

Projeto: Planejamento do Inquérito Nacional de Saúde

Prezado(a) Dr(a).

Estamos em fase de planejamento do Inquérito Nacional de Saúde (INS) e gostaríamos muito de receber as suas recomendações e sugestões na qualidade de consultor. Para tal, solicitamos que você preencha o questionário para expressar a sua opinião e relatar a sua experiência com inquéritos de saúde. Pedimos que você nos envie o questionário preenchido no prazo de 15 dias, se possível. Se você precisar de um pouco mais de tempo, gostaríamos de ser informados para prorrogação do prazo para, no máximo, 30 dias. Caso haja alguma impossibilidade de sua parte para o preenchimento do questionário ou você considere o questionário insuficiente para relatar toda a sua experiência, teremos o maior prazer de agendar uma entrevista pessoal, no seu local de trabalho, para uma conversa mais demorada (por favor, agende a entrevista com a nossa equipe). Se você aceitar participar do processo, seu nome constará da lista oficial de consultores do planejamento do INS.

O questionário a ser preenchido pelos consultores consta de três módulos: O primeiro é sobre a concepção do INS, do seu ponto de vista; o segundo objetiva conhecer a sua experiência em termos de inquéritos e, o terceiro, para as suas recomendações finais.

Muito obrigado por sua colaboração!

Celia Landmann Szwarcwald
Celia Landmann Szwarcwald

Francisco Viacava
Francisco Viacava

BLOCO I: CONCEPÇÃO DO INS

I.1	O inquérito terá representatividade no nível de UF, desagregado para município da capital, região metropolitana e interior.	<input type="radio"/> Concorda <input type="radio"/> Discorda (Se desejar escreva sua sugestão no quadro ao lado)	Sugestão:
I.2	O inquérito será realizado provavelmente em 2011 pelo MS em conjunto com o IBGE. Além da concepção do questionário, que já estamos realizando nesta etapa de planejamento, em quais etapas você acha essencial a participação do MS e dos pesquisadores da área da saúde na fase de execução do inquérito? (Você pode marcar mais de uma opção)	<input type="checkbox"/> 1. Elaboração do plano de amostragem <input type="checkbox"/> 2. Treinamento das equipes <input type="checkbox"/> 3. Supervisão do trabalho de campo <input type="checkbox"/> 4. Coleta de dados da entrevista e aferições <input type="checkbox"/> 5. Coleta de sangue <input type="checkbox"/> 6. Análises de dados <input type="checkbox"/> 7. Divulgação dos resultados	
I.3	O inquérito terá uma entrevista, medidas de peso, altura e pressão arterial e coleta de material biológico. Na sua opinião, qual deve ser o tempo médio de entrevista?	<input type="radio"/> 1. Menos de 30 minutos <input type="radio"/> 2. 30-45 minutos <input type="radio"/> 3. 45-60 minutos <input type="radio"/> 4. 1 a 2 horas	
I.4	No plano de amostragem, prevê-se que o penúltimo estágio de seleção será o de domicílios e o último de indivíduos residentes no domicílio selecionado. Na sua opinião, quais dos moradores adultos (18 anos e mais) do domicílio devem participar do inquérito em todas as etapas (entrevista individual, aferição de medidas e coleta de material biológico)? 1. Somente um morador escolhido com equiprobabilidade entre todos os moradores adultos do domicílio 2. Mais do que um morador (2 ou 3) escolhidos probabilisticamente entre todos os moradores adultos do domicílio 3. Todos os moradores adultos do domicílio 4. Todos os moradores adultos presentes na hora da entrevista Se desejar faça suas sugestões no quadro ao lado		Sugestões:
I.5	Pensando no instrumento a ser utilizado no INS e levando em consideração o tempo limitado para entrevista, gostaríamos que você classificasse cada um dos tópicos listados abaixo quanto ao seu grau de prioridade para inclusão no instrumento. A classificação inclui as seguintes categorias: 1 - Essencial – tem que ser incluído, obrigatoriamente. 2 - Muito importante – seria muito bom incluir. 3 - Considero um tópico importante , mas se tiver que cortar alguma coisa, esse poderia ser excluído. 4 - Não incluíria neste momento , mas pensaria em estudos aprofundados sobre o tema. 5 - Desnecessário – não vejo a menor necessidade de incluir esse tópico		

Questionário Domiciliar

Tópicos	Grau de prioridade	Você tem alguma experiência de perguntas ou escalas sobre este tópico?	Em caso afirmativo, você poderia nos disponibilizar o conjunto de perguntas ou escala que na sua experiência tenham sido bem sucedidos? (*)
1. Características do domicílio (incluindo bens do domicílio)	▼	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
2. Características de todos os moradores do domicílio (idade, sexo, raça/cor, grau de escolaridade, situação de trabalho, renda, relações de parentesco)	▼	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
3. Características da vizinhança (segurança, local para caminhada, acesso à alimentação saudável)	▼	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
4. Cobertura de plano de saúde de todos os moradores do domicílio	▼	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
5. Cobertura por PSF	▼	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
6. Gastos domiciliares (alimentação, saúde, total)	▼	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não

(*) Em caso positivo:

- Se disponíveis em meio eletrônico, por favor, nos envie como anexos para o endereço apires@icict.fiocruz.br

- Se não disponíveis em meio eletrônico, por favor, nos envie para o seguinte endereço:

Célia Landmann Szwarcwald
Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) - Av. Brasil, 4365 - Biblioteca de Mangunhos
ICICT - 2º andar - sala 225 - Mangunhos - CEP 21040-360 - Rio de Janeiro/RJ

Questionário Individual

Bloco - Condições de vida

Tópicos	Grau de prioridade	Você tem alguma experiência de perguntas ou escalas sobre este tópico?	Em caso afirmativo, você poderia nos disponibilizar o conjunto de perguntas ou escala que na sua experiência tenham sido bem sucedidos? (*)
1. Condições de trabalho, incluindo ocupação e atividade desenvolvida	▼	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
2. Exposição à violência	▼	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
3. Eventos de vida estressantes (acidentes, problemas financeiros e afetivos)	▼	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
4. Rede de apoio social	▼	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
5. Uso do tempo (no trabalho, no lazer, nas refeições, no descanso)	▼	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não

Bloco - Morbidade Referida

Tópicos	Grau de prioridade	Você tem alguma experiência de perguntas ou escalas sobre este tópico?	Em caso afirmativo, você poderia nos disponibilizar o conjunto de perguntas ou escala que na sua experiência tenham sido bem sucedidos? (*)
1. Auto-avaliação de saúde	▼	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
2. Doenças crônicas	▼	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
<i>Cite quais doenças crônicas você incluiria no INS</i>			
3. Doenças infecciosas	▼	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
<i>Cite quais doenças infecciosas você incluiria no INS</i>			
4. Limitação de atividade por incapacidade (física ou mental)	▼	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
5. Restrição de atividades rotineiras por motivo de saúde(nos últimos 15 dias)	▼	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não

Bloco - Estilo de vida

Tópicos	Grau de prioridade	Você tem alguma experiência de perguntas ou escalas sobre este tópico?	Em caso afirmativo, você poderia nos disponibilizar o conjunto de perguntas ou escala que na sua experiência tenham sido bem sucedidos? (*)
1. Fumo	▼	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
2. Alcool	▼	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
3. Padrão de consumo alimentar	▼	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
4. Atividade física	▼	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
5. Outros (uso de cinto de segurança, proteção solar, etc.)	▼	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não

Bloco - Acesso e utilização de Serviços de Saúde

Tópicos	Grau de prioridade	Você tem alguma experiência de perguntas ou escalas sobre este tópico?	Em caso afirmativo, você poderia nos disponibilizar o conjunto de perguntas ou escala que na sua experiência tenham sido bem sucedidos? (*)
1. Acesso a serviços, profissionais e exames preventivos	▼	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
2. Consultas ambulatoriais: tipo, local, financiamento	▼	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
3. Internação hospitalar: tipo, financiamento	▼	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não

Bloco - Atenção Farmacêutica

Tópicos	Grau de prioridade	Você tem alguma experiência de perguntas ou escalas sobre este tópico?	Em caso afirmativo, você poderia nos disponibilizar o conjunto de perguntas ou escala que na sua experiência tenham sido bem sucedidos? (*)
1. Necessidade e acesso a medicamentos	▼	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
2. Uso racional de medicamentos	▼	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
3. Medicamentos de uso contínuo	▼	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não

Bloco - Saúde da Mulher

Tópicos	Grau de prioridade	Você tem alguma experiência de perguntas ou escalas sobre este tópico?	Em caso afirmativo, você poderia nos disponibilizar o conjunto de perguntas ou escala que na sua experiência tenham sido bem sucedidos? (*)
1. Exame ginecológico (Clínico e exames preventivos como Papanicolaou, mamografia e outros)	▼	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
2. Pré-natal	▼	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não

Bloco - Saúde Bucal

Tópicos	Grau de prioridade	Você tem alguma experiência de perguntas ou escalas sobre este tópico?	Em caso afirmativo, você poderia nos disponibilizar o conjunto de perguntas ou escala que na sua experiência tenham sido bem sucedidos? (*)
1. Auto-avaliação da saúde bucal	▼	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
2. Perda de dentes e uso de próteses	▼	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
3. Necessidade, acesso e uso de serviços odontológicos	▼	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não

BLOCO II: EXPERIÊNCIA ANTERIOR

II.1	Em quais inquéritos você participou nos últimos dez anos que possam contribuir para o planejamento do INS?	<p>Instruções para preenchimento do quadro abaixo:</p> <p>Período de execução do trabalho de campo: do mês / ano a mês/ano. Abrangência geográfica: nacional, estadual (qual ou quais estados), municipal (qual ou quais municípios). Abrangência populacional: População geral; Por faixa de idade (18 anos e mais; 60 anos e mais; 15 a 49 anos; etc); Por sexo (população masculina ou feminina); Outros subgrupos populacionais (especifique, por exemplo, gestantes, indígenas, etc). Tema específico (o inquérito teve algum objeto específico como cobertura vacinal, doenças ou agravos específicos? Por favor, especifique.)</p>
------	--	--

Nome do Inquérito	Período de execução do trabalho de campo	Tamanho da amostra	Abrangência geográfica	Abrangência populacional	Tema específico
	a				
	a				
	a				
	a				
	a				

II.2	Em relação aos instrumentos utilizados, houve algum uso de escala?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	Se <u>Sim</u>, por favor, preencher o quadro abaixo
------	--	---	--

Nome do Inquérito	Nome da Escala	Objeto medido	Traduzida para o português pelo grupo?	Validada no Brasil ?	Você acha importante incluí-la no INS?		
					Essencial: (E)	Importante: (I)	Desnecessária: (D)
			<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> E	<input type="radio"/> I	<input type="radio"/> D
			<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> E	<input type="radio"/> I	<input type="radio"/> D
			<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> E	<input type="radio"/> I	<input type="radio"/> D
			<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> E	<input type="radio"/> I	<input type="radio"/> D
			<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> E	<input type="radio"/> I	<input type="radio"/> D

II.3	Entre os inquéritos que participou, por favor, especifique quais medidas foram aferidas. Caso as medidas tenham sido aferidas em mais de um inquérito, escolha o procedimento que você considera mais adequado:
------	---

Medida	Tipo de instrumento	Marca (se souber)	Procedimento de aferição	Número de medidas	Medida sumária (por exemplo, média das medidas de PA)
Peso					
Altura (em pé)					
Altura (sentada)					
Pressão Arterial (PA)					
Circunferência da cintura					
Circunferência abdominal					
Circunferência do quadril					

II.4	Você teve alguma experiência com coleta de sangue?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	Se <u>Sim</u>, por favor preencha o quadro abaixo
------	--	---	--

Caso a coleta de sangue tenha sido realizada em mais de um inquérito, escolha o procedimento que você considera mais adequado para ser aplicado no INS:

A	Nome do inquérito	
B	A coleta foi feita na amostra total ou em uma sub-amostra?	<input type="radio"/> Amostra total <input type="radio"/> Sub-Amostra
C	Qual o critério para a seleção da sub-amostra?	
D	Qual foi o tipo de coleta?	<input type="radio"/> Venosa <input type="radio"/> Capilar
E	A coleta foi em jejum?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
F	Qual foi o tipo de profissional que coletou o sangue?	
G	Quais os exames laboratoriais realizados?	
H	Onde foi realizada a coleta de sangue?	<input type="radio"/> Domicílio <input type="radio"/> Unidade de Saúde <input type="radio"/> Laboratório
I	Os resultados foram instantâneos ou analisados por laboratórios?	<input type="radio"/> 1. Resultado na hora <input type="radio"/> 2. Analisado por laboratório Se 1: Vá para a pergunta K
J	No caso de ter sido coletado no domicílio ou em uma unidade de saúde e analisado por laboratório, qual foi o procedimento para transporte do sangue?	
K	Houve algum retorno para o participante?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim Se <u>Sim</u>, especifique a forma de retorno
L	Qual o percentual de recusa de coleta de sangue?	
M	Você tem alguma experiência de coleta de sangue com aparelhos específicos tendo resultados na hora?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim Se <u>Sim</u>, por favor especifique e comente

BLOCO III: RECOMENDAÇÕES

III.1	Você teria alguma recomendação ou sugestão para a realização do INS que não esteja contemplada neste questionário?
III.2	Você tem alguma recomendação de mudanças (incluindo exclusão de módulos no(s) instrumento(s) ou conjunto(s) de perguntas disponibilizados para a equipe)? Por favor comente.
III.3	Você acha importante ter uma conversa com a equipe para falar um pouco mais sobre a sua experiência e dar suas recomendações?

	Datas	Marque com um X se disponível
Estamos marcando uma reunião de DOIS DIAS no final de agosto / início de setembro com todos os consultores e representantes do MS. Marque, por favor, as datas disponíveis no período:	24 - 25 agosto	
	25 - 26 agosto	
	26 - 27 agosto	
	27 - 28 agosto	
	31 agosto - 01 setembro	
	01 - 02 setembro	
	02 - 03 setembro	
	03 - 04 setembro	

Caso você queira disponibilizar algum material para a equipe como instrumento ou conjunto de perguntas ou escalas, por favor, nos envie como anexo para apires@icict.fiocruz.br ou para o seguinte endereço:

Célia Landmann Szwarcwald
 Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)
 Av Brasil, 4365 - Biblioteca de Manguinhos - ICICT -2º andar – sala 225 - Manguinhos
 Manguinhos – CEP 21040-360 – Rio de Janeiro/RJ

Agradecemos mais uma vez a sua colaboração.