificuldade de permanência de profissionais devido à precariedade de vínculos. - Estabelecimento de mecanismos de referência/contrarreferência, devido à fragilidade de integração da ESF com o restante da rede assistencial; - Organização da rede assistencial de forma que possibilite que a ESF se constitua como porta de entrada; - Realização de ações de saúde envolvendo: práticas integrativas e complementares; envolvendo adolescentes, usuários de drogas ilícitas e portadores de HIV/AIDS; na área da saúde mental.

Fonte: Construído a partir das referências (SILVA *et al.*, 2013; ARANTES *et al.*, 2016).

Além dos citados acima, o cenário proveniente das transições demográfica e epidemiológica também se constitui como desafio na consolidação da ESF. A persistência e ressurgimento de algumas doenças infecciosas, o aumento da prevalência de doenças crônicas e seus fatores de risco, aumento da prevalência de agravos advindos de causas externas, associados ao envelhecimento populacional e aos determinantes sociais de saúde, representam algumas condições que a ESF tem que considerar em suas práticas de saúde (MENDES, 2012).

1.3. UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Os serviços de saúde são descritos como um dos determinantes das condições de saúde da população, juntamente com os fatores biológicos e genéticos, estilo de vida e condições ambientais. Também pode ser visto como a forma com que a sociedade se organiza para suprir as necessidades de saúde de sua população e representam um papel fundamental na redução das desigualdades sociais em saúde (CESAR, 2008; TRAVASSOS e CASTRO, 2012).

Além do sistema público de saúde, representado pelo SUS, os sistemas complementar e suplementar também atuam na prestação de serviços de saúde no Brasil. Os sistemas complementar, caracterizado pelos serviços privados (com ou sem fins lucrativos) e o suplementar, pelas empresas particulares que comercializam planos de saúde privados, são grandes compradores e prestadores de serviços do SUS e também são financiados com recursos públicos, através de isenções fiscais (PAIM *et al.*, 2011).

O município de São Paulo apresenta uma ampla rede estabelecimentos de saúde públicos ou privados (contratados ou conveniados), que fazem parte da rede prestadora de serviços para o SUS, os quais são classificados por tipo de acordo com suas características.

Em dezembro de 2015, essa rede era composta por 1171 estabelecimentos. A frequência de estabelecimentos por CRS, segundo tipo de estabelecimento definido pelo MS (BRASIL, 2016), é descrita no Quadro 3.

Quadro 3 - Frequência de estabelecimentos de saúde por Coordenadorias Regionais de Saúde, segundo tipo de estabelecimento, São Paulo, Dezembro/2015.

Tipo de estabelecimento	Norte	Centro Oeste*	Sudeste	Sul	Leste	São Paulo
Centro de Saúde/Unidade Básica	94	42	101	133	116	486
Centro de Atenção Psicossocial	14	13	20	17	18	82
Clínica/Centro de Especialidade	26	35	42	27	29	159
Policlínica	8	8	13	15	7	51
Pronto Atendimento	-	3	1	3	3	10
Pronto Socorro Geral	4	3	1	3	1	12
Hospital Geral	13	14	22	7	9	65
Hospital Especializado	6	10	13	2	-	31
Unidade Móvel/ Pré - Hospitalar de Urgência	32	28	37	32	30	159
Outros estabelecimentos	18	28	32	20	18	116
Total	215	184	282	259	231	1171

*Atualmente a CRS Centro consiste em uma coordenadoria separada da CRS Oeste.

Outros= Centrais: de regulação, regulação médica das urgências, regulação de serviços de saúde/Centros: Parto Normal Isolado/Farmácia/Hospital Dia Isolado/Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN)/Posto de Saúde/Secretaria de Saúde/Unidades: Apoio e Diagnóstico e Terapia (isolada), vigilância em saúde, móvel terrestre.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, disponível em: (SÃO PAULO, 2015a)

Nesse período, o município apresentava 486 estabelecimentos classificados como centros de saúde/unidades básicas de saúde. Nessa tipologia de estabelecimentos está a maior parte dos serviços da APS e corresponde aos seguintes serviços de saúde: 448 UBS, 111 unidades de Assistência Médica Ambulatorial (AMA) 12 ou 24 horas (88 integradas a UBS), 3 CSE e outros 12 serviços que prestam serviços de assistência e de gestão nesse nível de atenção (SÃO PAULO, 2015a).

Os serviços denominados Assistência Médica Ambulatorial (AMA) merecem algumas considerações especiais. Criados em 2005 pelo governo municipal, geralmente acopladas as UBS, porém sem integração do processo de trabalho com a mesma. Eram organizados na lógica queixa/condução desconsiderando as diretrizes de uma APS abrangente, o que ocasionou o estabelecimento de uma dupla porta de entrada, o aumento de exames e encaminhamentos desnecessários e pouca resolutividade dos problemas de saúde. No cenário atual há um grande esforço em integrar as AMA com as UBS, nos serviços de saúde denominados UBS Integrada (SÃO PAULO, 2015d).

A existência dos serviços de saúde por si só não garante a sua utilização, pois a utilização de qualquer serviço de saúde é um evento complexo que pode ser explicado, em parte, como resultante da interação entre necessidades, oferta e demanda. Essa interação é influenciada por fatores psicológicos, sociais, culturais, econômicos e organizacionais, que

não devem ser considerados isoladamente (DEVER, 1988; CESAR, 2008; TRAVASSOS e CASTRO, 2012).

A utilização de serviços de saúde é definida como qualquer contato entre as pessoas e os serviços de saúde, como a realização de consultas com profissionais de saúde, hospitalizações, realização de exames preventivos e diagnósticos. Nos contatos iniciais, essa utilização é influenciada, em maior parte, por características dos indivíduos (TRAVASSOS e MARTINS, 2004).

O modelo comportamental de utilização de serviços proposto por Andersen e Newman, descreveu que utilização dos serviços de saúde é influenciada por atributos dos sistemas de saúde, fatores externos, mediada por fatores predisponentes, fatores capacitantes e necessidades de saúde. Esse modelo foi revisto ao longo dos anos, sendo que posteriormente a utilização de serviços de saúde foi apresentada como sinônimo de acesso realizado (ANDERSEN, 1995).

Os fatores predisponentes correspondem às características individuais presentes antes de qualquer doença e que tornam as pessoas mais propensas a utilizar os serviços de saúde. Essas características são: idade, sexo, estado civil, história de doença no passado, escolaridade do indivíduo e do chefe da família, ocupação do indivíduo e chefe da família, tamanho da família, etnia, religião, crenças sobre saúde-doença e serviços de saúde (ANDERSEN, 1995).

Os fatores capacitantes são condições que influenciam na procura e no recebimento de assistência à saúde, pois mesmo propenso, as pessoas precisam de meios para a utilização dos serviços. Esses meios são: oferta de serviços de saúde, fatores econômicos, posse de plano de saúde, tempo e apoio familiar (ANDERSEN, 1995).

Os fatores de necessidade referem-se às percepções sobre o estado de saúde (necessidade percebida) e doenças existentes (necessidade diagnosticada). São exemplos: estado geral de saúde, sintomas e doenças diagnosticadas. O uso de serviços de saúde pode ser considerado equânime quando apenas as necessidades determinam seu uso (ANDERSEN, 1995).

A equidade aparece como um dos fatores relevantes que devem ser pesquisados nas investigações sobre utilização de serviços de saúde (VON DEM KNESEBECK, 2015). Ela é definida pela ausência de diferenças sistemáticas potencialmente curáveis em um ou mais aspectos da saúde, em grupos ou subgrupos populacionais definidos socialmente, economicamente, demograficamente ou geograficamente (STARFIELD, 2001).

A equidade em serviços de saúde é definida pela ausência de diferenças nos serviços onde as necessidades são iguais (equidade horizontal), ou que os serviços de saúde estejam

onde estão presentes as maiores necessidades (equidade vertical) (STARFIELD, 2002). Em estudos que investigam a utilização de serviços de saúde, utiliza-se o conceito de equidade horizontal, o qual é descrito pela igualdade no uso entre os grupos sociais pesquisados para as necessidades de saúde consideradas iguais (TRAVASSOS e CASTRO, 2012; VON DEM KNESEBECK, 2015).

O padrão de utilização de serviços de saúde no Brasil é marcado por diferenças e iniquidades. As diferenças podem ser exemplificadas pela utilização de serviços de saúde não uniforme, segundo gênero e faixa etária (TRAVASSOS e CASTRO, 2012; VON DEM KNESEBECK, 2015).

Já as iniquidades são provenientes de situações desnecessárias evitáveis marcadas por injustiça social, critério que a distingue das diferenças e variações expressadas pelas diversidades naturais dos indivíduos, comportamentos nocivos pautados por escolhas individuais e privilégios temporários de grupos em relação à saúde que podem ser incorporados rapidamente a outros grupos (WHITEHEAD, 1992).

As mulheres utilizam mais os serviços que os homens, provavelmente por aspectos relacionados com a gravidez, parto, percepções diferentes sobre doenças e necessidades que justifiquem a procura de serviços de saúde. Em relação à faixa etária, há uma maior utilização nos períodos iniciais e finais da vida, que são considerados épocas de maior vulnerabilidade (TRAVASSOS e CASTRO, 2012).

No Brasil, pessoas de menor nível socioeconômico apresentam maiores necessidades de saúde e a menor probabilidade de utilizar os serviços de saúde. Inversamente, pessoas de maior renda e escolaridade, com planos de saúde, residentes em regiões urbanas e mais desenvolvidas do país, têm essa probabilidade aumentada. Quanto à natureza, os mais pobres utilizam mais serviços curativos, enquanto os mais ricos os de prevenção e realização de exames de rotina (TRAVASSOS e MARTINS, 2004; TRAVASSOS e CASTRO, 2012; PORTO *et al.*, 2014).

Embora reduzidas, como evidenciado pelos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) no período de 1998-2008, as iniquidades em saúde ainda persistem, principalmente em relação à realização de consultas odontológicas. Fatores como renda, plano de saúde, localização geográfica, continuam associados a uma maior iniquidade em saúde (MACINKO e LIMA-COSTA, 2012).

Os dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada em 2013, também evidenciaram avanços em direção à equidade no acesso e uso de serviços, mas algumas iniquidades ainda persistem. Moradores da região sul e sudeste e moradores com chefe de

família com melhor nível de instrução, apresentaram maiores prevalências de uso de serviços de saúde. As consultas odontológicas ainda constituem o maior foco de iniquidades, enquanto que o acesso a medicamentos se mostra mais equânime no Brasil (STOPA *et al.*, 2016, no prelo).

Portanto, informações sobre utilização de serviços de saúde podem evidenciar o aumento ou redução nas iniquidades em saúde, o que pode influenciar na formulação e/ou reorientação de políticas públicas na área de saúde, que têm a busca da equidade como um dos objetivos permanentes.

1.4. USO DE INQUÉRITOS DE SAÚDE

O uso de inquéritos de saúde é notoriamente reconhecido como um instrumento importante no planejamento e avaliação dos serviços de saúde, também muito utilizado na análise do estado de saúde da população e mensuração das iniquidades de saúde, além de fornecer dados sobre ocorrência/frequência de doenças, hábitos de vida e de utilização de serviços de saúde (VIACAVA, 2002; BARROS, 2005; BARROS, 2008; CESAR, 2008).

O uso de inquéritos em países desenvolvidos teve início na década de 1960, quando diversas modalidades foram realizadas com o objetivo de levantar informações sobre a saúde da população (BARROS, 2008). Logo essa estratégia foi se disseminando em países subdesenvolvidos, onde, muitas vezes, os inquéritos se constituíam como a melhor forma de obter informações sobre a saúde, devido à incipiência dos sistemas convencionais de registro de dados (CESAR e TANAKA, 1996; BARROS, 2008).

No Brasil, o primeiro inquérito com intuito de investigar utilização de serviços de saúde e morbidade foi realizado na cidade de Ribeirão Preto, nos anos de 1974-1975. A execução desse trabalho fomentou discussões sobre particularidades metodológicas e estimulou a realização de novas pesquisas em cidades do interior do estado de São Paulo, o que possibilitou descobertas sobre o tema em questão (BARROS, 2008).

Ainda na década de 1970, o inquérito Estudo Nacional de Despesa Familiar foi realizado em 1974/75 abordando questões de saúde, estudo este considerado o antecessor da Pesquisa de Orçamentos Familiares. Posteriormente, surgiram inquéritos relevantes na área de

nutrição e reprodução, foram eles: Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição e Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (VIACAVA *et al.*, 2006; BARROS, 2008).

Diante dos diversos inquéritos realizados, a PNAD pode ser considerada a de maior importância, por ter uma alta cobertura e ser realizada periodicamente. Teve seu início no ano de 1967 e é realizada anualmente até hoje (VIACAVA *et al.*, 2006; BARROS, 2008).

A partir da década de 1980, a utilização de inquéritos na área da saúde ganhou ainda mais destaque, com a inclusão do suplemento saúde na PNAD em 1981, que também foi incluído nas edições de 1986, 1988, 1998, 2003 e 2008. A PNAD é uma grande fonte de conhecimento e monitoramento de aspectos referentes ao acesso, utilização e financiamento dos serviços de saúde (VIACAVA *et al.*, 2006; BARROS, 2008).

Nos últimos anos a realização de inquéritos de saúde foi amplamente difundida no Brasil, principalmente pelo MS, com foco em diversas populações e executados de várias formas, utilizados como estratégia de vigilância em saúde. O Quadro 4 sintetiza algumas características destes inquéritos.

No âmbito local, além da experiência pioneira em Ribeirão Preto, outros inquéritos de saúde foram realizados, principalmente no estado de São Paulo. Nos anos de 1983-84 foi realizado um inquérito na cidade de Botucatu- SP, com o intuito de analisar a morbidade referida pelos moradores (LEBRÃO *et al.*, 1991). Em 1989/90 outro inquérito foi realizado em municípios da região metropolitana de São Paulo, levantando informações importantes sobre condições de saúde, uso e opinião sobre os serviços de saúde (CESAR e TANAKA, 1996).

Quadro 4 – Características de alguns inquéritos de saúde realizados recentemente no Brasil.

Nome	Ano(s)	Coordenação	Forma de Realização	Conteúdos Abordados
Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis	2003	Ministério da Saúde e Instituto Nacional do Câncer	Entrevistas domiciliares	Fatores de risco para doenças e agravos não transmissíveis/hipertensão e diabetes/ acesso a exames de detecção precoce de câncer de colo do útero e mama.
Pesquisa Mundial da Saúde (PMS)	2003	Organização Mundial da Saúde e Fundação Oswaldo Cruz	Entrevistas domiciliares	Estado de saúde da população e a assistência prestada/expectativas da população usuária/ Desigualdades socioeconômicas em saúde.
Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (Vigitel)	2006 Realizado anualmente até hoje.	Ministério da Saúde	Entrevistas telefônicas	Fatores de risco e proteção para doenças crônicas/realização de Exames Preventivos/ comportamentos nocivos à saúde.
Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE)	2009 2012 2015	Ministério da Saúde e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística	Entrevistas realizadas nas instituições de ensino	Aspectos socioeconômicos/ contexto familiar/ hábitos alimentares/atividade física / experimentação e consumo de cigarro, álcool e outras drogas/saúde sexual e reprodutiva/violência e segurança/acidentes/ utilização de serviços de saúde.
Pesquisa Nacional da Saúde (PNS)	2013	Ministério da Saúde e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística	Entrevistas domiciliares	Estilos de vida/morbidade referida/acesso e uso de serviços de saúde/ acidentes e violência/ antropometria, medidas de pressão arterial/ exames laboratoriais

Fonte: Construído a partir das seguintes referências: (BRASIL, 2004; SZWARCWALD e VIACAVA, 2008; IBGE, 2009; 2013; BRASIL, 2014).

Outra importante experiência foi o Inquérito Multicêntrico de Saúde no estado de São Paulo que foi realizado nos anos de 2001/2002, nos municípios de Embu, Taboão da Serra, Itapeperica da Serra, Campinas, Botucatu e na região de abrangência da Subprefeitura do Butantã (seguintes distritos administrativos de São Paulo – Jaguaré, Rio Pequeno, Butantã, Raposo Tavares, Vila Sônia e Morumbi), onde 6819 pessoas responderam perguntas sobre

condições de saúde, estilos de vida e uso de serviços de saúde (CESAR *et al.*, 2005). Desse inquérito derivou outras experiências realizadas em São Paulo e Campinas no ano de 2008.

No período de 2005 a 2007, foi realizado outro grande inquérito, o Estudo Epidemiológico dos Transtornos Mentais São Paulo Megacity, que abrangeu 39 municípios da Região Metropolitana de São Paulo. Este estudo teve como objetivo identificar a prevalência dos transtornos mentais, determinar fatores de risco e correlatos, avaliar o uso de serviços de saúde e de saúde mental e o uso de medicamentos e determinar a incapacitação associada aos transtornos mentais. No total foram entrevistados 5037 indivíduos de 18 anos ou mais e 1801 tiveram saliva coletada para análise do DNA para futuras análises (VIANA ET AL., 2009).

Em 2008, 3271 pessoas foram entrevistadas no “Inquérito Domiciliar de Saúde 2008” realizado com moradores de domicílios particulares permanentes da área urbana de São Paulo. No mesmo ano, outro inquérito foi realizado no município de Campinas, onde 3405 pessoas com 10 anos ou mais foram entrevistadas. Ambos os inquéritos abordaram tópicos sobre condições de saúde, estilo de vida e uso de serviços de saúde e possibilitaram a comparação dos dados com os resultados obtidos em 2003, constituindo um sistema de monitoramento de diversos indicadores (FSP-USP, 2008).

Por alcançar a população que não utiliza os serviços de saúde, os inquéritos de saúde de base populacional se destacam, pois possibilitam o entendimento das diversas percepções sobre as necessidades de saúde/procura de serviços existentes nas pessoas (BARROS, 2005). Essas características o diferenciam de estratégias que utilizam dados produzidos pelos serviços de saúde, que muitas vezes são seletivos, abrangendo os casos mais graves e grupos que não apresentam nenhuma barreira para acessar os serviços de saúde (CESAR e TANAKA, 1996; TRAVASSOS e CASTRO, 2012).

Outro diferencial dos inquéritos de base populacional consiste na possibilidade de se conhecer fatores que influenciam a utilização ou não dos serviços, podendo identificar as barreiras no acesso a serviços de saúde e sua distribuição entre diferentes grupos, com grande poder de revelar iniquidades em saúde (VIACAVA *et al.*, 2006; CESAR, 2008).

Portanto, diante da potencialidade dos inquéritos de saúde de base populacional em oferecer diversas informações sobre a saúde da população, sua realização deve ser periódica e ter o financiamento assegurado, possibilitando assim contribuir na melhoria dos serviços de saúde, além de oferecer um suporte aos sistemas de informações de rotina, com dados que não são coletados rotineiramente (VIACAVA *et al.*, 2006).

2. JUSTIFICATIVA

Este estudo justifica-se na importância de se conhecer as características dos usuários e possíveis fatores associados à utilização da ESF no município de São Paulo, o que pode desvendar diferenças e iniquidades na utilização de um serviço que é o defendido como o modelo de atenção prioritário de organização dos serviços de APS no Brasil, considerado importante na organização do SUS.

Embora existam diversos estudos que investiguem fatores associados à utilização de uso de serviços de saúde na população geral, poucos estudos que se propuseram a investigar estes fatores em populações cobertas pela ESF são encontrados na literatura (GOLDBAUM *et al.*, 2005; FERNANDES *et al.*, 2009).

O uso de inquéritos de saúde domiciliar de base populacional fortalece essa investigação ao abordar os moradores fora dos serviços de saúde, principalmente no caso da ESF, que em um grande centro urbano como o São Paulo, apresenta dificuldades de implantação e consolidação no âmbito da APS.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

- Descrever o perfil dos moradores que relataram utilização da Estratégia Saúde da Família no município de São Paulo.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as características dos moradores que relataram alguma visita do Agente Comunitário de Saúde no município de São Paulo, bem como as características de seu domicílio e entorno;
- Identificar fatores associados à utilização de serviços da Estratégia Saúde da Família no município de São Paulo;
- Verificar a opinião dos usuários sobre os serviços prestados pela Estratégia Saúde da Família no município de São Paulo.

4. METODOLOGIA

4.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO

Este estudo foi realizado a partir dos dados da pesquisa “Inquérito de Saúde do Município de São Paulo 2015” (ISA-CAPITAL/2015) realizado no período de agosto de 2014 a dezembro de 2015, por meio de um convênio entre a Faculdade de Saúde Pública da USP (FSP-USP) e a SMS (SÃO PAULO, 2015c)

O objetivo do ISA-CAPITAL/2015 foi conhecer aspectos relevantes sobre as condições de saúde, estilos de vida e uso de serviços de saúde de moradores de 12 anos ou mais da zona urbana do município de São Paulo. Este inquérito não incluiu moradores institucionalizados ou em situação de rua. Foi sua terceira edição, pois também foi realizado nos anos de 2003 e 2008 (SÃO PAULO, 2015c).

Este inquérito é classificado como um estudo transversal, de base populacional, com uma amostra probabilística complexa estratificada por conglomerados em dois estágios (setores censitários e domicílios). Foi realizado sorteio dos domicílios que seriam visitados para a garantia de números mínimos de entrevistas, assegurando uma análise de dados segundo os seguintes grupos: adolescentes de 12 a 19 anos, homens de 20 a 59 anos, mulheres de 20 a 59 anos, idosos de 60 anos e mais, e por CRS (norte, centro-oeste, sudeste, sul e leste). A coordenadoria Centro foi trabalhada agrupada, pois seu desmembramento da CRS Oeste ocorreu após a execução do plano de amostragem deste inquérito.

Os domicílios foram visitados por entrevistadores previamente treinados, portando um computador manual com um software instalado, desenvolvido especificamente para a realização do inquérito. Todos os moradores dos domicílios sorteados eram identificados e o software indicava quais grupos (adolescentes de 12 a 19 anos – homem/mulher de 20 a 59 anos – idoso, 60 anos ou mais) precisaria ser investigado no respectivo domicílio (SÃO PAULO, 2015c). O processo amostral completo encontra-se no Anexo 1.

Após esse procedimento, todos os moradores que pertenciam ao grupo de interesse e concordaram em participar mediante a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido foram entrevistados. As informações foram coletadas através de um questionário

previamente validado, que abordava os tópicos referentes a condições de saúde, estilo de vida e uso de serviços de saúde (SÃO PAULO, 2015c).

Os entrevistadores tinham pelo menos o segundo grau completo e eram avaliados durante o processo de coleta de dados. Durante este processo foram monitorados por supervisores de campo que, quando julgaram necessário, substituíram alguns entrevistadores. Para verificar a consistência das informações 10% das entrevistas foram parcialmente refeitas pelos supervisores de campo via telefone.

O término da coleta de dados ocorreu no mês de dezembro de 2015, com a realização de 4043 entrevistas. O ISA-CAPITAL/2015 foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FSP-USP e da SMS (CAAE: 32344014300005421).

4.2. LOCAL DO ESTUDO

O município de São Paulo foi fundado em 25 de janeiro de 1554 a partir de expedições dos padres jesuítas Manoel da Nóbrega e José de Anchieta que procuravam um local seguro para se instalarem e catequizar os índios. O ponto escolhido foi o planalto de Piratininga, onde um colégio foi construído numa colina, próxima aos rios Tamanduateí e Anhangabaú. Após 157 anos de fundação, o povoado de Piratininga passou a se chamar São Paulo, tornando-se capital da província de mesmo nome no ano de 1815 (IBGE, 2010c).

Atualmente é uma das principais cidades da América Latina, com uma população de 11253503 habitantes distribuídos em uma área territorial de 1521,1 km² (IBGE, 2010c). A distribuição completa da população, segundo sexo e faixa etária, é apresentada na Tabela 1.

Tabela 1 – Frequência absoluta e relativa da população do município de São Paulo, segundo sexo e faixa etária, 2010.

São Paulo	Masculino		Feminino		Total	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Menor que 12 anos	926118	17,4	895142	15,1	1821260	16,2
12 a 19 anos	680171	12,8	677462	11,4	1357633	12,1
20 a 59 anos	3186337	59,8	3550135	59,9	6736472	59,9
60 anos ou mais	536006	10,1	802132	13,5	1338138	11,9
Total	5328632	100,0	5924871	100,0	11253503	100,0

Fonte: Censo Demográfico 2010, disponível em: (SÃO PAULO, 2016)

Em relação ao nível de instrução, a maior proporção dos moradores de 25 anos ou mais de São Paulo não concluiu o ensino fundamental ou não tem instrução formal e 20,8% concluíram o ensino superior. No que se refere à renda, o valor médio do rendimento nominal de domicílios particulares permanentes urbanos de São Paulo é de R\$4776, 94 (IBGE, 2010c). Por faixas de salário mínimo (SM), a maior parcela dos domicílios tem rendimento de mais que 2SM até 5SM. As distribuições proporcionais referentes às classes de escolaridade e renda estão apresentadas na figura 1 e 2, respectivamente.

Figura 1 – Nível de instrução da população de 25 anos ou mais, município de São Paulo, 2010.

*Excluídos os moradores sem nível de instrução determinado

Fonte: Elaborado a partir do Censo Demográfico 2010, disponível em: (IBGE, 2010a)

Figura 2 - Domicílios particulares permanentes, segundo classes de rendimento mensal, município de São Paulo, 2010.

SM=Salário Mínimo (1SM=R\$510,00)

Fonte: Censo Demográfico 2010, disponível em: (IBGE, 2010b)

4.3. POPULAÇÃO DE INTERESSE

Este estudo abordou moradores elegíveis para a utilização da ESF. O morador que relatou alguma visita do ACS em seu domicílio ou que algum familiar a recebeu, foi considerado elegível para utilizar a ESF, pois este profissional deve, segundo suas atribuições, visitar ao menos uma vez por mês todas as famílias da microárea sob sua responsabilidade (BRASIL, 2011b). Portanto, a visita indica que provavelmente, o morador reside em uma região coberta por alguma equipe de ESF.

4.4. VARIÁVEIS DE INTERESSE

Os títulos dos blocos e sub-blocos que fizeram parte do questionário do ISA-CAPITAL/2015 estão descritos no Quadro 5. Os blocos que foram utilizados para satisfazer os objetivos desse estudo encontram-se em destaque no Quadro 5 e estão dispostos na íntegra no Anexo 2.

Quadro 5 – Títulos dos blocos e sub-blocos do questionário utilizado no ISA-CAPITAL/2015.

Bloco	Nome do Bloco	Bloco	Nome do Bloco
A	Relação dos Moradores dos Domicílios	H	Exames Preventivos
B	<i>Folha de Controle</i>	H1	Exame Preventivo/ Papanicolau
C	Morbidade Referida e Deficiências	H2	Mamografia e Exame das Mamas
C1	<i>Morbidade em duas semanas</i>	H3	Câncer de Próstata
C2	<i>Doenças Crônicas</i>	H4	Detecção de Câncer Colorretal
C3	Problemas de Saúde: Queixas e Sintomas	I	Imunização
C4	Deficiências	I1	Hepatite
D	Acidentes e Violência	I2	Rubéola
D1	Acidentes de Trânsito	I3	Gripe e Pneumonia e Tétano
D2	Quedas	I4	HPV
D3	Outros Tipos de Acidentes	J	Uso de Medicamentos
D4	Violências	K	Comportamentos Relacionados à Saúde
E	Saúde Emocional	K1	Alimentação
F	<i>Qualidade de Vida</i>	K2	Atividade Física
G	Uso de Serviços de Saúde	K3	Tabagismo
G1	Uso de Serviços de Saúde	K4	Consumo de Bebidas Alcoólicas
G2	Hospitalizações e Cirurgias	L	<i>Características Socioeconômicas</i>
G3	<i>Plano de Saúde</i>	M	<i>Características da Família e Domicílio</i>
G4	<i>Conhecimentos SUS/ESF</i>	N	<i>Características Socioeconômicas do Chefe</i>
		O	Gastos com Saúde
		P	Informações sobre a Presença de Animais

Fonte: ISA-CAPITAL/2015.

4.4.1. Variáveis Dependentes

As variáveis dependentes que foram abordadas nesse estudo: visita do ACS, utilização de serviços prestados pela ESF e opinião sobre os serviços prestados pela ESF, todas classificadas como qualitativas categóricas. As opções de resposta eram: não, sim, não sabe/não respondeu (NS/NR).

- a) Visita do ACS: Essa informação foi obtida de acordo com a resposta da questão 5, do bloco G4: “O(a) Sr.(a) ou alguém da sua família já recebeu alguma visita do agente comunitário de saúde do Programa Saúde da Família /Estratégia Saúde da Família (PSF/ESF)?”.

- b) Utilização de serviços prestados pela ESF: Essa informação foi obtida por meio da resposta da questão 7, do bloco G4: “O(a) Sr.(a) já utilizou os serviços oferecidos pelo Programa Saúde da Família/Estratégia Saúde da Família (PSF/ESF)?”.
- c) Opinião sobre os serviços prestados pela ESF: Essa informação foi obtida através da resposta da questão 8, do bloco G4: “Como o(a) Sr.(a) avalia os serviços que utiliza ou utilizou do Programa Saúde da Família/Estratégia Saúde da Família (PSF/ESF)?”.

4.4.2. Variáveis Independentes

As variáveis independentes foram classificadas em qualitativas categóricas e divididas em três grupos: condições sociodemográficas, condições de saúde e características do domicílio e entorno.

4.4.2.1. Condições Sociodemográficas

- a) Sexo: Essa informação foi obtida de acordo com a resposta do entrevistado a questão 8, do bloco B.
- b) Idade: Essa informação foi obtida de acordo com a resposta a questão 7, do bloco B, que se refere a data de nascimento informada pelo entrevistado.
- c) Raça: Essa informação foi obtida de acordo com a resposta da questão 1, do bloco L. As possibilidades de resposta eram: branca, preta, amarela, parda, indígena, outra e NS/NR.
- d) Religião: Essa informação foi obtida pela questão 03, do bloco L. As possibilidades de resposta eram: nenhuma; evangélica/protestante; católica; espírita; judaísmo; budismo; umbanda/candomblé; islamismo; outras e NS/NR.

- e) Situação Conjugal: Essa informação foi obtida de acordo com a resposta da questão 10a, do bloco L. As opções de respostas eram: casado no civil/religioso; vive em união conjugal estável ou vive junto; solteiro; separado; desquitado ou divorciado; viúvo e NS/NR.
- f) Ocupação: Essa informação foi obtida de acordo com a resposta da questão 19, do bloco L. As opções de resposta eram: sim, em atividade; sim, mas afastado por motivo de trabalho; sim, e também aposentado; não, desempregado; não dona de casa; não, pensionista; não, só estudante e NS/NR.
- g) Coordenadoria Regional de Saúde: Essa informação foi obtida de acordo com a questão B01, que possibilitou a identificação sobre a coordenadoria de residência de entrevistado.
- h) Nível de Instrução do Indivíduo: Essa informação foi obtida de acordo com a resposta da questão de 16, do bloco L. As possibilidades de resposta eram: nunca frequentou, não sabe ler e escrever; nunca frequentou, sabe ler e escrever; cada série/ano do Ensino Fundamental (antigo Primário/Ginásio/1º Grau); cada série/ano Ensino Médio (antigo Colegial/2º Grau); cursos técnicos de nível médio incompleto; cursos técnicos de nível médio completo, curso superior incompleto, curso superior completo, pós-graduação incompleto, pós-graduação completo, NS/NR.
- i) Nível de Instrução do chefe da Família: Essa informação foi obtida de acordo com a resposta da questão 16 do bloco N. As opções de respostas eram iguais às apresentadas na questão sobre escolaridade do indivíduo.
- j) Renda familiar: Essa informação foi obtida de acordo com a resposta da questão 47 ou 48 do bloco M. Os moradores que não declaravam o valor líquido da renda na questão 47 tinham a possibilidade de responder a questão 48, onde as opções eram as seguintes: inferior a 1 salário mínimo(SM), entre 1SM e 2SM, entre 3SM e 4SM, entre 5SM e 9SM, entre 10 e 20SM, acima de 20SM e NS/NR.

4.4.2.2. Condições de Saúde

- a) Autoavaliação de saúde: Essa informação foi obtida de acordo com a resposta da questão 1, do bloco F. As possibilidades de resposta eram: excelente/muito boa, boa, regular, ruim, muito ruim e NS/NR.
- b) Morbidade nas últimas duas semanas: Essa informação foi obtida de acordo com a resposta da questão 1a, do bloco C1. As opções de resposta eram: não, sim e NS/NR.
- c) Quantidade de doenças crônicas: Essa informação foi obtida a partir das soma das respostas positivas das questões referentes doenças crônicas pesquisadas no bloco C2. As doenças investigadas foram: hipertensão, diabetes, angina, infarto do miocárdio, arritmia cardíaca, outra doença do coração, câncer, artrite/reumatismo/artrose, osteoporose, asma/bronquite asmática, enfisema/bronquite crônica/doença pulmonar obstrutiva crônica, rinite, sinusite crônica, outra doença do pulmão, tendinite/lesão por esforço repetitivo/distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho, varizes de membros inferiores, acidente vascular cerebral/derrame, outras doenças de veias/artérias/circulação sanguínea, colesterol elevada, doença na coluna/problema de coluna, problema emocional/mental. Para cada questão as possibilidades de resposta eram: não, sim e NS/NR.
- d) Plano de saúde: Essa informação foi obtida de acordo com a resposta de questão 1, do bloco G3. As opções de resposta eram: não; sim, tem; sim, já teve e NS/NR.

4.4.2.3. Características do Domicílio e Entorno

- a) Situação do domicílio: Essa informação foi obtida de acordo com a resposta da questão 12, do bloco M. As possibilidades de resposta eram: próprio, quitado; próprio, pagando; alugado; cedido; invadido; outra condição e NS/NR.

- b) Tipo do domicílio: Essa informação foi obtida de acordo com a resposta da questão 3, do bloco M. As opções de resposta eram; casa alvenaria, com revestimento, cobertura de telha ou laje, com piso, finalizada; apartamento; casa precária, sem reboque, ainda sem finalizar, ou com piso de terra; barraco; casa de cômodos, outro e NS/NR.
- c) Rede de Iluminação: Essa informação foi obtida de acordo com a resposta da questão 8, do bloco M. As opções de resposta eram: não, sim e NS/NR.
- d) Água Encanada: Essa informação foi obtida de acordo com a resposta da questão 7, do bloco M. As opções de resposta eram: não, sim e NS/NR.
- e) Existência de Sanitário: Essa informação foi obtida de acordo com a resposta da questão 11, do bloco M. As opções de resposta eram: não, sim e NS/NR.
- f) Rede de Esgoto: Essa informação foi obtida de acordo com a resposta da questão 9, do bloco M. As opções de resposta eram: não, sim e NS/NR.
- g) Coleta de Lixo: Essa informação foi obtida de acordo com a resposta da questão 10, do bloco M. As opções de resposta eram: não, sim e NS/NR.
- h) Número de Moradores: Essa informação foi obtida de acordo com a resposta da questão 15, do bloco M.
- i) Número de cômodos: Essa informação foi obtida de acordo com a resposta da questão 13, do bloco M.
- j) Morador com necessidade de cuidados especiais: Essa informação foi obtida de acordo com a resposta da questão 16, do bloco M. As opções de resposta eram: não, sim e NS/NR.

4.5. ANÁLISES DOS DADOS

Inicialmente todas as respostas NS/NR das variáveis foram classificadas como “*missings*” e após esse procedimento algumas variáveis foram recodificadas antes da execução das análises.

A variável idade foi recodificada nas seguintes faixas etárias: 12 a 19 anos, 20 a 59 anos e maior que 60 anos. Na variável plano de saúde, os moradores que foram filiados a algum

plano em alguma época da vida, mas sem essa filiação no momento da pesquisa, foram agrupados na categoria não.

Em relação à raça, os moradores que se declararam amarelos ou indígenas, foram incluídos na categoria outras. Já a religião foi categorizada conforme o relato de ter alguma.

Na variável situação conjugal, os moradores que relataram ser casados ou que vivem juntos, com ou sem união estável, foram agrupados em uma única categoria, bem como os moradores que relataram estar separados/desquitados/divorciados.

A variável ocupação foi recodificada da seguinte forma: todos os moradores que responderam positivamente foram agrupados na categoria exerce atividade remunerada e os aposentados, donas de casa e pensionistas foram agrupados em uma mesma categoria.

Nas variáveis referentes ao nível de instrução dos entrevistados, os moradores foram agrupados de acordo com o último ano escolar completo, nas seguintes categorias: nunca frequentou/ensino fundamental incompleto; ensino fundamental completo/médio incompleto; ensino médio completo/superior incompleto e ensino superior completo.

Para a recodificação da variável renda familiar utilizou-se como base o SM vigente no ano de 2015 que correspondia a 788 reais. Os moradores foram agrupados em: sem rendimento até 1 SM, mais que 1SM até 2SM, mais 2SM até 5SM, mais que 5SM até 9SM, mais que 9SM.

Na variável autoavaliação de saúde os moradores que relataram avaliação muito ruim e ruim foram agrupados em uma mesma categoria. A variável número de doenças crônicas foi categorizada em nenhuma, uma, duas e três ou mais, de acordo com o número de respostas positivas para as doenças investigadas.

Após as recodificações, foi realizada uma análise univariada que estimou as prevalências e os respectivos intervalos de confiança de 95% (IC-95%) para cada variável independente para os desfechos: utilização de serviços da ESF e opinião sobre os serviços prestados pela ESF. Para a investigação sobre o relato de visita do ACS, apenas as variáveis sexo, idade, renda familiar e nível de instrução do chefe de família tiveram os parâmetros estimados. Nessa fase as possíveis associações foram investigadas por meio do Teste do Qui-Quadrado (Rao-Scott).

Também foram estimadas as prevalências de relato de visita do ACS e os respectivos IC-95% para cada variável referente às características do domicílio e entorno (apenas análise univariada).

A análise múltipla foi empregada para a obtenção da razão de prevalência (RP) ajustada das variáveis que permaneceram no modelo e foi realizada utilizando a Regressão de Poisson com variância robusta. Todas as variáveis independentes que apresentaram $p < 0.20$ no teste do Qui-Quadrado (Rao-Scott) foram incluídas no modelo múltiplo, que foi realizado utilizando o

método “stepwise” onde as variáveis foram incluídas de acordo com sua significância estatística e as que apresentaram $p < 0,05$ permaneceram no modelo.

A significância estatística das RP ajustadas estimadas foram investigadas pelo Teste de Wald. As variáveis sexo, idade, autoavaliação de saúde e coordenadoria regional de saúde permaneceram no modelo como ajuste.

Optou-se pela RP como medida de associação pelo seu fácil entendimento por parte de pessoas fora da área acadêmica, como profissionais de saúde e gestores. Seu uso é adequado quando os parâmetros são calculados com variância robusta e par (BARROS e HIRAKATA, 2003).

Para as análises foi utilizado o pacote estatístico Stata 11.0, utilizando os comandos no modo “*survey*”, onde os parâmetros foram estimados levando em conta o efeito do delineamento do estudo e a Regressão de Poisson já é calculada com variância robusta (BARROS e HIRAKATA, 2003). Este estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, onde se encontra registrado sob o CAAE: 54202716500005421 (Anexo 3).

5. RESULTADOS

5.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

No ISA - CAPITAL/2015 foram entrevistados 4043 moradores. A amostra deste estudo foi constituída pelos 1968 moradores que relataram ter recebido visita do ACS para si próprio ou que algum familiar a recebeu. Destes, 1169 relataram ter utilizado algum tipo de serviço prestado pela ESF. As variáveis referentes à renda familiar e nível de instrução do chefe de família foram as que apresentaram maior número de respostas ignoradas em ambos os grupos.

A Tabela 2 traz as características sociodemográficas e condições de saúde desses grupos de moradores.

Tabela 2 - Características sociodemográficas e condições de saúde dos entrevistados que relataram visita do agente comunitário de saúde e dos que utilizaram algum serviço prestado pela Estratégia Saúde da Família no município de São Paulo, 2015.

Variáveis	Relato de Visita do ACS		Relato de Uso da ESF	
	N	(%)	N	(%)
Sexo				
Masculino	847	43,0	481	41,2
Feminino	1121	57,0	688	58,8
Faixa Etária				
12 a 19 anos	460	23,4	247	21,1
20 a 59 anos	1073	54,5	622	53,2
60 anos ou mais	435	22,1	300	25,7
Raça				
Branca	869	44,3	531	45,6
Preta	232	11,8	125	10,7
Parda	754	38,4	458	39,4
Outras	108	5,5	50	4,3
Religião				
Não	272	13,9	161	13,8
Sim	1691	86,1	1004	86,2
Situação Conjugal				
Casado/União Estável	899	45,8	426	36,5
Solteiro	766	39,1	540	46,3
Separado/Desquitado/Divorciado	149	7,6	97	8,4
Viúvo	147	7,5	103	8,8
Ocupação				
Exerce atividade remunerada	990	50,9	562	48,8
Desempregado	139	7,2	73	6,3
Aposentado/Dona de Casa/Pensionista	481	24,7	331	28,8
Estudante	334	17,2	185	16,1
Coordenadoria Regional de Saúde				
Norte	301	15,3	151	12,9
Centro-Oeste	143	7,3	67	5,8
Sudeste	376	19,1	248	21,2
Sul	724	36,8	462	39,5
Leste	424	21,5	241	20,6
Autoavaliação de Saúde				
Excelente/Muito Boa	366	18,6	191	16,4
Boa	1002	51,0	604	51,8
Regular	518	26,4	319	27,3
Muito Ruim/Ruim	78	4,0	53	4,5
Morbidade nos últimos 15 dias				
Não	1578	80,2	951	81,3
Sim	389	19,8	218	18,7

continua

continuação Tabela 2

Variáveis	Relato de Visita do ACS		Relato de Uso da ESF	
	N	(%)	N	(%)
Doenças Crônicas				
Nenhuma	740	37,6	424	36,2
Uma	440	22,4	252	21,6
Duas	293	14,9	165	14,1
Três ou mais	495	25,1	328	28,1
Plano de Saúde				
Sim	653	33,2	338	28,9
Não	1313	66,8	831	71,1
Nível de Instrução - Indivíduo				
Sem Instrução/Fundamental Incompleto	825	42,0	536	46,0
Fundamental Completo/Médio Incompleto	401	20,4	223	19,2
Médio Completo/ Superior Incompleto	604	30,8	337	28,9
Superior Completo	134	6,8	69	5,9
Nível de Instrução - Chefe de Família				
Sem Instrução/Fundamental Incompleto	935	49,5	594	53,1
Fundamental Completo/Médio Incompleto	231	12,2	129	11,5
Médio Completo/	578	30,6	331	29,6
Superior Completo	145	7,7	65	5,8
Renda Familiar				
Sem Rendimento/até 1SM	157	8,8	99	9,4
Mais que 1SM/ até 2SM	419	23,5	248	23,5
Mais que 2SM/ até 5SM	821	46,1	489	46,4
Mais que 5SM/até 9SM	306	17,2	168	15,9
Mais que 9SM	79	4,4	50	4,8
Total	1782	100,0	1054	100,0

Nota: Frequências apresentadas não estão ponderadas segundo o delineamento do estudo.

SM=Salário Mínimo

Fonte: ISA-CAPITAL, 2015.

5.2. VISITA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

As prevalências de relato de visita do ACS no município de São Paulo e nas coordenadorias regionais de saúde estão contidas na Tabela 3. Dos moradores que não relataram visita do ACS, 45,1% (IC95% 40,3-50,0) referiram já ter ouvido falar da ESF.

Tabela 3 – Prevalência de relato de visita do ACS em moradores de 12 anos ou mais, município de São Paulo e Coordenadorias Regionais de Saúde, 2015.

Região	Prevalência (%)	(IC - 95%)
Norte	38,4	(26,5-51,9)
Centro-Oeste	24,5	(13,4-40,3)
Sudeste	38,1	(24,8-53,6)
Sul	70,7	(56,2-82,0)
Leste	50,8	(36,9-64,5)
Município de São Paulo	46,4	(40,0-53,0)

Fonte: ISA-CAPITAL, 2015.

Entre as coordenadorias houve diferença estatisticamente significativa das prevalências entre elas ($p < 0,001$). Comparando com as coberturas populacionais por ACS provenientes dos dados administrativos da SMS, apenas a prevalência estimada pelo ISA-CAPITAL/2015 para o município de São Paulo apresentou pequena diferença, evidenciada pela ausência de superposição do IC-95% da prevalência estimada em comparação com a prevalência apontada pelos dados administrativos (Figura 3).

Figura 3 – Cobertura populacional por ACS no município, segundo dados administrativos da SMS e estimativas do ISA-CAPITAL, São Paulo, Dezembro/2015.

Notas: Cobertura populacional por dados administrativos construída utilizando como referência a população estimada pela Fundação Seade para o ano de 2015 e de acordo informações disponíveis em: (SÃO PAULO, 2015b).

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde e ISA-CAPITAL, 2015.

Foram observadas maiores prevalências de relato nos grupos de menor idade, nível de instrução do chefe de família e renda familiar. Não houve diferença estatisticamente significativa na prevalência de relato de visita do ACS entre sexos ($p=0,722$), no entanto, entre faixas etárias ($p<0,001$), nível de instrução do chefe de família ($p<0,001$) e renda familiar ($p<0,001$) foi observado diferença (Tabela 4).

Tabela 4 – Prevalência de relato de visita do ACS em moradores de 12 anos ou mais, segundo sexo, faixa etária, renda familiar e escolaridade do chefe de família, São Paulo, 2015.

Variáveis	Valor de p*	Prevalência (%)	IC 95%
Sexo	$p=0,722$		
Masculino		46,8	(40,1-53,5)
Feminino		46,2	(39,6-52,8)
Faixa Etária	$p<0,001$		
12 a 19 anos		52,4	(44,5-60,1)
20 a 59 anos		47,3	(40,8-53,9)
60 anos ou mais		37,6	(30,6-45,2)
Nível de Instrução- Chefe de Família	$p<0,001$		
Superior Completo		25,0	(18,5-32,9)
Médio Completo/Superior Incompleto		47,0	(39,7-54,4)
Fundamental Completo/ Médio Incompleto		46,5	(37,7-55,6)
Sem Instrução/Fundamental Incompleto		56,3	(48,6-63,8)
Renda Familiar	$p<0,001$		
Mais que 9SM		24,4	(15,8-35,6)
Mais que 5SM/até 9SM		39,8	(31,2-49,2)
Mais que 2SM/ até 5SM		50,2	(43,1-57,3)
Mais que 1SM/ até 2SM		57,3	(49,1-65,1)
Sem Rendimento/Até 1SM		57,4	(45,7-68,3)

*Valor de p do Teste do Qui-Quadrado (Rao-Scott)/SM=Salário Mínimo/RP=Razão de Prevalência

Fonte: ISA-CAPITAL, 2015.

As RP ajustadas foram estimadas por meio da Regressão Múltipla de Poisson, onde as variáveis apresentadas na Tabela 5 foram ajustadas entre si, com a presença da variável coordenadoria regional de saúde no modelo.

Tabela 5 – Razão de Prevalência ajustada do relato de visita do ACS, obtida por meio de análise de Regressão Múltipla de Poisson, moradores de 12 anos ou mais, segundo sexo, faixa etária, renda familiar e escolaridade do chefe de família, São Paulo, 2015.

Variáveis	RP ajustada*	(IC - 95%)	Valor de p**
Sexo			
Masculino	1		
Feminino	0,97	(0,90-1,04)	p=0,335
Faixa Etária			
12 a 19 anos	1		
20 a 59 anos	0,99	(0,92-1,08)	p=0,931
60 anos ou mais	0,83	(0,71-0,96)	p=0,013
Nível de Instrução- Chefe de Família			
Superior Completo	1		
Médio Completo/Superior Incompleto	1,55	(1,17-2,05)	p=0,002
Fundamental Completo/ Médio Incompleto	1,50	(1,12-2,02)	p=0,008
Sem Instrução/Fundamental Incompleto	1,70	(1,27-2,27)	p<0,001
Renda Familiar			
Mais que 9SM	1		
Mais que 5SM/até 9SM	1,21	(0,90-1,63)	p=0,207
Mais que 2SM/ até 5SM	1,33	(0,94-1,89)	p=0,108
Mais que 1SM/ até 2SM	1,45	(1,00-2,10)	p=0,050
Sem Rendimento/Até 1SM	1,58	(1,07-2,33)	p=0,021

* Variáveis apresentadas ajustadas entre si juntamente com a variável coordenadoria regional de saúde.

**Valor de p do Teste de Wald/SM=Salário Mínimo/RP=Razão de Prevalência.

Fonte: ISA-CAPITAL, 2015.

Após esse ajuste, os idosos apresentaram prevalência de relato de visita de ACS 17% menor (RP= 0,83) quando comparados com os adolescentes. Em relação ao nível de instrução, moradores com o chefe de família com ensino médio completo/superior incompleto, fundamental completo/médio incompleto o e fundamental incompleto/sem instrução apresentaram as prevalências de relato de visita do ACS maiores em 55% (RP=1,55), 50% (RP=1,50) e 70% (RP=1,70), respectivamente, quando comparados com moradores cujo chefe de família apresentava nível superior completo.

Em relação à renda familiar, os moradores que declararam que a família não tinha nenhum rendimento ou que o mesmo era inferior a 1SM apresentaram prevalência de relato de visita do ACS 58% maior (RP=1,58), quando comparados com os moradores que declararam renda familiar de mais de 9SM.

Nas tabelas 6 e 7 estão apresentadas as prevalências de relato de visita do ACS segundo características do domicílio e entorno.

Tabela 6 – Prevalência de relato de visita do ACS em moradores de 12 anos ou mais, segundo características do domicílio, São Paulo, 2015.

Variáveis	Relato de Visita do ACS	
	Prevalência (%)	(IC - 95%)
Tipo de Domicílio		
Casa de Alvenaria	51,1	(43,8-58,3)
Apartamento	30,2	(20,3-42,4)
Casa Precária/Barraco	52,0	(33,1-70,4)
Casa de Cômodos	32,7	(21,2-46,7)
Situação do Domicílio		
Próprio	48,1	(41,0-55,1)
Alugado	38,2	(31,2-45,8)
Cedido	57,4	(45,1-68,8)
Invaso/Outros	57,1	(33,8-77,7)
Cômodos		
Até 4	54,8	(47,6-61,7)
5 a 10	44,2	(37,2-51,5)
Mais que 10	25,0	(14,5-39,6)
Moradores		
Até 2	40,7	(33,9-47,9)
3 e 4	47,2	(40,1-54,4)
Maior que 4	52,4	(44,2-60,4)
Morador que necessita de cuidado Especial		
Sim	42,3	(40,7-53,7)
Não	47,2	(32,1-53,2)

Fonte: ISA-CAPITAL, 2015.

Houve maior relato de visitas no grupo de moradores residentes em casas (alvenaria/precárias), o que pode evidenciar maior facilidade de acesso a esse tipo de imóvel, bem como sua maior ocorrência em áreas cobertas pela ESF. Também houve maiores prevalências de relato nos grupos de moradores, cujas variáveis indicam menor nível socioeconômico e menor infraestrutura do domicílio (imóvel cedido/invaso; imóvel de até 4 cômodos; com maior número de moradores, ausência de: água encanada/iluminação elétrica e pública/coleta de esgoto/ rua pavimentada e calçadas/banheiro).

Tabela 7 – Prevalência de relato de visita do ACS em moradores de 12 anos ou mais, segundo características do domicílio e entorno, São Paulo, 2015.

Variável	Relato de visita de ACS	
	Prevalência (%)	(IC 95%)
Água Encanada		
Sim	46,9	(40,4-53,5)
Não	48,2	(19,8-77,9)
Iluminação Elétrica		
Sim	46,7	(40,3-53,3)
Não	71,2	(36,9-91,3)
Rede de Esgoto		
Sim	45,1	(38,6-51,8)
Não	81,2	(63,8-91,4)
Banheiro/Sanitário		
Sim	46,6	(40,1-53,2)
Não	60,0	(42,5-75,2)
Coleta do Lixo		
Sim	47,0	(40,5-53,6)
Não	33,1	(19,5-50,2)
Rua Pavimentada		
Sim	46,1	(39,7-52,7)
Não	66,5	(46,0-82,2)
Calçadas/Sarjetas		
Sim	45,3	(53,1-83,6)
Não	70,6	(38,9-51,9)
Iluminação Pública		
Sim	46,5	(40,0-53,1)
Não	62,1	(42,4-78,5)

Fonte: ISA-CAPITAL, 2015.

5.3. UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DA ESF

A prevalência de utilização dos serviços prestados pela ESF nos moradores que relataram visita do ACS no município de São Paulo foi de 59,2% (IC95% 54,8-63,5). As prevalências e razões de prevalências brutas, segundo características sociodemográficas e condições de saúde, estão descritas nas Tabelas 8 e 9, respectivamente.

Tabela 8 - Prevalência de utilização de serviços da Estratégia Saúde da Família nos moradores de 12 ou mais que relataram visita do ACS, segundo variáveis sociodemográficas, São Paulo, 2015.

Variáveis	Valor de p*	Prevalência (%)	(IC - 95%)
Sexo	p=0,079		
Masculino		56,6	(50,9-62,2)
Feminino		61,5	(56,8-66,0)
Faixa Etária	p=0,009		
12 a 19 anos		55,6	(48,9-62,0)
20 a 59 anos		58,5	(53,8-63,0)
60 anos ou mais		67,7	(60,4-74,2)
Raça	p=0,264		
Branca		60,1	(54,8-65,1)
Preta		54,9	(46,6-62,9)
Parda		60,4	(55,0-65,6)
Outras		50,3	(37,2-63,2)
Religião	p=0,924		
Não		58,8	(50,4-66,7)
Sim		59,2	(54,5-63,8)
Situação Conjugal	p=0,007		
Solteiro		55,5	(49,6-61,3)
Casado/União Estável		60,1	(55,2-64,8)
Separado/Desquitado/Divorciado		63,9	(56,4-70,8)
Viúvo		70,6	(63,0-77,3)
Ocupação	p=0,001		
Exerce atividade remunerada		56,8	(51,7-61,7)
Desempregado		54,0	(44,1-63,5)
Aposentado/Dona de Casa/Pensionista		69,0	(62,4-74,9)
Estudante		56,9	(49,7-63,9)
Coordenadoria Regional de Saúde	p =0,293		
Sul		63,6	(55,2-71,2)
Norte		51,2	(43,3-59,1)
Centro-Oeste		52,5	(32,1-72,0)
Sudeste		63,3	(51,7-73,6)
Leste		56,7	(50,6-62,7)
Nível de Instrução - Indivíduo	p=0,005		
Superior Completo		52,7	(43,4-61,8)
Médio Completo/Superior Incompleto		56,0	(50,2-61,7)
Fundamental Completo/ Médio Incompleto		57,5	(50,9-63,8)
Nunca Frequentou/Fundamental Incompleto		64,8	(59,7-69,5)

continua

continuação Tabela 8

Variáveis	Valor de p*	Prevalência (%)	(IC - 95%)
Renda Familiar	p=0,860		
Mais que 9SM		62,9	(45,4-77,6)
Mais que 5SM/até 9SM		56,0	(46,1-65,6)
Mais que 2SM/ até 5SM		60,0	(54,8-64,9)
Mais que 1 SM/ até 2SM		57,9	(50,4-65,0)
Sem Rendimento/Até 1 SM		60,4	(50,8-69,3)

*Valor de p do Teste do Qui-Quadrado (Rao-Scott)/RP=Razão de Prevalência

Fonte: ISA-CAPITAL, 2015.

Tabela 9 - Prevalência de utilização de serviços da Estratégia Saúde da Família nos moradores de 12 ou mais que relataram visita do ACS, segundo condições de saúde, São Paulo, 2015.

Variáveis	Valor de p*	Prevalência (%)	IC - 95%
Autoavaliação de Saúde	p=0,039		
Excelente/Muito Boa		52,1	(45,0-59,1)
Boa		60,7	(55,0-66,1)
Regular		60,3	(54,6-65,7)
Ruim/Muito Ruim		69,2	(56,6-79,6)
Morbidade nas últimas duas semanas	p=0,261		
Não		60,0	(55,4-64,4)
Sim		56,2	(49,4-62,9)
Doenças Crônicas	p=0,123		
Nenhuma		58,1	(52,3-63,8)
Uma		56,3	(50,0-62,5)
Duas		57,9	(50,0-65,4)
Três ou mais		65,1	(58,6-71,0)
Plano de Saúde	p=0,006		
Sim		54,1	(47,9-60,1)
Não		62,0	(57,4-66,4)

*Valor de p do Teste do Qui-Quadrado (Rao-Scott)/RP=Razão de Prevalência

Fonte: ISA-CAPITAL, 2015.

As RPs ajustadas foram obtidas por meio da Regressão Múltipla de Poisson ajustada por sexo, faixa etária e coordenadoria regional de saúde. As variáveis que permaneceram no modelo foram: ocupação - aposentados/donas de casa/pensionistas – prevalência de uso da ESF 13% maior (RP=1,13); plano de saúde – prevalência 12% maior (RP=1,12) nos moradores sem plano; autoavaliação de saúde – prevalência 26% (RP=1,26) maior no grupo de moradores como autoavaliação de saúde Muito Ruim/Ruim (Tabela 10).

Tabela 10 - Razão de Prevalência ajustada da utilização dos serviços prestados pela Estratégia Saúde da Família, obtida por meio da Regressão Múltipla de Poisson, em moradores de 12 anos ou mais, São Paulo, 2015.

Variáveis	*RP ajustada (IC-95%)	Valor de p**
Ocupação		
Exerce atividade remunerada	1	
Desempregado	0,91 (0,77-1,08)	0,293
Aposentado/Dona de Casa/Pensionista	1,13 (1,00-1,27)	0,043
Estudante	1,07 (0,88-1,31)	0,473
Plano de Saúde		
Sim	1	
Não	1,12 (1,02-1,26)	0,025
Faixa Etária		
12 a 19 anos	1	
20 a 59 anos	1,07 (0,90-1,28)	0,421
60 anos ou mais	1,15 (0,95-1,39)	0,148
Autoavaliação de Saúde		
Excelente/Muito Boa	1	
Boa	1,13 (0,98-1,30)	0,100
Regular	1,10 (0,94-1,29)	0,250
Ruim/Muito Ruim	1,26 (1,03-1,54)	0,028
Sexo		
Masculino	1	
Feminino	1,05 (0,95-1,17)	0,307
Coordenadoria Regional de Saúde		
Sul	1	
Norte	0,80 (0,65-0,99)	0,040
Centro-Oeste	0,83 (0,54-1,27)	0,386
Sudeste	0,99 (0,79-1,23)	0,921
Leste	0,89 (0,75-1,06)	0,189

*Ajustadas por sexo, faixa etária e coordenadoria regional de saúde.

**Valor de p no Teste de Wald/RP=Razão de Prevalência

Fonte: ISA-CAPITAL, 2015.

Após a obtenção da RP ajustada foi possível notar um maior relato de utilização de serviços da ESF nos grupos que têm maior tempo livre (aposentados/donas de casa/pensionista) e maior necessidade de saúde (autoavaliação de saúde Muito Ruim/Ruim).

5.4. OPINIÃO SOBRE OS SERVIÇOS PRESTADOS PELA ESF

A Figura 4 apresenta a opinião dos moradores que utilizaram algum tipo de serviço prestado pela ESF. Observou-se que a maior parte dos usuários opinou positivamente sobre os serviços prestados.

Figura 4 – Opinião dos moradores de 12 anos ou mais sobre os serviços prestados pela Estratégia Saúde da Família, São Paulo, 2015.

Fonte: ISA-CAPITAL, 2015.

Analisando as categorias Muito Bom/Bom agrupadas como uma variável dependente, as prevalências dessa variável no município e coordenadorias regionais de saúde são apresentadas na Figura 5. Não houve diferença estatisticamente significativa dessa variável entre as coordenadorias ($p=0,254$). Essas prevalências segundo características sociodemográficas e condições de saúde, estão descritas nas Tabelas 11 e 12, respectivamente.

Figura 5 - Prevalência de opinião Muito Bom/Bom sobre os serviços prestados pela Estratégia Saúde da Família em moradores de 12 anos ou mais, São Paulo e Coordenadorias Regionais de Saúde, 2015.

Fonte: ISA-CAPITAL, 2015.

Tabela 11 – Prevalência e razão de prevalência de opinião Muito Bom/Bom em moradores de 12 anos ou mais que utilizaram algum serviço prestado pela Estratégia Saúde da Família, segundo variáveis sociodemográficas, São Paulo, 2015.

Variáveis	Valor de p*	Prevalência (%)	(IC-95%)
Sexo	p=0,661		
Masculino		80,9	(75,7-85,1)
Feminino		79,5	(74,8-83,5)
Faixa Etária	p=0,070		
12 a 19 anos		86,0	(80,2-90,3)
20 a 59 anos		79,5	(75,4-83,1)
60 anos ou mais		77,6	(71,1-82,9)
Raça	p=0,095		
Branca		83,2	(78,4-87,1)
Preta		79,3	(69,0-86,8)
Parda		78,8	(74,0-82,9)
Outras		66,1	(47,4-80,9)
Religião	p=0,017		
Não		88,4	(80,8-93,2)
Sim		79,2	(75,6-82,3)

continua

continua Tabela 11

Variáveis	Valor de p*	Prevalência (%)	(IC-95%)
Situação Conjugal	p=0,306		
Solteiro		83,0	(77,8-87,3)
Casado/União Estável		79,5	(75,1-83,3)
Separado/Desquitado/Divorciado		78,3	(66,3-86,9)
Viúvo		74,4	(66,1-81,3)
Ocupação	p=0,103		
Exerce atividade remunerada		80,3	(76,3-83,7)
Desempregado		74,1	(63,2-82,6)
Aposentado/Dona de Casa/Pensionista		80,1	(74,5-84,8)
Estudante		86,8	(80,2-91,4)
Coordenadoria Regional de Saúde	p=0,254		
Sul		84,9	(78,8-89,5)
Norte		76,9	(64,0-86,1)
Centro-Oeste		81,4	(63,1-91,8)
Sudeste		77,7	(69,8-84,0)
Leste		75,7	(69,9-80,6)
Nível de Instrução - Indivíduo	p=0,143		
Superior Completo		90,2	(79,8-95,5)
Médio Completo/Superior Incompleto		79,9	(74,7-84,3)
Fundamental Completo/Médio Incompleto		76,8	(69,0-83,1)
Nunca Frequentou/Fundamental Incompleto		80,3	(75,2-84,6)
Renda Familiar	p=0,553		
Mais que 9SM		87,3	(74,7-94,1)
Mais que 5SM/até 9SM		80,4	(69,3-88,1)
Mais que 2SM/ até 5SM		80,5	(75,5-84,6)
Mais que 1SM/ até 2SM		80,0	(72,7-85,8)
Sem Rendimento/Até 1 SM		73,3	(62,9-81,7)

*Valor de p do Teste do Qui-Quadrado (Rao-Scott)/RP=Razão de Prevalência

Fonte: ISA-CAPITAL, 2015.

Tabela 12 – Prevalência e razão de prevalência de opinião Muito Bom/Bom em moradores de 12 anos ou mais que utilizaram algum serviço prestado pela Estratégia Saúde da Família, segundo condições de saúde, São Paulo, 2015.

Variáveis	Valor de p*	Prevalência (%)	(IC-95%)
Autoavaliação de Saúde	p=0,002		
Excelente/Muito Boa		85,4	(79,9-89,6)
Boa		82,3	(78,2-85,8)
Regular		73,7	(67,0-79,4)
Ruim/Muito Ruim		71,2	(56,6-82,4)
Morbidade 15 dias	p=0,069		
Não		81,3	(77,3-84,7)
Sim		74,7	(67,6-80,6)
Doenças Crônicas	p=0,120		
Nenhuma		83,2	(78,5-87,0)
Uma		80,6	(73,3-86,2)
Duas		80,2	(71,4-86,7)
Três ou mais		74,9	(69,5-79,6)
Plano de Saúde	p=0,012		
Sim		75,5	(69,3-80,8)
Não		82,2	(78,6-85,3)

*Valor de p do Teste do Qui-Quadrado (Rao-Scott)/RP=Razão de Prevalência

Fonte: ISA-CAPITAL, 2015.

As RPs ajustadas foram obtidas por meio da Regressão Múltipla de Poisson. As variáveis que permaneceram no modelo foram: autoavaliação de saúde - os moradores que avaliaram sua saúde como regular apresentaram prevalências de opinião Muito Bom/Bom 15% menor (RP= 0,85) menor; plano de saúde – quem não tem plano de saúde 9% maior (RP=1,09); religião – quem tem alguma religião 9% menor (RP= 0,91); nível de instrução - médio completo/superior incompleto, fundamental completo/médio incompleto e sem instrução/fundamental incompleto, 13% (RP=0,87), 19% (RP=0,81) e 15% (RP=0,85) menor, respectivamente (Tabela 13).

Tabela 13 - Razão de Prevalência ajustada de opinião Muito Bom/Bom sobre os serviços prestados pela Estratégia Saúde da Família, obtida por meio da Regressão Múltipla de Poisson, em moradores de 12 anos ou mais, São Paulo, 2015.

Variáveis	RP Ajustada* (IC-95%)	Valor de p**
Autoavaliação de Saúde		
Excelente/Muito Boa	1	
Boa	0,94 (0,89-1,00)	0,056
Regular	0,85 (0,78-0,93)	p<0,001
Ruim/Muito Ruim	0,83 (0,68-1,00)	0,055
Plano de Saúde		
Sim	1	
Não	1,09 (1,01-1,18)	0,025
Religião		
Não	1	
Sim	0,91 (0,84-0,97)	0,007
Escolaridade do Indivíduo		
Superior Completo	1	
Médio Completo/Superior Incompleto	0,87 (0,77-0,97)	0,016
Fundamental Completo/Médio Incompleto	0,81 (0,70-0,93)	0,003
Sem Instrução/Fundamental Incompleto	0,85 (0,76-0,96)	0,007

*Ajustadas por sexo, faixa etária e coordenadoria regional de saúde.

**Valor de p no Teste de Wald

Fonte: ISA-CAPITAL, 2015.

Após a obtenção da RP ajustada foi possível observar uma pior avaliação do serviço prestado pela ESF, nos grupos que têm menor escolaridade e que relataram autoavaliação de saúde como regular. No entanto, o grupo sem plano de saúde houve uma melhor avaliação.

6. DISCUSSÃO

Este estudo apontou que quase a metade da população de 12 anos ou mais residentes da área urbana de São Paulo relatou ter recebido alguma visita do ACS. Esse relato concentra-se na população de menor renda familiar e com chefes de família de menor nível de instrução.

Mais da metade da população que relatou visita do ACS utilizou algum serviço prestado pela ESF. Ser aposentado/dona de casa/pensionista, não ter plano de saúde ou ter referido uma pior autoavaliação de saúde foram fatores que estiverem associados ao uso dos serviços oferecidos pela ESF nesta população.

Os serviços prestados foram bem avaliados pela grande maioria de seus usuários e ter alguma religião ou menor nível de instrução esteve associado a uma menor prevalência de avaliação positiva, enquanto que ter plano de saúde a uma maior.

Este estudo, utilizando o relato de visita de ACS como *proxy* de cobertura da ESF, apontou que 46,4% da população de 12 anos ou mais residentes na área urbana de São Paulo estavam cobertas pela ESF.

Comparando as coberturas encontradas com as disponibilizadas pela SMS de São Paulo, apenas a cobertura para o município como um todo apresentou diferença. Este estudo estimou uma cobertura maior e isso pode ter acontecido pelo fato do processo de amostragem não levar em consideração a cobertura da ESF em São Paulo, o que ocasionou uma maior coleta de dados em áreas de maior cobertura sem posterior ajuste.

A cobertura da ESF em grandes cidades e metrópoles apresentou estabilidade no período de transição entre as décadas de 2000 e 2010, quando pouco crescimento foi observado. Entretanto, metrópoles como Rio de Janeiro, Belo Horizonte e São Paulo apresentaram grandes incrementos no número de equipes no começo da última década (COSTA, 2016).

No período compreendido entre dezembro de 2005 a dezembro 2015, o incremento desta cobertura em São Paulo foi de 50%, enquanto que a nível nacional, este aumento foi de 44%. Porém, em dezembro de 2015, São Paulo ainda figurava com a quinta menor cobertura populacional de ESF entre as capitais brasileiras, ficando atrás de Brasília, Maceió, Salvador e Belém (BRASIL, 2015).

Apesar dos esforços, evidencia-se a persistente dificuldade de implantação e consolidação da ESF em grandes metrópoles (COSTA, 2016), como é o caso de São Paulo. Essa dificuldade pode ser exemplificada por um estudo realizado nos municípios paulistas com mais 100 mil habitantes que identificou 4 modelos de organização de serviços de saúde, segundo a produção ambulatorial de cada município. Tanto nas regiões metropolitanas e municípios desse porte situados no interior o modelo encontrado em menor proporção foi o centrado na APS com ênfase na ESF (VIANA *et al.*, 2008).

Especificamente nas regiões metropolitanas, o modelo mais prevalente foi o diversificado, caracterizado pela maior parte de sua produção ambulatorial composta por procedimentos de média e alta complexidade e com forte atuação do setor privado nas ações de saúde. Esse cenário representa grande empecilho para a implantação e consolidação da ESF nessas áreas (VIANA *et al.*, 2008).

A densidade populacional, concentração de instituições privadas de saúde atraídas por um mercado promissor, concentração de serviços de média e alta complexidade, grande oferta na rede de serviços de saúde alocados de forma desigual, envelhecimento populacional, doenças e agravos decorrentes do aumento da violência e acidentes de trânsito e marcantes desigualdades sociais se constituem como grandes barreiras para a implantação e consolidação da ESF em cidades de maior porte populacional (CAETANO e DAIN, 2002; VIANA *et al.*, 2008).

Estratégias como os incentivos financeiros federais, a adoção de transferências de recursos financeiros “fundo a fundo” para estados e municípios, a promulgação da Emenda Constitucional 29 e o maior protagonismo estadual/municipal na gestão das ações de saúde estimularam a implantação da ESF em grandes centros. Porém, ainda existe uma lacuna na PNAB que, em termos de financiamento, ainda favorece a implantação da ESF em pequenas cidades (COSTA, 2016).

Acredita-se também que em cidades com uma grande rede de serviços de saúde exista uma limitação de recursos financeiros para a implantação da ESF, devido ao comprometimento de suas receitas com a provisão de serviços de sua ampla rede. Portanto, a implantação da ESF se constituiria como um fardo nos orçamentos das grandes cidades, principalmente no que diz respeito à contratação de recursos humanos, devido às condições impostas pela Lei de Responsabilidade Fiscal que limita os gastos para esta finalidade (COSTA, 2016).

Esse cenário propiciou o crescimento da participação de instituições não pertencentes à administração direta na gestão da ESF (COSTA, 2016). No município de São Paulo, por

exemplo, no ano de 2010, 72% dos estabelecimentos de saúde da APS da cidade eram geridos por Organizações Sociais (CONTREIRAS e MATTA, 2015). A presença de outras instituições na gestão da ESF em São Paulo não é nenhuma novidade, pois elas estão presentes desde as primeiras experiências ESF no município, porém o que impressiona é o grande espaço ocupado por elas, principalmente na APS.

Neste estudo a prevalência de relato de visita do ACS foi 58% maior em moradores sem renda familiar declarada ou de até 1SM quando comparados com o grupo de maior renda. Em relação à escolaridade, esta prevalência foi 70% maior em moradores cujo chefe de família não tinha instrução formal ou com o ensino fundamental incompleto, quando comparados a chefes com ensino superior completo.

Os moradores residentes nas áreas que correspondem a CRS Sul e Leste (regiões de menor nível de escolaridade e renda, e de maior cobertura populacional pela ESF) apresentaram as maiores prevalências de relato de visita do ACS.

As origens do então PSF demonstra o caráter focalizador dessa política pública. Na época priorizou-se a implantação de equipes em áreas de risco, segundo o Mapa da Fome elaborado pelo Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas. O cenário era marcado por medidas econômicas de contenção de gastos em saúde ditadas pelo Fundo Monetário Internacional e Banco Mundial, que questionavam a efetividade desses gastos e seu baixo alcance nas populações mais vulneráveis (SENNA, 2002; SISSON, 2007).

Essas instituições financeiras internacionais também debatiam sobre o real papel do Estado no Brasil, atribuindo ao mesmo apenas a função de promover serviços básicos de saúde para as populações mais pobres, fato que pôde ser observado no início do PSF pautado em conceitos de uma APS seletiva (SENNA, 2002; SISSON, 2007; GIOVANELLA, 2012).

Importantes inquéritos de saúde de base populacional também demonstraram a focalização na cobertura populacional da ESF. A PNAD 2008 revelou maior cobertura em domicílios com menor rendimento mensal domiciliar per capita e com chefes de família de menor escolaridade. A PNS 2013 utilizou a escolaridade como *proxy* renda e, como a PNAD, evidenciou maior cobertura em domicílios cujo chefe de família apresentava menor nível de escolaridade (MALTA *et al.*, 2016). Em grandes centros, a implantação da ESF também privilegiou regiões pobres e de maior vulnerabilidade social (COSTA, 2016).

Os achados deste estudo corroboram as informações oriundas dos grandes inquéritos nacionais e se mantém em conformidade com a forma que a ESF foi implantada em São Paulo, onde o critério adotado para seleção de distritos onde seriam alocadas as primeiras equipes da ESF foi a renda familiar.

Pode se dizer então que a ESF em grandes cidades e metrópoles não alcançou o caráter universal, se mantendo focalizada em segmentos de maior vulnerabilidade social (COSTA, 2016). Porém essa focalização não deve encarada como algo negativo, pois promoveu equidade vertical ao ampliar a oferta de serviços de saúde em locais onde residem pessoas com maior vulnerabilidade social e careciam de serviços de saúde (SENNA, 2002; SISSON, 2007; MALTA *et al.*, 2016).

Entretanto, essa focalização não deve se constituir como uma estratégia de oferta de uma restrita cesta básica de serviços, nos moldes de uma APS seletiva. Deve vir acompanhada de outras estratégias, com foco na garantia de direitos sociais e da integralidade das ações de saúde (SENNA, 2002; SISSON, 2007).

Este estudo não avaliou as práticas de saúde desenvolvidas na ESF, mas observa-se que o discurso da gestão municipal alinha-se para o alcance de uma APS abrangente (SÃO PAULO, 2015d).

Ainda em relação ao relato de visita do ACS, os idosos apresentaram prevalência de relato 17% menor quando comparados com os adolescentes. Esse achado pode estar relacionado com a forma de investigação da visita do ACS, na qual o entrevistado poderia relatar visita para si ou para algum familiar.

Possivelmente, os adolescentes relataram visitas no domicílio do ACS para os adultos ou para os idosos, que apresentam maiores necessidades e devem ser acompanhados pela equipe ESF.

Contudo, essa maior prevalência de relato encontrada nos adolescentes pode ser explorada, visto que as ações de saúde do adolescente são consideradas um desafio para as equipes da ESF (ARANTES *et al.*, 2016). Sendo assim, por mais que o adolescente pudesse relatar que a visita foi para algum outro familiar, esse encontro com o ACS ou até mesmo apenas a percepção da presença desse profissional, pode ser o ponto de partida para a execução de ações para este público, visto que este profissional tem um grande potencial na criação de vínculos com os usuários.

Sobre a utilização de serviços da ESF a literatura apresenta três padrões de uso: o residual, que consiste nos moradores que apenas recebem visita do ACS, mas não frequentam a unidade de saúde nem participam de atividades comunitárias; o parcial, moradores recebem visita do ACS, frequentam a unidade para a realização de consultas individuais, mas não participam de atividades comunitárias; e o completo, moradores que utilizam os três serviços descritos anteriormente (BOUSQUAT *et al.*, 2008).

Dentre as pessoas que relataram visita do ACS, mais metade (59,4%) relatou ter utilizado algum serviços prestado pela ESF e a maior prevalência foi encontrada na CRS Sul (63,6%). Esse achado é de grande significância diante da dificuldade da ESF em se constituir como a porta de entrada preferencial da rede de serviços de saúde, conforme preconizado (SILVA *et al.*, 2013; ARANTES *et al.*, 2016).

Em grandes centros urbanos existem vários outros serviços de saúde que concorrem com a ESF como porta de entrada para o sistema de saúde (SILVA *et al.*, 2013; ARANTES *et al.*, 2016). Em São Paulo, essa concorrência pode ser exemplificada pelas AMAs que, embora consideradas serviços de APS, se estabeleceu como uma outra porta de entrada a rede de serviços de saúde, devido a características do processo de trabalho e distanciamento da rede da APS (SÃO PAULO, 2015d).

Neste estudo não foram observadas iniquidades na utilização de serviços prestados pela ESF, pois fatores como maior renda familiar e nível de instrução não estiveram associados a uma maior prevalência de utilização de serviços da ESF.

Acredita-se que em áreas cobertas pela ESF a utilização de serviços de saúde está mais próxima de alcançar a equidade horizontal (MACINKO e LIMA-COSTA, 2012a). Um estudo realizado em áreas cobertas e não cobertas pelo Projeto Qualis (embrião da ESF no município de São Paulo) nos distritos da Vila Nova Cachoeirinha e Vila Curaçá (Itaquera), apontou menores iniquidades na utilização de serviços nas áreas coberta pelo Qualis (GOLDBAUM *et al.*, 2005).

A adscrição a uma equipe ESF confere aos moradores a maior probabilidade de ter uma fonte habitual de cuidados, ter realizado alguma consulta médica/odontológica no último ano, ter conseguido todos os medicamentos necessários e estar satisfeito com o atendimento necessário, quando comparados com moradores não cobertos pela ESF ou por algum plano de saúde. Entretanto, as prevalências das condições citadas anteriormente são menores em comparação com moradores que têm plano de saúde privado (MACINKO e LIMA COSTA, 2012a).

A PNS 2013 mostrou que aumentou a participação do SUS e dos planos de saúde no custeio de serviços de assistência a saúde em detrimento do pagamento direto pela população. Onde o SUS mais aumentou sua participação foram nas regiões Sul e Sudeste do país, enquanto que os planos aumentaram na Centro-Oeste (VIACAVA e BELLIDO, 2016).

Segundo o modelo de utilização de serviços de saúde, a posse de plano privado é um fator capacitante que influencia na procura de assistência a saúde (ANDERSEN, 1995). No

Brasil, a posse de plano de saúde aumenta a probabilidade de utilização de serviços de saúde (PORTO *et al.*, 2014).

Neste estudo, a prevalência de utilização de serviços prestados pela ESF foi 10% maior nos moradores que não tinham plano de saúde. Esse resultado também foi encontrado em outra investigação realizada em uma população coberta pela ESF em Porto Alegre (FERNANDES *et al.*, 2009).

Esses achados podem ser influenciados pela implantação focalizada da ESF, que privilegia áreas de menor nível socioeconômico, sabidamente onde existem menores prevalências de posse de plano de saúde, sendo assim a população depende mais do SUS na provisão de assistência à saúde.

Em um estudo realizado em uma área com alta prevalência de posse de plano de saúde e coberta pela ESF, foi observado que a utilização de serviços prestados pela ESF sofre influência do sistema privado e fica restrita a visita do ACS, que é obrigatória para todos os moradores da área de abrangência (BOUSQUAT *et al.*, 2012).

Neste estudo não foi possível identificar qual o tipo de serviço foi utilizado pelos moradores, mas acredita-se que, pela forma de investigação, a visita do ACS isolada não foi considerada utilização, por mais que este profissional tenha competência na resolução de algumas condições de saúde.

Outro fator associado a uma maior prevalência de utilização de serviços prestados pela ESF foi a ocupação que, pelo modelo comportamental de utilização de serviços de saúde, é considerada um fator predisponente para a utilização de serviços de saúde (ANDERSEN, 1995).

No grupo de aposentados/donas de casa/pensionistas a prevalência de utilização foi 13% maior. Em moradores cobertos pela ESF, um estudo realizado em Porto Alegre encontrou a maior prevalência de utilização de serviços da ESF em pessoas desempregadas (FERNANDES *et al.*, 2009) enquanto que outro realizado em São Paulo evidenciou uma maior prevalência em moradores inativos. (GOLDBAUM *et al.*, 2005).

Dados da PNAD no período de 1998-2008 demonstraram que os desempregados e trabalhadores sem proteção social (sem carteira assinada e ausência de contribuição previdenciária) apresentam menores prevalências de utilização de serviços de saúde. Por tipo de serviço de saúde procurado, 60% desses grupos utilizaram as unidades básicas de saúde, enquanto que apenas 34% dos trabalhadores com proteção social utilizaram esse local de atendimento (GIATTI e BARRETO, 2011).

Especula-se que os trabalhadores com proteção social dispõem de várias opções de serviços de saúde, propiciada, na maioria das vezes, pela maior prevalência de posse de plano de saúde nesse grupo, decorrente dos contratos de trabalho (GIATTI e BARRETO, 2011). A PNS 2013 evidenciou que a maior proporção de pessoas com planos de saúde, tem os empregadores do titular como responsáveis pelo seu pagamento (IBGE, 2013)

Portanto, a filiação a plano de saúde pode ter influenciado novamente os achados deste estudo. A maior utilização de serviços prestados pela ESF pelo grupo de aposentados/donas de casa/pensionistas pode ser explicada pela ausência de vínculo empregatício nesse grupo, e por consequência menor probabilidade de ter plano de saúde, o que aumenta a probabilidade de procura a serviços públicos de saúde quando necessário.

Outro fator que pode estar contribuindo para uma maior prevalência de utilização de serviços nesse grupo pode ser o tempo livre para realizar o cuidado à saúde. O tempo, no modelo comportamental de utilização de serviços de saúde, é considerado um fator capacitantes para utilização de serviços de saúde (ANDERSEN e NEWMAN, 2005).

A influência da ocupação na procura por serviços de saúde pode ser exemplificada por um estudo que avaliou o acesso e utilização de serviços da ESF. Os usuários entrevistados apontaram a dificuldade dos serviços de saúde em promover acessibilidade, de acordo com a necessidade da população. Houve relatos de usuários, que, muitas vezes, para conseguir a realização de consultas tiveram que faltar ao trabalho. Os mesmos avaliaram negativamente o serviço de saúde pela falta de abertura em algum final de semana ou em algum dia depois das 18 horas (REIS *et al.*, 2013).

Portanto, nos aposentados/donas de casa/pensionistas essa dificuldade de acesso pode estar ausente, pois por não realizarem nenhuma atividade remunerada e não ter a obrigação de cumprir jornadas de trabalho pré-estabelecidas, em tese, esse grupo teria mais tempo livre para utilizarem os serviços de saúde quando necessário.

Por fim, esse achado pode indicar dificuldades da ESF em garantir a acessibilidade, principalmente em relação à abertura de unidades em horários alternativos, por mais que isso já exista em algumas unidades. Esse fato merece maiores investigações para ser confirmado.

Ainda, outro fator se mostrou associado à utilização de serviços prestados pela ESF. A prevalência dessa utilização foi 26% maior em moradores que autoavaliaram a saúde em Muito Ruim/Ruim. Pelo modelo comportamental de utilização de serviços de saúde, a autoavaliação de saúde é entendida como um fator de necessidade percebida e influencia na procura a serviços de saúde (ANDERSEN, 1995).

Outros dois estudos realizados em áreas cobertas pela ESF também evidenciaram uma maior prevalência de utilização em moradores de pior autoavaliação de saúde (GOLDBAUM *et al.*, 2005; FERNANDES *et al.*, 2009). Outro fator que pode estar influenciando esse resultado é, novamente, a focalização da ESF em regiões de menor nível socioeconômico, onde existe uma menor proporção de moradores que avaliam sua saúde positivamente (RIBEIRO e BARATA, 2012).

A visita do ACS também pode ter influenciado esse achado, pois esse profissional pode ter auxiliado para resolutividade de algumas condições de saúde no território, contribuindo para a utilização de serviços na unidade de saúde para os moradores com o pior quadro de saúde, situação que pode ter ocorrido anteriormente em áreas cobertas pela ESF em São Paulo (GOLDBAUM *et al.*, 2005).

Ao contrário da hipótese citada acima, a maior utilização por moradores de pior autoavaliação de saúde pode estar relacionada com a dificuldade no alcance da longitudinalidade nas ações realizadas pela ESF. Sendo assim, a falta de um acompanhamento permanente pode estar favorecendo a utilização de serviços de saúde somente em casos de extrema necessidade. Ambas as hipóteses merecem maiores investigações para serem aceitas ou descartadas.

No que diz respeito à opinião dos usuários sobre os serviços prestados, a grande maioria (80,1%) os consideraram Muito Bom/Bom. A satisfação com os serviços prestados pode ser considerada um indicador importante para estimar a qualidade dos serviços prestados, porém não deve ser considerado o único. (PAIVA *et al.*, 2015)

Diversos instrumentos, baseados em seus atributos essenciais, são utilizados para avaliar a APS, sendo que o PCATools (Primary Care Assessment Tool) e o EUROPEP (European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care) são os mais utilizados no Brasil (FRACOLLI *et al.*, 2014). Para a avaliação da satisfação dos usuários da APS, alguns especialistas apontam o acesso/acessibilidade/disponibilidade, a relação profissional-usuário e o direito a informação como os aspectos mais relevantes a serem investigados (PAIVA *et al.*, 2015).

No geral, a pesquisa de satisfação nos serviços de saúde envolve dois grandes objetivos: descrever a percepção dos usuários sobre os serviços prestados, fato que está relacionada com o alcance de resultados esperados provenientes de alguma intervenção específica e influenciada por fatores intrínsecos do usuário; avaliar a qualidade dos serviços prestados, onde a satisfação dos usuários pode estar relacionada com as relações interpessoais

estabelecidas entre o profissional de saúde e usuários, infraestrutura dos serviços e o uso de tecnologias adequadas (ESPERIDIÃO e TRAD, 2006).

Acredita-se que no Brasil pessoas com menor nível socioeconômico apresentem melhores níveis de satisfação com os serviços prestados (ESPERIDIÃO e TRAD, 2006). Porém, o inverso foi encontrado na amostra brasileira que subsidiou a Pesquisa Mundial de Saúde (PMS), onde ter baixa escolaridade esteve associado a maior insatisfação com os serviços prestados (GOUVEIA *et al.*, 2009).

Neste estudo, pessoas com o nível de instrução mais baixo e de autoavaliação de saúde regular apresentaram menores prevalências de opinião Muito Bom/Bom sobre os serviços prestados. Uma maior insatisfação nos moradores com pior autoavaliação de saúde foi encontrada na PMS (GOUVEIA *et al.*, 2009).

Embora não foi observada significância estatística, os moradores de pior autoavaliação de saúde, os idosos e os com mais de três doenças crônicas apresentaram menores prevalências de opinião Muito Boa/Boa.

Devido as suas características, esses grupos apresentam necessidades de saúde que converge com a atenção preconizada pela APS, principalmente nos seguintes atributos da APS: longitudinalidade, coordenação do cuidado e integralidade. Essa menor satisfação com os serviços prestados podem evidenciar dificuldades da APS em alcançar tais atributos, que não são confirmadas nesse estudo e também necessitam de maiores investigações.

Ter uma religião também esteve associado a uma menor prevalência de opinião Muito Bom/Bom neste estudo. Esse achado pode estar relacionado com as crenças, expectativas e percepções que podem influenciar tanto a utilização de serviços de saúde como a satisfação dos usuários (ESPERIDIÃO e TRAD, 2006).

Entretanto, a ausência de plano de saúde em usuários esteve associada a uma maior prevalência de opinião Muito Bom/Bom, porém na Pesquisa Mundial de Saúde ser usuário exclusivo do sistema público de saúde, esteve associado a maior chance de estar insatisfeito com os serviços prestados pelo serviço público (GOUVEIA *et al.*, 2009).

Esta divergência de resultados pode ser decorrente da baixa posse de plano de saúde na população coberta pela ESF como já citado anteriormente ou pela ESF se constituir, na maioria das vezes, como a única forma dessa população ter assistência a saúde, sendo assim, o próprio acesso já seria suficiente para satisfação com o serviço prestado.

Além dos pontos discutidos anteriormente, este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. Ao se considerar o relato de visita do ACS como *proxy* de cobertura da ESF, este estudo pode ter incluído moradores de

áreas que apresentam somente equipes de EACS. Porém, pelas semelhanças na atuação dessas duas estratégias no território, as investigações sobre utilização e satisfação com os serviços prestados possivelmente não foram afetadas.

Outra limitação foi decorrente da impossibilidade de estabelecer a época que a visita do ACS e utilização de serviços da ESF ocorreu. Os moradores podem ter relatado de visitas e utilização de serviços que aconteceram há muito tempo atrás, o que deve ser considerado na emissão de conclusões sobre o cenário atual da ESF, mas não inviabiliza conclusões sobre um panorama geral da ESF no município.

O viés de memória pode atenuar a limitação citada acima, pois os entrevistados tendem a se lembrar mais de fatos que aconteceram recentemente. Por se tratar de informações referidas pelos moradores entrevistados, o viés de informação pode ter ocorrido e influenciado na classificação dos entrevistados, segundo as variáveis dependentes ou independentes investigadas nesse estudo.

Este estudo não conseguiu realizar suas análises para cada CRS. Isso ocorreu por causa da não inclusão de parâmetros relacionados a cobertura da ESF em cada coordenadoria no plano amostral do ISA-CAPITAL/2015. Isso ocasionou uma amostra insuficiente de moradores que receberam visita do ACS e que poderiam utilizar os serviços da ESF, o que gerou estimativas com pouca precisão.

Portanto, a CRS foi considerada mais uma variável independente, onde a prevalência de cada um dos desfechos foi estimada. Estas limitações não invalidam os achados deste estudo que utilizou os dados do ISA-CAPITAL/2015, um grande inquérito, que por meio de uma amostra complexa e representativa, possibilitou estimar prevalências com boa precisão para o município de São Paulo.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em São Paulo, como em outros grandes centros urbanos, a ESF ainda apresenta desafios para se consolidar de fato como estratégia reorientadora do modelo de atenção, pois o município não apresenta uma alta cobertura populacional deste serviço e existe uma focalização em regiões de menor nível socioeconômico.

Porém, essa focalização não deve ser considerada algo negativo, pois ela pode estar contribuindo para o alcance da equidade vertical, propiciando uma oferta de serviços de saúde para pessoas de maior vulnerabilidade social e necessidade de saúde; entretanto as características das ações de saúde que são realizadas precisam ser consideradas.

Recomenda-se a realização frequente de outros estudos para investigar o conteúdo das ações de saúde, com o objetivo de se construir um monitoramento constante, para verificar se as ações que são realizadas na ESF estão pautadas no princípio de uma APS abrangente.

A utilização dos serviços da ESF por mais da metade da população que relatou visita do ACS, pode indicar que a ESF está se configurando como uma importante porta de entrada para rede de serviços de saúde nessa população.

A maior prevalência de utilização de serviços da ESF em aposentados/donas de casa/pensionistas (maior tempo livre). Do mesmo modo, uma maior utilização com menores prevalências de avaliação positiva foram encontradas nos grupos de maior necessidade de saúde.

Esses achados podem estar relacionados com possíveis dificuldades que a ESF enfrenta em prover um acesso adequado e/ou no alcance dos atributos essenciais. Portanto, além da utilização da ESF, há necessidade de pesquisar fatores relacionados à avaliação, alcance de seus atributos e acesso a esse serviço em São Paulo.

Acredita-se que a ESF possa estar contribuindo para o alcance da equidade horizontal na utilização dos serviços de saúde, visto que a maior prevalência de utilização foi encontrada em moradores com maior necessidade (pior autoavaliação de saúde), fator determinante para uma utilização de serviços mais equânime.

Os serviços prestados pela ESF receberam, por grande parte dos usuários, índices positivos de avaliação, fato que pode indicar boa qualidade dos serviços prestados, porém outras investigações para confirmar essa hipótese são necessárias.

Por fim, este estudo trouxe informações relevantes sobre o panorama da ESF no município de São Paulo, que devem ser consideradas no planejamento e execução de ações nesses serviços, com o objetivo de qualificar a assistência prestada ao usuário.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDERSEN, R.; NEWMAN, J. F. Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. **Milbank Q**, v. 83, n. 4, dez.2005. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00428.x> >. Acesso em : 04 dez. 2015.

ANDERSEN, R. M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? **J Health Soc Behav**, v. 36, n. 1, p. 1-10, mar.1995. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7738325> >. Acesso em: 04 dez. 2015.

ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1499-1510, maio.2016. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S141381232016000501499&lng=en&nrm=iso&tlng=pt >. Acesso em: 15 jul. 2016.

BARROS, A. J.; HIRAKATA, V. N. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. **BMC Medical Research Methodology**, v. 3, n. 1, p. 21, out.2003. Disponível em: <<http://bmcmmedresmethodol.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2288-3-21> >. Acesso em: 04 dez. 2015.

BARROS, M. B. A. Introdução. In: CESAR, C. L. G. C.; CARANDINA, L. *et al.* **Saúde e condição de vida em São Paulo: Inquérito multicêntrico de saúde no estado de São Paulo**. São Paulo: USP/FSP, 2005.p.11-34.

BARROS, M. B. D. A. Health household surveys: potentials and challenges. **Rev. bras. epidemiol.**, v. 11, p. 6-19, maio.2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1415790X2008000500002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt >. Acesso em: 04 dez. 2015.

BOUSQUAT, A.; ALVES, M. C. G. P.; ELIAS, P. E. Utilization of the Family Health Program in metropolitan regions: a methodological approach. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 5, p. 903-906, out. 2008. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S003489102008000500016&lng=en&nrm=iso&tlng=pt >. Acesso em: 04 dez. 2015.

BOUSQUAT, A.; COHN, A.; ELIAS, P. E. Implementation of the Family Health Program and socio-spatial exclusion in the city of São Paulo, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 9, p. 1935-1943, set.2006. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102311X2006000900025&lng=en&nrm=iso&tlng=pt >. Acesso em: 04 dez. 2015.

BOUSQUAT, A.; GOMES, A.; ALVES, M. C. G. P. Access to the Family Healthcare Program in an area with "extensive" coverage of the private healthcare system. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2913-2921, nov.2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S141381232012001100008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 04 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 692 de 25 de março de 1994, Brasília, p. Cria códigos e estabelece condições de cobrança para o Programa de Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PSF e PACS), 1994. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 de mar. 1994. Disponível em: http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/prog_pacs_psf/. Acesso em: 04 dez. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Saúde da Família: Uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, Brasília, 1997. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>. Acesso em: 04 dez. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Projeto de expansão e consolidação da Saúde da Família - PROESF, Brasília, 2003. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PROESF.pdf>>. Acesso em: 04 dez. 2015.

_____. Ministério da Saúde/Instituto Nacional do Câncer. Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003., Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/inquerito/docs/completa.pdf>>. Acesso em: 04 dez. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº703 de 21 de outubro de 2011, Brasília, p. Estabelece normas para o cadastramento no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), das novas equipes que farão parte da Estratégia de Saúde da Família (ESF). 2011a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0703_21_10_2011.html>. Acesso em: 28 jul. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº2488 de 21 de outubro de 2011, Brasília, p. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). 2011b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 04 dez. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico, Brasília, 2014. Disponível em: <

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2014.pdf >. Acesso em: 04 dez. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica, Brasília, 2015. Disponível em: < http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php >. Acesso em: 03 out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Informações de Saúde- DATASUS, Brasília, 2016. Disponível em: < http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cnes/tipo_estabelecimento.htm >. Acesso em: 28 jul.2016.

BREMER, J. **A Casa de Higeia: o percurso da faculdade de saúde pública de São Paulo 1918-2010**. São Paulo: Ex Libris, 2010.

CAETANO, R.; DAIN, S. The Family Health Program and restructuring of basic health care in large Brazilian cities: old problems, new challenges. **Physis**, v. 12, n. 1, p. 11-21, jun.2002. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S010373312002000100002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt >. Acesso em: 05 out. 2016.

CAMPOS, C. E. A. As origens da rede de serviços de atenção básica no Brasil: o Sistema Distrital de Administração Sanitária. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 14, n. 3, p. 877-906, set.2007. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S010459702007000300011&lng=en&nrm=iso&tlng=pt >. Acesso em: 04 dez. 2015.

CAPISTRANO FILHO, D. O programa de saúde da família em São Paulo. **Estud. av.**, v. 13, n. 35, p. 89-100, abr.1999. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S010340141999000100008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt >. Acesso em: 04 dez. 2015.

CARVALHEIRO, J. D. R.; MARQUES, M. C. C.; MOTA, A. A Construção da Saúde Pública no Brasil no Século XX e Início do Século XXI. In: ROCHA, A. A.;CESAR, C. L. G. *et al.* **Saúde Pública: Bases Conceituais**. São Paulo: Atheneu, 2013.p.1-18.

CESAR, C. L. G. Uso de Serviços de Saúde. In: BARROS, M. B. D. A.;CARANDINA, L. *et al.* **As Dimensões da Saúde: Inquérito populacional em Campinas**. São Paulo: Hucitec, 2008. p.185-95.

CESAR, C. L. G. *et al.* **Saúde e Condição de Vida em São Paulo: Inquérito Multicêntrico de Saúde no Estado de São Paulo**. São Paulo: USP-FSP, 2005. p.212.

CESAR, C. L. G.; TANAKA, O. Y. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 12, 1996. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102311X1996000600007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt >. Acesso em: 04 dez. 2015.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, 2008. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102311X2008001300002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt >. Acesso em: 04 dez. 2015.

CONTREIRAS, H.; MATTA, G. C. Privatização da gestão do sistema municipal de saúde por meio de Organizações Sociais na cidade de São Paulo, Brasil: caracterização e análise da regulação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 285-297, fev. 2015. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2015000200285&lng=en&nrm=iso&tlng=pt >. Acesso em: 05 out. 2016.

COSTA, N. D. R. A Estratégia de Saúde da Família, a atenção primária e o desafio das metrópoles brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1389-1398, maio. 2016. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232016000501389&lng=en&nrm=iso&tlng=pt >. Acesso em: 15 jul. 2016.

CUETO, M. The ORIGINS of Primary Health Care and SELECTIVE Primary Health Care. **Am J Public Health**, v. 94, 2004. p. 1864-74, nov. 2004. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1448553> >. Acesso em: 04 dez. 2015.

DEVER, A. Epidemiologia na Administração dos Serviços de Saúde. In: _____. **Epidemiologia na Administração dos Serviços de Saúde** São Paulo: Pioneira, 1988. p. 211-36.

ELIAS, P. et al. A implantação do Programa Saúde da Família no município de São Paulo 2001-2003. **Revista Brasileira de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde 2004. Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/revista_saude_familia7.pdf >. Acesso em: 10 out. 2016.

ESPERIDIÃO, M. A.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 6, p. 1267-1276, jun. 2006. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102311X2006000600016&lng=en&nrm=iso&tlng=pt >. Acesso em: 15 out. 2016.

FERNANDES, L. C. L.; BERTOLDI, A. D.; BARROS, A. J. D. Health service use in a population covered by the Estratégia de Saúde da Família (Family Health Strategy). **Rev.**

Saúde Pública, v. 43, n. 4, p. 595-603, ago.2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S003489102009000400005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt >. Acesso em: 04 dez. 2015.

FRACOLLI, L. A. et al. Primary health care assessment tools: a literature review and metanalysis. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 19, n. 12, p. 4851-4860, dez.2014.. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S141381232014001204851&lng=en&nrm=iso&tlng=pt >. Acesso em: 15 out.2016.

FSP-USP. Faculdade de Saúde Pública. Inquérito de Saúde do Município de São Paulo - Histórico, São Paulo, 2008. Disponível em: < http://www.fsp.usp.br/isa-sp/old/index_arquivos/Page266.htm >. Acesso em: 29 nov. 2016.

GIATTI, L.; BARRETO, S. M. Labor market status and the use of healthcare services in Brazil. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, n. 9, p. 3817-3827, set.2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S141381232011001000017&lng=en&nrm=iso&tlng=pt >. Acesso em: 15 out. 2016.

GIL, C. R. R. Primary health care, basic health care, and family health program: synergies and singularities in the Brazilian context. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, jun.2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102311X200600060000&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 04 dez. 2015.

GIOVANELLA, L. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S., *et al* (Ed.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro:Fiocruz, 2012. p.493-546.

GOLDBAUM, M. et al. Health services utilization in areas covered by the family health program (Qualis) in Sao Paulo City, Brazil. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 1, p. 90-99, jan. 2005. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S003489102005000100012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt >. Acesso em: 04 dez. 2015.

GOUVEIA, G. C. et al. User satisfaction in the Brazilian health system: associated factors and regional differences. **Rev. bras. epidemiol.**, v. 12, n. 3, p. 281-296, set.2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1415-790X2009000300001&lng=en&nrm=iso&tlng=pt >. Acesso em: 14 out. 2016;

GUEDES, J. D. S.; SANTOS, R. M. B. D.; DI LORENZO, R. A. V. A implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) no Estado de São Paulo (1995-2002). **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 875-883, dez.2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S01041290201100040000&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 04 dez. 2015.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar**, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: < <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv43063.pdf> >. Acesso em: 04 dez. 2015.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico e Contagem da População - Educação e Deslocamento**, 2010a. Disponível em: < <http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/listabl.asp?c=3547&z=cd&o=16> >. Acesso em: 04 dez. 2015.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico e contagem da população - Trabalho e Rendimento**, Rio de Janeiro, 2010b. Disponível em: < <http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/listabl.asp?c=3268&z=cd&o=7> >. Acesso em: 04 dez. 2015.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades** Rio de Janeiro, 2010c. Disponível em: < <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=355030&search=> >. Acesso em: 28 jul.2016.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa nacional de saúde: 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação**, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: < <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf> >. Acesso em: 04 dez. 2015.

LABONTE, R. et al. Is the Alma Ata vision of comprehensive primary health care viable? Findings from an international project. **Glob Health Action**, v. 7, p. 249-97, 2014. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v7.24997> >. Acesso em: 10 out. 2016.

LAVRAS, C. Primary health care and the organization of regional health care networks in Brazil. **Saude soc.**, v. 20, n. 4, p. 867-874, dez.2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S010412902011000400005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt >. Acesso em: 04 dez. 2015.

LAWN, J. E. et al. Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to revitalise. **Lancet**, v. 372, n. 9642, p. 917-27, set.2008. Disponível em: < [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(08\)61402-6](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(08)61402-6) >. Acesso em: 15 out. 2016.

LEBRÃO, M. L.; CARANDINA, L.; MAGALDI, C. Análise das condições de saúde e de vida da população urbana de Botucatu, São Paulo (Brasil): IV - Morbidade referida em entrevistas domiciliares, 1983-1984. **Rev. Saúde Pública**, v. 25, n. 6, p. 452-460, dez. 1991. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S003489101991000600006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt >. Acesso em: 10 out. 2016.

MACINKO, J.; LIMA-COSTA, M. F. Horizontal equity in health care utilization in Brazil, 1998–2008. **Int J Equity Health**, v.11, p.11-33, abr.2012. Disponível em: <<https://equityhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-9276-11-33>>. Acesso em: 20 out. 2016.

MACINKO, J.; LIMA COSTA, M. F. Access to, use of and satisfaction with health services among adults enrolled in Brazil's Family Health Strategy: evidence from the 2008 National Household Survey. **Trop Med Int Health**, v. 17, n. 1, p. 36-42, jan.2012a. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-3156.2011.02866.x>>. Acesso em: 17 out. 2016.

MALTA, D. C. et al. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 327-338, fev.2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S141381232016000200327&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 04 de nov. 2016.

MELLO, G. A.; VIANA, A. L. D. Á. Centros de Saúde: ciência e ideologia na reordenação da saúde pública no século XX. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 18, n. 4, p. 1131-1149, dez.2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S010459702011000400010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 04 dez. 2015.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde nas redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf>. Acesso em: 04 dez. 2015.

MOTA, A.; SCHRAIBER, L. B. Atenção primária no sistema de saúde: debates paulistas numa perspectiva histórica. **Saude soc.**, v. 20, n. 4, p. 837-852, dez.2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-12902011000400003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 26 jul. 2016.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde**. Alma Ata, URSS, 1978. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o_Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 04 dez. 2015.

PAIM, J. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778-97, maio.2011. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(11\)60054-8](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(11)60054-8)>. Acesso em: 15 set. 2016.

PAIM, J. S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S., et al (Ed.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p.459-91.

PAIVA, M. B. P. D. et al. A contribution to the assessment of the Primary Health Care in the user's viewpoint. **Physis**, v. 25, n. 3, p. 925-950, set.2015. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S010373312015000300925&lng=en&nrm=iso&tlng=pt >. Acesso em: 18 out. 2016.

PORTO, S. M. et al. Equidade no financiamento da saúde, alocação de recursos e utilização dos serviços de saúde no Brasil. In: MCLNTYRE, D. e MOONEY, G. (Ed.). **Aspectos econômicos da equidade em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p.253-79.

RAO, M.; PILOT, E. The missing link – the role of primary care in global health. **Glob Health Action**, v.7, 2014. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3926992/> >. Acesso em: 15 out. 2016.

REIS, R. S. et al. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 11, p. 3321-3331, nov.2013. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S141381232013001100022&lng=en&nrm=iso&tlng=pt >. Acesso em: 04 nov. 2016.

RIBEIRO, M. C. S. A.; BARATA, R. B. Condições de Saúde da População Brasileira. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S., et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p.143-82.

SENNA, M. D. C. M. Equity and health policy: some reflections on the Family Health Program in Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, 2002. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102311X2002000700020&lng=en&nrm=iso&tlng=pt >. Acesso em: 04 dez. 2015.

SILVA, L. A. et al. Brazilian scientific production on the Family Health Strategy and the change in the model of care. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 18, n. 1, p. 221-232, jan.2013. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232013000100023&lng=en&nrm=iso&tlng=pt >. Acesso em: 04 dez. 2015.

SISSON, M. C. Considerations about the Family Health Program and the promotion of greater equity in health care policy. **Saude soc.**, v. 16, n. 3, p. 85-91, 12/2007 2007. ISSN 0104-1290. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S010412902007000300008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt >. Acesso em: 12 out. 2016.

SOUSA, M. F. D.; HAMANN, E. M. Family Health Program in Brazil: an incomplete agenda? **Ciênc. saúde coletiva**, v. 14, p. 1325-1335, out.2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S141381232009000800002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt >. Acesso em: 04 dez. 2015.

STARFIELD, B. Improving equity in health: a research agenda. **Int J Health Serv**, v. 31, n. 3, p. 545-66, 2001. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11562005>>. Acesso em: 04 dez. 2015.

_____. **Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades, serviços e tecnologias**. Brasília: Unesco - Ministério da Saúde, 2002. 726 Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf>. Acesso em: 04. dez. 2015.

SÃO PAULO, P. Prefeitura Municipal de São Paulo/Secretaria Municipal da Saúde. **Tabnet-Estabelecimentos de Saúde**, São Paulo, 2015a. Disponível em: <http://tabnet.saude.prefeitura.sp.gov.br/cgi/deftohtm3.exe?secretarias/saude/TABNET/cnes/es_tab.def>. Acesso em: 03 out. 2016.

_____. Prefeitura Municipal de São Paulo/Secretaria Municipal de Saúde. **Tabnet-Atenção Básica/ Saúde da Família**, São Paulo, 2015b. Disponível em: <<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/tabnet/index.php?p=5559>>. Acesso em: 03 out. 2016.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Inquérito de Saúde do Município de São Paulo (ISA-CAPITAL)**, São Paulo, 2015c. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/epidemiologia_e_informacao/isacapi_talisp/>. Acesso em: 15 jan. 2016.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Fortalecendo a atenção básica do município de São Paulo - Diretrizes Gerais**, São Paulo, 2015d. Disponível em: <[http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Diretrizes_Geraiz_UBS_final_baixa\(1\).pdf](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Diretrizes_Geraiz_UBS_final_baixa(1).pdf)>. Acesso em: 30 out. 2016.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Tabnet-População**, São Paulo, 2016. Disponível em: <http://tabnet.saude.prefeitura.sp.gov.br/cgi/deftohtm3.exe?secretarias/saude/TABNET/POPID_ADE/popidade.def>. Acesso em: 28 jul. 2016.

STOPA, S. R. et al. Acesso e uso de serviços na população brasileira, PNS 2013. **Rev. Saúde Pública**, 2016 [no prelo].

SZWARCWALD, C. L.; VIACAVA, F. World Health Survey: methodological aspects and interface with the World Health Organization. **Rev. bras. epidemiol.**, v. 11, p. 58-66, maio.2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1415790X2008000500006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 04 dez. 2015.

TEIXEIRA, C. F. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços.. In: TEIXEIRA, C. F. e SOLLA, J. P. (Ed.). **Modelo de Atenção à Saúde: Promoção, Vigilância e Saúde da Família** Salvador:Edufba, 2006. p.19-58.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. C. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S., *et al* (Ed.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p.183-205.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. A review of concepts in health services access and utilization. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, 2004. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102311X2004000800014&lng=en&nrm=iso&tlng=pt >. Acesso em: 04 dez. 2015.

VIACAVA, F. Health information: the relevance of health surveys. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 7, n. 4, p. 607-621, 2002. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S141381232002000400002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt >. Acesso em: 04 dez. 2015.

VIACAVA, F.; BELLIDO, J. G. Health, access to services and sources of payment, according to household surveys. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 21, n. 2, p. 351-370, jan.2016. Disponível em: < http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S141381232016000200351&lng=en&nrm=iso&tlng=pt >. Acesso em: 24 set. 2016.

VIACAVA, F.; DACHS, N.; TRAVASSOS, C. Os inquéritos domiciliares e o Sistema Nacional de Informações em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 863-869, dez. 2006. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S141381232006000400002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt >. Acesso em: 04 dez. 2015.

VIANA, A. L. D. Á. et al. Atenção básica e dinâmica urbana nos grandes municípios paulistas, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, jan.2008. Disponível em: < http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102311X2008001300013&lng=en&nrm=iso&tlng=pt >. Acesso em: 18 out. 2016.

VIANA, M. C. et al. São Paulo Megacity Mental Health Survey - a population-based epidemiological study of psychiatric morbidity in the São Paulo metropolitan area: aims, design and field implementation. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 31, n. 4, p. 375-386, dez. 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S151644462009000400016&lng=en&nrm=iso&tlng=en >. Acesso em: 15 jan.2017.

VON DEM KNESEBECK, O. Concepts of social epidemiology in health services research. **BMC Health Serv Res**, v. 15, p. 357, 2015. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-015-1020-z> >. Acesso em: 05 nov. 2016.

WHITE, F. Primary Health Care and Public Health: Foundations of Universal Health Systems. **Medical Principles and Practice**, v. 24, n. 2, p. 103-116, 2016. Disponível em: < <http://www.karger.com/Article/FullText/370197> > Acesso em: 25 out. 2016.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. **Int J Health Serv**, v. 22, n. 3, p. 429-45, 1992. Disponível em: < <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/piezas%20comunicacionales/cursosDDS/cursoseng/Textos%20Completo/the%20concepts%20and%20principles%20of%20equity%20and%20health.pdf> >. Acesso em: 04 dez. 2015.

CURRÍCULO LATTES

25/11/2016

Currículo do Sistema de Currículos Lattes (Gustavo Gessolo de Oliveira)

Dados gerais Formação Atuação Produções Educação e Popularização de C & T Eventos +

Gustavo Gessolo de Oliveira

Bolsista de Mestrado do CNPq

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/01106740857525>

Última atualização do currículo em 24/11/2015

Fisioterapeuta graduado pela Universidade Estadual do Norte do Paraná, Jacarezinho-PR/2010. Especialização em Fisioterapia Aplicada à Saúde Coletiva pela FCT- UNESP/ Presidente Prudente 2012/2013. Fisioterapeuta Residente no "Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família" da Universidade Estadual de Londrina/2013-2015. Atualmente é Mestrando em Saúde Pública na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP). Atuação nas seguintes áreas: Fisioterapia, Epidemiologia, Sistema Único de Saúde (SUS), Estratégia Saúde da Família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). (Texto informado pelo autor)

Identificação

Nome

Gustavo Gessolo de Oliveira

Nome em citações bibliográficas

OLIVEIRA, G. G.

Endereço

Formação acadêmica/titulação

2015

Mestrado em andamento em Saúde Pública (Conselho CAPES 6).
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

Título: Utilização dos serviços oferecidos pela Estratégia Saúde da Família no município de São Paulo, Orientador: Prof. Dr. Chester Luiz Gahão Cesar.
Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

2013 - 2015

Especialização em Residência Multiprofissional em Saúde da Família. (Carga Horária: 5760h).
Universidade Estadual de Londrina, UEL, Brasil.

Título: Percepção dos usuários sobre o atendimento fisioterapêutico em grupo no tratamento de doenças musculoesqueléticas em uma unidade básica de saúde de Londrina-PR.
Orientador: Profa. Dra. Daniela Wosiack de Silva.

2012 - 2013

Especialização em Fisioterapia Aplicada à Saúde Coletiva. (Carga Horária: 1180h).
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, UNESP, Brasil.

Título: Prevalência de fatores de risco cardiovascular modificáveis em adultos atendidos por uma Estratégia de Saúde da Família do município de Presidente Prudente.
Orientador: Profa. Dra. Ana Lúcia de Jesus Almeida.

2007 - 2010

Graduação em Fisioterapia.

Universidade Estadual do Norte do Paraná, UENP, Brasil.

Título: Avaliação da Lordose Lombar por Métodos Não-Invasivos de Análise.
Orientador: Prof.º Mr. Fabrício José Jassi.

2002 - 2004

Ensino Médio (2º grau).
Escola Estadual José Firpo.

1998 - 2001

Ensino Fundamental (1º grau).
Escola Estadual José Firpo.

1996 - 1997

Ensino Fundamental (1º grau).

http://buscaexternal.cnpq.br/buscaexternal/visualiza_cv.do?id=K4460171Y5

1/5

16/11/2016

Currículo do Sistema de Currículos Lattes (Chester Luiz Galvão Cesar)

English

Imprimir
currículo
[Dados gerais](#)
[Formação](#)
[Atuação](#)
[Projetos](#)
[Produções](#)
[Eventos](#)
[Orientações](#)
[Bancos](#)
[Citações](#)
[+](#)
Chester Luiz Galvão Cesar

Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 1C - CA SN - Saúde Coletiva e Nutrição

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/1995460376534667>

Última atualização do currículo em 18/07/2016

Possui graduação em Medicina pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1970), mestrado em Medicina Social pela London School of Hygiene and Tropical Medicine - University of London (1980) e doutorado em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (1989). Atualmente é Professor Titular Sênior da Universidade de São Paulo e bolsista pesquisador do CNPq. Diretor da Faculdade de Saúde Pública da USP (2006-2010). Membro do Conselho da Revista da Universidade de São Paulo (2010-2015), Membro do Conselho da Revista de Saúde Pública (2010-2015), Editor Adjunto da Revista Brasileira de Epidemiologia (1996 - Atual). Membro do Conselho da Editora da Universidade de São Paulo - EDUSP (2010-2016). Publicou 104 artigos em periódicos especializados e 144 trabalhos em anais de eventos. Possui 13 capítulos de livros e 4 livros publicados/organizados ou edições. Orientou 23 mestrados e 8 doutorados. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Epidemiologia, atuando principalmente nos seguintes temas: epidemiologia e serviços de saúde, inquéritos de saúde, morbidade referida, acesso e uso de serviços de saúde. (Texto informado pelo autor)

Identificação**Nome**

Chester Luiz Galvão Cesar

Nome em citações bibliográficas

CESAR, C. L. G.; CESAR, CHESTER LUIZ GALVÃO; CESAR, CHESTER LUIZ GALVÃO

Endereço**Endereço Profissional**

Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Epidemiologia.
Av. Dr. Arnaldo, 715
Cinquenta César
01246-904 - São Paulo, SP - Brasil
Telefone: (11) 30617710
Fax: (11) 30612108

Formação acadêmica/titulação**1982 - 1989**

Doutorado em Saúde Pública (Conceito CAPES 6).
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: FATORES DE RISCO ASSOCIADOS A MORTALIDADE INFANTIL EM COTIA E V.G.PAULISTA-SP, 1984-1985, Ano de obtenção: 1989.
Orientador: SABINA LÉA DAVIDSON GOTTLIEB.
Palavras-chave: Fatores de Risco; Mortalidade Infantil; Valor de Predição de Testes.
Grande área: Ciências da Saúde
Setores de atividade: Saúde Humana.

1978 - 1980

Mestrado em Medicina Social.
University of London, UK, Inglaterra.
Título: UTILIZATION OF MATERNITY AND INFANT CARE IN AN URBAN DISTRICT IN BRAZIL, Ano de Obtenção: 1980.
Orientador: GODFREY J.A. WALKER.
Grande área: Ciências da Saúde
Setores de atividade: Saúde Humana.

1972 - 1972

Especialização em Medicina Tropical.
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

1972 - 1972

Especialização em Saúde Pública.
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

<http://buscalexical.cnpq.br/buscalexical/visualizacv.do?id=K4787176J9>

1/32

ANEXO 1 – PLANO AMOSTRAL DO ISA-CAPITAL/2015

Plano de amostragem do ISA-Capital 2015

Maria Cecília Goi Porto Alves

Maria Mercedes Loureiro Escuder

Para a realização do ISA Capital 2015 foi utilizada amostragem estratificada em dois estágios: setores censitários e domicílios. Os estratos foram as cinco Coordenadorias de Saúde do Município de São Paulo: Norte, Centro-Oeste, Sudeste, Sul e Leste, que constituíram domínios de estudo.

Para fins de planejamento da amostra, foram considerados também quatro domínios demográficos: adolescentes (12 a 19 anos de idade), adultos do sexo masculino (homens de 20 a 59 anos de idade), adultos do sexo feminino (mulheres de 20 a 59 anos de idade) e idosos (60 anos ou mais de idade). A distribuição em cada estrato da população urbana do Município de São Paulo segundo esses domínios está apresentada na Tabela 1.

Tabela 1. População residente em área urbana do Município de São Paulo, segundo Coordenadoria de Saúde e idade/sexo.

Coordenadoria	Idade(anos)/sexo				
	12 a 19	20 a 59 homens	20 a 59 mulheres	60 e mais	total
População					
Norte	268489	613562	684973	266052	1833076
Centro-Oeste	155753	464696	518726	238299	1377474
Sudeste	277068	755332	848308	403229	2283937
Sul	335585	706625	784700	217103	2044013
Leste	304317	617650	682615	206808	1811390
Total	1341212	3157865	3519322	1331491	9349890
Percentual					
Norte	14,65	33,47	37,37	14,51	100,00
Centro-Oeste	11,31	33,74	37,66	17,30	100,00
Sudeste	12,13	33,07	37,14	17,65	100,00
Sul	16,42	34,57	38,39	10,62	100,00
Leste	16,80	34,10	37,68	11,42	100,00
Total	14,34	33,77	37,64	14,24	100,00

Fonte: Censo 2010 – Agregado de setores censitários

Considerando:

- que a amostra total seria de 4250 pessoas;
 - que as amostras de cada coordenadoria deveriam alcançar o maior tamanho possível;
 - que a distribuição das amostras entre os domínios de sexo e idade seria proporcional à população desses domínios,
- a amostra teria a distribuição apresentada na Tabela 2.

Tabela 2. Amostra que seria obtida com a partilha proporcional por domínio em cada Coordenadoria de Saúde do Município de São Paulo.

Coordenadoria	Idade(anos)/sexo				total
	12 a 19	20 a 59 homens	20 a 59 mulheres	60e mais	
Norte	124	285	318	123	850
Centro-Oeste	96	287	320	147	850
Sudeste	103	281	316	150	850
Sul	140	294	326	90	850
Leste	143	290	320	97	850
Total	606	1436	1600	608	4250

Para que nos domínios “adolescentes” e “idosos” as estimativas pudessem ser feitas com maior precisão, a participação desses grupos na amostra foi alterada. Considerou-se uma população de adolescentes 50% maior e de idosos 100% maior e foi feita nova distribuição da amostra, resultando nos dados apresentados na Tabela 3.

Tabela 3. Distribuição da amostra inicial, segundo Coordenadoria de Saúde e idade/sexo.

Coordenadoria	Idade(anos)/sexo				total
	12 a 19	20 a 59 homens	20 a 59 mulheres	60e mais	
Norte	153	234	261	203	850
Centro-Oeste	117	233	260	239	850
Sudeste	125	227	255	243	850
Sul	176	247	275	152	850
Leste	179	242	267	162	850
Total	750	1183	1318	998	4250

As amostras de adolescentes das Coordenadorias Centro-Oeste e Sudeste foram novamente aumentadas para que um número mínimo de 150 entrevistas fosse realizado em cada um desses domínios. Esse número possibilitaria estimar proporções de 0,50, com erro

de amostragem de 0,10 pontos percentuais, considerando um nível de confiança de 95% e um efeito de delineamento de 1,5.

A amostra planejada para o estudo está apresentada na tabela 4.

Tabela 4. Distribuição da amostra planejada, segundo Coordenadoria de Saúde e idade/sexo.

Coord.	Idade(anos)/sexo				total
	12 a 19	20 a 59 homens	20 a 59 mulheres	60e mais	
Norte	153	234	261	203	850
Centro-Oeste	150	223	249	228	850
Sudeste	150	219	246	234	850
Sul	176	247	275	152	850
Leste	179	242	267	162	850
Total	808	1165	1298	980	4250

Em cada coordenadoria, foram sorteados 30 setores censitários a partir da listagem de setores urbanos do Censo de 2010 (tipos 1 a 3, correspondentes, respectivamente a área urbanizada, área não-urbanizada e área urbanizada isolada), disponibilizados no site do IBGE. O sorteio foi proporcional ao tamanho dos setores, medido pelo número de domicílios particulares permanentes. O número médio de entrevistas previstas por setor em cada coordenadoria está apresentado na Tabela 5.

Tabela 5. Número de setores e de entrevistas por setor, segundo Coordenadoria de Saúde e domínio de idade/sexo.

Coordenadoria	Setores	Entrevistas por setor			
		12 a 19	20 a 59 homens	20 a 59 mulheres	60e mais
Norte	30	5,1	7,8	8,7	6,8
Centro-Oeste	30	5,0	7,4	8,3	7,6
Sudeste	30	5,0	7,3	8,2	7,8
Sul	30	5,9	8,2	9,2	5,1
Leste	30	6,0	8,1	8,9	5,4
Total	150	5,4	7,8	8,7	6,5

Para esses números de entrevistas, os valores de deff esperados (considerando $\rho=0,05$) estão apresentados na tabela 5a.

Tabela 5a. Valores de deff esperados, segundo Coordenadoria de Saúde e domínio de idade/sexo.

Coordenadoria	Domínio idade/sexo*				Total**
	12 a 19	20 a 59 homens	20 a 59 mulheres	60 e mais	
Norte	1,205	1,34	1,385	1,29	2,54
Centro-Oeste	1,2	1,32	1,365	1,33	2,61
Sudeste	1,2	1,315	1,36	1,34	2,59
Sul	1,245	1,36	1,41	1,205	2,51
Leste	1,25	1,355	1,395	1,22	2,52
Total	1,22	1,34	1,385	1,275	2,54

*deff devido à conglomeração

**deff devido à conglomeração e à ponderação

Para determinar o número de domicílios que deveriam ser sorteados foi considerada a razão pessoa domicílio para cada domínio de idade (Tabela 6).

Tabela 6. Número de domicílios e razão pessoa/domicílio de cada domínio de idade nas Coordenadorias de Saúde do Município de São Paulo.

Coordenadoria	Domicílios	Razão pessoa/domicílio			
		12a19	20a59 H	20a59 M	60mais
Norte	672166	0,400	0,910	1,020	0,400
Centro-Oeste	571867	0,270	0,810	0,910	0,420
Sudeste	879183	0,320	0,860	0,960	0,460
Sul	760969	0,440	0,930	1,030	0,290
Leste	661877	0,460	0,930	1,030	0,310

Na tabela 7 está apresentada a distribuição pelas Coordenadorias de Saúde dos domicílios em que se planejava realizar as entrevistas. Considerando uma taxa de não resposta da ordem de 40% e um percentual de domicílios vagos de 10%, foi sorteado o dobro de domicílios.

Tabela 7. Número de domicílios com entrevistas e número de domicílios a ser sorteado, segundo Coordenadorias de Saúde do Município de São Paulo e domínio de idade/sexo.

Coordenadoria	Domínio idade/sexo
---------------	--------------------

	12a19	20a59 H	20a59 M	60mais
Norte	383	257	256	508
Centro-Oeste	556	275	273	544
Sudeste	469	255	256	510
Sul	400	266	267	524
Leste	389	260	259	523

As frações de amostragem em cada coordenadoria j foram as seguintes:

$$1^{\text{o.}} \text{ estágio} \rightarrow f_{j1} = \frac{30 \cdot M_{ji}}{M_j}$$

$$2^{\text{o.}} \text{ estágio} \rightarrow f_{j2} = \frac{b_{ji}}{M_{ji}}$$

em que b_{ji} é o número de domicílios sorteados nos setores i ($i=1,\dots,30$) da coordenadoria j (tabela 5), M_{ji} é o número de domicílios existentes no setor i da coordenadoria j (dado do censo 2010) e M_j é o número de domicílios da coordenadoria j (tabela 6).

No primeiro estágio, os setores foram sorteados com probabilidade proporcional ao tamanho. No segundo estágio, os domicílios foram selecionados por sorteio sistemático, com base na listagem de todos os domicílios efetuada em campo.

AMOSTRA OBTIDA

A amostra efetivamente obtida está indicada na tabela 8 e a distribuição dos setores censitários amostrados consta na Figura 1.

Tabela 8. Distribuição da amostra obtida no ISA Capital 2105, segundo Coordenadoria de Saúde e idade/sexo.

Coord.	Idade(anos)/sexo				total
	12 a 19	20 a 59 homens	20 a 59 mulheres	60e mais	

Norte	161	200	229	187	777
Centro-Oeste	113	135	160	201	609
Sudeste	150	182	231	260	823
Sul	244	231	301	199	975
Leste	191	205	291	172	959
Total	859	953	1212	1019	4043

Nas tabelas seguintes estão indicados os números de visitas realizadas segundo a classificação final dos domicílios sorteados (tabela 9) e das pessoas elegíveis para a realização de entrevistas identificadas nos 4179 domicílios com resposta (tabela 10).

Tabela 9. Visitas a domicílios para identificar pessoas elegíveis.

Tipo de resposta final	Visitas	Domicílios	Média de visitas
Com resposta	11.706	4.179	2,8
Domicílio fechado	7.578	1.059	7,2
Condomínio não permitiu acesso	887	123	7,2
Recusa	835	100	8,4
Total	23.067	6.115	3,8

Tabela 10. Visitas a pessoas elegíveis para realização da entrevista

Tipo de resposta final	Visitas	Domicílios	Média de visitas
Aceita	8.510	4.090	2,1
Morador ausente	5.211	940	5,5
Adiada	459	92	5,0
Recusa total	2.924	409	7,1
Total	17277	5555	3,1

Figura 1. Setores censitários sorteados no ISA Capital 2015.

ANEXO 2 – QUESTIONÁRIO - BLOCOS UTILIZADOS

FOLHA DE CONTROLE

BLOCO B

B 01. Número de identificação:

End.:		Nº:	Compl.:
Tel.:	Cel.:	e-mail:	
Nome do selecionado:			

B 02. número do domicílio:

B 03. número da família:

B 04. número de ordem do entrevistado: /

visita	data	hora	nome do entrevistador	observações	resultado da visita
1ª	/ /				
2ª	/ /				
3ª	/ /				
4ª	/ /				

Resultado da entrevista:

1. aceita	5. recusa parcial
2. adiada	6. outro
3. morador ausente	7. encerrar definitivamente
4. recusa total	

B 05. nº. de visitas realizadas:

B 06. resultado final das visitas:

B 07. data de nascimento: |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|

B 08. sexo: 1. masculino 2. feminino

B 09. horário da entrevista: início: |__|__| : |__|__| término: |__|__| : |__|__|

B 10. duração da entrevista: |__|__| minutos

B 11. código do entrevistador: |__|__|

B 12. data da realização da entrevista: |__|__| / |__|__| (dia e mês)

MORBIDADE REFERIDA E DEFICIÊNCIAS

BLOCO C

MORBIDADE EM 2 SEMANAS

BLOCO C1

C1 01a. O(a) Sr.(a) teve algum problema de saúde **nas últimas 2 semanas**?

1. não → pular para Bloco C2. 2. sim 9. NS/NR → pular para Bloco C2.

C1 01b. Qual foi o **principal problema** de saúde que o(a) Sr.(a) teve?

_____ |__|__|__|__| 9999. NS/NR

C1 01c. **Nas últimas 2 semanas**, o(a) Sr.(a) deixou de realizar alguma de suas atividades habituais (afazeres domésticos, trabalhar, ir à escola etc.) devido a problema de saúde?

1. não → pular para C1 01e. 2. sim 9. NS/NR → pular para C1 01e.

C1 01d. Durante quantos dias deixou de realizar as atividades? |__|__| dias 99. NS/NR

C1 01e. Nas últimas 2 semanas, o(a) Sr.(a) esteve acamado?

1. não → pular para C1 01i. 2. sim 9. NS/NR → pular para C1 01i.

C1 01f. Durante quantos dias? |__|__| dias 99. NS/NR

C1 01g. Qual foi o problema de saúde que o(a) levou a ficar acamado(a)?

1. o problema já referido → pular para C1 01i. 2. outro 9. NS/NR → pular para C1 01i.

C1 01h. Qual foi o problema?

_____ |__|__|__|__| 9999. NS/NR

C1 01i. O(a) Sr.(a) procurou alguma ajuda ou conversou com alguém para resolver esse problema de saúde?

1. não 2. sim → pular para Bloco C2. 9. NS/NR → pular para Bloco C2.

C1 01j. Por que o(a) Sr.(a) não procurou ajuda?

1. teve dificuldades financeiras
2. teve dificuldades de acesso geográfico
3. não conseguiu marcar consulta ou pegar senha
4. não achou necessário
5. não tem tempo
6. não sabe quem procurar/onde ir
7. resolveu com a visita domiciliar do profissional do PSF
8. outros → **ir para C1 01ja.**
9. NS/NR

1 a 7 e 9 → pular para Bloco C2.

C1 01ja. outro – Especificar por quais outros motivos não procurou ajuda

9. NS/NR

DOENÇAS CRÔNICAS

BLOCO C2

Vou perguntar a seguir sobre uma série de doenças crônicas e peço que o(a) Sr.(a) me responda quais delas algum MÉDICO já lhe disse que o (a) Sr.(a) tem.

C2 01a. **Algum médico** já lhe informou que o(a) Sr.(a) tem **hipertensão arterial** ou pressão alta?

1. não → **pular para C2 02a.**

2. sim 9. NS/NR → **pular para C2 02a.**

C2 01b. Que idade o(a) Sr.(a) tinha quando **um médico** lhe informou, **pela primeira vez**, que o(a) Sr.(a) tem de hipertensão?

|_|_| anos

99. NS/NR

C2 01c. Ter hipertensão limita as suas atividades do dia-a-dia? Quanto?

1. não limita nada

2. limita um pouco

3. limita muito

9. NS/NR

C2 01d. O que o(a) Sr.(a) faz para “controlar” a hipertensão?

1. dieta sem sal

2. regime para perder/ manter peso

3. cuidado com a alimentação

4. atividade física

5. toma medicação de rotina

6. toma medicação só quando tem “problema” com a pressão

7. não faz nada

8. outro

9. NS/NR

C2 01e. A sua pressão está controlada?

1. não

2. sim.

9. NS/NR

C2 01f. O(a) Sr.(a) consulta o médico ou serviço de saúde **regularmente** por causa da hipertensão?

1. não
2. não, só quando tem problema
3. sim → **pular para C2 01h.**
9. NS/NR

C2 01g. Por que o(a) Sr.(a) não consulta o médico ou serviço de saúde **regularmente** por causa da hipertensão?

1. não acha necessário
2. não tem tempo
3. dificuldades de obter atendimento no serviço de saúde
4. dificuldades financeiras
5. outros
9. NS/NR

C2 01h. Quando foi a **última vez** que o(a) Sr.(a) foi ao médico ou serviço de saúde por causa da hipertensão?

1. no último mês
2. de 1 mês a 6 meses
3. mais de 6 meses a 1 ano
4. mais de 1 ano a 5 anos
5. mais de 5 anos
9. NS/NR

C2 01i. O(a) Sr.(a) se sente bem orientado e informado quanto à maneira de cuidar da hipertensão?

1. não 2. sim 3. parcialmente (mais ou menos) 9. NS/NR

C2 01j. Na sua opinião, o que deve ser feito para “controlar” a hipertensão?

1. dieta sem sal
 2. regime para perder/ manter peso
 3. cuidado com a alimentação
 4. atividade física
 5. tomar medicação de rotina
 6. tomar medicação quando tem “problema” com a pressão
 7. não fazer nada
 8. outro → **ir para C2 01k.**
 9. NS/NR
- 1 a 7 e 9 → pular para C2 02a.**

C2 01k. outro - Especificar o quê:

9. NS/NR

C2 02a. Algum médico já lhe informou que o(a) Sr.(a) tem **diabetes**?

1. não → **pular para C2 03a.**

2. sim

9. NS/NR → **pular para C2 03a.**

C2 02b. Que idade o(a) Sr.(a) tinha quando **um médico** lhe informou, **pela primeira vez**, que o(a) Sr.(a) tem diabetes?

|_|_| anos

99. NS/NR

C2 02c. Ter diabetes limita as suas atividades do dia-a-dia? Quanto?

1. não limita nada

2. limita um pouco

3. limita muito

9. NS/NR

C2 02d. O que o(a) Sr.(a) faz para “controlar” o diabetes?

1. dieta alimentar para diabético
2. dieta para controlar/perder peso
3. atividade física
4. toma insulina
5. toma medicamento oral
6. mede a glicemia com frequência
7. não faz nada
8. outro
9. NS/NR

C2 02e. O(a) Sr.(a) consulta o médico ou serviço de saúde **regularmente** por causa do diabetes?

1. não
2. não, só procura quando tem problema
3. sim → **pular para C2 02g.**
9. NS/NR

C2 02f. Por que o(a) Sr.(a) não consulta o médico ou serviço de saúde **regularmente** por causa do diabetes?

1. não acha necessário
2. não tem tempo
3. dificuldades de obter atendimento no serviço de saúde
4. dificuldades financeiras
5. outro
9. NS/NR

C2 02g. Quando foi a **última vez** que o(a) Sr.(a) foi ao médico ou serviço de saúde por causa do diabetes?

1. no último mês
2. de 1 mês a 6 meses
3. mais de 6 meses a 1 ano
4. mais de 1 ano a 5 anos
5. mais de 5 anos
9. NS/NR

C2 02h. O(a) Sr.(a) se sente bem orientado e informado quanto à maneira de cuidar do diabetes?

1. não 2. sim 3. parcialmente (mais ou menos) 9. NS/NR

As questões que farei a seguir estão relacionadas a complicações que podem ser provocadas pelo diabetes:

C2 02i. O(a) Sr.(a) tem ou teve problema de vista por causa do diabetes?

1. não 2. sim 9. NS/NR

C2 02j. O(a) Sr.(a) tem ou teve problema nos rins por causa do diabetes?

1. não 2. sim 9. NS/NR

C2 02k. O(a) Sr.(a) teve infarto por causa do diabetes?

1. não 2. sim 9. NS/NR

C2 02l. O(a) Sr.(a) teve AVC (Acidente Vascular Cerebral) ou derrame por causa do diabetes?

1. não 2. sim 9. NS/NR

C2 02m. O(a) Sr.(a) tem ou teve úlcera/ferida nos pés por causa do diabetes?

1. não 2. sim 9. NS/NR

C2 02n. O(a) Sr.(a) já esteve em coma por causa do diabetes?

1. não 2. sim 9. NS/NR

C2 02o. Na sua opinião, o que deve ser feito para “controlar” o diabetes?

1. dieta alimentar para diabético
2. dieta para controlar/perder peso
3. atividade física
4. tomar insulina
5. tomar medicamento oral
6. medir a glicemia com frequência
7. outro → ir para C2 02p.
9. NS/NR

1 a 6 e 9 → pular para C2 03a.

C2 02p. Outro - Especificar o quê:

9. NS/NR

C2 03a. Algum médico já lhe informou que o(a) Sr.(a) tem **angina?**

1. não → **pular para C2 04a.**

2. sim

9. NS/NR → **pular para C2 04a.**

C2 03b. Que idade o(a) Sr.(a) tinha quando **um médico** lhe informou, **pela primeira vez**, que o(a) Sr.(a) tem angina?

|_|_| anos

99. NS/NR

C2 03c. Ter angina limita as suas atividades do dia-a-dia? Quanto?

1. não limita nada

2. limita um pouco

3. limita muito

9. NS/NR

C2 04a. Algum médico já lhe informou que o(a) Sr.(a) teve **infarto do miocárdio?**

1. não → **pular para C2 05a.**

2. sim

9. NS/NR → **pular para C2 05a.**

C2 04b. Que idade o(a) Sr.(a) tinha quando **um médico** lhe informou, **pela primeira vez**, que o(a) Sr.(a) teve o infarto?

|_|_| anos

99. NS/NR

C2 04c. Ter tido o infarto passou a limitar as suas atividades do dia-a-dia? Quanto?

1. não limita nada

2. limita um pouco

3. limita muito

9. NS/NR

C2 05a. Algum médico já lhe informou que o(a) Sr.(a) tem **arritmia cardíaca?**

1. não → **pular para C2 06a.**

2. sim

9. NS/NR → **pular para C2 06a.**

C2 05b. Que idade o(a) Sr.(a) tinha quando **um médico** lhe informou, **pela primeira vez**, que o(a) Sr.(a) tem arritmia?

|_|_| anos

99. NS/NR

C2 05c. A arritmia limita as suas atividades do dia-a-dia? Quanto?

1. não limita nada

2. limita um pouco

3. limita muito

9. NS/NR

C2 06a. Algum médico já lhe informou que o(a) Sr.(a) tem alguma **outra doença do coração?**

1. não → pular para C2 07a.

2. sim

9. NS/NR → pular para C2 07a.

C2 06b. Qual doença?

_____ |__|__|__|__| 9999. NS/NR

C2 07a. Algum médico já lhe informou que o(a) Sr(a) tem ou teve câncer?

1. não → pular para C2 08a.

2. sim

9. NS/NR → pular para C2 08a

C2 07b. Atualmente, o(a) Sr(a) tem câncer?

1. não

2. sim → pular para C2 07d.

9. NS/NR → pular para C2 07g.

C2 07c. Há quanto tempo o(a) Sr(a) não tem mais câncer?

|__|__| anos

|__|__| meses

→ pular para C2 07g.

99. NS/NR

C2 07d. Que tipo de câncer o(a) Sr(a) tem?

_____ 9. NS/NR

C2 07e. Há quanto tempo o(a) Sr(a) tem esse câncer?

|__|__| anos

|__|__| meses

99. NS/NR

C2 07f. Esse câncer limita suas atividades do dia-a-dia? Quanto?

1. não limita nada

2. limita um pouco

3. limita muito

9. NS/NR

C2 07g. Na sua vida, quantas vezes o(a) Sr(a) teve câncer?

1. 1 vez

2. 2 vezes

3. 3 ou mais

9. NS/NR

Para os que responderam 2 na C2 07b. e 1 na questão C2 07g. → pular para C2 08a.

C2 07h. Qual(is) foram os tipo(os) de câncer o(a) Sr.(a) teve?

_____ 9. NS/NR

C2 07i. Que idade o(a) Sr.(a) tinha quando **um médico** lhe informou, **pela primeira vez**, que o(a) Sr.(a) tinha esse câncer?

(ABRIR ESSA QUESTÃO PARA CADA TIPO CITADO NA QUESTÃO ANTERIOR)

|__|__| anos

99. NS/NR

Para os que responderam 2 na questão C2 07b. → pular para C2 08a.

C2 07j. O(a) Sr(a) faz algum acompanhamento como forma de controle do câncer?

1. não → **pular para C2 08a.**

2. sim

9. NS/NR → **pular para C2 08a.**

C2 07l. O que o(a) Sr(a) faz?

9. NS/NR

C2 07m. Com que frequência o(a) Sr(a) faz esse acompanhamento?

9. NS/NR

C2 08a. Algum médico já lhe informou que o(a) Sr.(a) tem artrite, reumatismo ou artrose?

1. não → **pular para C2 09a.**

2. sim

9. NS/NR → **pular para C2 09a.**

C2 08b. Qual(is) dessa(s) doença(s) o(a) Sr.(a) tem?

1. artrite

2. reumatismo

3. Artrose

9. NS/NR

ABRIR QUESTÕES C2 08c. e C2 08d. PARA CADA UMA DAS DOENÇAS CITADAS NA QUESTÃO C2 08b.

C2 08c. Que idade o(a) Sr.(a) tinha quando **um médico** lhe informou, **pela primeira vez**, que o(a) Sr.(a) tem essa doença?

|_|_| anos

99. NS/NR

C2 08d. Essa doença limita as suas atividades do dia-a-dia? Quanto?

1. não limita nada

2. limita um pouco

3. limita muito

9. NS/NR

C2 09a. Algum médico já lhe informou que o(a) Sr.(a) tem osteoporose?

1. não → **pular para C2 10a.**

2. sim

9. NS/NR → **pular para C2 10a.**

C2 09b. O diagnóstico foi confirmado com exame de densitometria óssea?

1. não

2. sim

9. NS/NR

C2 09c. Que idade o(a) Sr.(a) tinha quando **um médico** lhe informou, **pela primeira vez**, que o(a) Sr.(a) tem osteoporose?

|_|_| anos

99. NS/NR

C2 09d. A osteoporose limita as suas atividades do dia-a-dia? Quanto?

1. não limita nada 2. limita um pouco 3. limita muito 9. NS/NR

C2 09e. O que o(a) Sr.(a) faz para “controlar” a osteoporose?

1. dieta alimentar com aumento de leite e derivados
2. atividade física
3. toma banho de sol
4. toma medicamento específico de rotina **1 a 7 e 9 → pular para C2 10a.**
5. toma suplemento de cálcio
6. faz acompanhamento regular
7. não faz nada
8. outro → **ir para C2 09f.**
9. NS/NR

C2 09f. Outro - Especificar o quê:

_____ 9. NS/NR

C2 10a. Algum médico já lhe informou que o(a) Sr.(a) tem asma ou bronquite asmática?

1. não → **pular para C2 11a.** 2. sim 9. NS/NR → **pular para C2 11a.**

C2 10b. Que idade o(a) Sr.(a) tinha quando **um médico** lhe informou, **pela primeira vez**, que o(a) Sr.(a) tem essa doença?

|_|_| anos 99. NS/NR

C2 10c. A asma limita as suas atividades do dia-a-dia? Quanto?

1. não limita nada 2. limita um pouco 3. limita muito 9. NS/NR

C2 11a. Algum médico já lhe informou que o(a) Sr.(a) tem enfisema, bronquite crônica ou doença pulmonar obstrutiva crônica(DPOC)?

1. não → **pular para C2 12a.** 2. sim 9. NS/NR → **pular para C2 12a.**

C2 11b. Qual(is) dessa(s) doença(s) o(a) Sr.(a) tem?

1. Enfisema 2. Bronquite crônica 3. DPOC 9. NS/NR

ABRIR QUESTÕES C2 11c. e C2 11d. PARA CADA UMA DAS DOENÇAS CITADAS NA QUESTÃO C2 11b.

C2 11c. Que idade o(a) Sr.(a) tinha quando **um médico** lhe informou, **pela primeira vez**, que o(a) Sr.(a) tem essa doença?

|_|_| anos

99. NS/NR

C2 11d. Essa(s) doença(s) limita(m) as suas atividades do dia-a-dia? Quanto?

1. não limita nada

2. limita um pouco

3. limita muito

9. NS/NR

C2 12a. Algum médico já lhe informou que o(a) Sr.(a) tem rinite?

1. não → **pular para C2 13a.**

2. sim

9. NS/NR → **pular para C2 13a.**

C2 12b. Que idade o(a) Sr.(a) tinha quando **um médico** lhe informou, **pela primeira vez**, que o(a) Sr.(a) tem essa doença?

|_|_| anos

99. NS/NR

C2 12c. Essa doença limita as suas atividades do dia-a-dia? Quanto?

1. não limita nada

2. limita um pouco

3. limita muito

9. NS/NR

C2 13a. Algum médico já lhe informou que o(a) Sr.(a) tem sinusite crônica?

1. não → **pular para C2 14a.**

2. sim

9. NS/NR → **pular para C2 14a.**

C2 13b. Que idade o(a) Sr.(a) tinha quando **um médico** lhe informou, **pela primeira vez**, que o(a) Sr.(a) tem essa doença?

|_|_| anos

99. NS/NR

C2 13c. Essa doença limita as suas atividades do dia-a-dia? Quanto?

1. não limita nada

2. limita um pouco

3. limita muito

9. NS/NR

C2 14a. Algum médico já lhe informou que o(a) Sr.(a) tem alguma outra doença do pulmão?

1. não → **pular para C2 15a.**

2. sim

9. NS/NR → **pular para C2 15a.**

C2 14b. Qual doença?

_____ |_|_|_|_|

9999. NS/NR

C2 15a. Algum médico já lhe informou que o(a) Sr.(a) tem tendinite, LER (lesão por esforço repetitivo) ou DORT (distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho)?

1. não → pular para C2 16a.

2. sim

9. NS/NR → pular para C2 16a.

C2 15b. Qual(is) dessa(s) doença(s) o(a) Sr.(a) tem?

1. tendinite

2. LER

3. DORT

9. NS/NR

ABRIR QUESTÕES C2 15c e C2 15d PARA CADA UMA DAS DOENÇAS CITADAS NA QUESTÃO C2 15b

C2 15c. Que idade o(a) Sr.(a) tinha quando **um médico** lhe informou, **pela primeira vez**, que o(a) Sr.(a) tem essa doença?

|_|_| anos

99. NS/NR

C2 15d. Essa doença limita as suas atividades do dia-a-dia? Quanto?

1. não limita nada

2. limita um pouco

3. limita muito

9. NS/NR

C2 16a. Algum médico já lhe informou que o(a) Sr.(a) tem varizes de membros inferiores?

1. não → pular para C2 17a.

2. sim

9. NS/NR → pular para C2 17a.

C2 16b. Que idade o(a) Sr.(a) tinha quando **um médico** lhe informou, **pela primeira vez**, que o(a) Sr.(a) tem varizes?

|_|_| anos

99. NS/NR

C2 16c. As varizes limitam as suas atividades do dia-a-dia? Quanto?

1. não limita nada

2. limita um pouco

3. limita muito

9. NS/NR

C2 17a. Algum médico já lhe informou que o(a) Sr.(a) teve acidente vascular cerebral (AVC) ou derrame?

1. não → pular para C2 18a.

2. sim

9. NS/NR → pular para C2 18a.

C2 17b. Que idade o(a) Sr.(a) tinha quando **um médico** lhe informou, **pela primeira vez**, que o(a) Sr.(a) teve o derrame?

|_|_| anos

99. NS/NR

C2 17c. O AVC limita hoje as suas atividades do dia-a-dia? Quanto?

1. não limita nada

2. limita um pouco

3. limita muito

9. NS/NR

C2 18a. Algum médico já lhe informou que o(a) Sr.(a) tem alguma outra doença de veias, artérias ou circulação sanguínea?

1. não → pular para C2 19a.

2. sim

9. NS/NR → pular para C2 19a.

C2 18b. Qual doença?

_____ |__|__|__| 9999. NS/NR

C2 19a. Algum médico já lhe informou que o(a) Sr.(a) tem **colesterol elevado?**

1. não → **pular para C2 20a.** 2. sim 9. NS/NR → **pular para C2 20a.**

C2 19b. Que idade o(a) Sr.(a) tinha quando **um médico** lhe informou, **pela primeira vez**, que o(a) Sr.(a) tem colesterol elevado?

|__|__| anos 99. NS/NR

C2 19c. O colesterol elevado limita as suas atividades do dia-a-dia? Quanto?

1. não limita nada 2. limita um pouco 3. limita muito 9. NS/NR

C2 19d. Quando foi que o(a) Sr.(a) fez o último exame de colesterol?

- 1. até 6 meses
- 2. mais de 6 meses a 1 ano
- 3. mais de 1 ano a 2 anos
- 4. mais de 2 a 5 anos
- 5. mais de 5 anos
- 6. nunca fez
- 9. NS/NR

C2 19e. O que o(a) Sr.(a) faz para “controlar” o colesterol?

- 1. dieta alimentar
- 2. atividade física
- 3. toma medicamento
- 4. faz acompanhamento regular
- 5. não faz nada
- 6. outro → **ir para C2 19f.**
- 9. NS/NR

C2 19f. Outro: Especificar o quê:

_____ 9. NS/NR

C2 20a. Algum médico já lhe informou que o(a) Sr.(a) tem alguma **doença de coluna ou problema de coluna?**

1. não → **pular para C2 21a.** 2. sim 9. NS/NR → **pular para C2 21a.**

C2 20b. Qual (is) doença(s)?

_____ |__|__|__| 9999. NS/NR

_____ |__|__|__| 9999. NS/NR

C2 20c. Que idade o(a) Sr.(a) tinha quando **um médico** lhe informou, **pela primeira vez**, que o(a) Sr.(a) tem doença ou problema de coluna?

|__|__| anos 99. NS/NR

C2 20d. Essa(s) doença(s)/ problema(s) limita(m) as suas atividades do dia-a-dia? Quanto?

1. não limita nada 2. limita um pouco 3. limita muito 9. NS/NR

C2 21a. O(a) Sr.(a) tem algum tipo de **problema emocional ou mental** como ansiedade, depressão, síndrome do pânico, TOC (transtorno obsessivo compulsivo) esquizofrenia ou algum outro?

1. não → **pular para C2 22a.** 2. sim 9. NS/NR → **pular para C2 22a.**

C2 21b. Que tipo de problema o(a) Sr.(a) tem?

_____ |__|__|__| 9999. NS/NR

ABRIR QUESTÕES C2 21c. a C2 21m. PARA CADA UMA DAS DOENÇAS CITADAS NA QUESTÃO C2 21b.

C2 21c. Que idade o(a) Sr.(a) tinha quando começou a ter esse problema?

|__|__| anos 99. NS/NR

C2 21d. Esse problema limita as suas atividades do dia-a-dia? Quanto?

1. não limita nada 2. limita um pouco 3. limita muito 9. NS/NR

C2 21e. O(a) Sr.(a) já procurou um profissional de saúde ou serviço de saúde por causa desse problema?

1. não 2. sim → **pular para C2 21g.** 9. NS/NR

C2 21f. Por que o(a) Sr.(a) não procurou um profissional de saúde ou serviço de saúde para tratar desse problema?

- 01. não achou necessário
- 02. não tem ânimo
- 03. o tempo de espera no serviço de saúde é muito grande
- 04. o horário de funcionamento do serviço de saúde é incompatível com as atividades de trabalho ou domésticas
- 05. o plano de saúde não cobre as consultas
- 06. não sabe quem procurar ou aonde ir
- 07. preconceito/vergonha
- 08. não tem tempo
- 09. tem dificuldades financeiras
- 10. outro

Todos → pular para C2 21m.

99. NS/NR

C2 21g. Quando foi a última vez que o(a) Sr.(a) recebeu atendimento médico ou de outro profissional de saúde por causa do problema?

1. até 6 meses
2. mais de 6 meses a 1 ano
3. mais de 1 ano a 2 anos
4. mais de 2 a 5 anos
5. mais de 5 anos
9. NS/NR

C2 21h. Na última vez que recebeu atendimento médico ou de outro profissional de saúde para o problema, onde o(a) Sr.(a) foi atendido?

01. unidade básica de saúde/posto de saúde
02. AMA/pronto-atendimento
03. ambulatório em hospital
04. ambulatório médico de especialidade (AME)
05. consultório ou clínica
06. pronto socorro/emergência/hospital
07. atendimento domiciliar
08. CAPS
09. outro
99. NS/NR

C2 21i.. Quem pagou pelo atendimento:

1. SUS
2. Convênio ou Plano de saúde
3. o próprio entrevistado ou familiares
4. outro
9. NS/NR

C2 21j. O(a) Sr.(a) faz atualmente algum tratamento por causa do problema?

1. não → **pular para C2 22a.** 2. sim 9. NS/NR → **pular para C2 22a.**

C2 21k. Que tipo de tratamento?

1. faz psicoterapia individual
 2. psicoterapia de grupo
 3. toma medicamentos
 4. outro → **ir para C2 21l.**
 5. nenhum
 9. NS/NR
- 1 a 3, 5 e 9 → pular para C2 21m.**

C2 21l. outro: Especificar o quê:

9. NS/NR

C2 21m. O(a) Sr.(a) avalia que o seu problema está sendo bem cuidado e controlado? Se sim, quanto?

1. não

2. sim, totalmente

3. sim, parcialmente

9. NS/NR

C2 22a. Algum médico já lhe informou que o(a) Sr.(a) tem **outra doença crônica além das que disse anteriormente?**

1. não → pular para Bloco C3.

2. sim

9. NS/NR → pular para Bloco C3.

C2 22b. Qual doença?

_____ | | | | |

9999. NS/NR

QUALIDADE DE VIDA

BLOCO F

F1 01. **Em geral**, o Sr.(a) diria que sua saúde é:

1. excelente/muito boa

2. boa

3. regular

4. ruim

5. muito ruim

9. NS/NR

PARA TODAS AS PESSOAS COM 60 ANOS OU MAIS

F1 02. **Comparado a um ano atrás**, como o Sr.(a) classificaria sua saúde em geral, **agora?**

1. muito melhor agora do que há um ano

2. um pouco melhor agora do que há um ano

3. quase a mesma de um ano atrás

4. um pouco pior agora do que há um ano

5. muito pior agora do que há um ano

9. NS/NR

PLANOS DE SAÚDE

BLOCO G3

G3 01. O(a) Sr.(a) tem ou já teve convênio ou plano de saúde médico ou odontológico?

1. não → **pular para Bloco G4.**
2. sim, tem → **pular para G3 03.**
3. sim, já teve
9. NS/NR → **pular para Bloco G4.**

G3 02. Há quanto tempo o(a) Sr.(a) deixou de ter esse convênio ou plano de saúde?

|_|_| anos |_|_| meses → **pular para G3 04.** 99/99. NS/NR → **pular para G3 04.**

G3 03. Há quanto tempo sem interrupção o(a) Sr.(a) tem esse convênio ou plano de saúde?

|_|_| anos |_|_| meses 99/99. NS/NR

G3 04. O(a) Sr.(a) é/era titular deste convênio ou plano de saúde ?

1. não, é/era dependente 2. sim 9. NS/NR

G3 05. O convênio ou plano de saúde é/era de que tipo?

1. individual ou familiar
2. coletivo empresarial
3. coletivo por adesão
4. outro
9. NS/NR

G3 06. O seu convênio ou plano de saúde dá/dava direito à:

1. consultas e exames
2. consultas, exames e hospitalização (sem parto)
3. consultas, exames e hospitalização (com parto)
4. consulta odontológica → **pular para G3 08.**
5. só hospitalização (sem parto)
6. só hospitalização (com parto)
7. livre escolha de médicos
8. livre escolha de hospitais
9. NS/NR

G3 07. O seu convênio ou plano de saúde dá/dava direito à odontologia:

1. não 2. sim 9. NS/NR

G3 08. O(a) Sr.(a) já precisou de algum atendimento que o seu plano médico não cobriu?

1. não → **pular para G3 09.**
2. sim.
9. NS/NR → **pular para G3 09.**

G4 07. O(a) Sr.(a) já utilizou os serviços oferecidos pelo Programa Saúde da Família/Estratégia Saúde da Família (PSF/ESF)?

1. não → **pular para Bloco G5.** 2. sim 9. NS/NR → **pular para Bloco G5.**

G4 08. Como o(a) Sr.(a) avalia os serviços que utiliza ou utilizou do Programa Saúde da Família/Estratégia Saúde da Família (PSF/ESF)?

1. muito bom
2. bom
3. regular
4. ruim
5. muito ruim
9. NS/NR

CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS

BLOCO L

Se o entrevistado for o chefe da família, pular para o Bloco M

L 01. Qual é a sua cor ou raça?

1. branca
2. preta
3. amarela
4. parda
5. indígena
6. outra → **ir para L 02.**
9. NS/NR

1 a 5 e 9 → pular para L 03.

L 02. Outra. Qual?

99. NS/NR

L 03. Qual é a sua religião?

01. nenhuma → **pular para L 06.**
02. evangélica/protestante
03. católica
04. espírita
05. judaísmo
06. budismo
07. umbanda/ candomblé
08. islamismo
09. outras
99. NS/NR

L 04. Com que frequência, normalmente, o(a) Sr.(a) vai à igreja (ou outro lugar de culto)?

1. não frequenta

2. menos que 1 vez/ mês
3. pelo menos 1 vez/ mês, mas menos que 1 vez por semana
4. uma vez/ semana
5. mais de 1 vez/ semana
9. NS/NR

L 05. Há quanto tempo o(a) Sr.(a) é desta religião? |__|__| meses |__|__| anos 99. NS/NR

L 06. Onde o(a) Sr.(a) nasceu?

1. em São Paulo
2. em outro município do estado de São Paulo **1, 2, 4 e 9 → pular para L 08.**
3. em outro estado **→ ir para L 07.**
4. em outro país
9. NS/NR

L 07. Outro: Em qual estado?

99. NS/NR

L 08. Há quanto tempo o(a) Sr.(a) mora em São Paulo? |__|__| meses |__|__| anos 99. NS/NR

L 09. Há quanto tempo o(a) Sr.(a) mora neste mesmo domicílio? |__|__| meses |__|__| anos 99. NS/NR

L 10a. Qual é o sua situação conjugal?

1. casado no civil ou religioso
2. vive em união conjugal estável ou vive junto
3. solteiro
4. separado
5. desquitado ou divorciado
6. viúvo
9. NS/NR

L 10b. Vive em companhia do(a) cônjuge ou companheiro(a)?

1. não
2. sim
9. NS/NR

L 11. O(a) Sr.(a) tem filhos?

1. não **→ pular para L 13.**
2. sim
9. NS/NR **→ pular para L 13.**

L 12. Quantos? |__|__| filhos 99. NS/NR

L 13. O(a) Sr.(a) frequenta atualmente algum curso regular em escola ou universidade/faculdade?

1. não **→ pular para L 16.**
2. sim
9. NS/NR **→ pular para L 16.**

L 14. Qual é o endereço de sua escola ou faculdade:

99. NS/NR

L 15. A escola ou faculdade que você frequenta é pública ou privada (particular)?:

1. pública

2. particular ou privada

9. NS/NR

L 16. Até que ano da escola o(a) Sr.(a) **completou**?

01. nunca frequentou, não sabe ler e escrever

02. nunca frequentou, sabe ler e escrever

11. 1º ano do Ensino Fundamental (1º grau ou Primário) - antigo pré

12. 2º ano do Ensino Fundamental (1º grau ou Primário) – antiga 1ª. série

13. 3º ano do Ensino Fundamental (1º grau ou Primário) – antiga 2ª. série

14. 4º ano do Ensino Fundamental (1º grau ou Primário) – antiga 3ª. série

15. 5º ano do Ensino Fundamental ou 1º grau (1ª série do Ginásio) – antiga 4ª. série

16. 6º. ano do Ensino Fundamental ou 1º grau (2ª série do Ginásio) – antiga 5ª. série

17. 7º. ano do Ensino Fundamental ou 1º grau (3ª série do Ginásio) – antiga 6ª. série

18. 8º.ano do Ensino Fundamental ou 1º grau (4ª série do Ginásio) – antiga 7ª. série

19. 9º.ano do Ensino Fundamental ou 1º grau (4ª série do Ginásio) – antiga 8ª. Série

21. 1ª série do Ensino Médio (2º grau ou Colegial)

30. curso superior incompleto

22. 2ª série do Ensino Médio (2º grau ou Colegial)

31. curso superior completo

23. 3ª série do Ensino Médio (2º grau ou Colegial)

32. pós-graduação incompleto

25. cursos técnicos de nível médio incompletos

33. pós-graduação completo

26. cursos técnicos de nível médio completos

99. NS/NR

L 17. Atualmente, o(a) Sr.(a) frequenta algum outro tipo de curso como informática, idiomas, dança, artes etc.?

1. não → **pular para L 19.**

2. sim

9. NS/NR → **pular para L 19.**

L 18. Que tipo de curso?

1. idiomas

2. informática

3. dança

4. música

5. profissionalizante

6. outro

9. NS/NR

L 19. Atualmente o(a) Sr.(a) exerce alguma atividade seja ela remunerada ou não remunerada de trabalho?

01. sim, em atividade

02. sim, mas afastado por motivo de doença

03. sim, e também aposentado

04. não, desempregado

05. não, aposentado

06. não, dona de casa

07. não, pensionista

06 a 09 e 99 → pular para L 28.

08. não, só estudante

09. outros

99. NS/NR

L 20. Qual é/era a sua ocupação em seu trabalho **principal**? (especificar se aposentado, qual era a sua ocupação)

_____ 9999. NS/NR

L 21. Especifique qual é/era a atividade do estabelecimento, empresa, negócio ou instituição em que trabalha/trabalhou.

_____ 99999. NS/NR

L 22. No seu trabalho **principal** o(a) Sr.(a) é/era:

- 01. empregado assalariado estatutário ou com carteira profissional assinada
- 02. empregado assalariado sem carteira profissional assinada
- 03. empregado familiar não remunerado
- 04. conta própria ou autônomo com estabelecimento
- 05. conta própria ou autônomo sem estabelecimento
- 06. empregador com até 5 funcionários fixos
- 07. empregador com mais de 5 funcionários fixos
- 08. trabalhador sem remuneração
- 99. NS/NR

L 23. Quantas horas o(a) Sr.(a) trabalha ou trabalhava em média, por semana, no trabalho **principal**?

|_|_| horas 99. NS/NR

DESEMPREGADOS E APOSENTADOS, alternativa 4 e 5 da questão L19. → PULAR PARA L 28.

L 24. Qual é o endereço do seu local de trabalho **principal**?

_____ 99. NS/NR

L 25. Qual foi o seu rendimento líquido no **mês passado** com o trabalho **principal**?

R\$: |_|_|_|_|_|, 00 99999. NS/NR

L 26. O(a) Sr.(a) tem algum outro tipo de trabalho remunerado além do principal?

1. não → **pular para L 28.** 2. sim 9. NS/NR → **pular para L 28.**

L 27. Quantas horas o(a) Sr.(a) trabalha, **por semana**, nos demais trabalhos?

|_|_| horas 99. NS/NR

L 28. O(a) Sr.(a) recebeu algum tipo de rendimento como aposentadoria, pensão ou bolsa no **mês passado**?

1. não → **pular para L 30.** 2. sim 9. NS/NR → **pular para L 30.**

L 29. Qual foi o seu rendimento líquido no **mês passado** com aposentadoria, pensão ou bolsa?

R\$: |_|_|_|_|_|, 00

99999. NS/NR

L 30. Considerando todos os seus rendimentos, com as ocupações, com pensões, bolsas, alugueis e outros, qual foi o seu rendimento líquido global no **mês passado**?

R\$: |_|_|_|_|_|, 00

→ se responder o valor da renda → encerrar o Bloco

99999. NS/NR

L 31. Mas, fazendo um cálculo aproximado o(a) Sr.(a) diria que a sua renda média líquida global no **mês passado** se situa:

1. inferior a 1 salário mínimo
2. entre 1 e 2 salários mínimos
3. entre 3 e 4 salários mínimos
4. entre 5 e 9 salários mínimos
5. entre 10 e 20 salários mínimos
6. acima de 20 salários mínimos
9. NS/NR

CARACTERÍSTICAS DA FAMÍLIA E DOMICÍLIO

BLOCO M

DEVERÁ SER RESPONDIDO PREFERENCIALMENTE PELO O CHEFE DA FAMÍLIA

PREENCHER UM BLOCO PARA CADA FAMÍLIA

As perguntas M 03. a M 11. devem ser respondidas pelo entrevistador. (Apenas em caso de dúvida, pergunte ao entrevistado).

M 01. N°. do domicílio |_|_|_|_|_|

M 02. N°. da família |_|

M 03. Caracterização do domicílio:

1. casa de alvenaria, com revestimento, cobertura de telha ou laje, com piso, finalizada
2. apartamento
3. casa precária sem reboque, ainda sem finalizar, ou com piso de terra
4. barraco
5. casa de cômodos
6. outro
9. NS/NR

M 04. A rua onde o domicílio se encontra é pavimentada?

1. não

2. sim

9. NS/NR

M 05. A rua onde o domicílio se encontra tem calçadas e sarjetas?

1. não

2. sim

9. NS/NR

M 06. A rua onde o domicílio se encontra tem iluminação pública?

1.não

2. sim

9. NS/NR

M 07. No domicílio tem água da rede pública canalizada dentro da casa?

1. não

2. sim

9. NS/NR

M 08. No domicílio tem iluminação elétrica?

1. não

2. sim

9. NS/NR

M 09. É ligado à rede de esgoto?

1. não

2. sim

9. NS/NR

M 10. Tem coleta pública do lixo?

1. não

2. sim

9. NS/NR

M 11. Tem sanitário ou banheiro interno?

1. não

2. sim

9. NS/NR

M 12. Este domicílio em que o(a) Sr.(a) mora é próprio ou alugado?

1. próprio, quitado

2. próprio, pagando

3. alugado

4. cedido

5. invadido

6. outra condição

9. NS/NR

M 13. Quantos cômodos existem neste domicílio, incluindo cozinha e banheiro?

1 1 1

M 14. Quantos banheiros existem neste domicílio?

U

M 15. Quantas pessoas moram neste domicílio?

|||

M 16. Algum morador deste domicílio necessita de cuidado especial?

1. não

2. sim

9. NS/NR

Os moradores deste domicílio contam com os seguintes equipamentos/bens?

M 17. Filtro de água?

1. não

2. sim

9. NS/NR

M 18. Televisão?

1. não → **pular para M 19.**

2. sim

9. NS/NR → **pular para M 19.**

M 18a. Quantas?

|_|

M 19. Geladeira?

1. não

2. sim

9. NS/NR

M 20. Freezer?

1. não

2. sim

9. NS/NR

M 21. Máquina de lavar roupa? → *não considerar tanquinho*

1. não

2. sim

9. NS/NR

M 22. Forno de micro-ondas?

1. não

2. sim

9. NS/NR

M 23. DVD/BluRay?

1. não

2. sim

9. NS/NR

M 24. Máquina de lavar louça?

1. não

2. sim

9. NS/NR

M 25. Aparelho de ar condicionado?

1. não → **pular para M 26.**

2. sim

9. NS/NR → **pular para M 26.**

M 25a. Quantos?

|_|

M 26. Aspirador de pó?

1. não

2. sim

9. NS/NR

M 27. Telefone fixo? (linha telefônica residencial)

1. não → **pular para M 28.**

2. sim

9. NS/NR → **pular para M 28.**

M 27a. Quantos?

|_|

M 28. Telefone celular?

1. não → **pular para M 29.**

2. sim

9. NS/NR → **pular para M 29.**

M 28a. Quantos?

|_|

M 29. Máquina fotográfica/câmera digital?

1. não

2. sim

9. NS/NR

M 30. Computador?

1. não → **pular para M 31.**

2. sim

9. NS/NR → **pular para M 31.**

M 30a. Quantos?

|_|

M 31. Laptop ou tablet?

1. não

2. sim

9. NS/NR

M 32. Motocicleta?

1. não → **pular para M 33.**

2. sim

9. NS/NR → **pular para M 33.**

M 32a. Quantas?

|_|

M 33. Bicicleta?

1. não → **pular para M 34.**

2. sim

9. NS/NR → **pular para M 34.**

M 33a. Quantas?

|_|

M 34. Carro?

1. não → **pular para M 35.**

2. sim

9. NS/NR → **pular para M 35.**

M 34a. Quantos?

|_|

M 35. Os moradores do domicílio tem acesso à internet em casa?

1. não

2. sim

9. NS/NR

M 36. Este domicílio conta com o serviço de empregada doméstica 3 ou mais vezes por semana?

1. não

2. sim

9. NS/NR

M 37. Na sua casa ao descartar o lixo, é feita uma separação entre o lixo reciclável e o orgânico?

1. não

2. sim

9. NS/NR

M 38. Na sua casa, as pilhas e baterias são descartadas no lixo comum ou levadas a pontos de coleta?

1. lixo comum

2. pontos de coleta

9. NS/NR

M 39. Na sua casa, as lâmpadas são descartadas no lixo comum ou levadas a pontos de coleta?

1. lixo comum

2. pontos de coleta

9. NS/NR

M 40. Na sua casa, onde são descartados os medicamentos vencidos?

1. lixo comum

2. vaso sanitário/pia

3. pontos de coleta

9. NS/NR

M 41. O(a) Sr.(a). acha que está exposto(a) ou tem contato com algum tipo de contaminação ou de poluição?

1. não → **pular para M 45.**

2. sim

9. NS/NR → **pular para M 45.**

M 42. A que tipo de contaminação ou poluição o(a) Sr.(a) acha que está exposto ou tem contato?

01. água contaminada/ poluída

02. verduras e frutas com agrotóxicos

03. alimentos em geral com outro tipo de contaminação

04. leite adulterado ou de animais tratados com hormônios

05. carnes com hormônios

06. alimentos transgênicos

07. ruído

08. radiação (celular, antenas e torres)

09. fumaça de queimadas

10. poluição/ emissões de veículos automotores

11. poluição / emissões de indústrias /fábricas

12. ar poluído (inespecífico)

13. painéis de propaganda/ luminosos, etc.

14. outro
99. NS/NR

M 43. Existe alguma fonte ou local de poluição ou contaminação próximo a sua moradia?

1. não → **pular para M 45.**

2. sim

9. NS/NR → **pular para M**

M 44. De que tipo é a contaminação ou poluição existente?

01. esgoto nas ruas
02. riacho/córrego/rio/lagoa, etc. contaminado
03. queimadas
04. ruas ou avenidas muito movimentadas produzindo poluição dos veículos automotores
05. ruas não pavimentadas produzindo poeira
06. fábricas/ indústria com emissões de fumaça, gases, poeira
07. fábricas/indústrias com emissão de odores/cheiros incômodos
08. fábrica/ indústria com emissão de ruído
09. ponto de coleta e classificação de recicláveis em geral
10. fábrica/local de reciclagem de baterias
11. indústria de galvanoplastia/ cromados
12. ferro velho
13. oficina mecânica/funilaria
14. posto de gasolina
15. lixão ou aterro sanitário em funcionamento
16. aterro de lixo ou de despejo de resíduos industriais
17. lixo em terreno baldio
18. antenas de rádio/ TV
19. antenas de celular
20. torres de alta tensão
21. outras
99. NS/NR

M 45. Quantas pessoas na família trabalharam e tiveram rendimentos no mês passado?

____ se a renda for igual a zero → **pular para M 47.**

99. NS/NR → **pular para M 47.**

M 46. Rendimentos líquidos, incluindo os membros da família com rendimento no mês anterior:

	a. Nome	b. Relação com o responsável pela família	c. Renda líquida
M 46 1.			R\$ _____,00 99999. NS/NR
M 46 2.			R\$ _____,00 99999.

			NS/NR
M 46 3.			R\$ _ _ _ _ _ ,00 99999. NS/NR
M 46 4.			R\$ _ _ _ _ _ ,00 99999. NS/NR
M 46 5.			R\$ _ _ _ _ _ ,00 99999. NS/NR
M 46 6.			R\$ _ _ _ _ _ ,00 99999. NS/NR
M 46 7.			R\$ _ _ _ _ _ ,00 99999. NS/NR
M 46 8.			R\$ _ _ _ _ _ ,00 99999. NS/NR
M 46 9.			R\$ _ _ _ _ _ ,00 99999. NS/NR
M 46 10.			R\$ _ _ _ _ _ ,00 99999. NS/NR

Orientações para M 46:

M 46a. Qual o nome da primeira pessoa que teve rendimento?

M 46b. Qual a relação com o responsável pela família?

1. responsável pela família
2. cônjuge/companheiro(a)
3. filho(a)/ enteado(a)
4. outro parente
5. agregado
6. outro
9. NS/NR

M 46c. Qual foi a renda líquida no mês passado?

R\$ |_|_|_|_|_|_|,00 → **se o entrevistado responder o valor da renda → pular para M 49.** 99999.
NS/NR

(Repetir para todas as pessoas que tiverem renda na família, no mês passado)

M 47. Qual foi a renda média líquida global da família no mês passado?

R\$ |_|_|_|_|_|_|,00 → **se responder o valor da renda → pule para M 49.** 99999. NS/NR

M 48. Mas, fazendo um cálculo aproximado o(a) Sr.(a) diria que a renda média líquida global da família no mês passado se situa:

1. inferior a 1 salário mínimo
2. entre 1 e 2 salários mínimos
3. entre 3 e 4 salários mínimos
4. entre 5 e 9 salários mínimos
5. entre 10 e 20 salários mínimos
6. acima de 20 salários mínimos
9. NS/NR

M 49. Quem respondeu a este bloco?

1. o chefe de família
2. o cônjuge
3. o filho ou o enteado

4. outro parente

CARACTERÍSTICAS DO CHEFE DA FAMÍLIA
DEVERÁ SER RESPONDIDO PELO O CHEFE DA FAMÍLIA

BLOCO N

N 01. Qual é a sua cor ou raça?

1. branca
2. preta
3. amarela
4. parda
5. indígena
6. outra → **ir para N 02.**
9. NS/NR

1 a 5 e 9 → pular para N 03.

N 02. Outra. Qual?

99. NS/NR

N 03. Qual é a sua religião?

01. nenhuma → **pular para N 06.**
02. evangélica/protestante
03. católica
04. espírita
05. judaísmo
06. budismo
07. umbanda/ candomblé
08. islamismo
09. outras
99. NS/NR

N 04. Com que frequência, normalmente, o(a) Sr.(a) vai à igreja (ou outro lugar de culto)?

1. não frequenta
2. menos que 1 vez/ mês
3. pelo menos 1 vez/ mês, mas menos que 1 vez por semana
4. uma vez/ semana
5. mais de 1 vez/ semana
9. NS/NR

N 05. Há quanto tempo o(a) Sr.(a) é desta religião?

|_|_| meses

|_|_| anos

99.

NS/NR

N 06. Onde o(a) Sr.(a) nasceu?

1. em São Paulo

- 13. 3º ano do Ensino Fundamental (1º grau ou Primário) – antiga 2ª. série
- 14. 4º ano do Ensino Fundamental (1º grau ou Primário) – antiga 3ª. série
- 15. 5º ano do Ensino Fundamental ou 1º grau (1ª série do Ginásio) – antiga 4ª. série
- 16. 6º. ano do Ensino Fundamental ou 1º grau (2ª série do Ginásio) – antiga 5ª. série
- 17. 7º. ano do Ensino Fundamental ou 1º grau (3ª série do Ginásio) – antiga 6ª. série
- 18. 8º.ano do Ensino Fundamental ou 1º grau (4ª série do Ginásio) – antiga 7ª. série
- 19. 9º.ano do Ensino Fundamental ou 1º grau (4ª série do Ginásio) – antiga 8ª. Série

21. 1ª série do Ensino Médio (2º grau ou Colegial)	30. curso superior incompleto
22. 2ª série do Ensino Médio (2º grau ou Colegial)	31. curso superior completo
23. 3ª série do Ensino Médio (2º grau ou Colegial)	32. pós-graduação incompleto
25. cursos técnicos de nível médio incompletos	33. pós-graduação completo
26. cursos técnicos de nível médio completos	99. NS/NR

N 17. Atualmente, o(a) Sr.(a) frequenta algum outro tipo de curso como informática, idiomas, dança, artes etc.?

1. não → **pular para N 19.** 2. sim 9. NS/NR → **pular para N 19.**

N 18. Que tipo de curso?

- 1. idiomas
- 2. informática
- 3. dança
- 4. música
- 5. profissionalizante
- 6. outro
- 9. NS/NR

N 19. Atualmente o(a) Sr.(a) exerce alguma atividade seja ela remunerada ou não remunerada de trabalho?

- 01. sim, em atividade
- 02. sim, mas afastado por motivo de doença
- 03. sim, e também aposentado
- 04. não, desempregado
- 05. não, aposentado
- 06. não, dona de casa
- 07. não, pensionista **06 a 09 e 99 → pular para N 28.**
- 08. não, só estudante
- 09. outros
- 99. NS/NR

N 20. Qual é/era a sua ocupação em seu trabalho **principal**? (especificar se aposentado, qual era a sua ocupação)

9999. NS/NR

N 21. Especifique qual é/era a atividade do estabelecimento, empresa, negócio ou instituição em que trabalha/trabalhou.

99999. NS/NR

N 22. No seu trabalho **principal** o(a) Sr.(a) é/era:

- 01. empregado assalariado estatutário ou com carteira profissional assinada
- 02. empregado assalariado sem carteira profissional assinada
- 03. empregado familiar não remunerado
- 04. conta própria ou autônomo com estabelecimento
- 05. conta própria ou autônomo sem estabelecimento
- 06. empregador com até 5 funcionários fixos
- 07. empregador com mais de 5 funcionários fixos
- 08. trabalhador sem remuneração
- 99. NS/NR

N 23. Quantas horas o(a) Sr.(a) trabalha ou trabalhava em média, por semana, no trabalho **principal**?

|_|_| horas

99. NS/NR

DESEMPREGADOS E APOSENTADOS, alternativa 4 e 5 da questão N 19. → PULAR PARA N 28.

N 24. Qual é o endereço do seu local de trabalho **principal**?

99. NS/NR

N 25. Qual foi o seu rendimento líquido no **mês passado** com o trabalho **principal**?

R\$: |_|_|_|_|_|, 00

99999. NS/NR

N 26. O(a) Sr.(a) tem algum outro tipo de trabalho remunerado além do principal?

1. não → **pular para N 28.**

2. sim

9. NS/NR → **pular para N 28.**

N 27. Quantas horas o(a) Sr.(a) trabalha, **por semana**, nos demais trabalhos?

|_|_| horas

99. NS/NR

N 28. O(a) Sr.(a) recebeu algum tipo de rendimento como aposentadoria, pensão ou bolsa no **mês passado**?

1. não → **pular para N 30.**

2. sim

9. NS/NR → **pular para N 30.**

N 29. Qual foi o seu rendimento líquido no **mês passado** com aposentadoria, pensão ou bolsa?

R\$: |_|_|_|_|_|, 00

99999. NS/NR

N 30. Considerando todos os seus rendimentos, com as ocupações, com pensões, bolsas, alugueis e outros, qual foi o seu rendimento líquido global no **mês passado**?

R\$: |_|_|_|_|_|, 00 → **se responder o valor da renda → pular para N 32.** 99999. NS/NR

N 31. Mas, fazendo um cálculo aproximado o(a) Sr.(a) diria que a sua renda média líquida global no **mês passado** se situa:

1. inferior a 1 salário mínimo
2. entre 1 e 2 salários mínimos
3. entre 3 e 4 salários mínimos
4. entre 5 e 9 salários mínimos
5. entre 10 e 20 salários mínimos
6. acima de 20 salários mínimos
9. NS/NR

N 32. Quem respondeu a este bloco?

1. o chefe de família
2. o cônjuge
3. o filho ou o enteado
4. outro parente

ANEXO 3 - PARECER COMITÊ DE ÉTICA

FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Utilização de serviços da Estratégia Saúde da Família no município de São Paulo

Pesquisador: Gustavo Gessolo de Oliveira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 51202716.5.0000.5421

Instituição Proponente: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP/USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.738.851

Apresentação do Projeto:

Identificar fatores associados à utilização de serviços da Estratégia Saúde da Família no município de São Paulo. Método: Estudo transversal, a partir dos dados da pesquisa

"Inquérito de Saúde do Município de São Paulo 2015 (ISA-Capital)", que abordou temas sobre condições de saúde, estilo de vida e uso de serviços e saúde em moradores do município de São Paulo. Será realizada uma análise univariada para estimar a razão de prevalência e o respectivo intervalo de confiança para cada categoria. Na análise múltipla serão incluídas todas as variáveis com $p < 0.20$, ajustadas por sexo, idade e condições de saúde. Resultados esperados: É esperada a obtenção de informações relevantes para subsidiar a formulação de políticas públicas referentes à Estratégia Saúde da Família, com o intuito de qualificar esse serviço.

Objetivo da Pesquisa:

Identificar fatores associados à utilização de serviços da Estratégia Saúde da Família no município de São Paulo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Baixo risco, benefícios potencialmente importantes para a ESF.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa importante. Irá trabalhar com base de dados existente.

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 716
Bairro: Cerejeira Cesar
UF: SP Município: SÃO PAULO CEP: 01.248-904
Telefone: (11)3061-7779 Fax: (11)3061-7779 E-mail: cocp@fsp.usp.br

**FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO**

Cod. Inscricao do Parecer: 1/02.051

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE do ISA.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_672160.pdf	09/03/2016 20:36:06		Acolto
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	09/03/2016 20:34:59	Gustavo Gessolo de Oliveira	Acolto
Outros	Questionario_ISA_CAPITAL_Completo.pdf	02/03/2016 11:56:53	Gustavo Gessolo de Oliveira	Acolto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa.pdf	02/03/2016 11:51:18	Gustavo Gessolo de Oliveira	Acolto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ISA2014.pdf	02/03/2016 11:47:32	Gustavo Gessolo de Oliveira	Acolto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 21 de Setembro de 2016

Assinado por:
Flavia Mori Sarti
(Coordenador)

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715
Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 01246-904
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7779 Fax: (11)3061-7779 E-mail: coep@fsp.usp.br