

MARIANA LINHARES PEREIRA

**Avaliação da rede de atenção em saúde e da
farmacoterapia de pacientes internados por Condições
Sensíveis a Atenção Primária pelo SUS.**

Tese apresentada ao Programa de Pós
Graduação em Medicamentos e
Assistência Farmacêutica, nível
doutorado, como requisito parcial a
obtenção do título de Doutora.

Orientadora: Profa. Dra. Cristiane
Aparecida Menezes de Pádua.
Co-orientador: Prof. Dr. Francisco de
Assis Acurcio.

Belo Horizonte
2016



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICAMENTOS E ASSISTENCIA
FARMACEUTICA

UFMG

FOLHA DE APROVAÇÃO

Avaliação da atenção primária em saúde e da farmacoterapia de pacientes internados por Condições Sensíveis a Atenção Primária pelo SUS.

MARIANA LINHARES PEREIRA

Tese submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em MEDICAMENTOS E ASSISTENCIA FARMACEUTICA, como requisito para obtenção do grau de Doutora em MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, área de concentração MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.

Aprovada em 10 de novembro de 2016, pela banca constituída pelos membros:


Prof. Cristiane Aparecida Menezes de Pádua - Orientadora
UFMG


Prof. Francisco de Assis Acunio - Coorientador
UFMG


Prof. Veneza Berenice de Oliveira
UFMG


Prof. Adriano Max Moreira Reis
UFMG


Prof. André Oliveira Baldoni
UFSJ


Prof. Clareci Silva Cardoso
UFSJ

Belo Horizonte, 10 de novembro de 2016.

P436a Pereira, Mariana Linhares.
Avaliação da Atenção Primária em Saúde e da farmacoterapia de pacientes internados por condições sensíveis a atenção primária pelo SUS / Mariana Linhares Pereira. – 2016.
97 f.

Orientadora: Cristiane Aparecida Menezes de Pádua.
Co-orientador: Francisco de Assis Acurcio.

Tese (doutorado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Farmácia, Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica.

1. Atenção Primária à Saúde (APS) – Teses. 2. Hospitalização – Teses. 3. Sistema de Saúde – Teses. 4. Medicamentos – Utilização – Teses. 5. Sistema Único de Saúde (Brasil) – Teses. I. Pádua, Cristiane Aparecida Menezes de. II. Acurcio, Francisco de Assis. III. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Farmácia. IV. Título.

CDD: 362.1042

Dedico este trabalho ao meu marido
André e aos meus filhos, Renato e Vitor.
Vocês me fazem querer ser melhor!

AGRADECIMENTOS

Gratidão provavelmente é o sentimento que me domina nesse momento, entretanto, agradecer é sempre um desafio: fica a dúvida se lembramos de todas as pessoas e se escolhemos as palavras mais adequadas para expressar o que sentimos. Foram muitas as pessoas que, dentro de cada etapa ou contexto, contribuíram à sua maneira, para que essa “jornada”, que iniciou há (bem) mais de quatro anos, pudesse ser concluída.

Nascer em uma família que prioriza o amor e os estudos não poderia resultar em nada diferente do que uma professora que *ama* ensinar e aprender. Obrigada pai, mãe e Fernando. Em suas mãos eu seguro sempre!

André, meu companheiro de vida! Obrigada por cuidar de mim e por ser exemplo de retidão de caráter, senso de justiça e o melhor pai que os meus filhos poderiam ter.

Renato e Vitor, vocês são a melhor parte de mim! Obrigada por cada abraço apertado e por “entenderem” tantas ausências para que eu pudesse terminar “este trabalho difícil”.

A minha orientadora e amiga Cristiane, que me instigou a fazer o doutorado e que tanto confiou em mim para pensar e executar este trabalho. Obrigada por compartilhar comigo sua experiência.

Ao professor Francisco, que me orientou pela segunda vez. É sempre um grande privilégio trabalhar com você.

Obrigada a todos os participantes do projeto ICSAP pela parceria de trabalho e pela convivência. Agradeço em especial às coordenadoras, professoras Cláudia di Lorenzo e Clareci Cardoso, pela oportunidade desse grande aprendizado. Obrigada também à Suzana Freitas, que mais do que apoio técnico, se tornou uma grande e verdadeira amiga.

Aos meus colegas da UFSJ, obrigada por tornar realidade o sonho de formação de um profissional farmacêutico competente e crítico. A minha amiga-irmã Bulé, obrigada por me acolher, me ouvir e por confiar tanto em mim. A você Dany, obrigada por ser tão forte, você me deixa forte também! Meu companheiro de sala Carlos, obrigada por

sua lucidez e sensibilidade. Michele, minha primeira amiga da UFSJ, obrigada por tudo, desde o início. Cris, você semeia paz por onde passa! É uma grande alegria ter sua amizade. Dr. Frank, obrigada por sua humanidade, precisamos de mais professores assim. Magna, obrigada pelas vibrações sempre tão elevadas. Roberta, obrigada pelas risadas contagiantes.

André Baldoni, meu amigo, parceiro, compadre e grande “orientador”. Mil vezes obrigada por tudo que tem feito por mim. Você sabe que, sem sua condução firme, segura e absolutamente necessária, este trabalho não teria sido concluído!

Às minhas companheiras do DINTER, obrigada pelo aprendizado interdisciplinar, pela oportunidade de convivência e pelas estradas que enfrentamos juntas.

Silas, obrigada por sua organização, eficiência e prestabilidade.

Obrigada aos farmacêuticos do futuro, como já disse algumas vezes: conviver (e aprender) com vocês “faz com que a esperança se renove a cada dia”.

Enfim, gostaria de agradecer a alguns “anjos” que existem em minha vida e sem os quais hoje eu não estaria onde estou. Keane, obrigada por cuidar dos nossos meninos com tanto carinho e por ter se tornado uma amiga e confidente! Mari Gonzaga, xará, amiga, farmacêutica e poeta: obrigada pelo exemplo de dedicação, caráter e humildade. Cláudia Melo, (mil vezes) obrigada pelo profissionalismo e carinho, você “afetou” a minha vida! Paty, obrigada por seu sorriso, carinho e apoio. Muito bom ter você em nossas vidas! Obrigada Simone e Luciana, pelas sessões semanais de terapia!

*“Andá com fé eu vou
Que a fé não costuma faiá...”*

(Gilberto Gil)

Resumo

INTRODUÇÃO: O Brasil experimenta a expansão da Atenção Primária à saúde (APS) com a coexistência do modelo tradicional (UBS) e a Estratégia Saúde da Família (ESF). A avaliação da APS, assim como a comparação desta entre os modelos de atenção disponíveis é necessária para a avaliação da qualidade dos serviços prestados à população. A falta de medicamentos para tratamento das Condições Sensíveis a Atenção Primária (CSAP) onera o sistema de saúde ao acarretar internações desnecessárias e o agravamento de quadros clínicos. **Objetivos:**

Comparar as avaliações da Atenção Primária à Saúde (APS) realizadas por pacientes hospitalizados por Condições Sensíveis a Atenção Primária (CSAP), divididos em dois grupos (usuários e não-usuários de medicamentos). Analisar o perfil dos pacientes internados por CSAP, assim como os fatores associados ao não-uso de medicamentos para o tratamento dessas condições. **Métodos:** Estudo transversal, conduzido em dois serviços de internação públicos brasileiros, em Divinópolis, MG, com pacientes hospitalizados por CSAP que reportaram ser usuários de unidades de APS. Os dados foram coletados de julho a outubro de 2011, por meio de entrevistas e análise de prontuários médicos. Foram entrevistados todos os pacientes internados que afirmaram fazer uso dos serviços oferecidos pela Atenção Primária a Saúde no SUS do município. A versão brasileira do *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) foi utilizada para avaliar o desempenho da APS e um questionário foi aplicado para avaliar o uso de medicamentos. Foram feitas análises descritivas e o Índice de Atenção Primária (IAPS) foi calculado. As avaliações feitas por usuários e não usuários de medicamentos foram comparadas por regressão logística politômica univariada. Ademais, os pacientes que “não-usavam medicamentos para CSAP” foram comparados com aqueles que “usavam medicamentos para CSAP” usando regressão logística. A força de associação entre a variável resposta e variáveis explicativas foi estimada por *odds ratio* (OR). Todas as análises adotaram intervalo de confiança (IC) de 95%.

Resultados: Um total de 314 pacientes internados foram entrevistados, sendo 217 (69,1%) usuários de medicamentos. Os índices de APS, avaliados pelos dois grupos (usuários e não usuários de medicamentos), ficou em torno de 60% do valor máximo possível (5 pontos) sem diferença significativa entre eles. Aproximadamente 15,0%

desses usuários relataram problemas para aquisição e 85% dos medicamentos foram adquiridos em farmácias comunitárias. O grupo de não-usuários de medicamentos para CSAP (59,7%) é mais jovem e com menor número de morbidades ($p < 0.001$). Exercício de atividade remunerada e melhor percepção de saúde foram as variáveis que apresentaram associação com o não-uso de medicamentos para CSAP.

Conclusões: Os serviços de saúde no nível primário da atenção não refletem os atributos da APS e não há diferença entre os índices de avaliação pelos grupos de usuários e não-usuários de medicamentos. É provável que os serviços farmacêuticos venham sendo desenvolvidos de maneira inadequada dentro da APS, a despeito da alta prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis relacionadas às hospitalizações por CSAP.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária a Saúde; Hospitalização; Sistema de Saúde; Uso de medicamentos; Brasil.

Abstract

Background: Brazil is currently expanding Primary Health Care (PHC) with the coexistence of two different models: the traditional model comprising Basic Health Units (BHU) and the Family Health Program (FHP). Assessment of the PHC, as well as comparisons of the two available healthcare models, is necessary to evaluate the quality of services delivered to the population. Do not use drugs for treatment of Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC) on the health care system results in unnecessary hospitalizations. **Objectives:** To compare assessments of Primary Health Care (PHC), as rated by patients hospitalized for ambulatory care-sensitive conditions (ACSC), comprising users and non-users of drugs, treated under the different healthcare models (Family Health Program – FHP vs. Basic Health Units – BHU). Analyze the profile of patients and factors associated to non-use of drugs for ACSC. **Methods:** A cross-sectional study was conducted within two public inpatient services, city of Divinópolis, Brazil. Data collection was performed by interview and analysis of medical records between July and October 2011. Brazilian version of the Primary Care Assessment Tool (PCATool) was used to assess PHC performance and a questionnaire was applied to assess drugs use. Descriptive analysis was performed and Primary Healthcare Index (PHCI) calculated. Evaluations by drug users and non-users were compared using the univariate polytomous logistic regression. Patients who “do not use drugs to ACSC” were compared to those who “use drugs to ACSC” using logistic regression. The strength of the associations was estimated by odds ratio (OR). All analysis employed 95% confidence intervals (CI). **Results:** The PHC rating, as assessed by both groups (drug users and non-users), was around 60% of the maximum score (5 points) with no significant difference between them. A total of 314 inpatients were interviewed, 217 (69.1%) of whom were in use of drugs. Approximately 15.0% of drug users reported problems in acquiring drugs and 85% of drugs were purchased at community pharmacies. Non-use of drugs for ACSC group (59,7%) is younger and have less comorbidities ($p=0.000$). Employment and health status were associated with non-use of drugs for ACSC. **Conclusions:** The health services at the primary health care level did not reflect the attributes of PHC and there was no difference in PHC ratings between drug users and non-users. Poor pharmacy services

within the PHC seems to be offered despite the high prevalence of Chronic Non-Communicable Diseases related to hospitalizations for ACSC.

KEYWORDS: primary health care; hospitalization, healthcare system; drug usage; Brazil.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	xii
LISTA DE TABELAS	xiii
LISTA DE APÊNDICES.....	xiv
LISTA DE ANEXOS	xv
1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	16
1.1. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	18
1.2. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	20
1.2.1. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde	21
1.3. APS NO BRASIL.....	22
1.4. MEDICAMENTOS E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	23
2. OBJETIVOS.....	26
2.1 OBJETIVO GERAL	26
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	26
3. MÉTODOS.....	27
3.1 DESENHO DO ESTUDO	27
3.2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DO ESTUDO.....	27
3.3 POPULAÇÃO ESTUDADA	28
3.4 COLETA DE DADOS	28
3.5 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	29
3.5.1 Ficha de triagem	29
3.5.2 <i>Primary Care Assessment Tool</i> (PCATool).....	29
3.5.3 Utilização de medicamentos	30
3.6 ANÁLISE DOS DADOS	32
3.7 ASPECTOS ÉTICOS	33
4. RESULTADOS.....	34
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
Apesar da perspectiva de avaliação de caráter inovador é importante destacar potenciais limitações do estudo. Dentre elas destaca-se o delineamento	35
6. CONCLUSÕES.....	36
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37
APÊNDICES.....	42
APÊNDICE A – Ficha de triagem.....	43
APÊNDICE B – Instrumento para avaliação da APS.	45
APÊNDICE C - Instrumento para avaliação do uso de medicamentos.	64
APÊNDICE D - Fluxograma do Estudo.	67
APÊNDICE E - Carta ao Editor – Periódico <i>Atencion Primaria</i>	68
APÊNDICE F – Artigo 1.	70
APÊNDICE G – Artigo 2.....	81
PACIENTES INTERNADOS POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS A ATENÇÃO PRIMÁRIA: Eles recebem o tratamento para a condição de internação?	81
ANEXOS	94
ANEXO 1 – Aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Educacional de Divinópolis (FUNEDI) da Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG).	95
ANEXO 2 – Aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital São João de Deus.	96
ANEXO 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	97

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AF – Assistência Farmacêutica
AIH – Autorização de Internação Hospitalar
APS - Atenção Primária à Saúde
CS – Centros de Saúde
CSAP – Condições Sensíveis a Atenção Primária
DATASUS – Departamento de Informática do SUS
DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ESF – Estratégia Saúde da Família
EUA – Estados Unidos da América
FAPEMIG – Fundo de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais
FUNEDI – Fundação Educacional de Divinópolis
HSJD – Hospital São João de Deus
IAB – Índice de Atenção Básica
ICSAP – Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária
OMS – Organização Mundial de Saúde
PAIS – Programa de Ações Integradas de Saúde
PCATool – *Primary Care Assessment Tool*
PSF – Programa Saúde da Família
PNM – Política Nacional de Medicamentos
PSR – Pronto Socorro Regional
QDS – *Questionnaire Development System*
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAPS – Unidades de Atenção Primária à Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Informações obtidas a partir dos instrumentos de coleta.	31
---	----

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A – Ficha de triagem	43
APÊNDICE B – Instrumento para avaliação da APS.....	45
APÊNDICE C - Instrumento para avaliação do uso de medicamentos.....	64
APÊNDICE D - Fluxograma do Estudo.....	67
APÊNDICE E - Carta ao Editor – Periódico <i>Atencion Primaria</i>	68
APÊNDICE F – Artigo 1.....	70
APÊNDICE G – Artigo 2.	81

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1 – Aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Educacional de Divinópolis (FUNEDI) da Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG).....	95
ANEXO 2 – Aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital São João de Deus.....	96
ANEXO 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	97

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A Atenção Primária à Saúde (APS) pode ser definida como um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, que representa uma proposta de modelo assistencial que visa à melhoria dos indicadores de saúde, redução das morbi-mortalidades e consumo mais racional da tecnologia biomédica, a partir de um cuidado constante da saúde da população. A APS deve contar ainda com plena participação popular e dos gestores de saúde e gerar um custo aceitável para a população e o país^{1; 2}.

No Brasil, logo após a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), a APS era ofertada pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) que se baseavam principalmente em modelos curativos, com foco na intervenção médica³. Desde os anos 1990, a partir da expansão de cobertura pela Estratégia Saúde da Família (ESF), este nível da assistência vem sofrendo inovações importantes. Este novo modelo está inserido no contexto de uma nova concepção de cuidado à saúde, tendo a família como centro de atenção e não somente o indivíduo doente⁴.

Entretanto, a desvalorização política e social, a falta de profissionais qualificados e o financiamento insuficiente dificultam que a APS ofertada alcance níveis de qualidade satisfatórios e seja verdadeiramente resolutiva³. Em consequência disso, são crescentes a necessidade e o interesse em avaliar os possíveis impactos produzidos na saúde e bem-estar da população^{5; 6}. Com este intuito, foram propostos diferentes indicadores para avaliação da qualidade da APS, para subsidiar uma melhor adequação entre os recursos, a gestão do serviço e a qualidade do atendimento^{7; 8}.

Condições Sensíveis a Atenção Primária (CSAP) são problemas de saúde que devem ser abordados e tratados nesse nível de atenção. Entretanto, quando a APS não é efetiva o problema de saúde pode não ser controlado oportunamente, gerando descompensação e levando a internações potencialmente evitáveis - ICSAP. As ICSAP foram utilizadas como instrumento de avaliação em serviços de saúde inicialmente nos EUA, na década de 1980, com o objetivo de detectar pessoas sem acesso à atenção à saúde e medir o impacto financeiro no modelo sanitário daquele país⁹. Após terem sido utilizadas, adaptadas e testadas em países que possuem

sistema de saúde de cobertura universal e que têm seu esteio na atenção primária, as ICSAP passaram a ser usadas como indicador indireto da qualidade da APS^{10; 11}.

Atualmente, estudos utilizando o indicador ICSAP têm sido desenvolvidos em países da América Latina, incluindo o Brasil^{12; 13; 14}. Entretanto, grande parte dos estudos tem utilizado dados secundários, inclusive aquelas bases disponíveis na rede mundial de computadores^{6; 15; 16}, cujo nível mínimo de agregação é o município, o que impede relacionar o paciente com a unidade de saúde que ele frequenta.

É estimado que ICSAP representaram cerca de um quarto do total de internações nos anos de 2012 e 2013¹⁷. Um valor elevado de ICSAP pode ser indicativo de problemas na gestão do sistema de saúde, falta de resolutividade dos serviços prestados, dificuldades na oferta de recursos para diagnóstico ou da “*carência de medicamentos para o controle de doenças crônicas*”³.

O medicamento constitui a tecnologia biomédica mais amplamente utilizada para tratamento e controle das doenças no âmbito do sistema de saúde. A provisão de medicamentos considerados essenciais, componente fundamental da APS², pode ser indicador de qualidade da assistência à saúde, representada pelo acesso aos medicamentos e seu uso racional. Não obstante, a crescente medicalização da sociedade e o consequente mau uso desse recurso, acabam por resultar em problemas sanitários e econômicos de ampla magnitude^{18; 19}.

Soma-se a isso a inversão da pirâmide etária e as mudanças no perfil de morbimortalidade, com crescimento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) em detrimento das doenças infectoparasitárias. A APS, nesse contexto, passa a ocupar o centro de comunicação de redes integradas de serviços de saúde⁵.

Assim, indicadores de qualidade, como as ICSAP tornam-se valiosos para auxiliar o monitoramento e a avaliação da APS, especialmente ao se considerar o crescimento não planejado e a consequente deficiência na oferta de serviços essenciais, em municípios de médio porte, como Divinópolis, Minas Gerais ^{7; 20}.

O presente estudo se insere na proposta avaliativa do cuidado primário à saúde⁷ e tem como objetivo comparar a avaliação da atenção primária por pacientes internados por CSAP usuários e não usuários de medicamentos, de acordo com os modelos de atenção da APS (Estratégia da Saúde da Família - ESF vs. Unidades Básicas de

Saúde - UBS). Pretende-se também avaliar o perfil do usuário de medicamentos e a farmacoterapia dos pacientes internados por CSAP.

1.1. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

“A atenção primária tem o valor heurístico de contribuir para o conhecimento comum a toda pesquisa, mas tem a recompensa adicional de contribuir para a pesquisa avançada do desenvolvimento nos serviços de saúde”¹.

De acordo com a carta de Lubliana²¹ os sistemas atenção à saúde devem ser: dirigidos por valores de dignidade humana, equidade, solidariedade e ética profissional; direcionados para a proteção e promoção da saúde; centrados nas pessoas, valorizando a autonomia; focados na qualidade; baseados em financiamento sustentável, permitindo cobertura universal e equidade no acesso e orientados para a atenção primária.

Em 1977, em sua 30ª reunião anual, a Assembleia Mundial da Saúde definiu que “todos os cidadãos do mundo deveriam ter um nível de saúde que os permitisse levar vida social e economicamente produtiva”. Essa meta ficou conhecida como *Saúde para todos no Ano 2000*. Em consequência dessa definição, no ano seguinte, durante a Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata, a Atenção Primária em Saúde^A foi definida como:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal no desenvolvimento social e econômico global da comunidade².

A APS tem sido interpretada de três formas distintas: (a) atenção primária seletiva; (b) nível primário do sistema de saúde e (c) estratégia de organização do sistema de saúde. Com base na definição e diretrizes propostas pela OMS, APS será considerada

^AA expressão Atenção Primária à Saúde (APS) será utilizada em detrimento do termo equivalente Atenção Básica (AB) por corresponder a expressão reconhecida internacionalmente *Primary Health Care* (PHC).

como estratégia de organização do sistema de saúde e deve constituir também um princípio de todos os tipos de sistemas²².

A APS tem sido associada, erroneamente, a assistência de baixo custo e baixa complexidade. Em verdade, ela corresponde a uma abordagem tecnológica exclusiva de organização da prática, correspondendo ao primeiro contato de uma população definida, com os serviços de saúde⁵.

De acordo com o Ministério da Saúde²³, APS é o primeiro nível de cuidado a saúde, com bases coletivas e ações também individuais que são orientadas pela promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e reabilitação.

Para fins organizacionais, a APS pode ser compreendida a partir de seus quatro principais domínios: acesso de primeiro contato do cuidado, longitudinalidade, abrangência e coordenação e seus derivados: atenção centrada na família, orientação comunitária e competência cultural dos profissionais^{1; 5; 24}.

O **acesso de primeiro contato** corresponde ao acesso ao serviço diante de um novo problema para o qual se procura atendimento, considerando a fácil abordagem e eliminação de barreiras de estrutura, financeira e organizacional. Por **longitudinalidade** entende-se o oferecimento regular e consistente de serviços de saúde pela equipe de profissionais. A **abrangência** ou integralidade consiste no conjunto de serviços que atendam as necessidades biológicas, sociais e psicológicas do indivíduo e da comunidade. A **coordenação**, por sua vez, deve assegurar a oferta de uma combinação de serviços e informações que atendam a necessidade de um paciente e que envolva a ligação entre os serviços. Derivando dessas dimensões principais, espera-se ainda que a unidade de atenção não seja o indivíduo doente, e sim a integração de aspectos físicos, psicológicos, contextos familiar e sócio-cultural com a competência dos prestadores de serviços em saúde^{1; 5; 24}.

Estudos^{25; 26; 27; 28; 29} têm mostrado que um sistema de saúde com forte base na atenção primária gera menos custos, mais satisfação do usuário e melhor qualidade do serviço. Existem evidências de que esse nível de atenção é capaz de responder a 85% das necessidades em saúde, por meio da realização de serviços preventivos, curativos, reabilitadores e de promoção da saúde; integrando os cuidados quando existe mais de um problema; lidando com o contexto de vida e influenciando as

respostas das pessoas aos seus problemas de saúde. A organização dos sistemas de saúde centrados na atenção primária tem melhores resultados e maior eficiência, mesmo em locais de grande iniquidade social^{30; 31}.

1.2. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

“A avaliação é uma atividade que acompanha a própria história do homem, tida como inerente ao próprio processo de aprendizagem”³².

A função primordial e inquestionável de um Sistema de Saúde é melhorar as condições de saúde da população atendida. Entretanto, devido a indissociabilidade dos elementos de um sistema, outros objetivos precisam ser acrescentados ao primeiro: promover a equidade no financiamento da atenção à saúde; atender às expectativas/necessidade da população no que se refere às condições de atendimento e reduzir as desigualdades³³. Diante disso, Marinho *et al.*³⁴, respaldados pela Constituição Federal, afirmam que no Brasil a eficiência na administração pública direta e indireta de qualquer uma das esferas do poder é imperativo constitucional e a avaliação desses sistemas é uma obrigação do estado, gestores, pesquisadores e usuários.

Nas últimas décadas, a avaliação da qualidade no âmbito da APS tornou-se um tema especialmente relevante na reformulação dos sistemas de saúde de vários países. Evidências demonstram que a atenção primária de qualidade pode apresentar um impacto positivo sobre indicadores de saúde. A universalidade e a garantia de acesso por meio dos cuidados primários à saúde têm sido preconizadas como forma de se alcançar maior equidade e satisfação das expectativas dos usuários. Nesse contexto, a utilização de processos avaliativos contribui para que os gestores e profissionais adquiram conhecimentos necessários à tomada de decisões voltadas ao atendimento das demandas e necessidades de saúde, ampliando dessa maneira, a resolutividade do sistema^{11; 25; 30; 32}.

Em uma revisão sistemática da literatura, Nedel *et al.*¹⁰ notaram que os estudos que avaliam a qualidade da APS no Brasil estão concentrados em anos mais recentes, o que demonstra um interesse crescente do uso do indicador em todo o mundo. Os resultados desses processos avaliativos permitem aos gestores e profissionais a

tomarem decisões que visem atender as necessidades de saúde e melhorar a resolutividade do sistema¹¹.

1.2.1. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde

Estudos desenvolvidos ao longo da última década em diversos países buscam construir indicadores que possam avaliar a capacidade de resolução da Atenção Primária. No cenário internacional observa-se uma série de investigações sobre indicadores de atenção hospitalar como medida para avaliar a efetividade da atenção primária^{6; 20; 35; 36}. Um desses indicadores, denominado *ambulatory care sensitive conditions* (tradução livre em português como Condições Sensíveis à Atenção Primária – CSAP) foi desenvolvido por Billings *et al*⁹. As CSAP representam um grupo de problemas de saúde que se tiverem abordagem de boa qualidade e oportuna na APS evitam ou reduzem a frequência das internações hospitalares^{11; 20}. A análise das internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) tem sido utilizada como um indicador indireto do acesso, da qualidade, da assistência e da efetividade dos cuidados à saúde^{9; 12; 25; 30}.

Em 2008, o Ministério da Saúde publicou a Lista Brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária. A lista compreende 19 grupos de morbidades: 1) doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis; 2) gastroenterites infecciosas e complicações; 3) anemia; 4) deficiência nutricional; 5) infecções de ouvido, nariz e garganta; 6) pneumonias bacterianas; 7) asma; 8) doenças pulmonares; 9) hipertensão; 10) angina; 11) insuficiência cardíaca; 12) doenças cerebrovasculares; 13) diabetes mellitus, 14) epilepsia; 15) infecção no rim e trato urinário; 16) infecção da pele e tecido subcutâneo; 17) doença inflamatória dos órgãos pélvicos femininos; 18) úlcera gastrointestinal e; 19) doenças relacionadas ao pré-natal e parto^{20; 37}.

O *Patient Care Assessment Tool* (PCATool) foi proposto para avaliar a qualidade da APS a partir das ICSAP¹. Esse instrumento, já validado no Brasil³⁸, possui oito atributos: o **acesso** do usuário a rede de serviços; a verificação da APS como real **porta de entrada** na rede; **vínculo** do usuário com a unidade de saúde de referência; **elenco de serviços** oferecidos assim como encaminhamentos necessários; **coordenação** dos diferentes serviços, propiciando a continuidade da atenção;

ênfoque familiar, permitindo levantamento do histórico de saúde e dos recursos familiares; reconhecimento das necessidades e direcionamento dos serviços com **orientação para a comunidade**; capacitação e **formação profissional** daqueles que atuam na rede³⁸.

1.3. APS NO BRASIL

Historicamente, o Sistema de Saúde no Brasil desenvolveu-se com foco campanhista e com o objetivo de favorecer as relações comerciais. A assistência médica foi desenvolvida pela iniciativa privada, inicialmente ligada às diversas categorias profissionais e depois unificada, intermediada pelo governo federal. O financiamento continuava sendo feito pelos próprios trabalhadores e, com recursos subsidiados pelo estado, uma grande estrutura de atenção médica privada foi implantada no país. O foco da assistência era curativo e de caráter hospitalocêntrico³⁹.

No Brasil, o primeiro passo em direção à estruturação da APS foi dado com o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), em 1982. Esse processo culmina, em 1988, com a promulgação da nova Constituição Federal que define a saúde no Brasil como “direito de todos e dever do Estado” e a consequente implantação do Sistema Único de Saúde (SUS)^{23; 40}.

Após a regulamentação do SUS, em 1990, a APS era ofertada pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou Centros de Saúde (CS), os quais correspondiam à porta de entrada do usuário ao sistema. Com o passar do tempo, os valores que conduziam a assistência à saúde foram sendo modificados e o SUS buscou alternativas para incrementar a qualidade desta assistência de acordo com as novas demandas, pois os centros de saúde baseavam-se principalmente em modelos curativos, com foco na intervenção médica^{41; 42}.

Em 1994, foi criado o Programa Saúde da Família (PSF) como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção primária. Desde então, foi criada uma dinâmica diferente de atuação nas unidades básicas, além de uma nova concepção de cuidado à saúde, tendo a família como centro de atenção e não somente o indivíduo doente^{20; 30; 31}. Nesse modelo o sistema de saúde não espera o indivíduo procurar os serviços, mas age de forma pró-ativa e preventivamente.

A partir de 2006, o Programa de Saúde da Família passou a ser denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF), uma vez que não possuía caráter programático, e sim características estratégicas de mudança do padrão de atenção à saúde da população⁴¹. Para Rosa e Labate³¹, o principal objetivo da ESF é atender o indivíduo e a família de forma integral e contínua, desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Os autores relatam ainda que quando as equipes de ESF funcionam adequadamente, são capazes de resolver 85% dos problemas de saúde em sua comunidade, realizando atendimento de bom nível, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população²⁰.

A migração do modelo de Unidades Básicas de Saúde para a Estratégia Saúde da Família vem acontecendo de forma gradativa em todo o país, de forma que os dois modelos ainda existem na maioria dos municípios. De acordo com o Ministério da Saúde⁴³, nos últimos anos houve uma ampliação rápida da população coberta pela ESF, que passou de quase 30 milhões de pessoas em 2000, para praticamente 97 milhões em fevereiro de 2010, chegando a mais de 125 milhões em julho de 2016, cobrindo cerca de 64,6% da população brasileira.

Considerando a expansão do modelo de ESF e diante de resultados positivos já mensurados, é importante questionar se há apenas crescimento na oferta ou se existe melhora na qualidade dos serviços prestados³⁰ e ainda se a reestruturação que vem acontecendo na APS tem permitido, de fato, que esta seja a porta de entrada para o sistema de saúde.

1.4. MEDICAMENTOS E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

No final de 1998, o Ministério da Saúde aprovou, por meio da Portaria nº 3.916, a Política Nacional de Medicamentos (PNM) que possui como principais diretrizes a adoção de uma relação de medicamentos essenciais, a reorientação da Assistência Farmacêutica (AF), o estímulo à produção de medicamentos e a sua regulamentação sanitária. Desde então, a PNM tem como propósito garantir a segurança, eficácia e a qualidade dos produtos, promover seu uso racional e permitir o acesso da população àqueles medicamentos considerados essenciais^{44;45}. A adoção da PNM possibilitou

ainda que o profissional farmacêutico pudesse participar de maneira mais efetiva da saúde pública, e também desenvolver formas específicas de tecnologias envolvendo os medicamentos e seus desdobramentos na prestação de serviços de saúde⁴⁶.

De acordo com a Resolução Nº 338, de 6 de maio de 2004,

Assistência Farmacêutica (AF) é considerada um conjunto de procedimentos necessários à promoção, prevenção e recuperação da saúde, individual e coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população⁴⁷.

Dessa forma, quando se fala em promoção, prevenção, recuperação de saúde e qualidade de vida, não é possível deixar de lado uma reflexão sobre a relação entre medicamento, usuário e farmacêutico. No momento em que usuário inicia o tratamento com algum tipo de medicamento, a AF se torna uma parte fundamental dos serviços de cuidados de saúde⁴⁸.

A AF tem caráter sistêmico, multidisciplinar e é composta por duas subáreas, que embora distintas, são complementares, ou seja, uma relacionada à tecnologia de gestão do medicamento e a outra relacionada à tecnologia do uso do medicamento⁴⁹.

A tecnologia de gestão do medicamento busca a garantia do abastecimento, etapa essencial para garantir o acesso da população ao medicamento, em especial a menos privilegiada. O acesso, no caso específico dos medicamentos, significa ter o produto adequado, para uma finalidade específica, na dose correta, pelo tempo que for necessário, no momento e no lugar solicitado pelo usuário. Além disso, os produtos devem ser fornecidos com a garantia de qualidade e a informação suficiente para o seu uso adequado, tendo como consequência a resolutividade das ações de saúde^{49;50}.

Sabe-se que a falta de medicamentos essenciais onera o sistema de saúde ao acarretar internações desnecessárias e o agravamento de quadros clínicos, como se observa na ausência ou interrupção do tratamento das infecções respiratórias agudas, diabetes, hipertensão arterial, entre outros. Dessa forma, garantir o acesso aos

medicamentos de forma integral e com qualidade representa hoje um dos maiores desafios para saúde pública^{50; 51}.

Já a tecnologia do uso envolve as etapas desde a prescrição até a utilização correta e efetiva dos medicamentos. Para o sucesso desse processo, é necessária tanto a participação dos outros profissionais da saúde, quanto à dos próprios usuários. No entanto, cabe ao farmacêutico atentar-se para o uso racional dos medicamentos, de forma que os pacientes recebam os medicamentos com indicação apropriada, nas doses, via de administração e duração adequadas; que a probabilidade de ocorrência de reações adversas seja mínima; que a dispensação seja correta e que o paciente tenha condições de seguir o tratamento^{50; 52}.

Assim, a AF é considerada como um conjunto de ações essenciais que influenciam positivamente na capacidade resolutiva dos serviços de saúde visto que contribui para assistência aos portadores de doenças crônicas, para prática de educação em saúde, para uma intervenção terapêutica mais racional e a consequente diminuição de complicações das doenças^{50; 52}.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a atenção primária à saúde e a farmacoterapia dos pacientes internados por CSAP pelo SUS em Divinópolis, MG, nos dois diferentes modelos de organização da APS (UBS e ESF).

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a população internada por CSAP em relação ao perfil sociodemográfico.
- Calcular o índice de atenção básica (IAB) para pacientes internados por CSAP e comparar os IAB obtidos por usuários e não usuários de medicamentos de acordo com os modelos de atenção (ESF vs. UBS).
- Descrever a forma de acesso dos pacientes aos medicamentos (sistema público/ privado/ co-participação).
- Descrever o perfil de utilização de medicamentos pela população internada e avaliar o tratamento medicamentoso das CSAP, identificando os fatores associados ao não-uso de medicamentos para o tratamento dessas condições.
- Analisar as classes terapêuticas dos medicamentos prescritos pelos pacientes internados por CSAP.

3. MÉTODOS

O presente estudo é parte integrante do projeto de pesquisa intitulado “Atenção Básica de Saúde e sua capacidade em prever Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP)” que, por sua vez, tem como principal objetivo investigar a relação das ICSAP e a qualidade da APS considerando a cobertura, acesso, qualidade e resolutividade dos atendimentos (FAPEMIG/Programa de Pesquisa para o SUS - PPSUS; APQ-03031-10).

3.1 DESENHO DO ESTUDO

Este trabalho consiste em um estudo transversal envolvendo revisão de prontuários médicos e entrevistas estruturadas com pacientes usuários da APS e internados por ICSAP pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em Divinópolis, MG, no período de agosto a outubro de 2011⁷.

3.2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DO ESTUDO

O município de Divinópolis está localizado na macrorregião Centro-Oeste de saúde do estado de Minas Gerais, que é uma região composta por 55 municípios, com população estimada em 1 198 304 habitantes, e Divinópolis é o maior município e polo da macrorregião, com população total de 213.076 habitantes⁵³ a época do estudo. A cobertura da ESF para a macrorregião é de 82,4%; porém, em Divinópolis prevalece a assistência tradicional à saúde, com cobertura da ESF para 27,5% da população. Existiam, em 2011, 32 unidades de APS, sendo 15 UBS convencionais e 17 unidades de ESF⁷, além de cinco farmácias distritais para a distribuição de medicamentos.

No período do estudo, o município contava com um serviço de internação conveniado com o SUS - Hospital São João de Deus (HSJD) e um serviço público de emergência, o Pronto Socorro Regional (PSR) que realizava internação nos casos de indisponibilidade de leitos no município e por isso foi incluído no estudo. Os dois serviços atendiam a todos os 55 municípios da macrorregião Centro-Oeste.

A época do estudo, Divinópolis, executa o Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde (PDAPS) que tem a proposta de reorganizar a rede de atenção primária, por meio da

mobilização das equipes e das comunidades ligadas às Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) - equipes da Estratégia Saúde da Família e dos Centros de Saúde. O PDAPS está previsto no Plano Municipal de Saúde e uma de suas principais propostas é a redução da demanda para os outros níveis de assistência à saúde no SUS municipal. Entre as metas constam um processo contínuo de redução das internações hospitalares, dos encaminhamentos para o Pronto Socorro Regional e para os serviços especializados, tais como a Policlínica e o Serviço de Referência em Saúde Mental (SERSAM). A partir da consolidação do PDAPS aconteceu a redistribuição do espaço territorial da cidade em setores de saúde. Esses setores somam doze e tem a função de articular população e trabalhadores de acordo com a realidade sanitária de cada um deles.

3.3 POPULAÇÃO ESTUDADA

Todos os pacientes internados por ICSAP, provenientes de Divinópolis, que afirmaram fazer uso dos serviços da APS no município, foram convidados para participar do estudo. Foi considerada para o estudo, a primeira internação no período.

Para fins deste estudo foi considerado internado por CSAP o paciente que permaneceu no serviço por período igual ou superior a 24 horas e que tiveram como causa básica alguma das 19 categorias de morbidades identificadas como CSAP, definida pela Lista Brasileira de Condições Sensíveis a Atenção Primária³⁷.

Foram considerados elegíveis para este estudo todos os pacientes que residiam no município de Divinópolis, internados por alguma CSAP, e que relataram fazer uso da APS.

3.4 COLETA DE DADOS

Inicialmente foi feita uma triagem com cada paciente que completava 24 horas de internação, a fim de identificar as internações que tiveram como causa básica alguma morbidade identificada como ICSAP³⁷. Foram utilizados como fontes de informação complementares a Autorização de Internação Hospitalar (AIH), o SUS Fácil e o prontuário do paciente. Foi considerada para estudo apenas a primeira internação do paciente no período. Dentre as informações contidas no questionário padronizado,

foram utilizados para esse estudo o instrumento validado para avaliação dos atributos da APS, perguntas sobre o uso de medicamentos, dados sócio-demográficos e aqueles relacionados ao percurso do participante pelo serviço de saúde.

Os pacientes elegíveis foram convidados a responder os questionários (Item 4.5). O participante foi esclarecido sobre todos os procedimentos do estudo e as condições como participante voluntário e autônomo. O questionário sobre o uso de medicamentos foi aplicado aos pacientes que durante a triagem relataram fazer uso de pelo menos um medicamento no período anterior à internação.

Os dados coletados foram digitados em duplicata utilizando o *Questionnaire Development System* - QDS™, versão 2.6.1.

3.5 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Foram elaborados como instrumentos para coleta de dados: uma Ficha de Triagem, um questionário para coleta de informações sobre os serviços oferecidos pela Atenção Primária à Saúde e um questionário para avaliação do uso de medicamentos. Estes instrumentos foram avaliados em pré-teste e estudo piloto. Na Tabela 1 estão sumariadas as informações obtidas nos instrumentos do estudo.

3.5.1 Ficha de triagem

A ficha de triagem teve como objetivo obter informações sócio-demográficas sobre o paciente e a causa da internação a fim de classificar o paciente como elegível ou não para o estudo. Nessa ficha ainda era possível verificar a utilização de medicamentos pelo paciente (APÊNDICE A).

3.5.2 *Primary Care Assessment Tool* (PCATool)

O instrumento foi desenvolvido com o referencial teórico da APS tendo como objetivo medir a presença e extensão dos atributos essenciais e derivados da APS além do grau de associação do usuário com o serviço^{1; 5} (APÊNDICE B).

A avaliação da APS foi realizada a partir do cálculo do índice de atenção básica (IAB) empregando-se a versão brasileira do *Primary Care Assessment Tool* (PCATool). Este instrumento é constituído por um questionário dividido em oito grupos de perguntas, cada um correspondendo a um atributo da APS. As respostas seguem uma escala do tipo *likert* e para cada opção é atribuído um valor entre zero (nunca) e cinco (sempre). Por meio desses valores é estimado o Índice de Atenção Básica (IAB), um escore que equivale à média aritmética dos valores obtidos para cada atributo (IAB parcial) ou para o conjunto de atributos da APS (IAB geral). Quanto maior o IAB melhor a avaliação do desempenho do serviço de saúde³⁸.

3.5.3 Utilização de medicamentos

O questionário para avaliação do uso de medicamentos pelos participantes da pesquisa foi adaptado a partir de Ribeiro⁵⁴ (APÊNDICE C). O instrumento inclui informações gerais sobre o uso dos medicamentos, modo de obtenção, além de informações e específicas para cada especialidade farmacêutica.

Foi considerado usuário de medicamento, o paciente que afirmou fazer uso de pelo menos um medicamento nos últimos 30 dias anteriores à internação.

TABELA 1 - Informações obtidas a partir dos instrumentos de coleta.

Instrumento	Informações obtidas
Ficha de Triagem	–Dados pessoais. –Local de Internação. –Diagnóstico de entrada. –Utilização prévia de medicamentos.
Questionário para coleta de informações sobre os serviços oferecidos pela APS (PCATool)	–Dados sociodemográficos. –Informações e percepção sobre os serviços públicos de saúde utilizados na APS. –Identificação do serviço na APS como UAP ou ESF.
Questionário para avaliação do uso de medicamentos	–Quantidade e tipo de medicamentos utilizados –Fornecimento, pelos profissionais de saúde, de informações sobre os medicamentos em uso. –Tempo de uso, forma de acesso, disponibilidade e regularidade no acesso pelo SUS e modo de recomendação e/ou prescrição do(s) medicamento(s). –Dificuldades relacionadas ao tratamento. –Interrupção do tratamento.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Análises estatísticas descritivas foram realizadas para caracterizar e comparar a população em estudo quanto às características sociodemográficas e relacionadas à utilização de medicamentos.

Nas análises univariadas foram empregados os testes de qui-quadrado de Pearson e o teste t de *Student* para as análises dos dados categóricos e contínuos, respectivamente, adotando-se nível de confiança de 95%.

No artigo 1 foi realizada regressão logística politômica univariada^{55; 56}, considerando os oito atributos da APS separadamente. Nesta análise, o maior IAB (“sempre”) foi comparado com os índices de menor desempenho “nunca/raramente”, “algumas vezes” e “frequentemente” para os diferentes modelos de APS (ESF x UBS), tendo a ESF como categoria de referência. A força de associação foi estimada usando a *odds ratio* (OR) com intervalo de confiança de 95%.

Já no artigo 2, a força de associação entre variáveis selecionadas e a variável resposta foi avaliada por meio de regressão logística, tanto para análises univariadas quanto multivariada. A *odds ratio* (OR) foi estimada com intervalo de confiança de 95%. A variável resposta desse estudo foi o não-uso de medicamento para o tratamento da CSAP identificada no momento da internação. As variáveis incluídas inicialmente nos modelos multivariados foram aquelas estatisticamente associadas na análise univariada ($p < 0.20$). O modelo escolhido foi o *backward*, no qual todas as variáveis significativas na análise univariada são inseridas inicialmente e são retiradas uma a uma, permanecendo apenas aquelas que possuem valor de $p < 0.05$.

Os dados foram analisados com auxílio do aplicativo STATA versão 10.0.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa intitulado “Atenção básica de saúde e sua capacidade em prever internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP)” foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Educacional de Divinópolis (FUNEDI) por meio do Parecer nº58/2009 de 18/06/2009 (ANEXO 1) e no Comitê de ética em Pesquisa do Hospital São João de Deus por meio do Parecer nº025/2010 (ANEXO 2).

Antes de iniciar a entrevista, os participantes foram informados quanto aos objetivos da pesquisa e por qual motivo foram selecionados para fazer parte da pesquisa. Foi assegurado aos pacientes que suas identidades não seriam reveladas e que os mesmos poderiam abandonar o estudo em qualquer ocasião. Também foi esclarecido que a participação no estudo não ocasionaria nenhum tipo de compensação financeira. Antes da realização da entrevista foi feita a leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), no qual constam o objetivo da pesquisa e a garantia do anonimato para os entrevistados, elaborado de acordo com a Resolução 196/96^B, do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas que envolvem seres humanos (ANEXO 3). Em caso de pacientes menores de 18 anos, a entrevista foi conduzida com o familiar ou responsável.

Todo profissional envolvido com manuseio de dados no âmbito desta investigação assinou um termo de sigilo e confidencialidade em relação às informações. O termo de consentimento assinado permanece sob sigilo em local seguro, bem como o código de identificação. Em todos os instrumentos de estudo (entrevistas e formulário de coleta de dados secundários em prontuários) os pacientes foram identificados por códigos e nenhuma identificação pessoal esteve ligada às informações coletadas. Os arquivos de dados foram protegidos por senha e apenas os pesquisadores principais tiveram acesso aos dados. A divulgação dos resultados do estudo foi realizada de forma agrupada, garantindo a confidencialidade das informações. Os dados coletados a partir dos formulários ficarão arquivados por um período de cinco anos em armários disponibilizados pela Universidade Federal de São João del-Rei.

^B Norma em vigor à época do estudo.

4. RESULTADOS

Durante o período de nove semanas, foram realizadas 2.775 internações nos dois serviços públicos de saúde de Divinópolis, com uma média de aproximadamente 308 internações por semana. Deste total, 70% ocorreram no hospital HSJD⁷. Durante a triagem dos pacientes internados, detectou-se que 36% eram ICSAP na macrorregião de saúde e 41% considerando somente Divinópolis. Foram considerados elegíveis para o estudo 370 pacientes, dos quais 314 (84,7%) afirmaram fazer uso dos serviços oferecidos pela APS em Divinópolis e compõem a população total deste estudo.

Os resultados dessa investigação estão apresentados no formato de uma carta ao editor de uma revista científica e dois artigos, e a análise dos resultados seguiu o fluxograma descrito no APÊNDICE D.

A Carta ao Editor foi publicada no periódico *Atencion Primaria* (APÊNDICE E) e apresenta parte dos resultados descritos no primeiro artigo de resultados (APÊNDICE F). Esse primeiro artigo respondeu aos objetivos: caracterizar a população internada por CSAP em relação ao perfil sócio-demográfico, focalizando o usuário de medicamentos; calcular o índice de atenção básica (IAB) para pacientes internados por CSAP e comparar os IAB obtidos por usuários e não usuários de medicamentos de acordo com os modelos de atenção (ESF vs. UBS); descrição da forma de acesso dos pacientes aos medicamentos (sistema público/ privado/ co-participação).

O segundo artigo (APÊNDICE G) respondeu aos objetivos: descrição do perfil de utilização de medicamentos pela população internada; análise das classes terapêuticas dos medicamentos prescritos pelos pacientes internados por CSAP; avaliação do tratamento medicamentoso das CSAP, identificando as variáveis que estavam associadas ao não-uso de medicamentos para as condições sensíveis a atenção primária.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação da APS com enfoque sobre o usuário de medicamentos, suas características e demandas específicas constitui uma inovação em relação às perspectivas de avaliação já desenvolvidas e publicadas até o momento. Além disso, o trabalho permitiu avaliar componentes essenciais inseridos no contexto da Assistência Farmacêutica municipal.

Apesar da perspectiva de avaliação de caráter inovador é importante destacar potenciais limitações do estudo. Dentre elas destaca-se o delineamento seccional, que pode gerar resultados com influência da sazonalidade, considerando, por exemplo, a alta prevalência de doenças do trato respiratório no inverno, período no qual o estudo foi realizado.

Ademais, os dados coletados foram obtidos a partir das informações fornecidas por pacientes internados ou seus acompanhantes, podendo acarretar viés de informação por memória ou mesmo pela vulnerabilidade do momento.

Ainda é importante ressaltar que o presente estudo avaliou todas as internações ocorridas pelo Sistema Único de Saúde, porém não teve acesso àquelas que aconteceram em hospitais particulares e que atendem convênios de saúde.

Com os resultados obtidos e a experiência adquirida durante a realização do trabalho, acredita-se ainda que a validação e utilização de instrumentos específicos para avaliação do uso de medicamentos e dos componentes diretos desse serviço podem contribuir para melhoria das políticas de acesso aos medicamentos e para a promoção do uso racional desses insumos terapêuticos no âmbito da APS.

6. CONCLUSÕES

De uma maneira geral, os atributos da APS no município de Divinópolis foram considerados satisfatórios pelos usuários do serviço, não se observando diferença na avaliação feita pelos grupos de usuários e não-usuários de medicamentos. A única exceção foi o atributo coordenação, avaliado de forma mais negativa pelos usuários de medicamentos. A hipótese inicial, de que os usuários de medicamentos possuiriam maior vínculo com os serviços de saúde e por isso o avaliariam melhor, não se confirmou.

A maioria (59,4%) dos pacientes internados não tratava sua CSAP, fato que provavelmente levou ao agravamento dos quadros clínicos e acabou resultando em internações evitáveis. No que diz respeito às características dos pacientes, o não-tratamento das CSAP parece estar relacionado com o exercício de atividade remunerada percepção de saúde boa/muito boa. Quanto ao serviço de saúde, a dificuldade de acesso (inclusive aos medicamentos) demonstrou ser a principal responsável pelo não-tratamento das CSAP.

A progressiva superação das barreiras existentes ao acesso às ações e serviços deve ser continuamente buscada, mas necessitará ser acompanhada de melhorias nos níveis organizacionais e também nas práticas dos serviços oferecidos. Somente o atendimento adequado e oportuno às demandas efetivas conseguirá melhorar a resolutividade e a qualidade do cuidado na APS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.
2. WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Declaration of Alma-Ata**. Internacional Conference on Primary Health Care. WHO. Alma-Ata, 6-12 September 1978. WHO 1978.
3. DIAS-DA-COSTA, J. S. et al. Qualidade da atenção básica mediante internações evitáveis no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 7, p. 1699-1707, 2008.
4. CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária à Saúde no Brasil: Os desafios para aprimorar a porta de entrada do SUS para os brasileiros**. **CONSENSUS**, n. 35, p. 05. 2010.
5. HARZHEIM, E. et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. v. 8, n. 29, p. 274-284. 2013.
6. DIAS-DA-COSTA, J. S. et al. Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária nos municípios em gestão plena do sistema no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 2, p. 358-364. 2010.
7. CARDOSO, C. S. et al. Contribution of hospitalizations for primary care-sensitive conditions to the profile of admissions in the public health care system. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 34, p. 227-234. 2013.
8. COSTA, A.; KALE, P.; VERMELHO, L. Indicadores de saúde. In: MEDRONHO, R. A.; BLOCH, K. V., et al (Ed.). **Epidemiologia**. São Paulo, 2009. p.31-82.
9. BILLINGS, J.; ANDERSON, G. M.; NEWMAN, L. S. Recent findings on preventable hospitalizations. **Health Affairs**. v. 15, n. 3, p. 239-249. 1996.
10. NEDEL, F. B. et al. Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v. 19, n. 1, p. 61-75. 2010.
11. FERNANDES, V. B. L. et al. Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**. v. 43, n. 6, p. 928-936. 2009.
12. SOUZA, L. L. D.; COSTA, J. S. D. D. Internações por condições sensíveis à atenção primária nas coordenadorias de saúde no RS. **Revista de Saúde Pública**. v. 45, p. 765-772. 2011.
13. MOURA, B. L. A. et al. Principais causas de internação por condições sensíveis à atenção primária no Brasil: uma análise por faixa etária e região. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. v. 10, p. s83-s91. 2010.

14. GUANAIS, F.; GÓMEZ-SUÁREZ, R.; PINZÓN, L. **Series of avoidable hospitalizations and strengthening primary health care: primary care effectiveness and the extent of avoidable hospitalizations in Latin America and the Caribbean**. Inter-American Development Bank. Social Protection and Health Division. 2012. 20 p.
15. BATISTA, S. R. R. et al. Hospitalizações por condições cardiovasculares sensíveis à atenção primária em municípios goianos. **Revista de Saúde Pública**. v. 46, n. 1, p. 34-42, 2012.
16. **RISPA - Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. Brasília: OPAS, 2002. 299p.
17. BRASIL. DataSUS. Brasília. Disponível em: < <http://www.datasus.gov.br> >. Acesso em: 05 de julho de 2016.
18. LEFRÉVE, F. **O medicamento como mercadoria simbólica**. 1 ed. São Paulo: Editora Cortez, 1991. 159 p.
19. LIMA, M. G. et al. Composição dos gastos privados com medicamentos utilizados por aposentados e pensionistas com idade igual ou superior a 60 anos em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 23, p. 1423-1430. 2007.
20. ALFRADIQUE, M. E. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**. v. 25, p. 1337-1349. 2009.
21. **WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Ljubliana charter on reforming health care in Europe**. Ljubliana, 1996. 8 p.
22. MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. 2. São Paulo: Editora Hucitec, 1999. 144 p.
23. **BRASIL. CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde**. CONASS. Brasília. 8: 2007. 232 p.
24. MACINKO, J. et al. Organization and delivery of primary health care services in Petropolis, Brazil. **The International Journal of Health Planning and Management**. n. 19, p. 14. 2004.
25. MACINKO, J.; ALMEIDA, C.; OLIVEIRA, E. Avaliação das características organizacionais dos serviços de atenção básica em Petrópolis: teste de uma metodologia. **Saúde debate**. v. 27, n. 65, p. 243-256. 2003.
26. STARFIELD, B. A framework for primary care research. **Journal of Family Practice**. v. 42, n. 2, p. 181-185. 1996.

27. GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 22, p. 1171-1181. 2006.
28. REHEM, T. C. M. S. B.; EGRY, E. Y. Internações por condições sensíveis à atenção primária no estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 16, n. 12, p. 4755-4766, 2011.
29. ELIAS, P. E. et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 11, p. 633-641. 2006.
30. ELIAS, E.; MAGAJEWSKI, F. A Atenção Primária à Saúde no sul de Santa Catarina: uma análise das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, no período de 1999 a 2004. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. 11, p. 633-647. 2008.
31. ROSA, W. D. A. G.; LABATE, R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 13, p. 1027-1034. 2005.
32. SANTOS-FILHO, S. B. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 12, p. 999-1010. 2007.
33. WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Health Report, 2000. Health Systems: Improving Performance**. Geneva, 2000. 215 p.
34. MARINHO, A.; CARDOSO, S. D. S.; ALMEIDA, V. V. D. Avaliação comparativa de sistemas de saúde com a utilização de fronteiras estocásticas: Brasil e OCDE. **Revista Brasileira de Economia**. v. 66, n. 1, p. 3-19. 2012.
35. NEDEL, F. B. et al. Programa Saúde da Família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé (RS). **Revista de Saúde Pública**. v. 42, n. 6, p. 1041-1052. 2008.
36. BROWN, A. D. et al. Hospitalization for ambulatory care-sensitive conditions: a method for comparative access and quality studies using routinely collected statistics. **Canadian Journal of Public Health**. v. 92, n. 2, p. 5. 2001.
37. BRASIL. **Portaria SAS nº 221/2008, de 17 de abril de 2008. Dispõe sobre a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária**. Brasília: MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2008.
38. ALMEIDA, C.; MACINKO, J. **Validation of methodology of quick evaluation of the organizational and performance characteristics of the basic health services on the health system (SUS) in local level**. Brasília: Organização Pan Americana de Saúde, 2006. 215 p.
39. BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 1996. 71 p.

40. BRASIL et al. **Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde: 2009. 416 p.
41. GIACOMOZZI, C. M.; LACERDA, M. R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. **Texto & Contexto – Enfermagem**. v. 15, n. 4, p. 645-653. 2006.
42. ALMEIDA, P. F. D.; GIOVANELLA, L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 24, p. 1727-1742. 2008.
43. Portal do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. Histórico da Cobertura da Saúde da Família. 2016. Disponível em: < http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php >. Acesso em: 21 de setembro de 2016.
44. PAULA, P. A. B. D. et al. Política de medicamentos: da universalidade de direitos aos limites da operacionalidade. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. v. 19, p. 1111-1125. 2009.
45. Política Nacional de Medicamentos. **Revista de Saúde Pública**. v. 34, p. 206-209. 2000.
46. MARIN, N. et al. **Assistência Farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003. 373 p.
47. BRASIL. **Resolução CNS no 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica**. Brasília: Ministério da Saúde. 2004.
48. LOCH-NECKEL, G.; CREPALDI, M. A. Pharmacist contributions for basic care from the perspective of professionals of familial health care teams. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**. v. 45, n. 2, p. 263-272. 2009.
49. ARAÚJO, A. D. L. A. D. et al. Pharmacist care in the Brazilian Primary Health Care System. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 13, n. supl, p. 611-617. 2008.
50. SIQUEIRA, F.; GAUDARD, A. M. Y. S. Acesso aos serviços de Farmácia em atenção básica na SES-DF. **Comunicação em Ciências da Saúde**. v. 20, n. 3, p. 211-217. 2009.
51. OLIVEIRA, M. A.; BERMUDEZ, J. A. Z.; OSÓRIO-DE-CASTRO, C. G. S. **Assistência Farmacêutica e acesso a medicamentos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. 112 p.
52. VIEIRA, F. S. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 12, n. 1, p. 213-220. 2007.
53. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Minas Gerais. Divinópolis. 2010. Disponível em: < <http://cod.ibge.gov.br/233PM> >. Acesso em: 04 de agosto de 2016.

54. RIBEIRO, A. Q. ***Perfil de utilização de medicamentos por aposentados e pensionistas do INSS com 60 anos ou mais de idade: viabilidade dos inquéritos postais como ferramenta para a farmacoepidemiologia***. 2007. 214 f. (Doutorado). Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
55. ABREU, M. N. S. et al. Ordinal logistic regression models: application in quality of life studies. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 24, p. s581-s591. 2008.
56. MACHADO, C. J. et al. Perdas fetais espontâneas e voluntárias no Brasil em 1999-2000: um estudo de fatores associados. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. 16, p. 18-29. 2013.

APÊNDICES

(conclusão)

 Ficha de triagem Projeto: Atenção Básica de Saúde e sua Capacidade em Predizer Interações Sensíveis à Atenção Primária	
26.3. Se sim, quantos remédio (s)? _____	26.3. ☐
26.4. A entrevista foi conduzida? ☐ 1. Sim ☐ 0. Não	26.4. ☐
26.5. Se não, qual o motivo? _____	26.5. ☐
26.6. Nome do entrevistador _____	26.6. ☐
26.7. O entrevistado foi o paciente ☐ 1. Sim ☐ 0. Não	26.7. ☐
Se não, responder às questões 26.8 e 26.9	
26.8. Nome acompanhante entrevistado _____	26.8. ☐
26.9. Grau de proximidade _____	26.9. ☐
27. Data de agendamento ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	27. ☐
27.1. Hora agendada ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	27.1. ☐
27.2. A entrevista foi conduzida? ☐ 1. Sim ☐ 0. Não	27.2. ☐
27.3. Se não, qual o motivo? _____	27.3. ☐
27.4. Nome do entrevistador _____	27.4. ☐
27.5. O entrevistado foi o paciente ? ☐ 1. Sim ☐ 0. Não	27.5. ☐
Se não, responder às questões 27.6 e 27.7	
27.6. Nome acompanhante entrevistado _____	27.6. ☐
27.7. Grau de proximidade _____	27.7. ☐
28. Data de agendamento ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	28. ☐
28.1. Hora agendada ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	28.1. ☐
28.2. A entrevista foi conduzida? ☐ 1. Sim ☐ 0. Não	28.2. ☐
28.3. Se não, qual o motivo? _____	28.3. ☐
28.4. Nome do entrevistador: _____	28.4. ☐
28.5. O entrevistado foi o paciente ☐ 1. Sim ☐ 0. Não	28.5. ☐
Se não, responder às questões 28.6 e 28.7	
28.6. Nome acompanhante entrevistado _____	28.6. ☐
28.7. Grau de proximidade _____	28.7. ☐
29. Data saída ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	29. ☐
O campo da data de saída deverá ser preenchido apenas em caso de transferência, óbito e alta com não agendamento de entrevista.	
29.1. Motivo	29.1. ☐
☐ 1. Alta ☐ 2. Óbito	
☐ 3. Transferência (especificar local) _____	

30. Observações relevantes

APÊNDICE B – Instrumento para avaliação da APS.

(continua)



Data em que os dados foram digitados: _____

Dados digitados por: _____

Atenção Básica de Saúde e sua Capacidade em Predizer Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária

[Questionário sobre o Sistema de Atenção Básica]
(Para ser aplicados com usuários adultos)

Número da Ficha de Identificação: -

Legenda para o número da Ficha de Identificação:

Primeiro nº refere-se ao local: 1, nº fixo para o PSR

2, nº fixo para o HSJD

Sequência: preencher o campo de acordo com a ficha de triagem

Dígito identificador: 1, quando o entrevistado for o paciente.

2, quando o entrevistado for o acompanhante.

7, paciente não-elegível ao estudo.

Apresentação:

"Bom dia!

Eu sou.....

Estou participando de um estudo.

Posso conversar um pouco com o(a) senhor(a)?"

Filtro 1: A internação é vinculada ao Sistema Único de Saúde?

☐ 1.Sim ☐ 0. Não

1.Se sim, passar para o filtro 2

0.Se não, a entrevista não será conduzida

F1. ☐

Filtro 2: Você tem 18 anos ou mais?

☐ 1.Sim ☐ 0.Não

1.Se Sim, **CONTINUE.**

0.Se Não, **não continue a entrevista.**

F2. ☐

Filtro 3: O entrevistado apresenta condições cognitivas e psicológicas para responder ao questionário ?

O entrevistado sabe responder: "Que dia é hoje?"; "Há quanto tempo está internado?" e "Onde o senhor(a) se encontra?"

☐ 1.Sim ☐ 0.Não

1.Se Sim, conduzir a entrevista após a assinatura do TCLE.

0.Se Não, reagendar a entrevista para outro momento e certificar-se com a equipe de enfermagem se há uma previsão para o paciente retornar ao nível de consciência desejável para responder ao questionário

F3. ☐

Este instrumento é baseado num questionário elaborado:

Barbara Starfield, MD, MPH, FRCGP e James Macinko, Ph.D,

Dept. of Health Policy & Management, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, MD USA.

Foi adaptado e validado por James Macinko (New York University) e

Celia Almeida (ENSP/FIOCRUZ).

(continua)



Para ser aplicado com usuários adultos

1. Nome do paciente _____

A- Informações Gerais2. Data da entrevista 3. Horário de início da entrevista 4. Nome do entrevistador 5. Local onde a entrevista foi realizada ☐ 1. PSR ☐ 2. HSJD

6. Qual a data da sua última internação? ____/____/____

☐ 7. Não se aplica ☐ 8. Recusa ☐ 9. Não sabe

(Se não souber o dia exato, padronizar como dia 15)

B- Informações sobre o usuário

7. A sua cor é?

☐ 0. Branca☐ 1. Preta☐ 2. Amarela☐ 3. Parda☐ 4. Indígena☐ 8. Recusa

8. Qual é o seu estado civil?

☐ 0. Casado (a)☐ 1. Desquitado(a) ou Separado(a) judicialmente☐ 2. Divorciado(a)☐ 3. Viúvo(a)☐ 4. Solteiro(a)☐ 5. Vivendo como casado(amasiado)☐ 8. Recusa☐ 9. Não sabe9. Você tem filhos? ☐ 1. Sim ☐ 0. Não

9.1. Se sim, quanto(s)? _____

10. Qual foi a última série escolar que você completou ?

☐ 0. Nunca frequentou a escola e não sabe ler e escrever☐ 1. Nunca frequentou a escola, mas sabe ler e escrever☐ 2. Ensino fundamental (1º grau) incompleto☐ 3. Ensino fundamental (1º grau) completo☐ 4. Ensino médio (2º grau) incompleto☐ 5. Ensino médio (2º grau) completo☐ 6. Ensino superior (universitário) incompleto☐ 7. Ensino superior (universitário) completo☐ 8. Recusa a responder

11. Você exerce alguma atividade profissional remunerada?

☐ 1. Sim☐ 0. Não

11.1. Se sim, qual _____

12. Você é aposentado(a) ?

☐ 1. Sim☐ 0. Não

12.1. Qual o valor R\$ _____,00

☐ 8. Recusa☐ 9. Não sabe

(continua)

 **UFSJ**
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL-REI

Para ser aplicado com usuários adultos

13. Qual é o rendimento familiar total? R\$ _____,00.
(Devem ser somados todos os rendimentos mensais de trabalhos e de outras fontes da pessoa, inclusive a soma dos rendimentos mensais de todas as pessoas que moram com o paciente. Se a pessoa responder em número de salários, consultar a Tabela de Salários).

☐ 8. Recusa ☐ 9. Não sabe

14. Quantas pessoas moram com você? _____ pessoas

C- Características do domicílio

15. Quantos cômodos tem no seu domicílio? _____ (inclusive banheiro)
☐ 7. Não se aplica

16. O seu domicílio é?

☐ 0. Próprio já quitado ☐ 1. Próprio ainda não quitado (pagando)
☐ 2. Alugado ☐ 3. Cedido
☐ 4. Instituição ☐ 5. Outra condição

17. Há quanto tempo você mora nesse domicílio?

☐ 1. Menos de 6 meses ☐ 2. 6 meses a 1 ano
☐ 3. 1 a 2 anos ☐ 4. 2 a 5 anos
☐ 5. 5 a 10 anos ☐ 6. Mais que 10 anos
☐ 9. Não sabe

18. Há quanto tempo você reside em Divinópolis/MG?

☐ 1. Menos de 6 meses ☐ 2. 6 meses a 1 ano
☐ 3. 1 a 2 anos ☐ 4. 2 a 5 anos
☐ 5. 5 a 10 anos ☐ 6. Mais que 10 anos
☐ 9. Não sabe

Você possui em seu domicílio/moradia?

19. Luz Elétrica ☐ 1. Sim ☐ 0. Não
20. Rede de esgoto ☐ 1. Sim ☐ 0. Não
21. Televisão ☐ 1. Sim ☐ 0. Não
22. Computador ☐ 1. Sim ☐ 0. Não
23. Acesso à internet em casa ☐ 1. Sim ☐ 0. Não
24. Telefone Celular ☐ 1. Sim ☐ 0. Não
25. Telefone Fixo ☐ 1. Sim ☐ 0. Não
26. Máquina de lavar ☐ 1. Sim ☐ 0. Não
(especificar que não é tanquinho)

(continua)



Para ser aplicado com usuários adultos

27. Qual o meio de transporte que você mais utiliza?

- ☐ 1. Transporte Coletivo ☐ 2. Carro
☐ 3. Moto ☐ 4. Bicicleta ☐ 5. Outro

27. ☐**D-Saúde do usuário**

28. De um modo geral nos últimos 30 dias, você considera o seu próprio estado de saúde como muito bom, bom, regular, ruim ou muito ruim?

- ☐ 1. Muito bom ☐ 2. Bom ☐ 3. Regular ☐ 4. Ruim
☐ 5. Muito ruim ☐ 8. Recusa ☐ 9. Não sabe

28. ☐

29. Nos últimos 30 dias você deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais (trabalhar, ir à escola, correr, brincar) por motivo de saúde?

- ☐ 1. Sim (passe à pergunta 29.1) ☐ 8. Recusa (passe à pergunta 30)
☐ 0. Não (passe à pergunta 30) ☐ 9. Não sabe (passe à pergunta 30)

29. ☐

29.1. Número de dias: _____ dias

29.1. ☐ ☐

Algum médico ou profissional de saúde já disse que você tem:

30. Doença de coluna ou dor nas costas?

- ☐ 1. Sim ☐ 0. Não
☐ 8. Recusa ☐ 9. Não sabe

30. ☐

31. Artrite ou reumatismo?

- ☐ 1. Sim ☐ 0. Não
☐ 8. Recusa ☐ 9. Não sabe

31. ☐

32. Câncer?

- ☐ 1. Sim ☐ 0. Não
☐ 8. Recusa ☐ 9. Não sabe

32. ☐

33. Diabetes?

- ☐ 1. Sim ☐ 0. Não
☐ 8. Recusa ☐ 9. Não sabe

33. ☐

34. Bronquite ou asma?

- ☐ 1. Sim ☐ 0. Não
☐ 8. Recusa ☐ 9. Não sabe

34. ☐

35. Hipertensão ou pressão alta?

- ☐ 1. Sim ☐ 0. Não
☐ 8. Recusa ☐ 9. Não sabe

35. ☐

36. Doença do coração?

- ☐ 1. Sim ☐ 0. Não
☐ 8. Recusa ☐ 9. Não sabe

36. ☐

37. Depressão?

- ☐ 1. Sim ☐ 0. Não
☐ 8. Recusa ☐ 9. Não sabe

37. ☐

38. Outra doença? (especifique) _____

38. ☐☐ 7. Não se aplica

(continua)



Para ser aplicado com usuários adultos

39. Você utiliza algum serviço público de saúde?

- ☐ 1. Sim (ir para pergunta 39.1) ☐ 0. Não (não responde à entrevista, porém a questão 136 referente a confiabilidade das respostas deverá ser preenchida)

39.1. Qual ?

- ☐ 1. PACS ☐ 2. Posto/Centro de saúde ☐ 3. ESF ☐ 4. PSR ☐ 5. Policlínica

39.2. A resposta da questão anterior foi apenas PSR ou Policlínica?

- ☐ 1. Sim (o questionário será interrompido, porém a questão 136 referente a confiabilidade das respostas deverá ser preenchida)
☐ 0. Não

40. Qual é o posto/unidade de referência que você é atendido?

(escrever o nome da unidade)

41. Este é o posto/unidade mais próximo de sua residência?

- ☐ 1. Sim ☐ 0. Não
☐ 8. Recusa ☐ 9. Não sabe

41.1. Se não, qual é o mais próximo?**42. Você recebe visita domiciliar de Agente Comunitário de Saúde (ACS)?**

- ☐ 1 Sim ☐ 0 Não
☐ 8. Recusa ☐ 9. Não sabe

Agora vamos fazer algumas perguntas sobre a atenção à saúde que você e sua família tem neste posto/unidade.

OBS: MOSTRAR, EXPLICAR E ENTREGAR AO ENTREVISTADO O CARTÃO DE RESPOSTAS VERDE

(o entrevistador deverá sempre fazer referência a unidade que o usuário utiliza)

E-Acesso**43. Você acha fácil conseguir uma consulta neste posto/unidade?**

- ☐ 1. Nunca ☐ 2. Quase nunca ☐ 3. Algumas vezes
☐ 4. Muitas vezes ☐ 5. Quase sempre ☐ 6. Sempre
☐ 8. Recusa ☐ 9. Não sabe

44. Você acha que pode obter uma consulta médica (não urgente) neste posto/unidade no prazo de 24hs?

- ☐ 1. Nunca ☐ 2. Quase nunca ☐ 3. Algumas vezes
☐ 4. Muitas vezes ☐ 5. Quase sempre ☐ 6. Sempre
☐ 8. Recusa ☐ 9. Não sabe

(continua)



Para ser aplicado com usuários adultos

45. Este posto/unidade está aberto durante os fins de semana? ☐ 1. Nunca ☐ 2. Quase nunca ☐ 3. Algumas vezes ☐ 4. Muitas vezes ☐ 5. Quase sempre ☐ 6. Sempre ☐ 8. Recusa ☐ 9. Não sabe	45. ☐
46. Este posto/unidade fica aberto depois das 18 horas pelo menos um dia durante a semana? ☐ 1. Nunca ☐ 2. Quase nunca ☐ 3. Algumas vezes ☐ 4. Muitas vezes ☐ 5. Quase sempre ☐ 6. Sempre ☐ 8. Recusa ☐ 9. Não sabe	46. ☐
47. Durante o período de funcionamento normal deste posto/unidade existe um n° de telefone para marcar consultas ou pedir informações? ☐ 1. Nunca ☐ 2. Quase nunca ☐ 3. Algumas vezes ☐ 4. Muitas vezes ☐ 5. Quase sempre ☐ 6. Sempre ☐ 8. Recusa ☐ 9. Não sabe	47. ☐
48. Quando este posto/unidade está fechado, existe um n°. de telefone para marcar consultas ou pedir informações? ☐ 1. Nunca ☐ 2. Quase nunca ☐ 3. Algumas vezes ☐ 4. Muitas vezes ☐ 5. Quase sempre ☐ 6. Sempre ☐ 8. Recusa ☐ 9. Não sabe	48. ☐
49. Normalmente você tem que esperar mais de 30 minutos neste posto/unidade antes de ser atendido por um profissional de saúde? (Referente ao acolhimento do paciente, ou seja, qualquer profissional) ☐ 1. Nunca ☐ 2. Quase nunca ☐ 3. Algumas vezes ☐ 4. Muitas vezes ☐ 5. Quase sempre ☐ 6. Sempre ☐ 8. Recusa ☐ 9. Não sabe	49. ☐
50. Quando vai consultar neste posto/unidade você tem que deixar de trabalhar ou perder o seu dia de trabalho? ☐ 1. Nunca ☐ 2. Quase nunca ☐ 3. Algumas vezes ☐ 4. Muitas vezes ☐ 5. Quase sempre ☐ 6. Sempre ☐ 8. Recusa ☐ 9. Não sabe	50. ☐
51. Nas suas consultas mais recentes (no último mês) este posto/unidade tinha todos os medicamentos que você acredita serem necessários ao atendimento do seu problema de saúde? ☐ 1. Nunca ☐ 2. Quase nunca ☐ 3. Algumas vezes ☐ 4. Muitas vezes ☐ 5. Quase sempre ☐ 6. Sempre ☐ 8. Recusa ☐ 9. Não sabe	51. ☐

(continua)



Para ser aplicado com usuários adultos

52. Nas suas consultas mais recentes (no último mês) este posto/unidade tinha todos os equipamentos que você acredita serem necessários ao atendimento do seu problema de saúde?

- ☐ 1. Nunca ☐ 2. Quase nunca ☐ 3. Algumas vezes
☐ 4. Muitas vezes ☐ 5. Quase sempre ☐ 6. Sempre
☐ 8. Recusa ☐ 9. Não sabe

52.1. Se não tinha algum equipamento, qual faltou ? _____

- ☐ 9. Não sabe ☐ 7. Não se aplica

53. Você tem que pagar alguma quantia em dinheiro para ser atendido (co-pagamento) neste posto/unidade? (Incluindo a compra de ficha)

- ☐ 1. Nunca ☐ 2. Quase nunca ☐ 3. Algumas vezes
☐ 4. Muitas vezes ☐ 5. Quase sempre ☐ 6. Sempre
☐ 8. Recusa ☐ 9. Não sabe

F-Porta de entrada

54. Geralmente, quando você ou sua família precisa de algum controle de saúde preventivo (vacinar, medir pressão, exames de rotina) o(a) senhor(a) vai a este posto/unidade?

- ☒ 1. Nunca ☒ 2. Quase nunca ☒ 3. Algumas vezes
☒ 4. Muitas vezes ☒ 5. Quase sempre ☒ 6. Sempre
☒ 8. Recusa ☒ 9. Não sabe

55. Quando você ou sua família tem um problema de saúde, vocês normalmente vão a este posto/unidade?

- ☒ 1. Nunca ☒ 2. Quase nunca ☒ 3. Algumas vezes
☒ 4. Muitas vezes ☒ 5. Quase sempre ☒ 6. Sempre
☒ 8. Recusa ☒ 9. Não sabe

56. Exceto em casos de emergência você normalmente tem que realizar uma consulta neste posto/unidade antes de consultar um especialista?

- ☒ 1. Nunca ☒ 2. Quase nunca ☒ 3. Algumas vezes
☒ 4. Muitas vezes ☒ 5. Quase sempre ☒ 6. Sempre
☒ 8. Recusa ☒ 9. Não sabe

G-Vínculo

57. Quando você vai a este posto/unidade para uma consulta é examinado(a) pelos mesmos profissionais de saúde?

- ☐ 1. Nunca ☐ 2. Quase nunca ☐ 3. Algumas vezes
☐ 4. Muitas vezes ☐ 5. Quase sempre ☐ 6. Sempre
☐ 8. Recusa ☐ 9. Não sabe

(continua)



Para ser aplicado com usuários adultos

58. Se você tem alguma dúvida sobre seu tratamento, consegue falar com o mesmo profissional deste posto/unidade que lhe atendeu? ☐ 1. Nunca ☐ 2. Quase nunca ☐ 3. Algumas vezes ☐ 4. Muitas vezes ☐ 5. Quase sempre ☐ 6. Sempre ☐ 8. Recusa ☐ 9. Não sabe	58. ☐
59. Neste posto/unidade os profissionais de saúde dão tempo suficiente para você explicar bem as suas preocupações e tirar as suas dúvidas? ☐ 1. Nunca ☐ 2. Quase nunca ☐ 3. Algumas vezes ☐ 4. Muitas vezes ☐ 5. Quase sempre ☐ 6. Sempre ☐ 8. Recusa ☐ 9. Não sabe	59. ☐
60. Os profissionais deste posto/unidade que lhe atende compreendem (entendem) bem suas perguntas? ☐ 1. Nunca ☐ 2. Quase nunca ☐ 3. Algumas vezes ☐ 4. Muitas vezes ☐ 5. Quase sempre ☐ 6. Sempre ☐ 8. Recusa ☐ 9. Não sabe	60. ☐
61. Os profissionais deste posto/unidade respondem às suas perguntas de uma maneira clara, que você entende bem? ☐ 1. Nunca ☐ 2. Quase nunca ☐ 3. Algumas vezes ☐ 4. Muitas vezes ☐ 5. Quase sempre ☐ 6. Sempre ☐ 8. Recusa ☐ 9. Não sabe	61. ☐
62. Durante as consultas, os profissionais deste posto/unidade anotam as suas queixas no seu prontuário médico ? ☐ 1. Nunca ☐ 2. Quase nunca ☐ 3. Algumas vezes ☐ 4. Muitas vezes ☐ 5. Quase sempre ☐ 6. Sempre ☐ 8. Recusa ☐ 9. Não sabe	62. ☐
63. Os profissionais deste posto/unidade estão informados sobre todos os medicamentos que você está usando? ☐ 1. Nunca ☐ 2. Quase nunca ☐ 3. Algumas vezes ☐ 4. Muitas vezes ☐ 5. Quase sempre ☐ 6. Sempre ☐ 8. Recusa ☐ 9. Não sabe	63. ☐
64. Os profissionais deste posto/unidade são informados quando você não pode conseguir ou comprar um medicamento prescrito? ☐ 1. Nunca ☐ 2. Quase nunca ☐ 3. Algumas vezes ☐ 4. Muitas vezes ☐ 5. Quase sempre ☐ 6. Sempre ☐ 8. Recusa ☐ 9. Não sabe	64. ☐

(continua)



Para ser aplicado com usuários adultos

Referente às perguntas seguintes, os profissionais de saúde podem ver você como uma pessoa ou apenas como um doente. (cidadão que tem trabalho, família, lazer, etc).

65.1. Com que frequência os profissionais deste posto/unidade o tratam apenas como um doente? 65.1. ☐

☐ 1. Nunca	☐ 2. Quase nunca	☐ 3. Algumas vezes
☐ 4. Muitas vezes	☐ 5. Quase sempre	☐ 6. Sempre
☐ 8. Recusa	☐ 9. Não sabe	

65.2. Com que frequência os profissionais deste posto/unidade o tratam como uma pessoa em sua totalidade? 65.2. ☐

☐ 1. Nunca	☐ 2. Quase nunca	☐ 3. Algumas vezes
☐ 4. Muitas vezes	☐ 5. Quase sempre	☐ 6. Sempre
☐ 8. Recusa	☐ 9. Não sabe	

H-Elenco de serviços

Com que frequência você acha que poderia conseguir, para você ou sua família, os seguintes serviços neste posto/unidade?

66. Vacinação para crianças 66. ☐

☐ 1. Nunca	☐ 2. Quase nunca	☐ 3. Algumas vezes
☐ 4. Muitas vezes	☐ 5. Quase sempre	☐ 6. Sempre
☐ 8. Recusa	☐ 9. Não sabe	

67. Atendimento para crianças 67. ☐

☐ 1. Nunca	☐ 2. Quase nunca	☐ 3. Algumas vezes
☐ 4. Muitas vezes	☐ 5. Quase sempre	☐ 6. Sempre
☐ 8. Recusa	☐ 9. Não sabe	

68. Atendimento para adultos 68. ☐

☐ 1. Nunca	☐ 2. Quase nunca	☐ 3. Algumas vezes
☐ 4. Muitas vezes	☐ 5. Quase sempre	☐ 6. Sempre
☐ 8. Recusa	☐ 9. Não sabe	

69. Atendimento para idosos 69. ☐

☐ 1. Nunca	☐ 2. Quase nunca	☐ 3. Algumas vezes
☐ 4. Muitas vezes	☐ 5. Quase sempre	☐ 6. Sempre
☐ 8. Recusa	☐ 9. Não sabe	

70. Controle de pré-natal 70. ☐

☐ 1. Nunca	☐ 2. Quase nunca	☐ 3. Algumas vezes
☐ 4. Muitas vezes	☐ 5. Quase sempre	☐ 6. Sempre
☐ 8. Recusa	☐ 9. Não sabe	

(continua)



Para ser aplicado com usuários adultos

71. Serviços de planejamento familiar (Por ex: prevenção de gravidez, vasectomia, ligadura de trompas, etc)

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ 1. Nunca | ☐ 2. Quase nunca | ☐ 3. Algumas vezes |
| ☐ 4. Muitas vezes | ☐ 5. Quase sempre | ☐ 6. Sempre |
| ☐ 8. Recusa | ☐ 9. Não sabe | |

72. Atendimento de doenças sexualmente transmissíveis (por exemplo, gonorréia, sífilis)

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ 1. Nunca | ☐ 3. Algumas vezes | ☐ 5. Quase sempre |
| ☐ 2. Quase nunca | ☐ 4. Muitas vezes | ☐ 6. Sempre |
| ☐ 8. Recusa | ☐ 9. Não sabe | |

73. Programa de controle de tuberculose

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ 1. Nunca | ☐ 2. Quase nunca | ☐ 3. Algumas vezes |
| ☐ 4. Muitas vezes | ☐ 5. Quase sempre | ☐ 6. Sempre |
| ☐ 8. Recusa | ☐ 9. Não sabe | |

74. Controle/tratamento de doenças epidêmicas (por exemplo, Dengue, esquistossomose - "xistose")

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ 1. Nunca | ☐ 2. Quase nunca | ☐ 3. Algumas vezes |
| ☐ 4. Muitas vezes | ☐ 5. Quase sempre | ☐ 6. Sempre |
| ☐ 8. Recusa | ☐ 9. Não sabe | |

75. Tratamento/controle de hipertensão ou pressão alta

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ 1. Nunca | ☐ 2. Quase nunca | ☐ 3. Algumas vezes |
| ☐ 4. Muitas vezes | ☐ 5. Quase sempre | ☐ 6. Sempre |
| ☐ 8. Recusa | ☐ 9. Não sabe | |

76. Tratamento/controle de Diabetes

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ 1. Nunca | ☐ 2. Quase nunca | ☐ 3. Algumas vezes |
| ☐ 4. Muitas vezes | ☐ 5. Quase sempre | ☐ 6. Sempre |
| ☐ 8. Recusa | ☐ 9. Não sabe | |

77. Atendimento de doenças crônicas (artrite, asma, bronquite, tireóide)

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ 1. Nunca | ☐ 2. Quase nunca | ☐ 3. Algumas vezes |
| ☐ 4. Muitas vezes | ☐ 5. Quase sempre | ☐ 6. Sempre |
| ☐ 8. Recusa | ☐ 9. Não sabe | |

78. Tratamento de pequenos ferimentos (ex.: curativo)

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ 1. Nunca | ☐ 2. Quase nunca | ☐ 3. Algumas vezes |
| ☐ 4. Muitas vezes | ☐ 5. Quase sempre | ☐ 6. Sempre |
| ☐ 8. Recusa | ☐ 9. Não sabe | |

(continua)



Para ser aplicado com usuários adultos

79. Orientação sobre as consequências do uso de tabaco e álcool

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ 1. Nunca | ☐ 2. Quase nunca | ☐ 3. Algumas vezes |
| ☐ 4. Muitas vezes | ☐ 5. Quase sempre | ☐ 6. Sempre |
| ☐ 8. Recusa | ☐ 9. Não sabe | |

80. Problemas de saúde mental

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ 1. Nunca | ☐ 2. Quase nunca | ☐ 3. Algumas vezes |
| ☐ 4. Muitas vezes | ☐ 5. Quase sempre | ☐ 6. Sempre |
| ☐ 8. Recusa | ☐ 9. Não sabe | |

81. Orientação sobre alimentação ou nutrição

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ 1. Nunca | ☐ 2. Quase nunca | ☐ 3. Algumas vezes |
| ☐ 4. Muitas vezes | ☐ 5. Quase sempre | ☐ 6. Sempre |
| ☐ 8. Recusa | ☐ 9. Não sabe | |

82. Orientações sobre os benefícios da atividade física

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ 1. Nunca | ☐ 2. Quase nunca | ☐ 3. Algumas vezes |
| ☐ 4. Muitas vezes | ☐ 5. Quase sempre | ☐ 6. Sempre |
| ☐ 8. Recusa | ☐ 9. Não sabe | |

83. Orientação sobre a higienização da água e dos alimentos

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ 1. Nunca | ☐ 2. Quase nunca | ☐ 3. Algumas vezes |
| ☐ 4. Muitas vezes | ☐ 5. Quase sempre | ☐ 6. Sempre |
| ☐ 8. Recusa | ☐ 9. Não sabe | |

84. Orientação sobre a prevenção da violência doméstica

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ 1. Nunca | ☐ 2. Quase nunca | ☐ 3. Algumas vezes |
| ☐ 4. Muitas vezes | ☐ 5. Quase sempre | ☐ 6. Sempre |
| ☐ 8. Recusa | ☐ 9. Não sabe | |

85. Orientação sobre a prevenção de acidentes domésticos

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ 1. Nunca | ☐ 2. Quase nunca | ☐ 3. Algumas vezes |
| ☐ 4. Muitas vezes | ☐ 5. Quase sempre | ☐ 6. Sempre |
| ☐ 8. Recusa | ☐ 9. Não sabe | |

86. Orientação preventiva sobre a escovação dos dentes e higiene bucal

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ 1. Nunca | ☐ 2. Quase nunca | ☐ 3. Algumas vezes |
| ☐ 4. Muitas vezes | ☐ 5. Quase sempre | ☐ 6. Sempre |
| ☐ 8. Recusa | ☐ 9. Não sabe | |

87. Atendimento odontológico

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ 1. Nunca | ☐ 2. Quase nunca | ☐ 3. Algumas vezes |
| ☐ 4. Muitas vezes | ☐ 5. Quase sempre | ☐ 6. Sempre |
| ☐ 8. Recusa | ☐ 9. Não sabe | |

(continua)



Para ser aplicado com usuários adultos

I-Coordenação**88. Você recebe os resultados de seus exames de laboratório?**

- ☐ 1. Nunca ☐ 2. Quase nunca ☐ 3. Algumas vezes
☐ 4. Muitas vezes ☐ 5. Quase sempre ☐ 6. Sempre
☐ 8. Recusa ☐ 9. Não sabe

88. ☐**89. Você leva os resultados de seus exames de laboratório para esse posto/unidade?**

- ☐ 1. Nunca ☐ 2. Quase nunca ☐ 3. Algumas vezes
☐ 4. Muitas vezes ☐ 5. Quase sempre ☐ 6. Sempre
☐ 8. Recusa ☐ 9. Não sabe

89. ☐**90. Você é avisado sobre o agendamento da sua consulta de retorno para saber os resultados dos seus exames de laboratório?**

- ☐ 1. Nunca ☐ 2. Quase nunca ☐ 3. Algumas vezes
☐ 4. Muitas vezes ☐ 5. Quase sempre ☐ 6. Sempre
☐ 8. Recusa ☐ 9. Não sabe

90. ☐**91. Quando você vem a este posto/unidade, traz consigo resultados ou pedidos de exames, cartão de pré-natal, receitas médicas?**

- ☐ 1. Nunca ☐ 2. Quase nunca ☐ 3. Algumas vezes
☐ 4. Muitas vezes ☐ 5. Quase sempre ☐ 6. Sempre
☐ 8. Recusa ☐ 9. Não sabe

91. ☐**92. O profissional deste posto/unidade tem sempre disponível o seu prontuário médico quando você está sendo atendido ou examinado?**

- ☐ 1. Nunca ☐ 2. Quase nunca ☐ 3. Algumas vezes
☐ 4. Muitas vezes ☐ 5. Quase sempre ☐ 6. Sempre
☐ 8. Recusa ☐ 9. Não sabe

92. ☐**93. Os profissionais deste posto/unidade permitem que você veja seu prontuário médico?**

- ☐ 1. Nunca ☐ 2. Quase nunca ☐ 3. Algumas vezes
☐ 4. Muitas vezes ☐ 5. Quase sempre ☐ 6. Sempre
☐ 8. Recusa ☐ 9. Não sabe

93. ☐

SE O ENTREVISTADO FOR HOMEM AS PERGUNTAS 94 A 99 DEVERÃO SER RESPONDIDAS COM A OPÇÃO "NÃO SE APLICA".

94. Você esteve grávida nos últimos 10 anos em Divinópolis?

- ☐ 1. Sim ☐ 0. Não ☐ 9. Não sabe ☐ 7. Não se aplica

94. ☐

Se Sim, responder a pergunta 95.

(continua)

 **UFSJ**
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL-REI

Para ser aplicado com usuários adultos

95. Quando você estava grávida tinha consigo um cartão com os registros dos controles pré-natais? ☐ 1. Nunca ☐ 2. Quase nunca ☐ 3. Algumas vezes ☐ 4. Muitas vezes ☐ 5. Quase sempre ☐ 6. Sempre ☐ 8. Recusa ☐ 9. Não sabe ☐ 7. Não se aplica	95. ☐
96. Você está grávida atualmente? ☐ 1. Sim ☐ 0. Não ☐ 9. Não sabe ☐ 7. Não se aplica <i>As perguntas 97 e 98 só deverão ser respondidas caso a resposta da pergunta 96 for SIM.</i>	96. ☐
97. Nesta gravidez você tem em seu poder o cartão de registro dos exames de pré-natal? ☐ 1. Nunca ☐ 2. Quase nunca ☐ 3. Algumas vezes ☐ 4. Muitas vezes ☐ 5. Quase sempre ☐ 6. Sempre ☐ 8. Recusa ☐ 9. Não sabe ☐ 7. Não se aplica	97. ☐
98. Os profissionais deste posto/unidade pedem que você traga consigo o cartão para registro dos exames de pré-natal toda vez que vem à consulta? ☐ 1. Nunca ☐ 2. Quase nunca ☐ 3. Algumas vezes ☐ 4. Muitas vezes ☐ 5. Quase sempre ☐ 6. Sempre ☐ 8. Recusa ☐ 9. Não sabe ☐ 7. Não se aplica	98. ☐
99. Você foi alguma vez a um especialista ou a uma clínica especializada para fazer consulta? ☐ 1. Sim ☐ 0. Não (responder Não se aplica nas perguntas 100 a 106) ☐ 7. Não se aplica	99. ☐
99.1. Se Sim: ☐ 1 SUS ☐ 2 Outro (responder Não se aplica nas perguntas 100 a 106)	99.1. ☐
100. Quando você vai consultar com um especialista é encaminhado(a) por um profissional deste posto/unidade? ☐ 1. Nunca ☐ 2. Quase nunca ☐ 3. Algumas vezes ☐ 4. Muitas vezes ☐ 5. Quase sempre ☐ 6. Sempre ☐ 8. Recusa ☐ 9. Não sabe ☐ 7. Não se aplica	100. ☐
101. Quando você é encaminhado(a) ao especialista os profissionais deste posto/unidade indicam ou discutem os possíveis lugares de atendimento? ☐ 1. Nunca ☐ 2. Quase nunca ☐ 3. Algumas vezes ☐ 4. Muitas vezes ☐ 5. Quase sempre ☐ 6. Sempre ☐ 8. Recusa ☐ 9. Não sabe ☐ 7. Não se aplica	101. ☐

(continua)



Para ser aplicado com usuários adultos

102. Quando você é encaminhado(a) ao especialista os profissionais deste posto/unidade ajudam a marcar a consulta?

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ 1. Nunca | ☐ 2. Quase nunca | ☐ 3. Algumas vezes |
| ☐ 4. Muitas vezes | ☐ 5. Quase sempre | ☐ 6. Sempre |
| ☐ 8. Recusa | ☐ 9. Não sabe | ☐ 7. Não se aplica |

102. ☐

103. Quando você é encaminhado(a) ao especialista os profissionais deste posto/unidade fornecem informações escritas sobre o seu problema para entregar ao serviço ou ao especialista?

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ 1. Nunca | ☐ 2. Quase nunca | ☐ 3. Algumas vezes |
| ☐ 4. Muitas vezes | ☐ 5. Quase sempre | ☐ 6. Sempre |
| ☐ 8. Recusa | ☐ 9. Não sabe | ☐ 7. Não se aplica |

103. ☐

104. Você é informado(a) neste posto/unidade sobre os resultados da consulta com o(s) especialista(s)?

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ 1. Nunca | ☐ 2. Quase nunca | ☐ 3. Algumas vezes |
| ☐ 4. Muitas vezes | ☐ 5. Quase sempre | ☐ 6. Sempre |
| ☐ 8. Recusa | ☐ 9. Não sabe | ☐ 7. Não se aplica |

104. ☐

105. Você discute com o profissional deste posto/unidade sobre os resultados da consulta ao(s) especialista(s)?

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ 1. Nunca | ☐ 2. Quase nunca | ☐ 3. Algumas vezes |
| ☐ 4. Muitas vezes | ☐ 5. Quase sempre | ☐ 6. Sempre |
| ☐ 8. Recusa | ☐ 9. Não sabe | ☐ 7. Não se aplica |

105. ☐

106. Você acha que os profissionais deste posto/unidade estão interessados na qualidade da sua consulta com o(s) especialista(s)?

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ 1. Nunca | ☐ 2. Quase nunca | ☐ 3. Algumas vezes |
| ☐ 4. Muitas vezes | ☐ 5. Quase sempre | ☐ 6. Sempre |
| ☐ 8. Recusa | ☐ 9. Não sabe | ☐ 7. Não se aplica |

106. ☐

J-Enfoque familiar

107. Durante a consulta os profissionais deste posto/unidade normalmente perguntam sobre as suas condições de vida e as da sua família (ex. desemprego, disponibilidade de água potável, saneamento, etc)?

- | | | |
|---|---|--|
| ☒ 1. Nunca | ☒ 2. Quase nunca | ☒ 3. Algumas vezes |
| ☒ 4. Muitas vezes | ☒ 5. Quase sempre | ☒ 6. Sempre |
| ☒ 8. Recusa | ☒ 9. Não sabe | |

107. ☐

108. Durante a consulta os profissionais deste posto/unidade normalmente pedem informações sobre doenças de outros membros da sua família?

- | | | |
|---|---|--|
| ☒ 1. Nunca | ☒ 2. Quase nunca | ☒ 3. Algumas vezes |
| ☒ 4. Muitas vezes | ☒ 5. Quase sempre | ☒ 6. Sempre |
| ☒ 8. Recusa | ☒ 9. Não sabe | |

108. ☐

(continua)

 **UFSJ**
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL REI
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS

Para ser aplicado com usuários adultos

109. Você acha que os profissionais de saúde neste posto/unidade conhecem bem a sua família?

☐ 1. Nunca ☐ 2. Quase nunca ☐ 3. Algumas vezes
☐ 4. Muitas vezes ☐ 5. Quase sempre ☐ 6. Sempre
☐ 8. Recusa ☐ 9. Não sabe

110. Caso você desejasse, acredita que os profissionais de saúde deste posto/unidade falaria(m) com sua família sobre o seu problema de saúde?

☐ 1. Nunca ☐ 2. Quase nunca ☐ 3. Algumas vezes
☐ 4. Muitas vezes ☐ 5. Quase sempre ☐ 6. Sempre
☐ 8. Recusa ☐ 9. Não sabe

111. Os profissionais deste posto/unidade lhe perguntam sobre quais são as suas ideias e opiniões sobre seu tratamento ou da sua família?

☐ 1. Nunca ☐ 2. Quase nunca ☐ 3. Algumas vezes
☐ 4. Muitas vezes ☐ 5. Quase sempre ☐ 6. Sempre
☐ 8. Recusa ☐ 9. Não sabe

K-Orientação para a comunidade

112. Você ou sua família é consultado(a) para saber se os serviços deste posto/unidade atendem aos seus problemas de saúde?

☐ 1. Nunca ☐ 2. Quase nunca ☐ 3. Algumas vezes
☐ 4. Muitas vezes ☐ 5. Quase sempre ☐ 6. Sempre
☐ 8. Recusa ☐ 9. Não sabe

113. Você acha que os profissionais deste posto/unidade sabem sobre os problemas de saúde mais importantes da sua comunidade?

☐ 1. Nunca ☐ 2. Quase nunca ☐ 3. Algumas vezes
☐ 4. Muitas vezes ☐ 5. Quase sempre ☐ 6. Sempre
☐ 8. Recusa ☐ 9. Não sabe

114. As autoridades da Secretaria de Saúde pedem a representantes da comunidade para participarem nas reuniões da direção deste posto/unidade ou no Conselho Local de Saúde?

☐ 1. Nunca ☐ 2. Quase nunca ☐ 3. Algumas vezes
☐ 4. Muitas vezes ☐ 5. Quase sempre ☐ 6. Sempre
☐ 8. Recusa ☐ 9. Não sabe

115. Este posto/unidade oferece serviços de saúde nas escolas?

☐ 1. Nunca ☐ 2. Quase nunca ☐ 3. Algumas vezes
☐ 4. Muitas vezes ☐ 5. Quase sempre ☐ 6. Sempre
☐ 8. Recusa ☐ 9. Não sabe

Atualizado: 10 de agosto de 2011

(continua)



Para ser aplicado com usuários adultos

116. Com que frequência os profissionais deste posto/unidade fazem visitas domiciliares?

- ☐ 1. Nunca ☐ 2. Quase nunca ☐ 3. Algumas vezes
☐ 4. Muitas vezes ☐ 5. Quase sempre ☐ 6. Sempre
☐ 8. Recusa ☐ 9. Não sabe

116. ☐

117. Você acha que este posto/unidade trabalha com outros grupos para realizar atividades que melhoram as condições de vida de sua comunidade?

- ☐ 1. Nunca ☐ 2. Quase nunca ☐ 3. Algumas vezes
☐ 4. Muitas vezes ☐ 5. Quase sempre ☐ 6. Sempre
☐ 8. Recusa ☐ 9. Não sabe

117. ☐

L-Formação profissional

118. Na sua experiência, com que frequência você foi a este posto ou unidade e tinha pelo menos um médico trabalhando?

- ☒ 1. Nunca ☒ 2. Quase nunca ☒ 3. Algumas vezes
☒ 4. Muitas vezes ☒ 5. Quase sempre ☒ 6. Sempre
☒ 8. Recusa ☒ 9. Não sabe

118. ☐

119. Na sua experiência, com que frequência você foi a este posto ou unidade e tinha pelo menos um enfermeiro trabalhando?

- ☒ 1. Nunca ☒ 2. Quase nunca ☒ 3. Algumas vezes
☒ 4. Muitas vezes ☒ 5. Quase sempre ☒ 6. Sempre
☒ 8. Recusa ☒ 9. Não sabe

119. ☐

120. Você recomendaria este posto/unidade a um amigo?

- ☒ 1. Nunca ☒ 2. Quase nunca ☒ 3. Algumas vezes
☒ 4. Muitas vezes ☒ 5. Quase sempre ☒ 6. Sempre
☒ 8. Recusa ☒ 9. Não sabe

120. ☐

121. Você recomendaria este posto/unidade a alguém que utiliza terapias alternativas (plantas medicinais, homeopatia, acupuntura)?

- ☒ 1. Nunca ☒ 2. Quase nunca ☒ 3. Algumas vezes
☒ 4. Muitas vezes ☒ 5. Quase sempre ☒ 6. Sempre
☒ 8. Recusa ☒ 9. Não sabe

121. ☐

122. Os profissionais deste posto/unidade são capazes de resolver a maioria dos seus problemas de saúde?

- ☒ 1. Nunca ☒ 2. Quase nunca ☒ 3. Algumas vezes
☒ 4. Muitas vezes ☒ 5. Quase sempre ☒ 6. Sempre
☒ 8. Recusa ☒ 9. Não sabe

122. ☐

(continua)

 **UFSJ**
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL REI

Para ser aplicado com usuários adultos

123. Os profissionais neste posto/unidade relacionam-se bem com a sua comunidade? 123. ☐

☐ 1. Nunca ☐ 2. Quase nunca ☐ 3. Algumas vezes
☐ 4. Muitas vezes ☐ 5. Quase sempre ☐ 6. Sempre
☐ 8. Recusa ☐ 9. Não sabe

M-Capital Social
As questões seguintes são sobre atividades que o(a) senhor(a) pode ou não participar em sua comunidade.

124. Nos últimos 12 meses, você, ou algum membro de sua família recebeu alguma ajuda de vizinhos quando precisaram? 124. ☐

☐ 1. Sim ☐ 0. Não ☐ 9. Não sabe

125. Nos últimos 12 meses, você comentou com alguém da sua vizinhança sobre algum problema pessoal? 125. ☐

☐ 1. Sim ☐ 0. Não ☐ 9. Não sabe

Por favor, utilize a escala abaixo para indicar o quanto você concorda com as frases referentes à sua vizinhança ou comunidade:
1-Concordo totalmente, 2-Concordo, 3-Discordo, ou 4-Discordo totalmente.
(Escolha apenas uma resposta para cada frase).

OBS: MOSTRAR, EXPLICAR E ENTREGAR AO ENTREVISTADO O CARTÃO DE RESPOSTAS CINZA

126. Na sua vizinhança, as pessoas se conhecem uma as outras. 126. ☐

☐ 1. Concordo totalmente ☐ 2. Concordo ☐ 3. Discordo
☐ 4. Discordo totalmente ☐ 9. Não sabe

127. Na sua vizinhança, as pessoas se preocupam umas com as outras. 127. ☐

☐ 1. Concordo totalmente ☐ 2. Concordo ☐ 3. Discordo
☐ 4. Discordo totalmente ☐ 9. Não sabe

128. Na sua vizinhança existem vizinhos que dariam a você informações a respeito de oportunidades de trabalho. 128. ☐

☐ 1. Concordo totalmente ☐ 2. Concordo ☐ 3. Discordo
☐ 4. Discordo totalmente ☐ 9. Não sabe

129. As crianças ou jovens da sua vizinhança tratam os mais velhos com respeito. 129. ☐

☐ 1. Concordo totalmente ☐ 2. Concordo ☐ 3. Discordo
☐ 4. Discordo totalmente ☐ 9. Não sabe

(continua)



Para ser aplicado com usuários adultos

130. O seu bairro é um bom lugar para crianças e adolescentes.

- ☐ 1. Concordo totalmente ☐ 2. Concordo ☐ 3. Discordo
☐ 4. Discordo totalmente ☐ 9. Não sabe

130. ☐

131. Você sente que pertence a sua vizinhança.

- ☐ 1. Concordo totalmente ☐ 2. Concordo ☐ 3. Discordo
☐ 4. Discordo totalmente ☐ 9. Não sabe

131. ☐

132. As pessoas da sua vizinhança participam ativamente de associação de moradores ou grupos comunitários.

- ☐ 1. Concordo totalmente ☐ 2. Concordo ☐ 3. Discordo
☐ 4. Discordo totalmente ☐ 5. Não sabe

132. ☐

Perguntas referentes às Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária

OBS: MOSTRAR, EXPLICAR E ENTREGAR AO ENTREVISTADO O CARTÃO DE RESPOSTAS AMARELO

133. O quanto você acha que seu comportamento influenciou na piora do seu problema de saúde ?

- ☐ 1. Completamente ☐ 2. Moderado ☐ 3. Pouco
☐ 4. Muito Pouco ☐ 5. Nada ☐ 8 Recusa

133. ☐

134. O quanto você acha que o atendimento do posto/unidade de saúde influenciou na piora do seu problema de saúde ?

- ☐ 1. Completamente ☐ 2. Moderado ☐ 3. Pouco
☐ 4. Muito Pouco ☐ 5. Nada ☐ 8 Recusa

134. ☐

135. Você tem diabetes?

- ☐ 1. Sim ☐ 0. Não ☐ 9. Não sabe

135. ☐

135.1. O diagnóstico foi feito na internação atual?

- ☐ 1. Sim ☐ 0. Não

135.1. ☐

(Se a pergunta 135.1 for Sim, o questionário de Diabetes NÃO deverá ser respondido)

AO ENTREVISTADOR: APLICAR A QUESTÃO DE AUTO-AVALIAÇÃO DE CONFIABILIDADE NAS RESPOSTAS

AUTO-AVALIAÇÃO DE CONFIANÇA NAS RESPOSTAS

Compreendemos que o cansaço ou o esquecimento, bem como a incerteza, podem influenciar em suas respostas. Por isso, indique o nível de confiança das respostas dadas.

(conclusão)



Para ser aplicado com usuários adultos

136. Qual é o nível de confiança de suas respostas ? ☐ 0. Nenhuma confiança ☐ 1. Quase nenhuma confiança (1 a 20%) ☐ 2. Pouca confiança (21 a 40%) ☐ 3. Alguma confiança (41 a 60%) ☐ 4. Muita confiança (61 a 80%) ☐ 5. Total confiança (81 a 100%) <i>A questão 137 deverá ser preenchida após o término da entrevista.</i> 137. Código do posto/unidade de Saúde 138. Hora de término da entrevista: Você tem alguma(s) pergunta(s), sugestão(ões), comentário(s) ou dúvida(s)? Observações do entrevistador Agradecemos a sua participação. Responsável pela conferência da entrevista: _____ Responsável pelo consolidado: _____	136. 137. 138.
---	--

APÊNDICE C - Instrumento para avaliação do uso de medicamentos.

(continua)

 Número da ficha de identificação Questionário sobre Assistência Farmacêutica - Adulto	
1. Nome do paciente: _____	1. ☐
<i>Agora nós vamos falar sobre os remédios que você usa(va).</i> Você trouxe as receitas, bulas ou caixa destes remédios? Eu posso ver?	
2. Quanto(s) remédio(s) você utiliza(va) até a internação? _____	2. ☐ ☐
3. Você precisa de ajuda de outra pessoa para tomar seus remédios?	3. ☐
☐ 1. Sim ☐ 0. Não ☐ 8. Recusa ☐ 9. Não sabe	4. ☐
4. Quantos reais da renda familiar você gastou com remédios para o seu próprio uso nos últimos 30 dias (no último mês)?	
☐ 1. Algum valor ☐ 2. Gastou, mas não sabe o valor ☐ 3. Não gastou nada ☐ 9. Não sabe	4.1. ☐
4.1. Se 1, qual valor? R\$ _____	4.2. ☐
☐ 7. Não se aplica 4.2. Se não sabe o valor, qual o motivo? _____ ☐ 7. Não se aplica	5. ☐
5. De maneira geral, você já recebeu, por parte dos profissionais de saúde, alguma informação sobre o(s) remédio(s) que você utiliza (va) ?	
☐ 1. Sim ☐ 0. Não Se Sim, responder as questões 5.1 a 5.8	5.1. ☐
Algum profissional da saúde informou a você sobre:	
5.1. Nome do(s) remédio(s)?	5.2. ☐
☐ 1. Sim ☐ 0. Não ☐ 8. Recusa ☐ 9. Não sabe ☐ 7. Não se aplica	5.3. ☐
5.2. Horário(s) de tomar cada remédio(s)?	
☐ 1. Sim ☐ 0. Não ☐ 8. Recusa ☐ 9. Não sabe ☐ 7. Não se aplica	5.4. ☐
5.3. Quantidade(s) a ser tomada de cada remédio(s)?	
☐ 1. Sim ☐ 0. Não ☐ 8. Recusa ☐ 9. Não sabe ☐ 7. Não se aplica	5.5. ☐
5.4. Alimentação junto com o (s) remédio(s)?	
☐ 1. Sim ☐ 0. Não ☐ 8. Recusa ☐ 9. Não sabe ☐ 7. Não se aplica	5.6. ☐
5.5. O que fazer se esquecer de tomar o(s) remédio(s)?	
☐ 1. Sim ☐ 0. Não ☐ 8. Recusa ☐ 9. Não sabe ☐ 7. Não se aplica	5.7. ☐
5.6. Uso de bebida alcoólica com o (s) remédio(s)?	
☐ 1. Sim ☐ 0. Não ☐ 8. Recusa ☐ 9. Não sabe ☐ 7. Não se aplica	5.8. ☐
5.7. Efeitos colaterais/reações adversas que esses remédios podem causar?	
☐ 1. Sim ☐ 0. Não ☐ 8. Recusa ☐ 9. Não sabe ☐ 7. Não se aplica	
5.8. Efeitos da interrupção de uso desse(s) remédio(s)?	
☐ 1. Sim ☐ 0. Não ☐ 8. Recusa ☐ 9. Não sabe ☐ 7. Não se aplica	

(continua)



Número da ficha de identificação

Questionário sobre Assistência Farmacêutica - Adulto

_____ - ____/____/____

NOME DO ENTREVISTADOR: _____

REMÉDIO (S) QUE O PACIENTE UTILIZA (VA)*[As próximas questões deverão ser respondidas para cada remédio que o paciente utiliza (va)]***1. Nome do remédio: (copiar da bula, caixa de remédio, receita ou segundo informação do paciente)**☐ 9. Não sabe**2. Concentração do remédio: (copiar da bula, caixa de remédio, receita ou segundo informação do paciente)**☐ 9. Não sabe**3. Laboratório fabricante: (copiar da bula, caixa de remédio, receita ou segundo informação do paciente)**☐ 9. Não sabe*(Lembrar ao entrevistado que pergunta-se sobre o remédio citado na questão 1)***4. Há quanto tempo você usa esse remédio?**☐ 1. (Menos de 1 ano) ☐ 2. (1 ano ou mais)☐ 8. Recusa ☐ 9. Não sabe**5. Você recebeu alguma informação/orientação específica sobre o uso desse remédio?**☐ 1. Sim ☐ 0. Não ☐ 8. Recusa ☐ 9. Não sabe**5.1. Se Sim, qual orientação?** _____☐ 8. Recusa ☐ 9. Não sabe ☐ 7. Não se aplica**6. Onde esse remédio foi recomendado ou receitado para você ?**☐ 1 Amigos, parentes ou vizinhos ☐ 4 Na consulta com médico☐ 2 No rádio, TV ou jornal ☐ 8 Recusa☐ 3 Na consulta com dentistas ☐ 9 Não sabe**7. Onde você conseguiu este remédio pela última vez?**☐ 1 Na farmácia do SUS pública ☐ 4 Em outro lugar☐ 2 Na farmácia comercial ☐ 5 Na farmácia popular☐ 3 Na igreja ou sindicato ☐ 8 Recusa ☐ 9 Não sabe

(conclusão)



Número da ficha de identificação

8. Você tem algum problema em adquirir esse remédio?

☐ 1. Sim ☐ 0. Não ☐ 8. Recusa ☐ 9. Não sabe

8.1. Se sim, qual problema? _____

9. O entrevistado apresentou comprovante do uso remédio?

☐ 1. Sim ☐ 0. Não

9.1. Qual comprovante? _____

10. Nos últimos 15 dias você deixou de usar este remédio?

☐ 1. Sim ☐ 0. Não ☐ 9. Não sabe ☐ 8. Recusa
Se Não, as questões 11 e 12 deverão ser respondidas com a opção Não se aplica

11. Por que você deixou de usar esse remédio?

NÃO LER AS ALTERNATIVAS

- | | |
|---|---|
| ☐ 1. Preço | ☐ 2. Estava em falta na farmácia do SUS |
| ☐ 3. Não conseguiu comprar | ☐ 4. Não tinha ninguém para buscar o remédio |
| ☐ 5. Descanso do medicamento | ☐ 6. Tratamento alternativo/caseiro |
| ☐ 7. Piora da saúde | ☐ 8. Para uso de bebida alcoólica |
| ☐ 9. Por esquecimento | ☐ 10. Por causa da religião |
| ☐ 11. Por causa do laboratório | ☐ 12. Passou mal por causa do remédio |
| ☐ 88. Recusa | ☐ 9. Não sabe ☐ 77. Não se aplica |

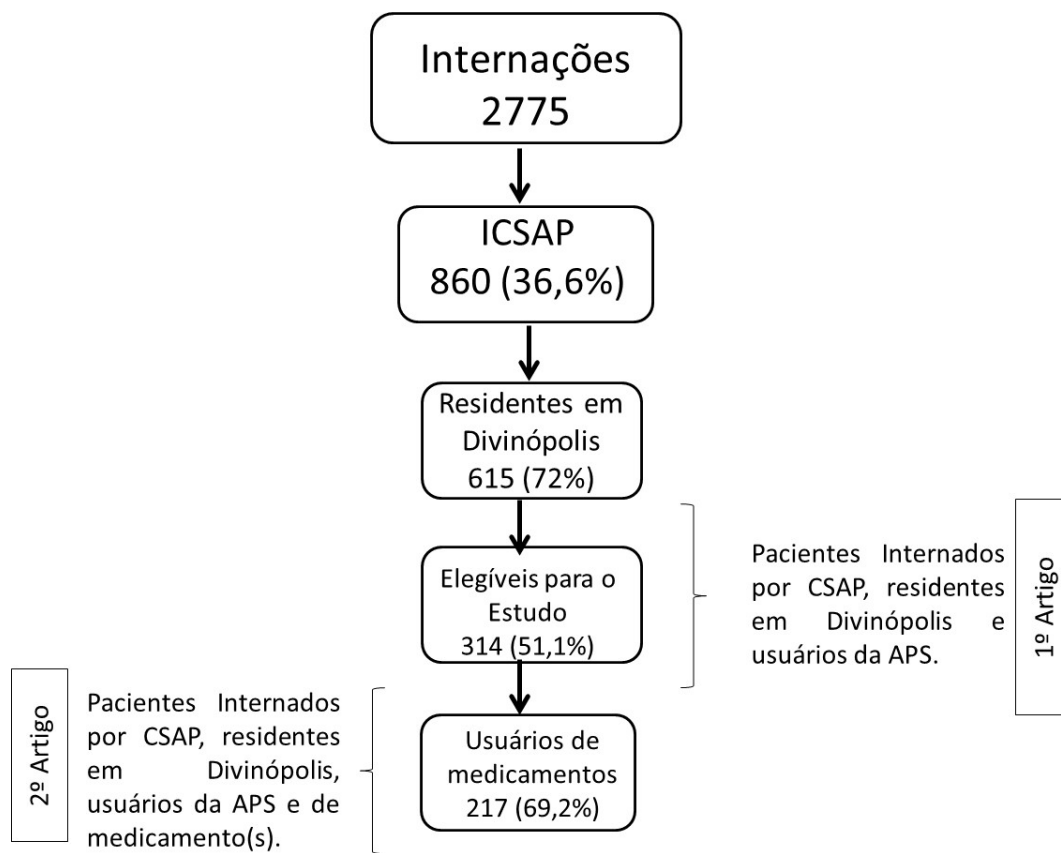
12. Você acredita que essa sua internação esteja relacionada com o não uso desse remédio?

☐ 1. Sim ☐ 0. Não ☐ 9. Não sabe ☐ 8. Recusa ☐ 7. Não se aplica
REPETIR AS PERGUNTAS DE 1 A 12 PARA CADA REMÉDIO UTILIZADO PELO (A) PACIENTE.

Você tem alguma(s) pergunta(s), sugestão(ões), comentário (s) ou dúvida(s)?

Observações do entrevistador

Agradecemos a sua participação.

APÊNDICE D - Fluxograma do Estudo.

APÊNDICE E - Carta ao Editor – Periódico *Atención Primaria*.

(continua)

Documento depositado en <http://www.elsevier.es> el 03-10-2016

APRIM-1344; No. of Pages 2

Aten Primaria. 2016;xxx(xx):xxx-xxx



ARTICLE IN PRESS

Atención Primaria

www.elsevier.es/ap



LETTER TO THE EDITOR

Evaluation of primary health care by users and non-users of drugs hospitalized for primary care-sensitive conditions

Evaluación de la atención primaria por los usuarios y no usuarios de medicamentos hospitalizados por condiciones sensibles al cuidado ambulatorio

Dear Editor,

Brazil is currently expanding Primary Health Care (PHC)¹ with the coexistence of two different models – the traditional model comprising Basic Health Units (BHU) and the Family Health Program (FHP). Hospitalizations for Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC) have been used as an indicator to evaluate the quality of PHC,² as they represent health problems that must be addressed and treated opportunistically at this level of care. We have hypothesized that drug users would rate PHC more highly, since drugs can strengthen the relationship between users and the healthcare services. In a cross-section study conducted within two public inpatient services in Divinópolis city, Brazil, we compared the assessment of the PHC, as rated by patients hospitalized for ACSC, comprising users and non-users of drugs, referred to FHP or BHU. Participants were interviewed (n=314; 69.1% drug users) and asked to answer questions related to sociodemographic, clinical/therapeutic characteristics (Table 1) and to the PHC performance,³ comprising the key attributes *accessibility, gatekeeping, longitudinality, comprehensiveness, coordination, family focus, community orientation and professional training*. Responses follow a Likert-type scale ranging from zero to five, allowing the calculation of a general and partial indexes based on the arithmetic mean of the response scores. Groups were compared through Student's *t*-test ($\alpha=0.05$).³

The attributes *family focus* and *coordination* were rated worst by drug users. However, a significant difference was observed only for *coordination* ($p=0.003$). This attribute

assesses whether the provision of a mix of services and information caters to users' needs and involves a link among the services promoting care continuity.⁴

By taking the model of PHC into account the attribute *gatekeeping* proved the exception on the comparison between drug users and non-users, being rated higher by drug users treated at BHU ($p=0.01$). This attribute assesses the actual use of the PHC unit as the first contact with the public health system upon each need for health care assistance.⁴ Considering the principles of FHP, this type of service was expected to gain a higher rating than BHU, but revealed only a modest expansion with no indication of improvement in quality and the existence of a reactive and episodic care model.⁵

The PHCI, as assessed by both groups, was around 60% of the maximum score (5 points) without differences between drug users and non-users ($p>0.05$). We believe our findings could be partially explained by the poor pharmaceutical services offered in the municipality, not allowing distinguishing the quality of the PHC services provided to drug users and non-users. A total of 64% of users reported that the prescribed drugs (n=932) were not always available from the public health services. Problems acquiring medications, can constitute a major cause of treatment failure, with consequent worsening of health status and even an increase in ACSC and avoidable hospitalizations, and most likely explain the poorer health status reported by drug users (Table 1). Another direct repercussion of this failure by PHC to regularly replenish drug stocks is the impact of this cost on the monthly budget of interviewees. Around 70% of the study population had an average income of up to three minimum wages and, among those reporting the amount spent on drugs, 30.6% reported spending over a third of a minimum wage on them, seriously impacting the family budget.⁶

Considering that availability of essential drugs should exceed 80%, the provision of drugs by the public health service in the city falls below recommended levels, highlighting a serious problem accessing medications with an inevitable impact on the quality of health care. This scenario suggests potential interruption in the provision of services and continuity of care, resulting in dissatisfaction among drug users.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.06.006>
0212-6567/© 2016 Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Please cite this article in press as: Pereira ML, et al. Evaluation of primary health care by users and non-users of drugs hospitalized for primary care-sensitive conditions. *Aten Primaria*. 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.06.006>

(conclusão)

Documento descrevendo o <http://www.elsevier.es> of 03-10-2016

APRIM-1344; No. of Pages 2

ARTICLE IN PRESS

2 LETTER TO THE EDITOR

Table 1 Sociodemographic characteristics and health status of drugs users versus non-users, Divinópolis, 2011 (n = 314).

Variables	n (%)	Drugs use Total (%)		p-Value
		Yes	No	
Gender				
Male	137 (46.6)	89 (65.0)	48 (35.0)	0.16
Female	177 (53.4)	128 (72.3)	49 (27.7)	
Age group				
0–19	57 (18.1)	21 (36.8)	36 (63.2)	0.00
20–59	117 (37.3)	80 (68.4)	37 (31.6)	
≥60	140 (44.6)	116 (82.9)	24 (17.1)	
Household income^a				
≤US\$ 940	211 (67.2)	147 (69.7)	64 (30.3)	0.34
US\$ 941–US\$ 3150	48 (15.3)	30 (62.5)	18 (37.5)	
Causes of hospitalization for ACSC				
Bacterial pneumonia	43 (13.7)	22 (10.1)	21 (21.7)	0.005 ^b
Congestive heart failure	39 (12.4)	36 (16.6)	3 (3.1)	0.001
Hypertension	39 (12.4)	32 (14.8)	7 (7.2)	0.070
Diabetes mellitus	33 (10.5)	26 (12.0)	7 (7.2)	0.225
Kidney or urinary tract infection	28 (8.9)	18 (8.3)	10 (10.3)	0.521
Skin infection	28 (8.9)	18 (8.3)	10 (10.3)	0.521
Lung diseases	23 (7.3)	13 (6.0)	10 (10.3)	0.521
Other	73 (23.3)	48 (22.1)	25 (25.8)	
Do not know	8 (2.6)	4 (1.8)	4 (4.1)	
Health status				
Very good/good	56 (17.8)	31 (55.4)	25 (44.6)	0.01
Regular/poor/very poor	258 (82.2)	186 (72.1)	72 (25.9)	

^a 17.5% did not answer.
^b Pearson's Chi-square test or Fisher's exact test used as applicable.

Funding

Foundation for Supporting Research in the State of Minas Gerais (FAPEMIG) (grant numbers APQ-03031/10 and APQ-04390/10).

Ethical approval

This investigation complied with Resolution 196/96, which regulates human subject research. All the ethical principles contained in the Declaration of Helsinki were observed and the research project was approved by the Institutional Review Board/Research Ethics Committee of Hospital São João de Deus, Divinópolis, Minas Gerais state, file number 25/2011.

Conflict of interest

None.

References

- Giovannella L, Stegmüller K. Trends in primary health care reforms in European countries. *J Manage Prim Health Care*. 2014;5:12.
- Almeida C, Macinko J. Validation of methodology of quick evaluation of the organizational and performance characteristics of the basic health services on the health system (SUS) in local level. Brasília: Organização Pan Americana de Saúde; 2006. 215 pp.
- Cardoso CS, Pádua CM, Rodrigues-Júnior AA, Guimarães DA, Carvalho SF, Valentin RF, et al. Contribution of hospitalizations for primary care-sensitive conditions to the profile of admissions in the public health care system. *Rev Panam Salud Públ*. 2013;34:227–34.
- Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. 726 pp.
- Macinko J, Harris MJ. Brazil's Family Health Strategy – Delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System. *N Engl J Med*. 2015;372:2177–81.
- Helfer AP, Camargo AL, Tavares NJL, Kanavos P, Bertoldi AD. Affordability and availability of drugs for treatment of chronic diseases in the public health care system. *Rev Panam Salud Públ*. 2012;31:225–32.

Mariana Linhares Pereira^{a,b,*}, Francisco de Assis Acurcio^a, Cristiane Aparecida Menezes de Pádua^a

^a Department of Social Pharmacy, Federal University of Minas Gerais, UFMG, Av. Antônio Carlos, 6627 – Campus Pampulha, 31270-901 Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil

^b Research Group in Epidemiology and Evaluation of New Technology in Health, Federal University of de São João del-Rei, UFSJ, Av. Sebastião Gonçalves Coelho, 400, Sala 309.4, Bloco D, Bairro Chanadour, 35.501-296 Divinópolis, Minas Gerais, Brazil

* Corresponding author.
 E-mail address: marianapereira@ufs.edu.br (M.L. Pereira).

Please cite this article in press as: Pereira ML, et al. Evaluation of primary health care by users and non-users of drugs hospitalized for primary care-sensitive conditions. *Aten Primaria*. 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.06.006>

APÊNDICE F – Artigo 1.

EVALUATION OF PRIMARY HEALTH CARE BY USERS AND NON-USERS OF DRUGS HOSPITALIZED FOR PRIMARY CARE-SENSITIVE CONDITIONS.

ABSTRACT

Objectives: To compare assessments of PHC, as rated by patients hospitalized for ambulatory care-sensitive conditions (ACSC), comprising users and non-users of drugs, treated under the different healthcare models (FHP vs. BHU).

Design: cross-sectional study

Location: two public inpatient services, Brazil.

Participants: patients hospitalized for ACSC whom reported being users of the PHC units.

Main measurements: Data collection was performed by interview and analysis of medical records. Brazilian version of the Primary Care Assessment Tool (PCATool) was used to assess PHC performance and a questionnaire was applied to assess drugs use. Descriptive analysis was performed and Primary Healthcare Index (PHCI) calculated. PHC rates were compared through univariate polytomous logistic regression with 95% confidence intervals.

Results: The PHC rating, as assessed by both groups (drug users and non-users), was around 60% of the maximum score (5 points) with no significant difference between them. A total of 314 inpatients were interviewed, 217 (69.1%) of whom were in use of drugs. Approximately 15.0% of drug users reported problems in acquiring drugs and 85% of drugs were purchased at community pharmacies.

Conclusions: The health services at the primary health care level did not reflect the attributes of PHC and there was no difference in PHC ratings between drug users and non-users. Poor pharmacy services within the PHC seems to be offered despite the high prevalence of Chronic Non-Communicable Diseases related to hospitalizations for ACSC.

Key words: primary health care; hospitalization, healthcare system; drug usage; Brazil.

BACKGROUND

Primary Health Care (PHC) can be defined as a set of individual or collective actions that represents a model of assistance aimed at improving health indicators and promoting more rational use of biomedical technology, based on regular provision of healthcare to the population(1, 2). In line with the international trend(3, 4), Brazil is undergoing a major expansion of PHC. This creates a need to produce knowledge allowing quality assessment of the services delivered to users.

With the aim of enabling more rational use of resources, management of services and the quality of care, hospitalizations for Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC) have been used as an indicator to evaluate the quality of PHC. ACSC are health problems that must be addressed and treated at this level of care. However, when PHC is not effective, health problems may not be properly controlled, leading to potentially avoidable hospitalizations(5). High ACSC rates may indicate poor management of the healthcare system, ineffectiveness of the services provided, as well as difficulties providing resources for diagnosis or drugs to control chronic diseases(6).

Medicines represent the medical technology most widely used for the treatment and control of diseases. The provision of essential drugs, a core component of the PHC(7), may also serve as a quality indicator of healthcare.

The aim of the present study was to evaluate the performance of PHC(8) as rated by users and non-users of drugs hospitalized for ACSC. The study hypothesis was that drug users would rate PHC more highly, since medicines can strengthen the relationship between users and the healthcare services.

MATERIAL AND METHOD

Study design, population and setting

An cross-sectional study of patients hospitalized for diagnosed ACSC under the Brazilian Unified Health System (SUS) in Divinópolis (population 213,076(9)), Brazil, was conducted between July and October(8). The city is located in the Mid-West health macroregion of Minas Gerais that comprises 55 cities with an estimated population of 1,198,304. Divinópolis is the largest of these cities and a health care referral center for the region.

The FHP is an approach for providing primary care to defined populations by deploying interdisciplinary health care teams(10). However, in Divinópolis the coverage of the FHP caters for only 27.5% of the population, where traditional health care (Basic Health Units - BHU) is the main assistance model in PHC. At the time of the study there were 32 PHC units, comprising 17 FHP and 15 BHU units. Drug dispensing was centralized at five pharmacies in the city, irrespective of type of PHC model(8).

The health services included in the study comprised one hospital operating under an agreement with the SUS and an Emergency Care Unit that performed

hospitalizations in the event of a shortage of hospital beds. Both services served all cities of the health macroregion. For this study, patients were considered hospitalized for ACSC if they remained within the service for 24 hours or longer and whose cause for admission was one of the 19 morbidities defined as ACSC by the Brazilian List(11). Methodological details can be found in Cardoso *et al* (2013)(8). Drug users were defined as those patients who reported being in regular use of at least one drug prior to hospital admission.

Data collection and study variables

Data were collected using a structured questionnaire containing variables related to the performance of PHC, pharmacotherapeutic profile, socio-demographic characteristics and health service utilization.

PHC performance was evaluated by a validated Brazilian version of the Primary Care Assessment Tool (PCATool)(12). This instrument is divided into eight dimensions evaluating the following attributes of PHC: **health service access**; the role of PHC as **gatekeeper** for the health system; **longitudinality** of the user with the healthcare unit; **comprehensiveness** and **coordination** of services; **family focus**; **community orientation**; and **health care provider professional training**. Responses follow a Likert-type scale ranging from zero ('never') to five ('always'), thus allowing the calculation of a general Primary Health Care Index (PHCI) and rating for each PHC attribute based on the arithmetic mean of response scores.

Data analysis

Descriptive analysis was performed by estimating absolute and relative frequencies of the selected variables. Pearson's Chi-squared test was employed for the comparison of categorical variables whereas Student's *t*-test was used for comparison of continuous variables. The significance level adopted was 0.05.

Drug users and non-users were compared on socio-demographic variables and self-rated health status. Assessment of PHC by both groups was based on the PHCI. These values provided an estimate of PHCI, a score derived by calculating the average of the values obtained for each attribute (partial PHCI) or group of PHC attributes (general PHCI). A higher PHCI indicates a more favorable assessment of health service performance(12).

A stratified analysis was performed for drug users and non-users according to healthcare model (FHP vs. BHU). In addition, univariate polytomous logistic regression was performed considering the eight PHC attributes separately. In this study, the highest PHCI ("always"), was compared separately with lower performance indexes "never/rarely", "sometimes" and "frequently" for the PHC models, taking the FHP model as a reference category. The strength of the association was estimated using odds ratios (OR) with 95% confidence intervals.

All analyses were carried out using the STATA, version 10.0 software package.

RESULTS

Characteristics of PHC users

Over the study period, 2,775 hospitalizations occurred in both health services. Of this total, 70% occurred at the hospital(8). Screening of the hospitalized patients revealed that 36% had at least one ACSC diagnosis. Three hundred and seventy patients were considered eligible for inclusion in the study, 314 (84.7%) of whom reported being Divinópolis residents and users of the PHC units.

The population comprised predominantly female (53.4%), a total of 44.6% were aged 60 years or older. Regarding education, 48.4 % reported incomplete elementary school. For income, 67.2% declared a monthly income of up to three minimum wages ($\leq$ U\$ 940). The drug user group was significantly older (p-value = 0.00) and reported poorer health status (p-value = 0.01), having a higher prevalence of ACSC for chronic non-communicable diseases (CNCDs) (Table 1).

Evaluation of PHC

PHC performance was rated at around 60% of the maximum value (5 points), scored with a PHCI =3.22 and PHCI =3.30 by drug users and non-users, respectively, with no significant difference between them (p-value = 0.40).

Higher OR estimates were found among drug users for the attributes *family focus* and *coordination* on the univariate polytomous model (Table 2),

indicating that drug users rated the PHC worse. However, a significant difference was observed only for *coordination* (p-value = 0.003). A lower performance index (“frequently”) was more likely (OR=1.76; 95%CI=1.01-3.06) than a higher (“always”) index among drug users. The lowest scored category “never/rarely” could not be determined due to the low count distributions found in this category.

In the stratified analysis of the groups, the model separately compared the categories of PHC performance (“never/rarely”, “sometimes” and “frequently”) with “always” for each attribute. A significant difference was found (p-value = 0.01) for the attribute *first contact* among the drug users, where this attribute was rated higher by the users of the BHU than of the FHP. No differences for the PHC attributes in the drug non-user group were found (data not shown).

Drug user profile

Among the drug users (n = 217), 932 different drugs were described. A total of 84.2% of the drugs were purchased from drugstores and 64% of users reported that the prescribed drugs were not always available from the public health services (Table 3).

Problems acquiring drugs were reported by 14.85% of patients. The main problem reported were non-availability of drugs from the SUS (64%). It was found that 83.4% (n=777) of drugs featured in the list of essential drugs of the municipality.

Among the 128 patients who reported expenditure on drugs in the past month,

36.1% declared spending 10%-30% of a minimum Brazilian wage (Table 3).

DISCUSSION

The hypothesis of this study was that patients in use of drugs would rate PHC higher, given that drugs represent a stronger relationship of the user with the health services compared to non-users of drugs. However, the PHCI, considered satisfactory(12, 13), did not differ between the groups.

With the process of decentralizing pharmacy care, which allows local management of financial resources and of operations, advances in the reorganization of the segment are evident, showing organizational improvements within the framework of SUS guidelines(14, 15).

On the other hand, within the limits and difficulties of this process, the study reveals a medication management process which is poorly integrated with the other healthcare strategies. Thus, the pharmacy services operating autonomously appear to make no difference for users, irrespective of the PHC model they are under. Another explanation may be the fact that within the city studied, pharmacists is limited to administrative duties involved in the management of the medication, hampering the forming of a relationship between user and pharmacy service(16).

Indeed, medications are believed to represent the most important point of contact with the health service(17). However, a shift in the focus of activities of pharmacists is required to achieve this given that currently their work

centers on the technical management of medications. In order to strengthen the ties between users and the service, clinical management of the drug therapy must be implemented(18, 19).

The attribute *gatekeeping* proved the exception on the comparison between drug users and non-users with respect to the model of PHC (FHP vs. BHU), being rated higher by drug users treated at BHU. This attribute assesses the actual use of the PHC unit as the first contact with the public health system upon each need for health care assistance(1, 13). In a previous assessment of PHC by health professionals and managers in the same city(20), the *gatekeeping* attribute was also rated higher by the health professionals from the BHU, suggesting that the FHP model has not yet been implemented effectively within the health services of the city.

Considering the principles of FHP, this type of service was expected to gain a higher rating than BHU, but revealed only a modest expansion with no indication of improvement in quality and the existence of a reactive and episodic care model(21).

Regarding partial indexes, only the attribute *coordination* was assessed differently by the groups, being rated worse by drug users. This attribute assesses whether the provision of a mix of services and information caters to users' needs and involves a link among the services promoting care continuity(1, 13). This scenario, given that drug users reported problems acquiring drugs from the public health services, suggests potential interruption

in the provision of services and continuity of care, resulting in dissatisfaction among users. Medications, a strategic resource supporting health care, is used to assess the satisfaction of users with the health service, evaluating aspects ranging from the state of the dispensing infrastructure, access to all drugs prescribed, to waiting times and attendance provided by the professional at the time of dispensing(17).

The three attributes with the lowest ratings were those directly related to health care: access, family focus and community orientation. This care approach, as proposed under the principles of primary healthcare of first contact access, longitudinality, integrality and coordination of care(1), extends beyond political strategies, and calls for changes in the conduct of managers and the involvement of professionals in line with the mode and living conditions of individuals and their community. To achieve this goal, services must cater to the users' needs in an individual and collective manner, providing preventive and curative service. The "emergency care" model still prevails in Brazil's primary care services, centered on a complaint-conduct approach as opposed to integral care of the individual, irrespective of the care model provided(1).

With regard to socio-demographic and health characteristics, a greater incidence of ACSC was noted among women, a finding consistent with other studies carried out in Brazil(22, 23). The

greater occurrence of ACSC in elderly is likely related to the higher prevalence of CNCDs, and also to the limitations accessing health services faced by this population(22-24).

The group of drug users was significantly older, a phenomenon which might be attributed to the greater prevalence of CNCDs and number of comorbidities in this group(25). The higher prevalence of these conditions most likely explains the poorer health status reported by them. The low educational level reported by interviewees may also have a bearing on the greater difficulties encountered in dealing with health problems and frequent hospital admissions(26).

Of all the drugs used by the study population, over 80% were in the municipal essential drugs list, indicating that the standardization of medications in the city met the nosological profile and that prescribers had relied on the list for interventions. However, these findings involving the rational use of medications provide grounds for concern since patients reported purchasing these drugs at drugstores even though they were available free of charge at the health units.

Considering that availability of essential drugs should exceed 80%(27), the provision of medications by the public health service in the city falls below recommended levels, highlighting a serious problem accessing medications with an inevitable impact on the quality of health care. Problems acquiring medications can constitute a major cause of treatment failure, with consequent worsening of health status

and even an increase in ACSC and avoidable hospitalizations(28).

Another direct repercussion of this failure by PHC to regularly replenish drug stocks is the impact of this cost on the monthly budget of interviewees. Around 70% of the study population had an average income of up to three minimum wages and, among those declaring the amount spend on drugs, 30.6% reported spending over a third of a minimum wage on them, seriously impacting the family budget(28, 29).

Failure to provide essential medications places a substantial burden on the health system by exacerbating patients' clinical condition, as evidenced in the absence or interruption of treatment of ACSC such as acute respiratory infections, diabetes and arterial hypertension(28). Thus, it is clear that although not representing an attribute of PHC per se, the quality of Pharmacy services is directly related to the efficiency and effectiveness of healthcare assistance. Therefore, ensuring integral access and quality in the provision of essential medications

poses one of the main challenges to public health today(19).

Concerning study limitations, it should be noted that cross-sectional studies can be affected by seasonality. In addition, the data collected was derived from primary sources through interviews conducted with hospitalized patients or their companions, possibly introducing information bias due to memory or vulnerability.

Regarding study strengths, this is the first investigation of its kind which, by assessing PHC with an emphasis on drug users, their characteristics and specific needs, also allowed the pharmacy services provided by the city to be assessed. Moreover, it is envisaged that the validation and use of specific instruments for assessing the use of medications and of the direct components of this service can contribute toward improving policies for access to medications and promoting the rational use of these therapeutic resources in the PHC setting.

Table 1 – Socio-demographic characteristics and health status of drugs users versus non-users, Divinópolis (MG), 2011 (n=314).

Variables		n (%)	Drugs use		p-value
			Total (%)		
			Yes	No	
Gender					
Male		137 (46.6)	89 (65.0)	48 (35.0)	0.16
Female		177 (53.4)	128 (72.3)	49 (27.7)	
Age group					
0- 19		57 (18.1)	21(36.8)	36 (63.2)	0.00
20-59		117 (37.3)	80 (68.4)	37 (31.6)	
≥ 60		140 (44.6)	116 (82.9)	24 (17.1)	
Education					
Illiterate		44 (14.0)	33 (15.2)	11 (11.3)	0.00
Incomplete elementary school		152 (48.4)	114 (52.5)	38 (39.2)	
Elementary education or incomplete secondary school		41 (13.1)	33 (15.2)	8 (8.3)	
Complete secondary education or higher education		20 (6.4)	9 (4.2)	11 (11.3)	
Do not know/ Did not answer or refused		57 (18.1)	28 (12.9)	29 (29.9)	
Household income*					
≤ US\$ 940		211 (67.2)	147 (69.7)	64 (30.3)	0.34
US\$ 941-US\$ 3150		48 (15.3)	30 (62.5)	18 (37.5)	
Causes of hospitalization for ACSC					
Bacterial pneumonia		43 (13.7)	22 (10.1)	21 (21.7)	0.005**
Congestive heart failure		39 (12.4)	36 (16.6)	3 (3.1)	0.001
Hypertension		39 (12.4)	32 (14.8)	7 (7.2)	0.070
Diabetes mellitus		33 (10.5)	26 (12.0)	7 (7.2)	0.225
Kidney or urinary tract infection		28 (8.9)	18 (8.3)	10 (10.3)	0.521
Skin infection		28 (8.9)	18 (8.3)	10 (10.3)	0.521
Lung diseases		23 (7.3)	13 (6.0)	10 (10.3)	0.521
Other		73 (23.3)	48 (22.1)	25 (25.8)	
Do not know		8 (2.6)	4 (1.8)	4 (4.1)	
Health status					
Very good/good		56 (17.8)	31 (55.4)	25 (44.6)	0.01
Regular/poor/very poor		258 (82.2)	186 (72.1)	72 (25.9)	

* 17.5% did not answer

**Pearson's Chi-square test or Fisher's exact test used as applicable.

Table 2 - Univariate polytomous logistic regression comparing PHC performance for drug users/non-users according to attributes

Attributes	PHC Performance*		
	Never / Almost never OR (95%CI)	Sometimes OR (95%CI)	Frequently OR (95%CI)
<i>Accessibility</i>			
Drug Non-user	1.0	1.0	1.0
Drug Users	1.29 (0.11-14.54)	0.91 (0.08-10.23)	1.06 (0.08-13.23)
<i>First Contact</i>			
Drug Non-user	1.0	1.0	1.0
Drug User	1.13 (0.29-4.49)	0.97 (0.32-2.93)	2.15 (0.91-5.10)
<i>Longitudinality</i>			
Drug Non-user	1.0	1.0	1.0
Drug User	0.57 (0.21-1.55)	1.11 (0.56-2.21)	1.12 (0.64-1.95)
<i>Comprehensiveness</i>			
Drug Non-user	1.0	1.0	1.0
Drug User	0.23 (0.02-2.53)	1.41 (0.60-3.30)	0.96 (0.54-1.71)
<i>Coordination</i>			
Drug Non-user	1.0	1.0	1.0
Drug User	Indeterminate	1.68 (0.71-3.98)	1.76 (1.01-3.06)**
<i>Family Focus</i>			
Drug Non-user	1.0	1.0	1.0
Drug User	1.46 (0.75-2.87)	1.37 (0.62-2.98)	1.06 (0.43-2.65)
<i>Community orientation</i>			
Drug Non-user	1.0	1.0	1.0
Drug User	1.16 (0.59-2.27)	1.20 (0.55-2.63)	1.52 (0.67-3.44)
<i>Professional training</i>			
Drug Non-user	1.0	1.0	1.0
Drug User	0.76 (0.31-1.84)	0.55 (0.32-1.11)	1.50 (0.80-2.85)

* Model separately compared the categories of PHC performance ("never/rarely", "sometimes" and "frequently") with "always" for each attribute.

** p-value = 0.003

Table 3 – Distribution of frequency of variables related to use of drugs.

Variables	n (%)
Source of acquisition (n=932 drugs)	
SUS Pharmacy	137 (14.7)
Community Pharmacy (Drugstores)	785 (84.2)
Do not know / Did not answer	10 (1.1)
Drug availability (n=217 drug users)	
Never	70 (32.3)
Almost Never	14 (6.4)
Sometimes	29 (13.4)
Frequently	1 (0.5)
Almost Always	24 (11.0)
Always	73 (33.6)
Do not know / Did not answer	6 (2.8)
Expenditure with drugs (n=217)	
Some expenditure	108 (49.8)
Expenditure but did not know how much	20 (9.2)
No expenditure	73 (33.6)
Do not know / Did not answer	16 (7.4)
Problems acquiring drugs (n=135)	
Drugs unavailable from SUS	86 (63.7)
Financial problems	22 (16.3)
Others ¹	20 (14.8)
Do not know / Did not answer	07 (5.2)
Availability of REMUME drugs (n=932)	
Yes	777 (83.4)
No	108 (11.6)
Not identified	47 (5.0)

¹Problems acquiring a prescription, problems getting to the SUS pharmacy and long queues.

REMUME = Municipal Essential Drug List

REFERENCES

1. STARFIELD B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. 726 p.
2. Alfradique ME, Bonolo PdF, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS, et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). *Cadernos de Saúde Pública*. 2009;25:1337-49.
3. Giovanella L, Stegmüller K. Tendências de reformas na atenção primária à saúde em países europeus. *J Manag Prim Health Care*. 2014;5(1):12.
4. Guanais F, Gómez-Suárez R, Pinzón L. Series of avoidable hospitalizations and strengthening primary health care: primary care effectiveness and the extent of avoidable hospitalizations in Latin America and the Caribbean. In: *Desarrollo Bld*, editor. 2012.
5. Nedel FB, Facchini LA, Martín M, Navarro A. Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. *Epidemiol serv saúde*. 2010;19(1):61-75.
6. Dias-da-Costa JS, Borba LGd, Pinho MN, Chatkin M. Qualidade da atenção básica mediante internações evitáveis no Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2008;24(7):1699-707.
7. WHO. World Health Organization. Declaration of Alma-Ata. In: WHO, editor. *Internacional Conference on Primary Health Care*; Alma-Ata, 6-12 September 1978.: WHO; 1978.
8. Cardoso CS, Pádua CM, Rodrigues-Júnior AA, Guimaraes DA, Carvalho SF, Valentin RF, et al. Contribuição das internações por condições sensíveis à atenção primária no perfil das admissões pelo sistema público de saúde. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2013;34:227-34.
9. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Minas Gerais. Divinópolis 2010 [Available from: <http://cod.ibge.gov.br/233PM>].
10. Macinko J, Harris MJ. Brazil's Family Health Strategy — Delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System. *New England Journal of Medicine*. 2015;372(23):2177-81.
11. Ministério da Saúde. Portaria SAS nº 221/2008, de 17 de abril de 2008. Dispõe sobre a Lista Brasileira de Internaçõespor Condições Sensíveis à Atenção Primária., (2008).
12. Almeida C, Macinko J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Brasília: Organização Pan Americana de Saúde; 2006. 215p.
13. Harzheim E, Oliveira MMC, Agostinho MR, Hauser L, Stein AT, Gonçalves MR, et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*; v 8, n 29 (2013). 2013;8(29):11.
14. Araújo ALA, Pereira LRL, Ueta JM, Freitas Od. Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2008;13:611-7.
15. Sartor VB, Freitas SFT. Model for the evaluation of drug-dispensing services in primary health care. *Rev Saude Publica*. 2014;48(5):827-36.
16. Rubio-Valera M, Peñarubia-María MT, Fernández-Vergel R, Carvajal Tejadillo AC, Fernández Sánchez A, Aznar-Lou I, et al. Impacto de una intervención farmacéutica en la prevención de recaídas en depresión en atención primaria. *Atención Primaria*. 2016;48(5):308-15.
17. Barreto JL, Guimaraes MdCL. Avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2010;26:1207-20.
18. Vieira FS. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007;12(1):213-20.
19. Siqueira F, Gaudard AMYS. Acesso aos serviços de Farmácia em atenção básica na SES-DF. *Comun ciênc saúde*. 2009;20(3):211-7.
20. FLOR CR. Avaliação do desempenho da Atenção Primária à Saúde de Divinópolis (MG), 2011: comparação entre Estratégia Saúde da Família e unidades convencionais . Divinópolis: UFSJ - Universidade Federal de São João del Rei; 2012.
21. Silva LA, Casotti CA, Chaves SCL. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013;18:221-32.
22. Torres RL, Rehem TCMSB, Egry EY, Ciosak SI. O panorama das internações por condições sensíveis à atenção primária em um distrito de São Paulo. 2011. 2011;45.
23. Ferreira JBB, Borges MJG, Santos LL, Forster AC. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde em uma região de saúde paulista, 2008 a 2010. *Epidemiol Serv Saúde*. 2014;23(1):11.
24. Dourado I, Oliveira VB, Aquino R, Bonolo P, Lima-Costa MF, Medina MG, et al. Trends in primary health care-sensitive conditions in Brazil: the role of the Family Health Program (Project ICSAP-Brazil). *Medical care*. 2011;49(6):577-84.
25. Dos Santos de Sa F, Di Lorenzo Oliveira C, de Moura Fernandino D, Menezes de Padua CA, Cardoso CS. Assessment of primary health care from the perspective of patients hospitalized for ambulatory care sensitive conditions. *Family practice*. 2015.
26. LIMA-COSTA MF. Are health lifestyles of older and younger adults in Brazil similarly affected by education?: Health survey in the Metropolitan area of Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil. *Epidemiol Serv Saúde* [online]. 2004;13(4):8.
27. WHO – World Health Organization. Implementing the third WHO Medicines Strategy 2008–2013. 2008.
28. Helfer AP, Camargo AL, Tavares NUL, Kanavos P, Bertoldi AD. Capacidade aquisitiva e disponibilidade de medicamentos para doenças crônicas no setor público. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2012;31:225-32.
29. Lima MG, Ribeiro AQ, Acurcio FdA, Rozenfeld S, Klein CH. Composição dos gastos privados com medicamentos utilizados por aposentados e pensionistas com idade igual ou superior a 60 anos em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2007;23:1423-30.

APÊNDICE G – Artigo 2.

PACIENTES INTERNADOS POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS A ATENÇÃO PRIMÁRIA:

Eles recebem o tratamento para a condição de internação?

Mariana Linhares Pereira, Francisco de Assis Acurcio, Claudia di Lorenzo, Clareci Silva Cardoso, Cristiane Aparecida Menezes-de-Pádua

RESUMO

INTRODUÇÃO: As taxas de Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária (ICSAP) são consideradas uma *proxy* para avaliar a qualidade do cuidado oferecido na Atenção Primária à Saúde (APS) e por isso têm sido usadas como indicador de qualidade desse nível de atenção. A falta de medicamentos para tratamento das Condições Sensíveis a Atenção Primária (CSAP) onera o sistema de saúde ao acarretar internações desnecessárias e o agravamento de quadros clínicos. **OBJETIVOS:** Analisar o perfil dos pacientes internados por CSAP e os fatores associados ao não-uso de medicamentos para o tratamento dessas condições. **MÉTODOS:** A versão brasileira do *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) foi usada para avaliar o desempenho da APS e um questionário foi aplicado para obter informações sobre o uso de medicamentos. Foram feitas análises descritivas para estimar as frequências absolutas e relativas com intervalo de confiança de 95%. Os entrevistados que não usavam medicamentos para tratar sua CSAP foram comparados aos que usavam. A regressão logística foi empregada para as análises uni e multivariada. A força de associação entre o não-uso de medicamentos para CSAP e as variáveis selecionadas foram estimadas por *odds ratio* (OR), com intervalo de confiança de 95%. **RESULTADOS:** Dentre os 314 pacientes entrevistados, 59,7% não usavam medicamentos para CSAP. Apenas 7,8% declarou ter completado o ensino médio ou possuir curso de nível superior e 18,5% dos pacientes não relatou comorbidades. O grupo de não-usuários de medicamentos para CSAP é mais jovem e com menor número de morbididades ($p < 0.001$). Exercício de atividade remunerada e melhor percepção de saúde foram as variáveis que apresentaram associação com o não-uso de medicamentos para CSAP. **CONCLUSÕES:** A maioria dos pacientes internados não tratava suas CSAP, fato que provavelmente resultou em internações preveníveis. A dificuldade de acesso, inclusive aos medicamentos, demonstrou ser a principal responsável pelo não-tratamento das CSAP.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária a Saúde; Hospitalização; Sistema de Saúde; Uso de medicamentos; Brasil.

INTRODUÇÃO

A promoção da saúde no nível primário de atenção e a prevenção de doenças e hospitalizações são fundamentais para a diminuição da gravidade dos problemas de saúde e na prevenção de mortes precoces. Uma atenção primária efetiva está associada a diminuição de custos,

aumento de satisfação por parte dos usuários, melhora dos indicadores de saúde e diminuição da inequidade social^{1,2}.

As Condições Sensíveis a Atenção Primária (CSAP) têm sido usadas para avaliar a qualidade dos serviços de atenção primária em saúde,

especialmente nos países em desenvolvimento, como o Brasil³. Essa avaliação consiste em verificar se a Atenção Primária em Saúde (APS) está sendo ofertada de forma adequada e com qualidade, em benefício do paciente⁴. Sabe-se que serviços de qualidade, oportunos e efetivos na APS contribuem para prevenir doenças, controlar episódios agudos e manejar de forma eficiente doenças crônicas, evitando que essas condições resultem em internação hospitalar^{3; 5}.

Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária (ICSAP) são aquelas consideradas potencialmente evitáveis, uma vez que tratam de condições que, em sua maioria, podem ser tratadas no primeiro nível da atenção à saúde^{4; 6}. As taxas de ICSAP são consideradas uma *proxy* para avaliar a qualidade do cuidado e os modelos de cuidados centrados no paciente⁷, a partir da avaliação do acesso, qualidade do acesso e desempenho dos serviços de atenção primária no cuidado à saúde⁸. Assim, altas taxas de ICSAP podem demonstrar falhas no cuidado primário à saúde⁴.

O medicamento constitui a tecnologia biomédica mais amplamente utilizada para tratamento e controle das doenças no âmbito do sistema de saúde. A provisão de medicamentos considerados essenciais, componente fundamental da APS⁹, pode ser indicador de qualidade da assistência à saúde, representada pelo

acesso aos medicamentos. Sabe-se que a falta de medicamentos para tratamento das CSAP onera o sistema de saúde ao acarretar internações desnecessárias e o agravamento de quadros clínicos, como se observa na ausência ou interrupção do tratamento das infecções respiratórias agudas, diabetes mellitus, hipertensão arterial, entre outros^{10; 11}. Dessa forma, quando se objetiva avaliar a qualidade da APS, adquire fundamental importância analisar o perfil de tratamento das ICSAP¹².

Neste contexto, o presente estudo possui como objetivo analisar o perfil dos pacientes internados por CSAP e os fatores associados ao não-uso de medicamentos para o tratamento dessas condições.

MATERIAL E MÉTODOS

Desenho, população e local do Estudo

Estudo transversal com pacientes hospitalizados por CSAP em hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) em Divinópolis, Minas Gerais, foi conduzido entre Julho e Outubro de 2011¹³. O município, localizado na região centro oeste do estado, com 213,076 habitantes¹⁴ é pólo da macrorregião de saúde Centro-Oeste, da qual fazem parte

55 cidades com uma população total de 1.198.304.

Os serviços de internação que participaram desse estudo compreendem um Hospital conveniado com o SUS e uma Unidade de Pronto Atendimento, que realizava internações em caso de indisponibilidade de leitos no município. Ambos os serviços atendiam a todos os municípios da macrorregião. Para este estudo, foi considerado internado por CSAP o paciente que permaneceu no serviço por período igual ou superior a 24 horas e que teve como causa básica alguma das 19 categorias de morbidades identificadas como CSAP, definida pela Lista Brasileira de Condições Sensíveis a Atenção Primária¹⁵. Foram incluídos na análise todos os pacientes que residiam em Divinópolis e afirmaram fazer uso da APS no município. Detalhes metodológicos em Cardoso *et al* (2013)¹³.

Variáveis e Coleta de Dados

A variável resposta foi o não-uso de medicamento para o tratamento da CSAP identificada no momento da internação. As variáveis de exposição compreendem as sociodemográficas (idade, sexo, cor, estado conjugal, escolaridade, renda familiar e exercício de atividade remunerada) auto-percepção de saúde, número de morbidades auto-referidas e perfil de CSAP.

Foi considerado usuário de medicamento (para CSAP ou não) aquele paciente que relatou fazer uso de pelo menos um medicamento no momento da internação.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas realizadas com os pacientes ou familiares na unidade de internação. Foi aplicado um questionário estruturado contendo variáveis relacionadas ao desempenho da APS, características sociodemográficas, utilização de serviços de saúde e perfil farmacoterapêutico. Este último incluía questões gerais sobre uso de medicamentos e questões específicas para cada medicamento em uso: nome, concentração, indicação terapêutica, tempo de uso, modo de aquisição, interrupção do tratamento. Sempre que possível, as informações sobre a farmacoterapia foram confirmadas a partir da verificação da prescrição, apresentação das embalagens ou bulas dos medicamentos.

A descrição dos medicamentos para o tratamento de CSAP foi realizada por meio da classificação *Anatomic Therapeutic Chemical* (ATC)¹⁶ com auxílio do Código Internacional de doenças (CID-10)¹⁷. O procedimento foi realizado de forma independente por três profissionais de saúde (dois farmacêuticos e um médico de família). Os resultados foram comparados e em casos de divergência os profissionais se reuniram para consenso. Para aqueles medicamentos que apresentam diferentes indicações terapêuticas, foi considerado o

uso de medicamento para CSAP, caso essa condição fosse a causa da internação do paciente.

A avaliação das comorbidades foi feita a partir do relato de doenças autorreferidas. Para o cálculo do total de morbidades foram considerados os CIDs de entrada registrados no prontuário e/ou na Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e as morbidades auto-referidas.

Para registro dos dados foi usado o aplicativo *Questionnaire Development System* - QDS™, versão 2.6.1.

Análise dos Dados

Análises estatísticas descritivas foram realizadas para estimar as frequências absolutas e relativas das variáveis selecionadas. Nas análises univariadas foram empregados os testes de qui-quadrado de Pearson e o teste t de *Student* para as análises dos dados categóricos e contínuos, respectivamente, adotando-se nível de confiança de 0.05.

Os pacientes que tratavam e os que não tratavam suas CSAP com medicamentos foram comparados a partir das variáveis sociodemográficas, estado de saúde auto-referido, número de morbidades auto-referidas e perfil das ICSAP. Cor, escolaridade e estado conjugal foram avaliadas como variáveis *dummy*.

A regressão logística foi empregada para análises univariadas e multivariada. A força de associação entre o não-uso de

medicamentos para CSAP e as variáveis exploratórias selecionadas foi estimada por *odds ratio* (OR) com intervalo de confiança de 95%. O efeito independente das variáveis selecionadas sobre o não-uso de medicamentos para CSAP foi avaliado por análise logística multivariada. As variáveis incluídas no modelo inicial consistiram naquelas que foram estatisticamente associadas ao não-uso de medicamentos para CSAP na análise univariada ($p < 0.20$) e que apresentavam relevância clínica e/ou epidemiológica. O modelo escolhido foi o *backward*, no qual todas as variáveis significativas na análise univariada são inseridas inicialmente e são retiradas uma a uma, permanecendo apenas aquelas que possuem valor de $p < 0.05$.

Todos dados foram analisados com auxílio do aplicativo STATA versão 10.0.

Considerações Éticas

O estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa do Hospital São João de Deus (protocolo número 25/2011) e da Fundação Educacional de Divinópolis – FUNEDI (protocolo número 58/2009). A participação no estudo foi voluntária e a assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi obtida de todos os participantes.

RESULTADOS

Durante o período de realização do estudo ocorreram 2775 internações nos dois

serviços públicos. Um total de 999 (36%) pacientes tinha pelo menos um diagnóstico de CSAP, destes 314 (31.4%) foram entrevistados e compõem a população avaliada neste estudo.

A população é composta predominantemente por mulheres (56.5%) e apenas 7.8% declarou ensino médio completo ou educação superior. Quanto ao rendimento familiar, 18.2% declarou receber acima de três salários mínimos (>U\$ 940). O grupo de pacientes que usava medicamentos para as CSAP era significativamente diferente em relação às variáveis estado de saúde, exercício de atividade laboral, idade e número de morbididades (Tabelas 1 e 2)

A idade média dos pacientes é de 50.3 anos e o número médio de morbididades por paciente foi 2. Ambas as variáveis apresentaram diferença significativa entre os grupos (p valor = 0.000), sendo o grupo de não usuários de medicamentos para CSAP mais novo e com menor número de morbididades (Tabela 2).

Exercício de atividade remunerada, percepção de saúde, idade e número de morbididades se mostraram relacionadas ao não-uso de medicamentos para CSAP ($p < 0.20$) na análise univariada (Tabelas 1 e 2). Entretanto, apenas exercício de atividade remunerada e percepção de saúde boa/muito boa foram associadas independentemente ao não-uso de medicamentos para CSAP ($p < 0.05$). A

Tabela 3 apresenta os resultados da análise multivariada.

Para o grupo dos usuários de medicamentos para CSAP as condições crônicas: diabetes mellitus, HAS e insuficiência cardíaca foram as mais prevalentes, perfazendo 56,5% das CSAP nesse grupo. Por outro lado, para os pacientes do grupo de não-uso de medicamentos para CSAP as internações ocorreram, predominantemente, por causas consideradas agudas: pneumonias (21,6%), infecção dos rins e trato urinário (12.1%) e infecções da pele e tecidos subcutâneos (11,6%), perfazendo 45.3% do total (Tabela 4).

Entre os medicamentos que atuam no sistema cardiovascular (C), 28,2% são diuréticos, 25,6% correspondem aos agentes que agem no sistema renina-angiotensina e 14,4% agentes beta-bloqueadores. Entre fármacos classificados na categoria N (Sistema Nervoso), 36,4% são derivados de benzodiazepínicos, sendo o clonazepam o mais utilizado (49%). Para aqueles que atuam no aparelho digestivo e metabolismo (A) 55% são fármacos usados no tratamento de diabetes e 24% correspondem aos inibidores da bomba de prótons. 91,4% de agentes antitrombóticos compõem os fármacos da Categoria B (Tabela 4).

Apenas 18,5% dos pacientes não relataram comorbidades e 25,2% e 24,8%

deles tinham um ou dois diagnósticos associados ao principal, respectivamente. Foram detectadas: 31.5% de “doença de coluna” ou “dor nas costas”, 14.6 % de artrite ou “reumatismo”, 30.9% de “bronquite” ou asma, 38.9% de “doença no coração” e 30% de depressão. Diabetes mellitus e hipertensão, quando não estavam no diagnóstico de entrada do paciente, configuraram 26.7% e 58.3% de comorbidades, respectivamente.

DISCUSSÃO

A principal constatação desse estudo foi que 59,7% dos pacientes entrevistados não usavam medicamentos para sua CSAP. Dentre esses, 97 (30.9%) não usavam nenhum tipo medicamento.

O não-uso de medicamentos para CSAP parece estar associado ao exercício de atividade remunerada e à percepção de saúde boa/muito boa. O efeito da idade e do número de morbididades sobre o não-uso de medicamentos para CSAP, que se mostraram significativos na análise univariada, não se confirmaram no modelo multivariado. As demais variáveis sociodemográficas investigadas (sexo, estado conjugal, renda familiar, escolaridade e cor) não se relacionaram ao tratamento medicamentoso dessas condições.

A associação entre a ausência de tratamento da CSAP e o **exercício de atividade remunerada** pode ser

justificada pela dificuldade de acessibilidade das unidades de APS, por meio de horários estendidos (fora do horário comercial). Em Divinópolis, à época do estudo, as unidades de APS funcionavam de segunda a sexta feira, em horário comercial, dificultando o acesso dos trabalhadores. Acredita-se que, nessas situações, os usuários passam a buscar as Unidades de Pronto Atendimento como porta de entrada no serviço de saúde, visto que o funcionamento durante 24 horas é um facilitador do acesso¹⁸.

Para Starfield¹⁹, a comodidade de horário é um indicador de acessibilidade primordial para êxito e resolutividade da APS, além de fazer parte de um dos atributos da APS. Em um estudo realizado com os dados do *Brazilian National Household Sample Survey* (PNAD), a incompatibilidade de horários no funcionamento foi o motivo mais frequente citado pelos trabalhadores para não comparecerem aos serviços de saúde²⁰. Na avaliação da APS pelos usuários em Divinópolis, o “acesso” foi avaliado com o pior escore entre os oito atributos e o horário de funcionamento das unidades de atenção primária foi citado como um dos principais problemas²¹. Diante disso, verifica-se a necessidade de adequação dos horários de funcionamento dos serviços de saúde à necessidade dos cidadãos trabalhadores com o objetivo de reduzir custos financeiros com as

internações preveníveis e melhorar a qualidade da assistência ofertada ao usuário.

Em relação ao estado de saúde, a chance de não usar medicamentos é maior para quem **avalia sua saúde como muito boa/boa** comparado àqueles que avaliam como regular ou ruim. Esse resultado corrobora com os obtidos por Bertoldi e colaboradores²², no qual a autopercepção de saúde também se mostrou inversamente associada ao uso de medicamentos. Acredita-se que o paciente que tem uma condição silenciosa não se sente doente e por isso avalia seu estado de saúde de uma forma mais positiva, acarretando maior a chance de não usar medicamentos^{23; 24; 25}. A longitudinalidade, atributo da APS conhecido como continuidade do cuidado¹⁸, é considerado fundamental para o aporte regular de serviços de saúde ao longo do tempo. Esse acompanhamento leva os pacientes a se apropriarem de sua condição de saúde e, mesmo sentindo-se bem, comprometerem-se com o seu tratamento, inclusive o medicamentoso^{4; 18}. A longitudinalidade está diretamente relacionada a outros dois atributos: condições de acesso e coordenação dos serviços. A coordenação, considerada satisfatória pelos usuários²¹, é o atributo que deve ser capaz de gerir os recursos humanos com o objetivo de garantir a continuidade da atenção e consequentemente melhorar e

capacidade resolutiva do serviço¹⁸. Como o acesso se mostrou insatisfatório no município, acredita-se que o investimento para melhoria desse atributo constitua-se um dos caminhos para diminuir as taxas de ICSAP e melhorar a da qualidade da APS.

Em uma avaliação mais detalhada, foi possível verificar que entre os indivíduos que apresentavam ACSC crônicas, o uso de medicamentos era mais frequente. Entre aqueles que foram internados por Insuficiência Cardíaca, diabetes mellitus e hipertensão, 71,8%, 45,5% e 69,2% usavam medicamentos para essa condição, respectivamente. Para as ACSC agudas, o percentual total de usuários de medicamentos é bem mais baixo, com 9,3%, 21,4% e 25% dos pacientes utilizando medicamentos para Pneumonias, Infecção dos rins e trato urinário e infecções de pele e tecidos subcutâneos, respectivamente (dados não mostrados).

Existem evidências de que uma APS bem estruturada é capaz de responder a 85% das necessidades em saúde, por meio da realização de serviços preventivos, curativos, reabilitadores e de promoção da saúde^{18; 19; 26; 27}. E os dados encontrados evidenciam a deficiência dos serviços prestados na APS.

Devido à alta prevalência e necessidade de cuidado continuado, as Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT)

requerem uma análise em particular. Em um estudo que avaliou o uso de medicamentos para doenças crônicas a partir dos resultados na Pesquisa Nacional de Saúde²⁸, foi verificado que a prevalência de uso de medicamentos para Hipertensão e Diabetes Mellitus na região Sudeste do Brasil é de 83,6% e 84,6%, respectivamente. No presente estudo a prevalência de uso de medicamentos para essas condições é inferior até mesmo àquela encontrada para a região Norte, que tem os menores índices do país. O presente estudo avaliou pacientes hospitalizados, entretanto, estes foram avaliados quanto aos cuidados recebidos na APS e relativos a condições tratadas nesse nível de atenção à saúde.

Apesar do cenário identificado neste estudo, de elevada prevalência de CSAP não tratadas com medicamentos, é importante ressaltar que existem evidências que as melhorias no cuidado da APS influenciam diretamente na redução da ACSH por HAS²⁹ e Diabetes Mellitus³. Essas melhorias passam pela avaliação criteriosa das necessidades dessa população e sua estratificação por riscos a fim de oferecer serviços de forma mais equânime¹⁸.

Na análise univariada constatou-se que a chance de não usar medicamentos para tratar CSAP é inversamente proporcional ao aumento da idade. Esse resultado condiz com os achados na literatura, já que os pacientes mais idosos tendem a

usar mais medicamentos, visto que existe maior prevalência de morbidades (especialmente as crônicas) com o aumento da idade³⁰. Por outro lado, acredita-se que essa associação não se confirmou no modelo multivariado já que se trata de uma avaliação de tratamento para condições específicas, e não da relação entre número de morbidades e uso de medicamentos.

Quanto à relação entre o número de morbidades e o não-uso de medicamentos para CSAP, cabe ressaltar uma limitação do estudo, que considerou as informações obtidas por meio do autorrelato, o que pode ter levado a uma subestimação das comorbidades.

Dentre as variáveis que não apresentaram associação com o não-uso de medicamentos para CSAP (sexo, cor, escolaridade, estado conjugal e renda familiar), verifica-se que estes resultados corroboram com a literatura^{6; 23; 31}, exceto escolaridade e renda familiar. Isso pode ser justificado pelo perfil dos pacientes, uma vez que neste estudo observou-se que a maioria dos participantes é de baixa escolaridade e baixo nível sócio-econômico, deixando a população homogênea em relação a essas características. Essas particularidades também justificam a alta prevalência de ICSAP encontrada, visto que alguns estudos têm demonstrado que as pessoas de menor poder aquisitivo têm menos possibilidade de receber cuidados

preventivos e demoram mais a procurar os serviços de saúde, além de procurarem os serviços de saúde de forma regular como menos frequência^{3; 8}.

Macinko *et al.* avaliaram que após o desenvolvimento dos serviços de APS em uma comunidade no Brasil, as taxas de ICSAP caíram cerca de um terço dos valores iniciais³, reduzindo simultaneamente custos financeiros diretos e sofrimento aos pacientes⁶. Em uma revisão sistemática sobre os *“Organizational aspects of primary care related to avoidable hospitalization”*, van Loenen e colaboradores constataram que acesso e longitudinalidade são dimensões importantes na redução das hospitalizações e aumentam o nível de satisfação do cuidado em saúde pelos usuários do serviço³².

A partir dos resultados encontrados e das evidências na literatura, emergem

as necessidades de reformulação das ações de controle das CSAP. Acredita-se que essas passem por monitorização e avaliação sistemática dessas condições⁸, treinamento dos profissionais diretamente envolvidos no cuidado aos pacientes, integração entre os diversos níveis de atenção, melhora no acesso ao cuidado primário^{4; 33}.

Estruturar os serviços da APS baseada na Estratégia Saúde da Família (ESF) e o atendimento às necessidades de saúde da população configuram a principal estratégia de reorientação do modelo de cuidado a saúde no Brasil¹. Mas é importante deixar claro que apenas a expansão numérica da ESF não foi (e não será) suficiente para melhorar a resolutividade da APS e diminuir a prevalência de ICSAP².

Tabela 1. Análise univariada das características sociodemográficas e de saúde com o não-uso de medicamentos para CSAP em pacientes internados por CSAP, Divinópolis (MG), 2011.

Variáveis	Total	Não-uso de medicamentos para CSAP		p-valor*
		Sim N (%)	OR (95% IC)	
Sexo (n = 313)				0.38
Feminino	177 (56.5)	102 (57.6)	1.0	
Masculino	136 (43.5)	85 (62.5)	1.22 (0.78-1.94)	
Cor (n = 309)				0.47
Branco	145 (46.9)	91 (62.8)	1.0	
Negro	42 (13.6)	27 (64.3)	0.94 (0.46-1.91)	
Pardo	115 (37.2)	64 (55.6)	1.34 (0.81-2.21)	
Outro	7 (2.3)	3 (42.9)	2.24 (0.48-10.4)	
Escolaridade (n = 256)				0.26
Analfabeto	44 (17.2)	22 (50.0)	1.0	
Fundamental incompleto	152 (59.4)	82 (53.9)	0.85 (0.44-1.67)	
Fundamental completo ou Ensino Médio incompleto	40 (15.6)	23 (57.5)	0.73 (0.31-1.75)	
Ensino Médio completo ou nível superior	20 (7.8)	15 (75.0)	0.33 (0.10-1.08)	
Estado Conjugal (n = 258)				0.35
Solteiro	38 (14.7)	25 (65.8)	1.0	
Casado/Amasiado	126 (48.8)	63 (50.0)	1.92 (0.90-4.09)	
Divorciado/Desquitado	26 (10.1)	15 (57.7)	1.41 (0.51-3.93)	
Viúvo	68 (26.4)	35 (51.5)	1.81 (0.79-4.12)	
Exercício de Atividade Remunerada[#] (n = 258)				<0.01
Sim	59 (22.9)	44 (74.6)	1.0	
Não	199 (77.1)	94 (47.2)	0.31 (0.16-0.58)	
Renda Familiar (n = 258)				0.98
≤ US\$ 940	211 (81.8)	126 (59.7)	1.0	
US\$ 941-US\$ 3150	47 (18.2)	28 (59.6)	1.01(0.53-1.92)	
Percepção de Saúde[#] (n = 313)				<0.01
Regular/ruim/muito ruim	257 (82.1)	140 (54.5)	1.0	
Muito boa/boa	56 (17.9)	47 (83.9)	4.36 (2.05-9.28)	

*Testes do qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher foram usados quando aplicáveis.

[#]Significância estatística com p valor < 0.20

Tabela 2. Análise univariada das variáveis contínuas sociodemográfica e de saúde com o não-uso de medicamentos para CSAP em pacientes internados por CSAP, Divinópolis (MG), 2011.

Variáveis	Não-uso de medicamento para CSAP				Teste T (p)
	Yes		No		
	n	Média Desvio Padrão	n	Média Desvio Padrão	
Idade	187	43.1 28.6	126	60.9 20.6	<0.001
Morbidades (quantidade)	187	1.7 1.6	126	2.5 2.2	<0.001

Tabela 3 – Modelo final da análise multivariada obtida para o não-uso de medicamentos para CSAP, Divinópolis - Brasil, 2011 (n=314).

Variáveis	OR (95% IC)*	p valor
Percepção de saúde (boa/muito boa)	2.98 (1.27 – 7.01)	0.01
Exercício de atividade remunerada (não)	0.31 (0.16 – 0.60)	<0.01

* Odds ratios (OR) foi obtida usando modelo de regressão logística.

Tabela 4. Perfil de morbididades e farmacoepidemiológico de pacientes internados por condições sensíveis à atenção primária (CSAP), Divinópolis (MG), Brasil 2011 (n = 314).

Perfil de ICSAP (n = 305)	Não-uso de medicamento para CSAP	
	Sim N (%)	Não N (%)
Pneumonias	39 (21.6)	4 (3.2)
Infecção no rim e no trato urinário	22 (12.1)	6 (4.8)
Infecção da pele e tecido subcutâneo	21 (11.6)	7 (5.6)
Diabetes Mellitus	18 (9.9)	15 (12.1)
Doenças pulmonares	15 (8.3)	8 (6.4)
Hipertensão	12 (6.6)	27 (21.8)
Insuficiência cardíaca	11 (6.1)	28 (22.6)
Outras	43 (23.8)	29 (23.5)
Perfil dos medicamentos em Uso (n = 884)	N (%)	
C - Sistema cardiovascular	453 (51.2)	
N - Sistema nervoso	130 (14.7)	
A - Aparelho digestivo e metabolismo	100 (11.3)	
B - Sangue e órgãos hematopoéticos	93 (10.5)	
R - Sistema respiratório	42 (4.7)	
Outros*	66 (7.6)	

*Hormônios de uso sistêmico, exceto hormônios sexuais e insulinas (H); Agentes anti-infecciosos para uso sistêmico (J); Sistema músculo-esquelético (M); Sistema geniturinário e hormônios sexuais (G); Agentes antineoplásicos e imunomoduladores (L); Órgãos dos sentidos (S); Dermatológicos (D).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 JUNQUEIRA, R. M.; DUARTE, E. C. Hospitalizations due to ambulatory care-sensitive conditions in the Federal District, Brazil, 2008. **Rev Saude Publica**, v. 46, n. 5, p. 761-8. 2012.
- 2 RODRIGUES-BASTOS, R. M. et al. Hospitalizations for ambulatory care-sensitive conditions, Minas Gerais, Southeastern Brazil, 2000 and 2010. **Rev Saude Publica**, v. 48, n. 6, p. 958-67. 2014.
- 3 MACINKO, J.; HARRIS, M. J. Brazil's Family Health Strategy — Delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System. **New England Journal of Medicine**, v. 372, n. 23, p. 2177-2181, 2015..
- 4 SUNDMACHER, L. et al. Which hospitalisations are ambulatory care-sensitive, to what degree, and how could the rates be reduced? Results of a group consensus study in Germany. **Health Policy**, v. 119, n. 11, p. 1415-23. 2015.
- 5 BUSBY, J.; PURDY, S.; HOLLINGWORTH, W. A systematic review of the magnitude and cause of geographic variation in unplanned hospital admission rates and length of stay for ambulatory care sensitive conditions. **BMC Health Serv Res**, v. 15, p. 324. 2015.
- 6 BECKER, M. et al. Predictors of avoidable hospitalizations among assisted living residents. **J Am Med Dir Assoc**, v. 13, n. 4, p. 355-9. 2012.
- 7 FAISST, C.; SUNDMACHER, L. [Ambulatory care-sensitive conditions: an international overview with conclusions for a German catalogue]. **Gesundheitswesen**, v. 77, n. 3, p. 168-77. 2015.
- 8 ARRIETA, A.; GARCIA-PRADO, A. Cost sharing and hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. **Soc Sci Med**, v. 124, p. 115-20. 2015.
- 9 WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Declaration of Alma-Ata. Internacional Conference on Primary Health Care**. WHO. Alma-Ata, 6-12 September 1978. WHO 1978.
- 10 SIQUEIRA, F.; GAUDARD, A. M. Y. S. Acesso aos serviços de Farmácia em atenção básica na SES-DF. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 20, n. 3, p. 211-217. 2009.
- 11 SAVER, B. G. et al. The central role of comorbidity in predicting ambulatory care sensitive hospitalizations. **Eur J Public Health**, v. 24, n. 1, p. 66-72. 2014.
- 12 LOCH-NECKEL, G.; CREPALDI, M. A. Pharmacist contributions for basic care from the perspective of professionals of familial health care teams. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 45, n. 2, p. 263-272. 2009.
- 13 CARDOSO, C. S. et al. Contribuição das internações por condições sensíveis à atenção primária no perfil das admissões pelo sistema público de saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 34, p. 227-234. 2013.
- 14 IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Minas Gerais. Divinópolis. 2010. Disponível em: <<http://cod.ibge.gov.br/233PM>>. Acesso em: 04 de agosto de 2016.
- 15 BRASIL. **Portaria SAS nº 221/2008, de 17 de abril de 2008. Dispõe sobre a Lista Brasileira de Internaçõespor Condições Sensíveis à Atenção Primária**. Brasília: MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2008.
- 16 WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Guidelines for ATC classification, Oslo, Disponível em: <http://www.whocc.no/atc_ddd_index/>. Acesso em: 30 de maio de 2016.
- 17 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/cid10.htm>>. Acesso em: 25 de março de 2016.
- 18 MENDES, E. V. **A Construção Social da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. 193 p.
- 19 STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.
- 20 MIQUILIN, I. D. O. C. et al. Desigualdades no acesso e uso dos serviços de saúde entre trabalhadores informais e desempregados: análise da PNAD 2008, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, p. 1392-1406. 2013.
- 21 DOS SANTOS DE SA, F. et al. Assessment of primary health care from the perspective of patients hospitalized for ambulatory care sensitive conditions. **Fam Pract**. 2015.2136.

- 22 BERTOLDI, A. D. et al. Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, p. 228-238. 2004.
- 23 GIMENES, H. T.; ZANETTI, M. L.; HAAS, V. J. Factors related to patient adherence to antidiabetic drug therapy. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 17, p. 46-51. 2009.
- 24 LUNELLI, R. P. et al. Adesão medicamentosa e não medicamentosa de pacientes com doença arterial coronariana. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, p. 367-373. 2009.
- 25 BARRETO, M. D. S.; REINERS, A. A. O.; MARCON, S. S. Knowledge about hypertension and factors associated with the non-adherence to drug therapy. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, p. 491-498. 2014.
- 26 ELIAS, E.; MAGAJEWSKI, F. A Atenção Primária à Saúde no sul de Santa Catarina: uma análise das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, no período de 1999 a 2004. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 11, p. 633-647. 2008.
- 27 ROSA, W. D. A. G.; LABATE, R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, p. 1027-1034. 2005.
- 28 TAVARES, N. U. L. et al. Uso de medicamentos para tratamento de doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, p. 315-323. 2015.
- 29 WALKER, R. L. et al. Hospitalization for uncomplicated hypertension: an ambulatory care sensitive condition. **Can J Cardiol**, v. 29, n. 11, p. 1462-9. 2013.
- 30 MOSEGUI, G. B. G. et al. Avaliação da qualidade do uso de medicamentos em idosos. **Revista de Saúde Pública**, v. 33, p. 437-444. 1999.
- 31 KONSTANTYNER, T.; MAIS, L. A.; TADDEI, J. A. Factors associated with avoidable hospitalisation of children younger than 2 years old: the 2006 Brazilian National Demographic Health Survey. **Int J Equity Health**, v. 14, p. 69. 2015.
- 32 VAN LOENEN, T. et al. Organizational aspects of primary care related to avoidable hospitalization: a systematic review. **Fam Pract**, v. 31, n. 5, p. 502-16. 2014.
- 33 GIBSON, O. R.; SEGAL, L.; MCDERMOTT, R. A. A systematic review of evidence on the association between hospitalisation for chronic disease related ambulatory care sensitive conditions and primary health care resourcing. **BMC Health Serv Res**, v. 13, p. 336. 2013.

ANEXOS

ANEXO 1 – Aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Educacional de Divinópolis (FUNEDI) da Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG).



H O S P I T A L
SÃO JOÃO DE DEUS
PROMOVENDO SAÚDE E REPONDO ESPERANÇAS

Comentários Gerais sobre o Projeto
Comitê de Ética em Pesquisa do
Hospital São João de Deus – Fundação Geraldo Corrêa
Divinópolis/MG

Parecer nº 25/2011
Protocolo CEP-HSJD: 160
Pesquisadora Responsável: Cristiane Aparecida Menezes de Pádua
Projeto de Pesquisa: Atenção básica de saúde e sua capacidade em prever internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP)

PARECER CONSUBSTANCIADO DE PROJETO DE PESQUISA

O Projeto Intitulado: Atenção básica de saúde e sua capacidade em prever internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) , da pesquisadora responsável Cristiane Aparecida Menezes de Pádua tem como objetivo Investigar a relação das Internações por condições sensíveis a atenção primária (ICSAP) e a qualidade da atenção básica (cobertura, acesso, qualidade e resolutividade dos atendimentos, oportunidades perdidas de intervenções).

O projeto apresenta adequação dos dados identificatórios, descrição sucinta das justificativas e dos objetivos do estudo, bem como, adequação dos materiais e métodos, referência bibliográfica pertinente e responsabilidade do pesquisador na condução do estudo.

As modificações recomendadas em Parecer Consubstanciado nº03/2011 do dia 09/02/2011, foram cumpridas e encaminhadas, completas, ao CEP-HSJD em 24/02/11.

Desta forma, o Estudo avaliado por este Comitê de Ética em Pesquisa é considerado **APROVADO**.

HOSPITAL SÃO JOÃO DE DEUS - Rua do Cobre, 800 ♦ 35500-227 DIVINÓPOLIS - MG ♦ Fone (37) 3229-7800 ♦ hospital@hsjd.com.br
 ESCOLA DE ENFERMAGEM SÃO JOÃO DE DEUS - Rua do Cobre, 800 ♦ 35500-227 DIVINÓPOLIS - MG ♦ Fone (37) 3229-7566 ♦ escola@ohbrasil.org.br
 SÃO JOÃO DE DEUS SAÚDE - Av. Antônio Olímpio de Moraes, 576 ♦ 35500-005 DIVINÓPOLIS - MG ♦ Fone (37) 3221-1111 ♦ planodesaude@hsjd.com.br

Mod. 297 ANS N° 408514

ANEXO 2 – Aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital São João de Deus.



PARECER Nº. 58/2009

Interessado: Cristiane Aparecida Menezes de Pádua

Data: 18/06/2009

Decisão

O Comitê de Ética em Pesquisa da FUNEDI, avaliou em 18/06/2009, o projeto intitulado "Atenção básica de saúde e sua capacidade em prever internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP)" e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do referido projeto, obtendo o seguinte parecer: **APROVADO**.

Universidade de Minas Gerais - UEMG
Instituto de Educação de Divinópolis - FUNEDI
Prof. Dr. Alysson Rodrigo Fonseca
Coordenador do Comitê de Ética da FUNEDI/UEMG
Prof. Dr. Alysson Rodrigo Fonseca
Coordenador do Comitê de Ética

ANEXO 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO:

ESTUDO: Que avalia a qualidade do atendimento prestado nas unidades básicas de Saúde e PSF (Programa de Saúde da Família) na cidade de Divinópolis.

OBJETIVOS DO ESTUDO

Declaro ter sido informado sobre o estudo que avalia como está a organização dos serviços de saúde com atendimento pelo SUS (Sistema Único de Saúde) no município de Divinópolis. Afirmo saber que minha participação nesse estudo é de grande importância. Aceitando participar, responderei a perguntas sobre o atendimento recebido por mim antes da minha internação nas unidades básicas de saúde ou PSF (Programa de Saúde da Família) e também sobre minha vida e minha saúde.

PROCEDIMENTOS

Ao concordar em participar estarei permitindo que os profissionais usem as informações acerca do meu tratamento no sentido de melhorar o atendimento nos serviços. Responderei também a um questionário com perguntas sobre as unidades básicas e minha saúde. Se a equipe deste estudo achar necessário poderei ser visitado em outras ocasiões para esclarecimentos sobre o assunto.

CONFIDENCIALIDADE

Toda informação prestada por mim será considerada CONFIDENCIAL. Minha identificação será mantida como informação sigilosa. Os relatórios e resultados deste estudo serão apresentados sem nenhuma forma de identificação individual.

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS

O principal benefício deste nosso estudo será a descrição da situação dos serviços públicos de saúde, possibilitando melhorar o atendimento aos pacientes atendidos pelo SUS nesta cidade. Os riscos gerados pelas informações prestadas serão minimizados pela garantia de sigilo quanto à identificação dos respondentes.

DÚVIDAS

Em caso de dúvida, poderei me comunicar com Doutora Clareci Silva Cardoso, coordenadora deste estudo, na UFSJ Campus Centro-Oeste D. Lindu, na Avenida Sebastião Gonçalves Coelho nº 400; Bairro Chanadour; Divinópolis MG. Telefone (37) 3221-1626, ou ainda Cristina Rabelo Flôr na mesma instituição, telefone (37)3221-1342. Poderei também entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital São João de Deus, pelo telefone: (37) 3229-7661.

CONSENTIMENTO

Sei que minha participação é totalmente voluntária e que poderei recusar ou abandonar o estudo sem qualquer prejuízo pessoal. Continuarei tendo o apoio e tratamento independente de minha participação, no sentido de obter atendimento médico, orientação ou encaminhamento para qualquer atenção à saúde. Todas as informações prestadas por mim serão sigilosas e utilizadas somente para este estudo. A divulgação das informações será anônima e em conjunto com as respostas de um grupo de pessoas. Eu li este termo e após receber todas as informações e retirar todas as minhas dúvidas, concordo em participar deste estudo.

Local: _____ Data: ____/____/____

Assinatura do entrevistado: _____

Entrevistador responsável

Eu, _____ (nome do entrevistador) declaro que obtive espontaneamente o consentimento deste sujeito (ou do seu responsável ou representante legal) de estudo para realizar este estudo.

Assinatura _____

Local e data: _____, ____/____/____