



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

***“Desempenho da Atenção Primária e uso racional de medicamentos
por pacientes hipertensos e diabéticos no município do Rio de Janeiro”***

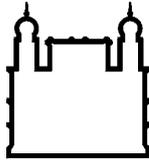
por

Luiz Villarinho Pereira Mendes

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em
Ciências na área de Saúde Pública.*

Orientadora principal: Prof.^a Dr.^a Vera Lucia Luiza

Segunda orientadora: Prof.^a Dr.^a Mônica Rodrigues Campos



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta dissertação, intitulada

“Desempenho da Atenção Primária e uso racional de medicamentos por pacientes hipertensos e diabéticos no município do Rio de Janeiro”

apresentada por

Luiz Villarinho Pereira Mendes

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Paulo Roberto Borges de Souza Júnior

Prof.^a Dr.^a Elyne Montenegro Engstrom

Prof.^a Dr.^a Vera Lucia Luiza – Orientadora principal

Dissertação defendida e aprovada em 27 de março de 2013.

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

M538 Mendes, Luiz Villarinho Pereira
Desempenho da Atenção Primária e uso racional de medicamentos por pacientes hipertensos e diabéticos no município do Rio de Janeiro. / Luiz Villarinho Pereira Mendes. -- 2013.
115 f. : il. ; tab.

Orientador: Luiza, Vera Lucia
Campos, Mônica Rodrigues
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Uso de Medicamentos. 3. Hipertensão - terapia. 4. Diabetes Mellitus - terapia. 5. Doença Crônica. 6. Avaliação em Saúde. 7. Sistema Único de Saúde. I. Título.

CDD - 22.ed. – 615.4

AGRADECIMENTOS

À Vera Lucia Luiza, primeira orientadora, por acreditar em mim. Autêntica guerreira, sua força e coragem me inspiram a seguir em frente.

À Mônica Campos, minha segunda orientadora, pelo entusiasmo, alegria e generosidade no decorrer deste trabalho. Também guerreira, tem a qualidade de vencer quaisquer obstáculos com muito bom humor. Obrigado por todos os momentos divertidos que passamos juntos nessa caminhada.

Aos pesquisadores, também colegas e amigos do Núcleo de Assistência farmacêutica, cujo apoio não posso deixar de agradecer: Claudia Osório de Castro, Maria Auxiliadora de Oliveira, Ângela Esher, Elaine Miranda, Isabel Emmerick, Letícia Freitas, Luisa Arueira, Paula Freitas, Thiago Azeredo e Gabriela Chaves.

Às minhas amigas da turma de mestrado pela união, harmonia e apoio mútuo em momentos difíceis: Adriana Cavalcanti, Ana Cassia Cople, Carla Cabral, Evangelina Martich, Michele Souza, Paula Pimenta e Vânia Mefano.

À toda a equipe que trabalhou no projeto "Avaliação do RECASA" do qual fui pesquisador de campo mas em especial a: Fernando Genovez, Rondineli Mendes, Samara Matta e Silvia Araújo.

A todos os usuários e profissionais de saúde que aceitaram participar da pesquisa "Avaliação do RECASA" tornando esta dissertação possível.

À Koichi Kameda pela amizade e companheirismo neste momento importante.

À Mariza Villarinho, mãe querida, e à toda a minha família pelo amor incondicional.

RESUMO

A Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial (HA) são doenças crônicas de grande importância epidemiológica, alvo de diversas estratégias da atenção primária em saúde. O uso racional de medicamentos constitui fator importante para a melhoria da qualidade de vida e prevenção de complicações dessas doenças. O objetivo desta dissertação é descrever e analisar o desempenho da atenção primária em saúde (APS) e o uso racional de medicamentos (URM) por pacientes hipertensos e diabéticos no município do Rio de Janeiro no ano de 2009, período prévio à reorganização da APS nesta cidade. Trata-se de estudo transversal e observacional utilizando base de dados secundária. As informações são provenientes de visitas às unidades básicas de saúde (USr) e aos domicílios no âmbito do projeto "Avaliação do Programa Remédio em Casa", conduzido no ano de 2009. São investigados aspectos relacionados à adesão medicamentosa, à automedicação e aos cuidados com medicamentos, organizados em seis indicadores utilizados como proxy para medida do uso racional de medicamentos nesta população. Adicionalmente, são apresentados indicadores de desempenho das US considerando em suas dimensões, aspectos da Atenção Primária em Saúde (APS) e dos Serviços Farmacêuticos (SF) a saber: Acesso, vínculo, elenco de serviços, coordenação ou integração dos serviços, formação profissional, uso racional de medicamentos e satisfação. O URM, medido de diferentes formas, foi maior entre hipertensos, indivíduos casados, que trabalham, que referem receber orientações de seu médico sobre dieta e exercício físico e que não faltaram a consultas na US nos 6 meses anteriores a entrevista. De uma forma geral, encontrou-se baixa adesão ao tratamento, especialmente entre os pacientes diabéticos que também apresentaram valores mais baixos para outros indicadores de URM. Os achados apontam o fortalecimento da APS como possível estratégia para a promoção do uso racional de medicamentos, especialmente importante no caso dos pacientes diabéticos. Em uma escala de 0 a 100, o desempenho geral das USr, medido pela média ponderada de todas as dimensões foi de 43,3, relativamente baixo. No entanto, os dados, coletados em 2009, refletem uma realidade anterior à recente reorganização da APS no município do Rio de Janeiro. Nessa perspectiva os dados aqui apresentados podem servir como uma "linha de base" para efeito de comparação com estudos futuros.

ABSTRACT

Diabetes Mellitus (DM) and Hypertension (HA) are chronic diseases of great epidemiological importance, being the target of several primary health care strategies. The rational use of medicines is an important factor for the improvement of the quality of life and the prevention of complications of those diseases. The main purpose of this thesis is to describe and analyze the performance of the primary health care (PHC) and the rational use of medicines (RUM) by hypertensive and diabetic patients in the city of Rio de Janeiro in 2009, a period prior to the reorganization of the PHC in this city. It is based on a cross-sectional observational study using a secondary database. Data was collected during visits to PHC units and to households included in the project "Avaliação do Programa Remédio em Casa " conducted in 2009. The study investigated the aspects related to medication adherence, self-medication and care with drugs, organized into six indicators used as a proxy measure for the rational use of drugs in this population. In addition, the study presents performance indicators of the health care units considering the following aspects of the PHC and the Pharmaceutical Services: access, longitudinality, comprehensiveness, coordination, workforce development, rational use of medicines and satisfaction. The RUM, measured in different ways, was higher among hypertensive individuals who are married, employed, who reported to have received doctor's advice about diet and who exercise and attended the medical consultations in the healthcare units during the 6 months preceding the interviews. In general, the study found low adherence to treatment, especially among diabetic patients, who also had lower scores for the other indicators of RUM. The findings highlight the strengthening of PHC as a possible strategy to promote the rational use of medicines, especially important in the case of diabetic patients. On a scale of 0 to 100, the overall performance of the primary health care units measured by the weighted average of all the dimensions was 43.3, a relatively low score. Nevertheless, data was collected in 2009, reflecting a reality prior to the recent reorganization of the PHC in the city of Rio de Janeiro. In this perspective the results of this study may serve as a "baseline" for comparison with future studies.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadros

Quadro 1 Componentes do ciclo da assistência farmacêutica e exemplos de contribuição potencial para a promoção do uso racional de medicamentos (PURM).	14
Quadro 2 Lista de indicadores de uso racional de medicamentos medidos em unidade de saúde. Proposta do Management Science for Health / Organização Mundial da Saúde.	16
Quadro 3 Principais fatores que influenciam o uso de medicamentos pelos usuários. ..	17
Quadro 4 Dimensões da adesão ao tratamento e variáveis de influência.....	21
Quadro 5 Definições das dimensões essenciais da APS.	26
Quadro 6 Modelo lógico do desempenho.....	51
Quadro 7 Indicadores de desempenho e categorias correspondentes no modelo lógico.	52
Quadro 8 Indicadores de uso racional de medicamentos e variáveis de origem.	71

Figuras

Figura 1 Ciclo da Assistência Farmacêutica.....	10
Figura 2 Modelo teórico conceitual do URM.....	13
Figura 3. Evolução do padrão de mortalidade no Brasil de 1930 a 2005.....	33
Figura 4 Áreas de planejamento do município do Rio de Janeiro, 2005.....	43
Figura 4 Fórmula para cálculo da amostra	46

Tabelas

Tabela 1 População do município do Rio de Janeiro por áreas de planejamento. Rio de Janeiro. 2010.....	44
Tabela 2 Variáveis de exposição	72
Tabela 3 Relações entre indicadores de URM e variáveis de exposição.....	73

Tabela 4 Regressão logística entre indicadores de URM e variáveis de exposição	74
Tabela 5 Indicadores de desempenho da atenção primária e uso racional de medicamentos	80
Tabela 6 Dimensões do desempenho da APS e uso racional de medicamentos estratificados por porte da US	84
Tabela 7 Indicadores de desempenho da APS e uso racional de medicamentos estratificados por porte da US.	85

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

DM	Diabetes Melittus
HA	Hipertensão Arterial
APS	Atenção Primária em Saúde
AF	Assistência Farmacêutica
URM	Uso Racional de Medicamentos
USr	Unidade de Saúde de Referência
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
SUS	Sistema Único de Saúde
US	Unidade de Saúde
PURM	Promoção do Uso Racional de Medicamentos
SF	Serviços Farmacêuticos
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
EUM	Estudos de Utilização de Medicamentos
OMS	Organização Mundial da Saúde
RECASA	Programa Remédio em Casa
RENAME	Relanação Nacional de Medicamentos Essenciais
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
SCTIE	Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
MSH	Management Sciences for Health
RAM	Rapid Assessment Method
OTC	Over the Counter
SINITOX	Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas
PSF	Programa Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
PACS	Programa de Agentes Comunitários em Saúde
PCATool	Primary Care Assessment Tool
NASF	Núcleos de Apoio ao Saúde da família
RAS	Rede de Atenção a Saúde
Pró-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
Pneps	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

Vigitel	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
SIS-Hiperdia	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
DAB	Departamento de Atenção Básica
AMQ	Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
FAPERJ	Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro
SMSDC/RJ	Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro
ABEP	Associação Brasileira de Estudos Populacionais
MBG	Questionário Martín-Bayarre-Grau
PHA	Programa de Hipertensão e Diabetes Mellitus
AP	Área de Planejamento
OS	Organização Social
OR	Odds Ratio
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
RUM	Rational Use of Medicines
AC	Acesso
VI	Vínculo
ES	Elenco de Serviços
CO	Coordenação ou integração de serviços
FP	Formação Profissional

CONTEÚDO

Introdução	5
Referencial Teórico	8
Assistência farmacêutica	8
Uso racional de medicamentos	12
Automedicação.....	17
Adesão ao tratamento	19
Cuidados com os medicamentos no domicílio	21
Atenção Primária em Saúde	23
Alguns atributos da Atenção Primária.....	25
Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)	31
A abordagem da Hipertensão Arterial e da Diabetes Mellitus no SUS	34
Avaliação em saúde e monitoramento do desempenho	36
Avaliação da APS no Brasil	38
Objetivos	40
Objetivo Geral	40
Objetivos Específicos	40
Justificativa	40
Metodologia	42
O programa Remédio em Casa	42
O Município do Rio de Janeiro	43
Delineamento do projeto fonte e sua amostra	45
Questionário utilizado nas USr	46
Questionário utilizado no nível domiciliar	47
Indicadores do estudo	48
Primeira parte (artigo)	48
Segunda parte (indicadores de desempenho).....	48
Análise dos dados	55
Considerações Éticas	55
Artigo: Uso Racional de Medicamentos por Pacientes Diabéticos e Hipertensos no Município do Rio de Janeiro, Brasil	57
Resumo	57
Abstract	57
Introdução:	58

Metodologia	59
Estudo fonte.....	59
Indicadores do estudo.....	60
Análise dos dados.....	61
Resultados	61
Dados Sociodemográficos.....	61
Condições de saúde.....	62
Uso dos serviços de saúde.....	62
Uso Racional de Medicamentos.....	63
Associações estatisticamente significativas identificadas.....	63
Discussão	64
Considerações metodológicas.....	64
Automedicação.....	64
Adesão.....	65
Cuidados com os medicamentos.....	67
Conclusão	67
Segunda parte (indicadores de desempenho)	75
Acesso.....	75
Vínculo.....	76
Elenco de serviços.....	77
Coordenação.....	78
Formação Profissional.....	78
Uso racional de medicamentos.....	79
Considerações Finais	87
Principais resultados.....	87
Limitações do estudo.....	88
Sugestões para trabalhos futuros.....	89
Referências Bibliográficas	90
Anexos	98
Anexo 1 - Questionário Domiciliar.....	98
Anexo 2 - Questionário da US.....	105
Anexo 3 - Aprovação da pesquisa pelo CEP.....	113

Introdução

No Brasil, a prevalência de Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial (HA) vem aumentando nas últimas décadas. Esses aumentos estão associados a mudanças desfavoráveis na dieta e na atividade física. O tratamento e a prevenção dessas doenças tendo em vista a modificação desse cenário representam importante desafio para o sistema de saúde como um todo, demandando ações e políticas oportunas. A solução para o problema deve passar pela intervenção sobre os diferentes determinantes do processo saúde doença e pela promoção de modos de vida mais saudáveis. Nesse contexto, a atenção primária em saúde (APS) tem sido considerada a melhor estratégia.¹⁻³

A assistência Farmacêutica (AF) é ator chave neste processo. Faz parte da APS e do sistema de saúde como um todo envolvendo "*um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo os princípios da universalidade, integralidade e equidade*".⁴

As atividades do ciclo da AF demandam esforços multidisciplinares e visam principalmente à obtenção de resultados concretos como a melhoria da qualidade de vida da população. Suas atividades envolvem não apenas aspectos relacionados ao medicamento em si, mas também o acompanhamento e avaliação de sua utilização pelos pacientes.⁴

Assim, é esperado que o desempenho dos serviços de saúde, incluindo-se destacadamente os elementos relacionados com a AF, tenha efeitos diretos nos resultados em saúde, especialmente no que tange ao Uso Racional de Medicamentos (URM), contribuindo para a melhoria do cuidado aos pacientes com HA e DM.

O URM é um constructo teórico complexo que possui diversos fatores intervenientes. Seu alcance depende do bom funcionamento de diferentes etapas do ciclo da AF.

A presente pesquisa, dividida em duas partes, procurou explorar algumas das muitas possibilidades de análise deste amplo cenário.

Essa divisão do estudo resultou em dois objetos de análise: 1) Pacientes portadores de HA e DM; 2) Unidades Básicas de Saúde que, pela sua vinculação com os pacientes, aqui são chamadas unidades de saúde de referência (USr).

Os resultados obtidos na primeira parte conformam o artigo intitulado “*Uso Racional de Medicamentos por Pacientes Diabéticos e Hipertensos no Município do Rio de Janeiro, Brasil.*” já submetido à revista científica, aguardando parecer.

O estudo, neste momento inicial, detêm-se no âmbito domiciliar onde o foco se direciona para os pacientes. São investigados aspectos relacionados à adesão medicamentosa, à automedicação e aos cuidados com medicamentos. Tais aspectos, organizados em seis indicadores, foram utilizados como proxy para medida do uso racional de medicamentos nesta população. Na análise, buscou-se entender em que medida os comportamentos racionais quanto ao uso de medicamentos são influenciados pela relação destes usuários com as unidades básicas de saúde.

Para melhor compreensão da primeira parte do estudo contextualiza-se no referencial teórico o panorama das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil e no mundo. Salientam-se os principais desdobramentos dessas doenças, situando-as no processo de transição epidemiológica.

São apresentados dados epidemiológicos atualizados sobre estas doenças, especialmente HA e DM, bem como sobre alguns de seus condicionantes. Por último, apresentam-se diferentes estratégias de enfrentamento adotadas no Brasil pelo sistema único de saúde (SUS).

O tópicos sobre URM e AF ajudam a compreender as opções analíticas adotadas e a inserção destes aspectos investigados dentro do campo científico. É apresentada a conformação sistêmica do ciclo da assistência farmacêutica, em que cada componente, incluindo também aqueles relacionados à Unidade de Saúde (US), gera produtos que interferem no funcionamento do ciclo como um todo. São descritas suas diferentes etapas, bem como o potencial de contribuição de cada uma delas para promoção do uso racional de medicamentos (PURM). Justifica-se, assim, o enfoque dado no presente estudo, quer seja na escolha de algumas das variáveis de exposição da primeira parte, quer seja na definição do objeto de estudo da segunda - ambas relacionadas a aspectos da USr.

A segunda parte desta pesquisa é apresentada no tópico "indicadores de desempenho". Os indicadores de URM, utilizados inicialmente no contexto domiciliar, são agregados para o nível da USr. Além disso, nesta etapa são incluídos indicadores de desempenho da APS cuja categorização baseou-se nas dimensões propostas por Almeida e Macinko⁵. São incorporados

também indicadores relacionados a diferentes componentes dos serviços farmacêuticos. A análise conjunta destes aspectos reflete a discussão atual sobre a inserção dos serviços farmacêuticos (SF) na APS conduzida pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).⁶ Essa discussão é melhor aprofundada no tópico "Assistência Farmacêutica" do referencial teórico.

Por tratarem-se de unidades básicas de saúde, também se fez necessária a discussão da atenção primária em saúde (APS) ou atenção básica no referencial teórico. Nele, resgata-se um breve histórico da APS no Brasil e no mundo. São discutidos seus principais atributos, tomando-se como base as dimensões propostas Almeida e Macinko⁵ que, como dito anteriormente, foram utilizadas para categorização dos indicadores.

A organização dos indicadores da segunda etapa deram origem a um *ranking* de desempenho das USr (0-100) considerando em suas dimensões, aspectos gerais da APS e dos SF.

Por isso também discorreu-se brevemente sobre avaliação em saúde, monitoramento do desempenho e, dentro deste contexto, avaliação da APS no Brasil.

Espera-se, assim, com os resultados desta dissertação contribuir para a discussão acerca da inserção dos serviços farmacêuticos na APS e para a promoção do uso racional de medicamentos.

Referencial Teórico

Assistência farmacêutica

A assistência farmacêutica no Brasil, demarcada como campo de prática, estabeleceu-se muito recentemente. Apenas em 1998, com a aprovação da política nacional de medicamentos,⁷ chegou-se a uma definição oficial, apresentada como:

“Grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informações sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos.”⁷

Essa definição sistêmica alinha-se àquela que a Organização Mundial da Saúde (OMS) atribui à assistência farmacêutica. Segundo a OMS, a AF se afirma enquanto parte essencial dos serviços de saúde, representando processo dinâmico em que estão envolvidas atividades de caráter abrangente e intersetorial. Assim, seu objeto de trabalho são ações e serviços relacionados ao medicamento em diversas dimensões, incluindo-se aquelas relativas ao campo clínico e gerencial. Em todas as suas etapas busca-se a ênfase na relação com o paciente e a comunidade na perspectiva da promoção da saúde.^{8,9}

Além disso, entende-se a assistência farmacêutica como campo multidisciplinar que envolve os mais distintos profissionais. Dentre os quais são exemplos: médicos, enfermeiros, administradores, profissionais das ciências sociais e aqueles que trabalham no desenvolvimento e produção de fármacos.^{8,9}

A OPAS salienta o importante desafio que se apresenta na incorporação de tais diretrizes. Argumenta que na prática dos processos do ciclo da assistência farmacêutica, verifica-se com frequência a concentração das ações no medicamento, marginalizando-se o cuidado com o paciente.^{6,10}

Na busca pela superação de tais desafios, a OPAS vem propondo a reorientação da assistência farmacêutica com base na APS.⁶ Tal iniciativa, como melhor discutido adiante no tópico específico sobre este tema, alinha-se à proposta feita pela OMS de reforço do papel da

APS como eixo organizador de todo o sistema de saúde.⁶ Neste contexto, a OPAS entende que:

*”Os serviços farmacêuticos devem ter sua máxima expressão no nível local das unidades de saúde, baseados no indivíduo, na família e na comunidade, e compreendendo todos os determinantes biológicos e sociais da saúde” (...) Assim, devem ser enfrentadas as dificuldades socioeconômicas, geográficas, culturais e organizacionais e haver integração das equipes de profissionais da assistência farmacêutica com os demais profissionais constituindo uma equipe multiprofissional de saúde.*⁶

Além disso, são sugeridas profundas transformações, entre elas: a modificação de uma atenção individual, incompleta e fragmentada para uma atenção plena e humanizada; de uma atenção pontual para contínua; de um trabalho individual para em equipe; da falta de protocolos para a definição de normas e processos. Tendo em vista estas necessidades, propõe-se mudanças no foco de formação dos profissionais e na construção das políticas.⁶

A abordagem sistêmica corporifica-se no chamado ciclo da assistência farmacêutica, representado na Figura 1. Neste, sucedem-se diferentes atividades que, para sua execução, dependem da adequada realização das etapas anteriores. Cada uma destas etapas, portanto, gera produtos próprios necessários ao funcionamento do ciclo como um todo.⁹

Figura 1 Ciclo da Assistência Farmacêutica



Fonte: (Oliveira *et al*, 2007)⁹

O ciclo inicia-se pela **seleção** dos medicamentos, considerada seu eixo central. Nesta etapa, busca-se decidir quais medicamentos devem ser disponibilizados aos usuários do sistema de saúde. Tal escolha deve ser realizada minimamente no nível nacional (podendo capilarizar-se em estados, municípios, unidades de saúde e etc) e atualizada periodicamente. Para isso, é imprescindível contar com a assessoria da comunidade científica, fundamentando-se em evidências clínicas e farmacológicas. Recomenda-se também que a relação de medicamentos essenciais, principal produto deste processo, seja estratificada pelos níveis de atenção – primário, secundário e terciário.^{8,9}

A seleção dos medicamentos essenciais deve ser acompanhada da elaboração do formulário terapêutico, trazendo monografias dos medicamentos contidos nestas listas. A proposta destes guias é auxiliar os profissionais no ato da prescrição.^{8,9,11}

No Brasil já existe uma relação de medicamentos essenciais desde os anos 60¹², antes mesmo da recomendação inicial feita pela OMS para esse propósito, que só foi ocorrer em 1977¹¹. No entanto, apenas em 1975 esta passou a ser denominada Relação Nacional de Medicamentos essenciais (RENAME).

Para Osorio-de-Castro *et al*¹¹ a lista de medicamentos essenciais:

“É um instrumento considerado fundamental para a racionalização do mercado interno de medicamentos. Significa possibilitar a estruturação de toda a cadeia do medicamento no país, desde a pesquisa e desenvolvimento, produção e comercialização, que garantam a disponibilidade dos produtos ao mais baixo custo possível, com qualidade.”¹¹

Atualmente, no Brasil, em nível nacional, a incorporação de novas tecnologias em saúde no SUS bem como alterações nos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas são atribuições do Ministério da Saúde com assessoria da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) vinculada à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE).¹³

Iniciando-se o chamado gerenciamento da assistência farmacêutica segue-se a **programação**, que objetiva quantificar aquilo que será comprado. Esta deve pautar-se, ademais da necessidade de medicamentos, na disponibilidade de orçamento, nas condições estruturais do sistema e nas especificidades administrativas. Para a programação, é crucial poder contar com sistemas de informação confiáveis que forneçam dados epidemiológicos de morbidade e de consumo histórico.^{8,9}

A terceira etapa é a **aquisição** de medicamentos, a qual deve basear-se na busca pela melhor qualidade ao melhor preço. O farmacêutico não necessariamente deve conduzir a compra mas sua participação é de fundamental importância neste processo. Entre as atividades envolvidas estão: construção do pedido, verificação das quantidades, especificação dos produtos, definição do cronograma, documentações de fornecedores, propostas, requisitos de recebimento, entrega e pagamento. Para tais procedimentos é necessário conhecimento da legislação sanitária e de compra de medicamentos.⁹

Realizadas as 3 etapas anteriores segue-se o **armazenamento**. Este consiste no recebimento, na guarda, no controle de estoque e na expedição dos medicamentos. Para que tais procedimentos atendam aos requisitos de boas práticas são necessários conhecimentos técnicos sobre os produtos e sobre a gestão do estoque.⁹

A última etapa do gerenciamento da assistência farmacêutica é a **distribuição**. O que se busca é que o sistema abasteça as unidades no tempo mais adequado possível, sendo capaz inclusive de atender situações de urgência e emergência, sem comprometer a qualidade dos medicamentos.⁹

Encerradas as etapas anteriores chega-se na **utilização**. Esta compreende atividades de cunho clínico e epidemiológico englobando a prescrição, a dispensação e o uso de medicamentos.^{8,9}

Como se verá mais adiante diversos destes aspectos impactam diretamente no uso racional de medicamentos.

Uso racional de medicamentos

Estima-se que no mundo metade de todos os medicamentos são inadequadamente prescritos, dispensados ou vendidos e que metade dos pacientes não os tomem corretamente. O uso irracional de medicamentos resulta em sérios riscos para a saúde e em desperdício de recursos, muitas vezes já escassos.¹⁴

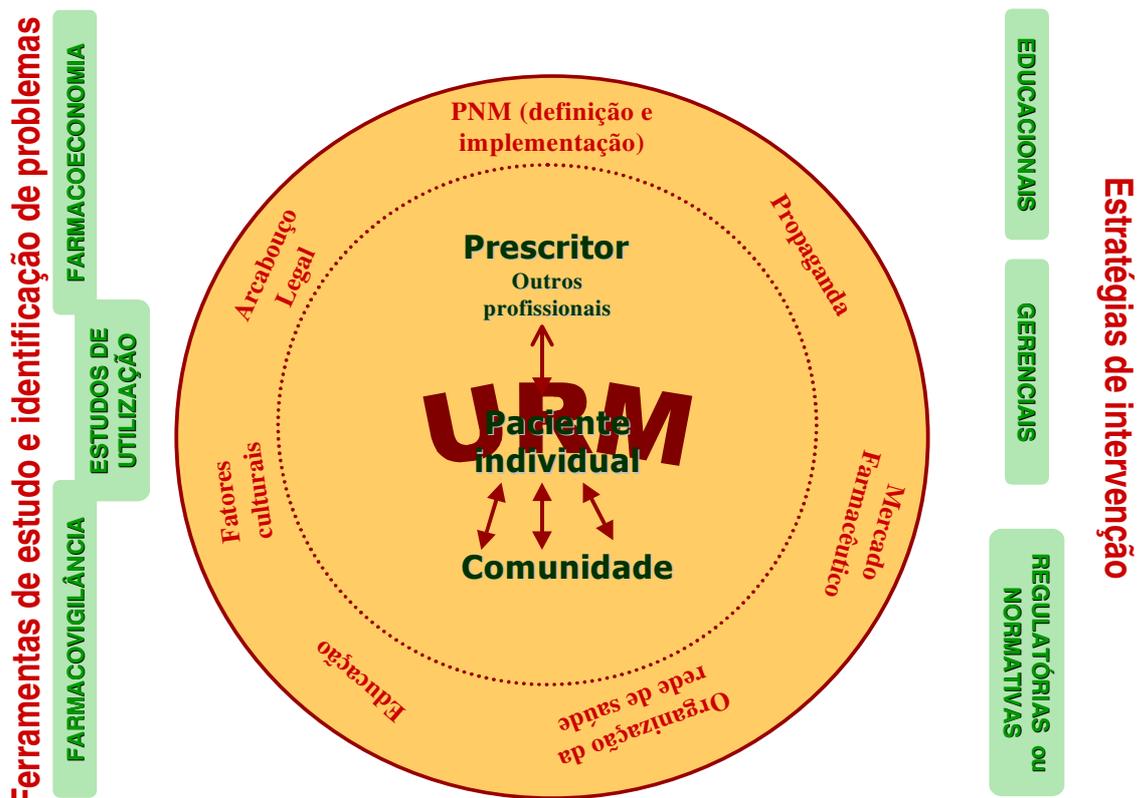
Segundo definição amplamente difundida, o uso racional de medicamentos:

“Depende do recebimento pelo paciente de um medicamento de boa qualidade, no tipo e dose ajustados à sua necessidade, e durante um período adequados ao seu tratamento, trazendo o menor custo possível para si mesmo e para a sociedade”⁸

Fica evidente, portanto que o URM relaciona-se com uma ampla gama de aspectos, o que torna sua promoção um desafio de grande complexidade. Pepe e Osorio-de-Castro¹⁵ argumentam que este depende precipuamente de três atores fundamentais que devem interagir de forma dinâmica – o médico, o paciente e o farmacêutico. Ademais, considerando o caráter multidisciplinar da assistência farmacêutica, os demais profissionais de saúde também podem interferir nesta relação. Outros agentes sociais de caráter mais macro precisam ser considerados: formuladores de políticas públicas; indústria; comércio e governo. Por fim, a concretização do URM depende de uma política de medicamentos bem definida e implementada; uma rede de serviços organizada, ações educativas frente à sociedade, fatores culturais, respaldo legal, entre outras.^{8,11,15}

A Figura 2, emprestada do livro assistência farmacêutica para gerentes municipais de Marin et al⁸, apresenta o modelo teórico conceitual do uso racional de medicamentos, sistematizando os aspectos mencionados anteriormente.

Figura 2 Modelo teórico conceitual do URM



Fonte: (Marin *et al*, 2003)⁸

Importante ressaltar que em praticamente todos os requisitos do URM pode-se encontrar interfaces com os elementos do ciclo da assistência farmacêutica. O Quadro 1, também retirado do livro de Marin *et al*⁸, apresenta algumas destas possibilidades com destacada relevância para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos.

Quadro 1 Componentes do ciclo da assistência farmacêutica e exemplos de contribuição potencial para a promoção do uso racional de medicamentos (PURM).

Componente	Contribuição potencial para a PURM
Seleção e formulário terapêutico.	<i>Orientar escolhas seguras, eficazes e custo-efetivas dos medicamentos.</i>
Gerenciamento da assistência farmacêutica.	<i>Aquisição ágil, armazenamento e distribuição corretos garantem a preservação das características dos medicamentos.</i>
Dispensação e uso.	<i>Medicamentos envasados e rotulados de forma correta, bom entendimento do uso pelo paciente e prescrição racional.</i>

Fonte: (Marin *et al*, 2003)⁸

Na perspectiva da promoção do uso racional de medicamentos, é importante mencionar os Estudos de Utilização de Medicamentos (EUM).

Tais estudos são capazes de fornecer informações em grande quantidade e variedade sobre os medicamentos; da qualidade da informação transmitida às tendências comparadas de consumo de diversos produtos, à qualidade dos medicamentos mais utilizados, à prevalência da prescrição médica, aos custos comparados, entre outros. Estes constituem, juntamente com os estudos de farmacovigilância e farmacoeconomia, importante estratégia para o aprimoramento do ciclo da assistência farmacêutica.^{8,11,16}

Nesta perspectiva, a OMS vem lançando diversas publicações nas últimas duas décadas. O objetivo de alguns destes documentos é instrumentalizar pesquisadores e profissionais de saúde para a condução dos EUM em diversos países, especialmente aqueles subdesenvolvidos. Destacam-se aqui algumas dessas iniciativas.

Em 1994, a OMS publicou o livro *Indicators for Monitoring National Drug Policies*¹⁷. Este manual consistiu em ferramenta prática e objetiva para monitoramento de políticas farmacêuticas. Nele, foram propostos aproximadamente 120 indicadores, subdivididos em estrutura, processo e resultados, seguindo o modelo de Donabedian. A aplicação sistemática desses indicadores em 12 países trouxe diversas sugestões, que foram incorporadas posteriormente na segunda edição do mesmo documento.

Pouco tempo depois, em 1995, o Management Sciences for Health (MSH) lançou um documento¹⁸ propondo metodologia para avaliação rápida do setor farmacêutico em diferentes países. A proposta era simplificar ao máximo a metodologia facilitando sua aplicação, porém sem perda de qualidade.¹⁹ Baseado nessa iniciativa, foi desenvolvido o instrumento The Rapid Assessment Method (RAM).²⁰ Em 1999 a OMS apresentou proposta hierarquizada denominada de Estudo da Situação Farmacêutica Nacional (National Pharmaceutical Situation Assessment) nível 1, 2 e 3. O nível 2, representa uma evolução do processo anteriormente citado sendo os indicadores coletados em US e domicílios²¹. O método foi utilizado na pesquisa “Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil”.²² O Quadro 2 apresenta os indicadores utilizados para medida do uso racional de medicamentos, no contexto das unidades de saúde, como proposto na metodologia RAM.

Quadro 2 Lista de indicadores de uso racional de medicamentos medidos em unidade de saúde. Proposta do Management Science for Health / Organização Mundial da Saúde.

Indicador
% de medicamentos adequadamente rotulados na farmácia da US
% de pacientes que sabem como tomar os medicamentos na US
Número médio de medicamentos por prescrição na US
% de pacientes com antibióticos prescritos na US
% de pacientes com injetáveis prescritos na US
% de medicamentos prescritos que pertencem à lista de medicamentos essenciais
% de medicamentos prescritos pela denominação genérica (princípio ativo)
Disponibilidade de protocolos clínicos de tratamento nas US
Disponibilidade de medicamentos essenciais na US
% de casos tratados de acordo com os protocolos clínicos na US

Fonte: (WHO, 2003)²⁰ - Tradução livre

Dentro do contexto dos EUM também são relevantes os estudos relacionados mais diretamente ao uso de medicamentos.

Seguindo essa linha, a OMS lançou um outro manual²³ em que são sugeridas dessa vez diferentes metodologias para estudo do uso de medicamentos. São também analisados diferentes fatores que o influenciam na perspectiva do usuário (Quadro 3).

Quadro 3 Principais fatores que influenciam o uso de medicamentos pelos usuários.

Nível de influência	Fatores
Família	Percepção da necessidade de medicamentos
	Idéias sobre eficácia e inocuidade
	Desconhecimento que leva à politerapia
	Papel da família
	Preço dos medicamentos
	Nível de alfabetização
	Poder dos medicamentos
Comunidade	Padrões culturais de uso de medicamentos
	Sistema de fornecimento de medicamentos
	Canais de informação
Instituições sanitárias	Frequência de consulta aos profissionais de saúde
	Qualidade da prescrição
	Qualidade da consulta
	Qualidade da dispensação
	Fornecimento regular
	Preços dos medicamentos
Plano nacional	Aplicação de políticas de medicamentos essenciais
	Promoção dos medicamentos
	Financiamento e reembolso
	Defesa do consumidor
	Meios de comunicação
	Educação pública
Plano internacional	Consequências dos acordos comerciais internacionais para a saúde
	Ajuda externa aos programas de medicamentos essenciais
	Organizações internacionais de defesa do consumidor
	Internet

Fonte: (WHO, 2004)²³ - Tradução livre.

Vê-se portanto a complexidade do cenário envolvendo o uso e a utilização de medicamentos. Neste estudo optou-se pela investigação de alguns destes aspectos. Do ponto de vista dos pacientes, acerca de suas percepções e hábitos, foca-se aqui na adesão medicamentosa, na automedicação e nos cuidados com medicamentos.

Automedicação

A automedicação é um fenômeno do auto cuidado com a saúde. Sendo relativamente conveniente para o paciente, é a forma mais comum de resposta a sintomas. Por sua função

complementar aos sistemas de saúde, a automedicação é inclusive considerada por diferentes governos como um caminho para redução dos gastos em saúde.²⁴⁻²⁷

No entanto, o consumidor normalmente não tem experiência e conhecimentos necessários para distinguir problemas de saúde, avaliar sua gravidade e fazer uso dos recursos terapêuticos disponíveis.²⁸ Se realizada de maneira inadequada, a automedicação pode acarretar sérias consequências. Arrais *et al*²⁴ apontam algumas como: efeitos indesejáveis, enfermidades iatrogênicas e mascaramento de doenças evolutivas. Sua prevenção portanto é desejável do ponto de vista da PURM.

Nesse contexto, a OMS tem buscado avaliar o impacto, os benefícios e os riscos que a automedicação pode exercer sobre a saúde. Para tanto, esta organização publicou um informe apresentando diretrizes para a avaliação dos medicamentos que poderiam ser utilizados sem orientação médica. Segundo esse documento, tais medicamentos devem ser eficazes, confiáveis, seguros e de emprego fácil e cômodo.²⁹

O crescimento do número de medicamentos de venda livre (*OTC – Over the counter*), a propaganda de veículos de informação e a dificuldade de acesso ao sistema de saúde bem como sua baixa resolutividade são alguns dos aspectos que podem favorecer a automedicação. Também precisam ser considerados os fatores socioculturais e a utilização como referência, especialmente por pacientes com doenças crônicas, de prescrições antigas.²⁸

O profissional farmacêutico, foco deste estudo, é aquele vinculado à unidade básica de saúde que apenas dispensa medicamentos prescritos por profissionais autorizados. No entanto, cabe ressaltar o potencial de contribuição dos farmacêuticos que trabalham nas no comércio varejista. Estes devem auxiliar o paciente na escolha dos medicamentos de venda livre. O farmacêutico deve basear-se em evidências científicas sobre eficácia e segurança, considerando inclusive potenciais interações medicamentosas. Para isso não deve deixar-se influenciar pela pressão comercial exercida pelas indústrias ou por práticas inidoneas de comércio farmacêutico.²⁸

Segundo Nascimento³⁰, aproximadamente 35% dos medicamentos no Brasil são consumidos por meio da automedicação. No país, cerca de 80 milhões de pessoas são adeptas dessa prática.²⁴

Aquino *et al*²⁵ avaliando a automedicação entre acadêmicos da área da saúde observaram prevalência de 57,7%. Os autores sugerem inclusive que o maior conhecimento

entre estes predispõe ao uso de forma inadequada. Fato preocupante especialmente por tratarem-se de futuros atores fundamentais para a PURM.

Em Santa Maria, município de médio porte do Rio Grande do Sul, encontrou-se uma prevalência de 53,3% de automedicação, tendo sido os analgésicos, antitérmicos e antiinflamatórios não esteróides os medicamentos mais consumidos, representando 49,2% do total.³¹

Em outra pesquisa também realizada no estado do Rio Grande do Sul, mas na cidade de Porto Alegre, Vitor³² entrevistou indivíduos que declaradamente haviam se automedicado. O autor observou que na maioria dos casos (66,03%) o motivo mais comum foi a dor de cabeça. Também chamou atenção que 23,7% dos entrevistados relataram terem sido influenciados pelos meios de comunicação a comprar medicamentos sem prescrição.

Arrais *et al*²⁴ em estudo realizado com clientes de farmácias das cidades de Fortaleza, Belo Horizonte e no estado de São Paulo verificou que em 40% dos casos de automedicação a escolha dos medicamentos se baseou em prescrições anteriores e em 51% nas sugestões de pessoas não qualificadas.

Adesão ao tratamento

As doenças crônicas não transmissíveis uma vez instauradas, permanecem por toda a vida do paciente. Nesse sentido, a adesão ao tratamento torna-se essencial para o controle das complicações dessas enfermidades e para melhoria da qualidade de vida.^{33,34}

Os impactos negativos da falta de adesão, para além da saúde dos indivíduos, tem reflexos no sistema de saúde com todo. Do ponto de vista econômico, tem-se como exemplo o possível aumento no número de internações elevando os gastos em saúde.^{33,34}

Não existe um consenso estabelecido pela literatura científica sobre uso do conceito “adesão ao tratamento”. Diferentes termos vem sendo utilizados levando-se em conta a postura, ativa ou passiva, assumida pelo indivíduo no seu tratamento.^{34,35}

No idioma inglês o debate gira em torno dos termos “*compliance*”, “*concordance*” e “*adherence*”.³⁴⁻³⁶

O termo “*compliance*” traduz, de uma forma geral, o seguimento das recomendações médicas sobre medicamentos e hábitos de vida como dieta e exercício físico. Este termo

passou a ser questionado por trazer a idéia de submissão e obediência a instruções. Nesta definição não é considerada a relação médico-paciente e a disparidade de opiniões que podem existir na comunicação entre eles. Assim, o paciente é enxergado como sujeito passivo sem poder na relação com o médico.³⁴⁻³⁶

Já o termo “*adherence*” ou *adesão* em português apresenta significado mais abrangente, denotando colaboração entre paciente e médico na tomada das decisões sobre o tratamento. Expressa portanto compreensão e cooperação, requerendo um comportamento ativo por parte do doente. Por esses motivos é o termo preferido entre os especialistas sendo utilizado inclusive pela OMS.^{33,34} O termo “*concordance*” também pressupõe participação ativa do paciente no tratamento, sendo utilizado por alguns autores como sinônimo de “*adherence*”.^{34,35}

Para debater o tema a OMS promoveu um encontro de especialistas - “WHO Adherence”. Deste, resultou um relatório³³ segundo o qual a adesão ao tratamento é entendida como um constructo de 5 dimensões a saber: fatores relacionados ao paciente, fatores relacionados ao tratamento, fatores sociais e econômicos, fatores relacionados ao sistema de saúde e fatores relacionados à doença. Esta organização serviu como base para a revisão da literatura realizada por Jin *et al.*³⁷ Utilizando-se de evidências identificadas em diferentes estudos o autor elencou variáveis associadas à adesão. (Quadro 4).

Quadro 4 Dimensões da adesão ao tratamento e variáveis de influência.

Dimensões da adesão	Variáveis identificadas
Fatores relacionados ao paciente	<ul style="list-style-type: none">• Demográficas: idade, sexo, escolaridade, etnia, estado civil.• Psicossociais: Crenças, motivação, atitude negativa.• Relação paciente-prescritor• Conhecimento do paciente sobre a doença e tratamento• Conhecimento em saúde• Esquecimento• Dificuldades físicas
Fatores relacionados ao tratamento	<ul style="list-style-type: none">• Via de administração• Complexidade do tratamento• Duração do tratamento• Grau de mudança comportamental requerido• Efeitos adversos
Fatores socioeconômicos	<ul style="list-style-type: none">• Tempo comprometido com o tratamento• Custo do tratamento e do transporte• Renda• Suporte social
Fatores relacionados ao sistema de saúde	<ul style="list-style-type: none">• Acessibilidade• Tempo de espera para as consultas• Obtenção de todos os medicamentos prescritos• Insatisfação com consultas clínicas
Fatores relacionados à doença	<ul style="list-style-type: none">• Sintomas• Gravidade

Fonte: (Matta, 2010)³⁴

Cuidados com os medicamentos no domicílio

A verificação do estoque domiciliar de medicamentos bem como suas condições de armazenamento compreendem importante estratégia para monitoramento do uso de medicamentos pela população. A OMS, inclusive, publicou um manual sugerindo estudos deste tipo.²³

O estoque domiciliar pode provocar o uso de fármacos com validade vencida ou com armazenagem inadequada (incluindo-se embalagem primária danificada). Disso decorrem implicações graves, como perda de efetividade do tratamento a ser seguido e até mesmo intoxicações. Segundo dados do Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX)³⁸, os medicamentos ocupam a primeira posição entre os três principais agentes causadores de intoxicações em seres humanos desde 1996. Em 2010, foram responsáveis por

27,7% dos casos registrados no Brasil.^{38,39} Investigações dessa natureza ganham particular relevância no caso dos indivíduos portadores de doenças crônicas, para os quais dispensa-se grande quantidade de medicamentos.

Segundo Fernandes⁴⁰ guardar medicamentos em casa pode estimular a automedicação e a reutilização de prescrições antigas. A adesão ao tratamento também pode ficar comprometida como decorrência dos problemas descritos acima.

Vê-se portanto clara relação entre os cuidados com os medicamentos no domicílio e os aspectos discutidos nos dois tópicos anteriores. Deste modo, justifica-se a incorporação destes elementos na definição operacional de URM utilizada neste estudo.

Continuando a discussão sobre os desdobramentos dessa prática, menciona-se que eles não ficam restritos apenas à última etapa do ciclo da assistência farmacêutica (utilização de medicamentos). Segundo Ribeiro e Heinek⁴¹ sobras de tratamento nas “Farmácias Caseiras” podem, de certa forma, resultar em problemas no planejamento para aquisição de medicamentos no SUS.

A seguir são apresentadas algumas pesquisas vem sendo conduzidas no Brasil e em diferentes países trazendo dados que contribuem para compreensão deste fenômeno.

Wold e Hunskar⁴² verificaram as condições dos medicamentos estocados em 1.512 casas na Noruega. A pesquisa foi realizada através de envio de um questionário que foi respondido por 33% do total de domicílios selecionados. Os autores observaram que de cada 4 medicamentos avaliados, 3 estavam vencidos. Além disso, apenas metade das casas possuía lugar específico para guarda dos medicamentos.

Lima *et al*⁴³ estudaram os medicamentos estocados em domicílio, por pacientes atendidos no PSF residentes em Cristino Castro, no estado do Piauí. Os autores encontraram que 54,1% dos medicamentos estavam ao alcance de crianças e animais domésticos e 15,9% não possuíam rótulo ou qualquer identificação.

Ribeiro e Heinek⁴¹ conduziram estudo de mesmo propósito porém no município de Ibiá, em Minas gerais. Os autores observaram que 93,5% das famílias entrevistadas apresentaram pelo menos um medicamento em estoque. O percentual encontrado de medicamentos vencidos foi de 18,5%.

Mastroianni *et al*³⁹ também avaliaram as condições de armazenamento dos medicamentos. O estudo foi conduzido em um município do estado de São Paulo. Dos medicamentos encontrados, 79,9% tinham algum problema de segurança ou identificação. Quanto aos locais de guarda, 75,8% eram de fácil acesso a crianças ou expostos a luz ou umidade.

Como mencionado na introdução, nesta dissertação o URM é investigado em pacientes cadastrados em unidades básicas de saúde no município do Rio de Janeiro. Por isso, pretende-se analisar a relação entre estes aspectos e aqueles relacionados à APS. Em outras palavras busca-se entender as possibilidades de contribuição da atenção primária para a promoção do uso racional de medicamentos.

Atenção Primária em Saúde

A difusão da noção de Atenção Primária em Saúde é atribuída ao Relatório Dawson, elaborado em 1920 pelo ministro de saúde do Reino Unido. Este apontava a regionalização e a hierarquização como características típicas desse cuidado, 50 anos antes desses conceitos serem postos em prática naquele país.⁴⁴

No entanto, uma definição sobre o conceito APS só foi alcançado muito tempo depois, em 1978, como decorrência da conferência de Alma-Ata. Sua realização teve como pano de fundo a expansão exacerbada dos cuidados especializados em saúde nos EUA na década de 60 e a crise econômica mundial na década de 70 que reforçaram a necessidade de se repensar o modelo de atenção à saúde. Para a construção desta definição foram incorporados diferentes elementos difundidos pela OMS tais como: integração dos serviços locais em um sistema nacional, participação comunitária, necessidade de ações intersetoriais e a relação da saúde com o desenvolvimento econômico e social. Tal conceito norteou de diferentes formas e com graus de intensidade distintos as reformas nos sistemas de saúde em diversos países no mundo^{44,45}.

Processos contemporâneos como a globalização criaram diferentes demandas, constituindo novos desafios a serem enfrentados pelos modelos de assistência à saúde. Nesse contexto, a OMS tem publicado informes voltando a destacar a importância da renovação dos sistemas de saúde com base na atenção primária. Esta organização salienta a não adequação dos modelos de saúde vigentes e busca a reafirmação dos pactos e o reforço dos princípios formulados pela conferência de Alma-Ata.^{3,46}

Dentro desse contexto, diferentes países têm passado por reformas em seus sistemas de saúde dando à atenção primária um importante destaque e atribuindo-lhe um significado mais amplo, parte integral de estratégias de desenvolvimento econômico e social, elemento coordenador dos outros níveis de atenção.^{5,47,48}

Buscando-se embasamento científico para o fortalecimento do discurso em prol da APS, diferentes estudos tem sido conduzidos. Alguns destes apontam que os países cujos sistemas de saúde são organizados a partir da APS apresentam menores taxas de incidência de doenças e de internação, taxas reduzidas de mortalidade prematura por causas evitáveis, menores custos e maior equidade na oferta de serviços⁴⁹⁻⁵¹

No Brasil, a trajetória da atenção primária pode ser dividida em 3 fases. Essa divisão baseia-se nas ações governamentais e na produção de conhecimentos proposta por Ibañez *et al.*⁵² A primeira fase fundamenta-se em projetos experimentais da década de 70, orientados sobretudo pelo princípio da medicina comunitária. A segunda é marcada por estudos relacionados aos processos de democratização, universalização e descentralização – pesquisas que contribuíram para a definição de princípios para a reforma sanitária. A terceira fase é focada na descentralização das ações de saúde e proposição de programas mais seletivos. Esta última culminou com o desenvolvimento e afirmação do PSF (Programa Saúde da Família) como estratégia de reorientação do modelo de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS)⁵²

O PSF foi implantado no país em 1994 pelo Ministério da Saúde. Surgiu inicialmente como mero programa vertical e tornou-se parte de uma reforma incremental do sistema de saúde no Brasil. Inaugurou mudanças nas formas de organização dos serviços e nas práticas assistenciais no plano local. Passou, desde 1999, a ser considerado uma estratégia de estruturação dos sistemas municipais de saúde, sendo chamado de Estratégia Saúde da Família (ESF). Seu principal foco é reorientar o modelo assistencial e imprimir uma nova dinâmica na organização dos serviços e ações de saúde^{53,54}.

A origem do PSF no Brasil remonta ao PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde). Este programa emprestou importantes elementos para o desenho do PSF. No entanto, o PACS apresentava proposta mais restrita e seletiva, pois seu objetivo principal era contribuir para a redução da mortalidade infantil e materna, principalmente nas regiões norte e nordeste do país.⁵⁴

Com incentivos financeiros específicos, o Saúde da Família expandiu-se progressivamente chegando em dezembro de 2012 a 95,2% dos municípios brasileiros, com 42.226 equipes credenciadas pelo MS e cobertura populacional de 54,86% (cerca de 105 milhões de habitantes). No entanto essa expansão não se deu de forma homogênea, variando o tamanho da cobertura, a composição e a natureza do trabalho das equipes bem como o grau de investimento dos municípios.^{53,55}

No Brasil, utiliza-se mais comumente a denominação "Atenção Básica" que segundo o Ministério da Saúde⁵⁶ é definida por:

“um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo que abrangem: promoção, proteção e manutenção da saúde além da prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação, enxergando o indivíduo em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção socio-cultural”.

Deve estar orientada pelos princípios da: *“universalidade, coordenação do cuidado, integralidade, vínculo e continuidade”*. Uma série desses princípios, também presentes na definição de Starfield⁴⁸ para atenção primária, puderam ser melhor incorporados principalmente a partir da implementação da ESF. No âmbito desta dissertação os termos "atenção primária" e "atenção básica" serão entendidos e utilizados como sinônimos.

Alguns atributos da Atenção Primária

Starfield⁴⁸ propõe que a APS, para apresentar todo seu potencial de vantagens, requer um conjunto de atributos. O instrumento PCATool (Primary Care Assessment Tool) cuja versão brasileira foi validada por Almeida e Macinko⁵ incorpora alguns destes, traduzindo-os em dimensões operacionais (Quadro 5).

No âmbito desta dissertação serão discutidas apenas aquelas dimensões que puderam ser melhor exploradas na análise dos dados tendo em vista o elenco utilizado de indicadores.

Quadro 5 Definições das dimensões essenciais da APS.

Dimensão	Definição
Acesso	"Envolve a localização da unidade de saúde próxima da população a qual atende, os horários e dias em que está aberta para atender, o grau de tolerância para consultas não-agendadas e o quanto a população percebe a conveniência destes aspectos do acesso (Starfield et al., 2003: 60)."
Porta de entrada	"Implica acesso e uso do serviço de AB a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde (Starfield et al., 2003:61), sempre como o primeiro atendimento procurado, exceto nos casos de urgência."
Vínculo (ou longitudinality)	"Pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo. Assim a unidade de atenção primária deve ser capaz de identificar a população adscrita, bem como os indivíduos dessa população, que deveriam receber atendimento na unidade, exceto quando for necessário realizar consulta especializada ou fazer um encaminhamento. Além disso, o vínculo da população com a unidade de saúde requer o estabelecimento de fortes laços interpessoais que reflitam a cooperação mútua entre as pessoas da comunidade e os profissionais de saúde (Starfield et al., 2003:62)."
Elenco de serviços (comprehensiveness)	"Implica que as unidades de atenção primária devem estabelecer arranjos para que o paciente receba todo tipo de serviço de atenção à saúde que necessite. Isso inclui o elenco de serviços que a unidade oferece e encaminhamentos para consultas especializadas (nível secundário), serviços terciários, internação domiciliar e outros serviços comunitários (Starfield et al., 2003:62)."
Coordenação (ou integração dos serviços)	"Pressupõe alguma forma de continuidade, seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas anteriores e novos. Inclui ainda o encaminhamento e acompanhamento do atendimento em outros serviços especializados. Por exemplo, os problemas observados em consultas anteriores ou pelos quais houve algum encaminhamento para outros profissionais especializados deveriam ser avaliados nas consultas subsequentes (Starfield et al., 2003:63)."
Enfoque familiar	"Pressupõe a consideração do indivíduo em seu ambiente cotidiano, sendo que a avaliação das necessidades de saúde deve considerar o contexto familiar e a exposição a ameaças à saúde de qualquer ordem, além do enfrentamento do desafio dos recursos familiares limitados. Resulta do alcance do elenco de serviços e da coordenação. (Starfield et al., 2003:487)."
Orientação para a comunidade	"Implica o reconhecimento de que todas as necessidades de saúde da população ocorrem num contexto social determinado, que deve ser conhecido e tomado em consideração (Starfield et al., 2003:489)."
Formação profissional	"Pressupõe que a atenção básica seja uma área de "especialização" que requer formação específica. Requer que os profissionais de saúde sejam capacitados para desempenhar suas funções segundo as dimensões mencionadas anteriormente (Almeida e Macinko, 2006)."

Fonte: (Almeida e Macinko, 2006)⁵

Acesso / Porta de entrada

O acesso aos serviços de saúde é definido como a possibilidade dos indivíduos adentrarem (acessibilidade) e utilizarem tais serviços com vistas à resolução de problemas que afetem a saúde. É, portanto, a forma como o indivíduo experimenta o serviço de saúde.^{48,57}

Dentre os fatores que influem nesta possibilidade incluem-se a distância geográfica entre unidade de saúde e a população atendida, os horários e dias em que está aberta para

atender, o grau de tolerância para consultas não-agendadas e o quanto a população percebe a conveniência destes aspectos. Assim, o acesso tem interrelação com a resolubilidade e extrapola a dimensão geográfica, abrangendo aspectos de ordem econômica, cultural e funcional de oferta de serviços.^{5,48,57}

Ao se enxergar o acesso de um ponto de vista mais ampliado faz-se necessário mencionar o acolhimento que com ele se articula e se complementa na implementação de práticas em serviços de saúde, na perspectiva da integralidade do cuidado.⁵⁷

Segundo Franco *et al.*⁵⁸, o acolhimento propõe inverter a lógica de organização e o funcionamento do serviço de saúde, partindo de três princípios: (a) atender a todas as pessoas que buscam os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal; (b) reorganizar o processo de trabalho, deslocando seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional; e (c) qualificar a relação trabalhador-usuário a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e de cidadania.

Segundo Starfield⁴⁸ os serviços da atenção primária devem funcionar como “porta de entrada”, permitindo o ingresso do paciente no sistema de saúde cada vez que este necessita de atendimento, seja a nível primário, secundário ou terciário. Assim, cabe ao médico da APS identificar a necessidade de assistência adicional especializada.

Um estudo realizado nos EUA por Forrest⁵⁹ demonstrou que o serviço de saúde de primeiro contato estava associado com reduções de mais de 50% dos gastos com atendimentos ambulatoriais. Nos casos dos episódios de doenças agudas esse porcentual chegou a 62%. Os resultados se mantiveram significativos mesmo controlados por características sociodemográficas, de condições de saúde, presença de várias enfermidades, tempo de duração da doença e número de idas à emergência.

O funcionamento da APS como porta de entrada preferencial do sistema de saúde e coordenadora do cuidado é um dos principais atributos da Rede de Atenção à Saúde instituída pelo ministério da saúde que será melhor discutida mais adiante.⁶⁰

Vínculo longitudinal

Para Merhy⁶¹, ao se adotarem práticas centradas no usuário do sistema de saúde, faz-se necessário desenvolver capacidades de acolher, responsabilizar, resolver e autonomizar.

Nesse sentido, o trabalho em saúde deve incorporar mais tecnologias leves que se materializam em práticas relacionais, como, por exemplo, acolhimento e vínculo.

Segundo Starfield⁴⁸ o vínculo ou longitudinalidade da atenção tem sido considerado característica central e exclusiva da APS envolvendo a existência de um médico ou um grupo de médicos e a utilização de determinado serviço de saúde pelos pacientes para os múltiplos episódios de doença e cuidados preventivos. Ou seja, a atenção em saúde no sentido longitudinal implicando relacionamento interpessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os pacientes demandando responsabilidade por parte dos primeiros e confiança por parte dos últimos.

Diferentes autores, com algumas divergências nos conceitos empregados, relatam os benefícios desses atributos no sistema de saúde. Segundo Starfield⁴⁸ a longitudinalidade: a) facilita a observância a tratamentos medicamentosos, melhorando a adesão ao tratamento; b) proporciona maior oportunidade de ações preventivas e menor ocorrência de doenças preveníveis, reduzindo o número de atendimentos; c) leva a uma atenção mais efetiva e a facilitando o reconhecimento de problemas de saúde; d) gera diminuição nas taxas de hospitalização e diminuição de custos; e e) garante maior satisfação dos pacientes.

Para Ortún e Gervas^{62,63} o atendimento ao atributo da longitudinalidade tende a produzir diagnósticos e tratamentos mais precisos, além da redução dos encaminhamentos desnecessários para especialistas e para a realização de procedimentos de maior complexidade.

Cunha e Giovanella⁶⁴ buscaram identificar as dimensões da longitudinalidade / continuidade a partir de revisão sobre conceitos empregados por diferentes autores. Foram analisados e categorizados 17 artigos e 3 obras de referência conceitual. Encontrou-se que, apesar de diferenças nas dimensões atribuídas, os termos são utilizados com sentido semelhante.

Sobre a realidade brasileira, Cunha e Giovanella⁶⁴ afirmam que o termo “longitudinalidade” não é usual, sendo as palavras vínculo e continuidade mais utilizadas em trabalhos avaliativos. As autoras alertam que tais opções podem restringir o significado do atributo à existência de uma relação entre usuário e profissionais de atenção primária, sem a preocupação com outras de suas possíveis dimensões.

Por isso elas sugerem a utilização do termo "vínculo longitudinal" propondo 3 dimensões a saber: identificação da unidade básica como fonte regular de cuidado, vínculo terapêutico duradouro e continuidade informacional.

Coordenação do cuidado / Elenco de serviços

As questões relacionadas à divisão e à fragmentação dos serviços de saúde, além de problemas relacionados à comunicação e cooperação entre a equipe, são pontos críticos a serem debatidos e enfrentados pelo gestores e profissionais de saúde.

Calnan *et al*⁶⁵ relata que as falhas na coordenação na França geravam impactos negativos de qualidade na saúde, evidenciados na insatisfatória adesão de médicos ao protocolo de diabetes. Apenas 40% dos pacientes diabéticos realizavam exames oftalmológicos anualmente e, destes, apenas 40% o faziam de 6 em 6 meses como o recomendado. Além disso, os autores apontam que pacientes tratados por mais de um profissional tornam-se mais vulneráveis a consequências adversas da inadequada coordenação e comunicação entre eles.

Venancio⁶⁶ avaliando as práticas gestoras de encaminhamento em 5 diferentes "regiões" do estado de São Paulo encontrou que os mecanismos formais de encaminhamento mostraram-se insuficientes, bem como os instrumentos para o seu acompanhamento. A autora apontou o fortalecimento dos espaços de negociação entre os gestores como um fator facilitador do processo.

O MS tem lançado mão de diversas estratégias com vistas a reduzir a fragmentação e fortalecer o papel da atenção primária como coordenadora da rede de atenção à saúde.

Com o principal objetivo de apoiar a inserção da estratégia de saúde da família na rede de serviços de saúde foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a Portaria GM N° 154, de 24 de janeiro de 2008.⁶⁷

Os NASF atuam dentro de algumas diretrizes relativas à APS, a saber: ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização.⁶⁸

Faz parte da lógica do NASF o estabelecimento, juntamente com as equipes de saúde da família, de espaços de discussões internos e externos, visando o aprendizado coletivo e a constituição da rede de cuidados de modo a aprimorar a coordenação.

Outra iniciativa do MS, do ponto de vista da melhoria da coordenação e integração, que deve ser destacada foi a estruturação da Rede de Atenção a Saúde (RAS), cujas diretrizes foram estabelecidas na portaria GM/MS n 4279 de 2010. A RAS é definida como:

*"arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado"*⁶⁰

O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada. Dentre seus atributos principais estão a existência de mecanismos de coordenação, continuidade do cuidado e integração assistencial.^{60,69}

Exatamente pelo seu caráter de integração a estrutura operacional da RAS é constituída por diferentes pontos de atenção a saúde: atenção básica de saúde, atenção secundária e terciária, sistemas de apoio, sistemas logísticos e de governança.⁶⁰

Formação profissional

Starfield⁴⁸ fundamenta-se em estudos realizados em diversos países para assegurar a importância do papel dos médicos de família, formados especificamente para a atenção primária, como figuras centrais nesse nível de atenção. A autora afirma que quanto maior a proporção de médicos de família em uma comunidade menor a hospitalização e o fluxo de pacientes para a atenção secundária como consultórios e salas de emergência reduzindo, por conseguinte, os custos totais de saúde.

A formação dos profissionais do SUS tem sido alvo de inúmeras críticas, nas últimas décadas, quanto à sua capacidade de atender as necessidades do sistema de saúde, especialmente da atenção básica.⁷⁰

Ferreira *et al*⁷¹ apontam que a carreira de generalista é tradicionalmente pouco valorizada entre os médicos. Como consequência, houve o desenvolvimento histórico de inúmeras especialidades. Para estas autoras, este processo gerou um impacto devastador na

organização da prática médica, fragmentando as intervenções e desestimulando a aquisição de conhecimentos científicos comuns.

Na perspectiva da carreira médica, importante mencionar algumas iniciativas com vistas à modificação desse quadro: Diretrizes Curriculares Nacionais⁷², o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina⁷³ e o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde).⁷⁴

No processo de formação em saúde como um todo, a aprovação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Pneps)⁷⁵ é um passo importante.

Para Stroschein e Zocche⁷⁶ a Educação permanente:

"Tem o intuito de transformar as práticas pedagógicas e de saúde, contribuindo para o processo de desenvolvimento individual e coletivo dos profissionais da saúde (...) apresenta um cenário que envolve a metodologia da problematização, uma equipe com profissionais de diversas áreas de atuação, com ênfase nas situações-problema das práticas cotidianas, possibilitando reflexões críticas e articulando soluções estratégicas em coletivo, e está inserida no desenvolvimento e na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS)."

Para Fontanive⁷⁰ intervenções educacionais podem impactar na melhoria da qualidade clínica e dos desfechos na saúde do paciente. O autor afirma, baseando-se em diferentes estudos, que os métodos mais efetivos são aqueles que aliam aprendizado teórico, prática clínica supervisionada e intervenções educacionais múltiplas (lembreadores, discussões de caso, visitas de suporte assistencial, intervenções multifacetadas) em um modelo interativo.

Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)

As doenças crônicas não transmissíveis são as principais causas de morte no mundo. Em 2008, das 56 milhões de mortes globais, 36 milhões ou 63% foram devido a essas doenças. O envelhecimento da população tende a agravar esse quadro e as populações mais penalizadas por essa epidemia são as de baixa e média renda.⁷⁷

Entre as DCNT estão: doenças cardiovasculares (cerebrovasculares, isquêmicas), neoplasias, doenças respiratórias crônicas e diabetes mellitus, além das desordens mentais e neurológicas, doenças bucais, ósseas e articulares, desordens genéticas e patologias oculares e

auditivas. As quatro primeiras possuem fatores de risco em comum e, portanto, podem contar com uma mesma abordagem para sua prevenção.⁷⁸

O crescimento das DCNT acarreta profundas necessidades de adaptação dos serviços de saúde. O enfrentamento do problema exige medidas efetivas de redução dos fatores de risco, detecção precoce e tratamento por tempo adequado da doença, necessitando-se para isso de acesso a tecnologias e medicamentos essenciais. No entanto, em países de renda baixa ou média, o acesso a esses insumos e tecnologias pode ser bastante limitado, sendo as DCNT responsáveis por grande impacto no gasto familiar, no sistema de saúde e na sociedade. Tanto maior é este impacto quanto menores forem as possibilidades de garantir políticas públicas que alterem positivamente os determinantes sociais de saúde^{77,78}.

Em 2010, a WHO publicou um relatório sobre o estado das doenças não transmissíveis, apresentando formas de mapear a epidemia e reduzir seus principais fatores de risco, reforçando os cuidados de saúde para os pacientes portadores destas doenças.⁷⁷

O estudo carga de doença no Brasil aponta que em 1998 as DCNT representaram 66,3% da carga total de doença estimada, sendo 70,7% no sul, 69,1% no sudeste, 64,5% no centro oeste 62,4% no nordeste e 59% no norte do país. Deste total, 5,1% tem como causa diabetes mellitus e 13,3% doenças cardiovasculares¹

O crescimento das DCNT insere-se no contexto de transição epidemiológica que, segundo Schramm¹ pode ser entendida como:

“Mudanças ocorridas no tempo nos padrões de morte, morbidade e invalidez que caracterizam uma população específica e que, em geral, ocorrem em conjunto com outras transformações demográficas, sociais e econômicas”.

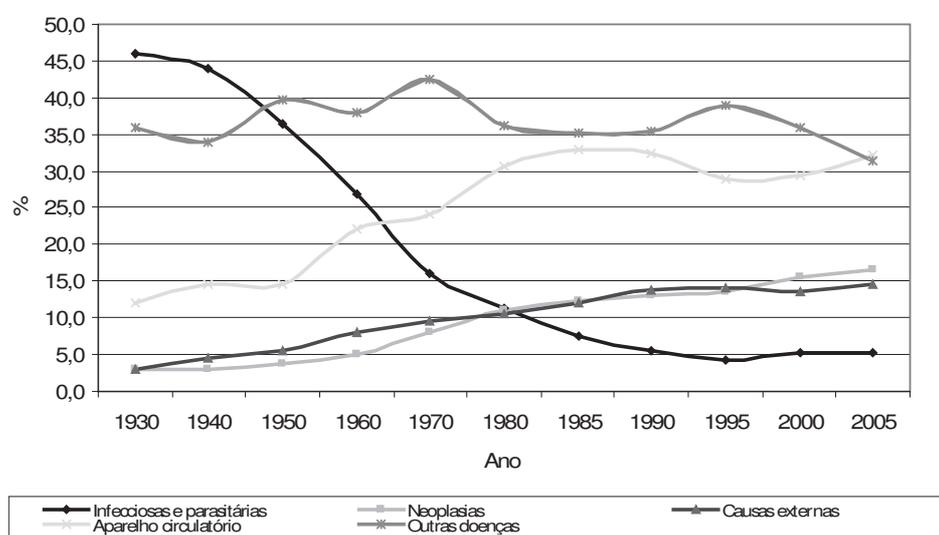
No Brasil, desde os anos 80 as DCNT ultrapassaram as doenças infecciosas e parasitárias como principal causa de óbito (Figura 3). Estas últimas caíram de 46% em 1930 para 5,3% em 2005, enquanto a mortalidade por DCNT chegou em 2005 a representar dois terços da totalidade das causas conhecidas. Esta transição deu-se de forma mais rápida no Brasil comparativamente aos países desenvolvidos.^{1,78}

Contudo, Schmidt *et al*² mostram que entre 1996 e 2007, apesar do aumento de 5% na mortalidade bruta causada pelas DCNT, a mortalidade padronizada pela idade para essas

mesmas causas diminuiu 20% nesse período, decrescendo a uma taxa de aproximadamente 1,8% ao ano.

Como bem definido por Schramm¹ a transição epidemiológica ocorre, também, em conjunto com mudanças nos padrões demográficos. O envelhecimento da população brasileira é uma realidade inexorável. A proporção de idosos no país passou de 6,3% em 1980 para 7,6% em 1996. Segundo projeções da OMS o proporção de idosos será de 14% em 2025, ano em que o Brasil figurará entre os dez países do mundo com maior contingente de pessoas com 60 anos e mais.^{1,2,78-80}

Figura 3. Evolução do padrão de mortalidade no Brasil de 1930 a 2005.



Fonte: (MS, 2008)⁷⁸

A seguir são apresentados alguns dados representativos do cenário epidemiológico da HA e DM. São apresentadas também, algumas informações gerais sobre o estado de saúde da população.

Dados nacionais representativos coletados em 2011 durante a pesquisa Vigitel⁸¹ mostram que 25,4% das mulheres e 19,5% dos homens com idade ≥ 18 anos e cerca de metade dos homens e mais da metade das mulheres com idade ≥ 65 anos relataram diagnóstico prévio de hipertensão. É importante mencionar que estes valores, baseados em autorrelato, podem estar superestimados em aproximadamente 10% em comparação com o diagnóstico clínico.⁸²

A prevalência de Diabetes autorrelatada entre brasileiros de 18 anos de idade ou mais foi de 5,6% em 2011, representando aumento 2,3% comparativamente ao o ano de 1998.^{2,81}

A frequência de adultos obesos ($IMC \geq 30\text{kg/m}^2$) na população brasileira é de 15,8% sendo 15,6% entre homens (chegando a 18,3% na faixa de 35 a 44 anos) e 16% entre as mulheres (chegando a 21,7% na faixa de 55 a 64 anos). O excesso de peso ($IMC \geq 25\text{kg/m}^2$) na população com idade acima de 18 anos é de 48,5% sendo maior em homens (52,6%) do que em mulheres (44,7%)⁸¹.

O percentual da população brasileira adulta que declara consumir frutas e hortaliças em 5 ou mais dias da semana é de 30,7%, inferior ao dos que declaram consumir carnes com excesso de gordura (34,6%). Quanto ao fumo, 4,3% da população adulta refere consumir mais de 20 cigarros por dia e 11,8% se declara fumante passivo em seu domicílio⁸¹.

Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) coletados em 2008, 22,7% da população brasileira auto avalia seu estado com regular, ruim ou muito ruim e 8,3% das pessoas relatam que tiveram suas atividades habituais restringidas por motivo de saúde nas duas semanas anteriores à data da entrevista. Esses percentuais são maiores para indivíduos pertencentes às classes de menor rendimento domiciliar per capita evidenciando as iniquidades na saúde da população. Do total da população residente, 31,3% afirmaram ter pelo menos uma doença crônica, o que correspondia a 59,5 milhões de pessoas.⁸³

Estes dados ajudam a entender um pouco as altas prevalências de DCNT e mostram a necessidade de se investir na promoção de modos de vida mais saudáveis e intervir sobre os condicionantes e determinantes sociais e econômicos do processo saúde-adoecimento.⁷⁸

Deste modo pode-se pensar em outros desfechos possíveis para o envelhecimento, com menos incapacidades, a partir da adoção de estilos de vida mais saudáveis.

A abordagem da Hipertensão Arterial e da Diabetes Mellitus no SUS

Com o propósito de reduzir a morbimortalidade associada à HA e ao DM, no ano de 2000 o Ministério da Saúde implementou o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, estabelecendo diretrizes e metas para a reorganização da atenção à estas doenças no Sistema Único de Saúde (SUS).⁸⁴

Algumas ações priorizadas por este plano foram: confirmação de casos suspeitos, elaboração de protocolos clínicos, treinamento dos profissionais de saúde, garantia de distribuição gratuita de medicamentos antihipertensivos, hipoglicemiantes orais e insulina

NPH e criação de um sistema informatizado de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos denominado Sis-HIPERDIA.⁸⁵

Como parte deste plano, a portaria nº 371/GM de 2002 instituiu o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. O objetivo era garantir o acesso da população a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade, através do cadastramento dos portadores destas doenças no Cadastro Nacional de Portadores de Hipertensão e Diabetes.⁸⁶

No ano de 2006 os 3 níveis de gestão do SUS - federal, estadual e municipal, firmaram o pacto pela vida.⁸⁷ Nele, foram estabelecidos focos de ação prioritários, alguns deles relacionados ao cuidado integral das doenças crônicas como: promoção da saúde, fortalecimento da atenção básica, saúde do idoso e etc.

No ano de 2008, em resposta às prioridades apontadas pelo Pacto pela Vida⁸⁷ e também pela Política Nacional de Promoção da Saúde⁸⁸, o Ministério da Saúde produziu um material⁷⁸, voltado para gestores e trabalhadores da área da saúde, elencando as seguintes diretrizes para cuidado Integral de DCNT: fortalecimento dos sistemas de vigilância em saúde; fortalecimento das ações de promoção da saúde; fortalecimento e reorientação do sistema de saúde na perspectiva do controle integrado e da tomada de decisão baseada em evidências científicas e, por fim, monitoramento e avaliação.

Em 2010, a partir da Portaria GM/MS n 4279⁶⁰, o MS estabeleceu diretrizes para estruturação das Rede de Atenção à Saúde (RAS), buscando superar a fragmentação de serviços, melhorar o funcionamento do sistema e garantir o acesso com efetividade e eficácia. A RAS prioriza a população socioeconomicamente vulnerável, numa tentativa de reduzir as iniquidades em saúde e ratifica o papel da atenção básica como coordenadora do sistema de saúde. A rede deve considerar o acolhimento, ampliação do acesso, a integralidade da atenção, a implantação de diretrizes clínicas, a vinculação e a identificação de riscos e de vulnerabilidades.

No âmbito desse processo, após pactuação tripartite em 2011, foram priorizadas diferentes redes temáticas de atenção à saúde, incluindo a rede de atenção às doenças e condições crônicas que em seu primeiro momento deve priorizar a prevenção e controle do câncer de mama e colo do útero. Outras redes temáticas são: Rede cegonha; Rede de Atenção Psicossocial; Rede de atenção às urgências e emergências e Rede de cuidado à pessoa com

deficiência. Todas as redes temáticas possuem uma lógica comum na sua conformação: a) Identificação dos componentes das redes e suas formas de articulação e b) Estabelecimento de fases para sua implementação constando nas portarias específicas os passos necessários para seu cumprimento ⁸⁹.

Também em 2011, o MS lançou um plano de ações estratégicas para o enfrentamento das DCNT. Foram definidas e priorizadas ações e investimentos necessários para preparar o país para enfrentar e deter as DCNT nos próximos anos. O plano fundamenta-se no delineamento de diretrizes e ações em: a) vigilância, informação, avaliação e monitoramento; b) promoção da saúde; c) cuidado integral ⁹⁰.

Avaliação em saúde e monitoramento do desempenho

Com o surgimento de novas tecnologias em saúde e de diversos modelos assistenciais a avaliação da qualidade tornou-se uma necessidade. ^{91,92}

A avaliação de serviços de saúde apresenta, no entanto, grandes desafios para sua realização. Figueiredo ⁹² destaca alguns deles: divergências ideológicas e subjetividade dos diversos atores envolvidos; dificuldade de estabelecer parâmetros de qualidade em saúde; dificuldade de definição dos elementos do cuidado que devem ser aferidos, de quais métodos e de que fontes de dados e etc.

Donabedian, um dos principais teóricos do campo, baseando-se na teoria geral dos sistemas, propôs um modelo de avaliação multidimensional com a organização dos componentes em três aspectos: estrutura, processo e resultados, podendo haver combinações entre estes. ⁹²⁻⁹⁴

Na definição deste autor, o estudo da estrutura avalia a capacidade de oferta e as características dos recursos empregados na atenção médica como: instalações, insumos equipamentos, qualificação da equipe e etc. As atividades relacionadas ao processo são aquelas voltadas para efetivação do cuidado envolvendo profissionais de saúde e pacientes. Esta pode ser medida de duas maneiras: a partir de observação direta da prática ou através dos registros médicos. A avaliação dos resultados descreve o estado de saúde do indivíduo ou da população como consequência da interação ou não com os serviços de saúde. O estado de saúde possui natureza multifacetada e seus resultados se devem a muitos fatores relacionados ou não com os serviços de saúde. ⁹²⁻⁹⁴

Para Champagne *et al*⁹⁵ avaliar significa, entre outros aspectos "*emitir juízo de valor sobre uma intervenção*". A partir dessa ótica, o autor divide a avaliação em dois tipos: avaliação normativa e pesquisa avaliativa. A primeira se propõe a verificar o grau de conformidade dos componentes da intervenção em relação a padrões estabelecidos. Já a segunda busca, de forma mais aprofundada e com maior rigor científico, compreender as relações de causalidade entre os diferentes componentes de uma dada intervenção.

O monitoramento diferencia-se da avaliação por possuir caráter mais formativo. Seu principal objetivo é certificar a execução de determinado trabalho através de um exercício contínuo de acompanhamento de gestão.⁹⁵

Estudos de monitoramento do desempenho, apesar de serem mais superficiais que os de avaliação, podem complementar, informar e apoiar metodologicamente estudos de maior rigor avaliativo, fornecendo uma visão e abrangente de determinado programa.⁹⁶

Arah⁹⁷ ressalta que organizações internacionais como a OMS recentemente renovaram seu interesse no monitoramento do desempenho dos sistemas de saúde e que os gestores da área entendem os resultados de estudos de desempenho como dados úteis para a tomada de decisões e direcionamento do sistema de saúde. Apesar disso, poucos estudos mostram o impacto dos dados oriundos dessas pesquisas como promotores de melhorias no sistema de saúde.

Em 2000, a WHO lançou um documento⁹⁸ apresentando um instrumento para medida da desempenho dos sistemas de saúde com base em cinco metas: maximização da saúde da população; redução nas iniquidades na saúde; responsividade; redução nas iniquidades em responsividade e no financiamento da saúde. Diferentes indicadores foram utilizados para medir o alcance das metas pelo sistema de saúde de modo a compor um ranking unificado de desempenho. Ainda que bastante controverso em sua primeira aplicação, o documento suscitou a discussão sobre o tema.

Ao revisar estudos realizados em diversos países para medida de desempenho dos sistemas de saúde, Kruk⁹⁹ dividiu os artigos encontrados em dois tipos: um primeiro, mais conceitual e um segundo, discutindo o uso de indicadores de desempenho principalmente em países em desenvolvimento. Os indicadores encontrados foram categorizados em: indicadores de efetividade (acesso ao elenco completo de serviços necessários por um tempo adequado e de forma segura, eficaz e contínua); equidade (progressividade no financiamento) e eficiência

(extrair o máximo de ganhos a partir de um investimento feito em saúde). A relevância do uso de determinado indicador dependeu da unidade de análise, ou seja, do serviço de saúde que se pretende estudar (unidade básica de saúde, hospital e etc).

Avaliação da APS no Brasil

Figueiredo⁹² identificou diferentes instrumentos utilizados para avaliação da APS a partir de meados da década de 90. Entre estes destaca-se o PCATool que, seguindo o modelo donabediano, considera elementos de estrutura e processo, sendo cada um dos atributos da APS avaliados em ambas dimensões. Os elementos de estrutura aferidos incluem acessibilidade, amplitude de serviços ofertados, definição da população assistida e continuidade do cuidado. Já os elementos de processo incluem os padrões de utilização dos serviços e o reconhecimento dos problemas de saúde.⁹²

Diferentes estudos apontam que o PCATool obteve bom desempenho na avaliação dos atributos da APS e na capacidade de mensurar aspectos de estrutura e processo.⁹²

Almeida e Macinko⁵ validaram a versão brasileira do PCATool no município de Petrópolis com algumas modificações em relação ao original, de modo a melhor adequá-lo à realidade brasileira. O instrumento foi dividido em duas partes, uma aplicada aos usuários de clínicas (selecionados aleatoriamente na saída da consulta médica ao longo de dois dias consecutivos) e outra aplicada aos gestores e prestadores de serviços de unidades de saúde. Foram visitadas unidades básicas de saúde tradicionais e unidades de saúde da família. O questionário continha em torno de cem perguntas agrupadas em oito dimensões que compunham diferentes elementos da atenção primária baseando-se no PCATool (Quadro 5).

No Brasil, desde 1998, diferentes estratégias vem sendo adotadas para avaliação e monitoramento da Atenção Básica. Para este fim, o primeiro e mais difundido instrumento nacional concebido foi o Pacto de Indicadores da Atenção Básica. Este se apresentou como estratégia de acompanhamento de indicadores de saúde e formalização de metas entre Municípios, Estados e União. A expansão da ESF bem como a criação do Departamento de Atenção Básica e da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica DAB/CAA permitiu o desenvolvimento de diversas iniciativas. Entre elas pode-se destacar: Planos Estaduais de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica, os Estudos de Linhas de Base do PROESF (Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família) e a Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ).⁹²

Os estudos de linha de base do PROESF foram realizados em parceria com diversas instituições de pesquisa do país e os resultados publicados mostraram de maneira geral a superioridade das unidades de saúde da família em relação às daquelas do modelo tradicional. No entanto observou-se que a APS como um todo apresentava um desempenho regular havendo assimetrias importantes na qualidade dos serviços nas diversas regiões do Brasil.⁹²

A AMQ surgiu em 2005 após a expansão acelerada da cobertura da ESF. Integra o Componente III do PROESF (Avaliação e Monitoramento) e foi desenvolvida em cooperação técnica com a Organização Panamericana de Saúde. Envolveu também técnicos e consultores da CAA/DAB, representantes dos estados e municípios e potenciais usuários.¹⁰⁰

A AMQ é uma metodologia de gestão interna ou autogestão dos processos de melhoria contínua da qualidade. Foi desenvolvida especificamente para a estratégia Saúde da Família (ESF) baseando-se nos pressupostos avaliativos propostos por Donabedian.⁹³ A ideia foi a aplicação periódica e voluntária a gestores e trabalhadores, objetivando servir como elemento orientador para a resolução de problemas e para o envolvimento dos profissionais de saúde em um processo de reflexão, operacionalização e sustentabilidade da ESF. Esperava-se assim, subsidiar o diagnóstico situacional e o planejamento de intervenções.^{92,100}

Em 2011 a partir da portaria Nº 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011¹⁰¹ foi instituído o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). O PMAQ organiza-se em quatro fases que se complementam: Adesão e Contratualização; Desenvolvimento; Avaliação Externa; e Recontratualização.

Foi regulamentada a transferência de recursos financeiros aos municípios que aderiram ao PMAQ. Assim, os municípios passam a receber, por equipe de saúde participante do PMAQ, os percentuais do valor integral do Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável, o qual será proporcional ao desempenho.¹⁰¹

Objetivos

Objetivo Geral

Descrever e analisar o desempenho da atenção primária e o uso racional de medicamentos por pacientes hipertensos e diabéticos no município do Rio de Janeiro no ano de 2009, período prévio à reorganização da APS nesta cidade.

Objetivos Específicos

- Descrever o perfil sócio-demográfico e de uso de medicamentos da população de estudo;
- Descrever aspectos de desempenho dos serviços de saúde na atenção primária no município do RJ em relação ao porte dessas unidades;
- Avaliar a associação entre o uso racional de medicamentos (variáveis desfecho) e aspectos socioeconômicos, aspectos relacionados às condições de saúde e à utilização dos serviços de saúde (variáveis de exposição).

Justificativa

Este estudo mostra-se relevante pois:

- A AF, importante agente para a promoção do URM, afirma-se como componente primordial da assistência à saúde.⁴
- Os Estudos de Utilização de Medicamentos, como é o caso deste, constituem importante estratégia para o aprimoramento do ciclo da assistência farmacêutica.^{8,11,16}
- Indicadores de desempenho são considerados por gestores na área da saúde como úteis para tomada de decisões e direcionamento do sistema de saúde. Há uma recente renovação no interesse de organizações internacionais por estudos que abordem este tema.^{97,98}

- Dados do “Estudo de Carga de Doença no Brasil” e do “Estudo de Projeção de Carga de Doença no Brasil para 2013” evidenciam aumento expressivo da carga de doenças crônicas. Para redução do impacto dessas doenças, a atenção primária é considerada pelo Ministério da Saúde (MS) como a melhor estratégia.^{1,78,102}

Metodologia

Os dados utilizados são de base secundária provenientes do projeto: “o programa remédio em casa como modelo de provisão pública de medicamentos – análise de implantação no município do Rio de Janeiro”, patrocinado pela FAPERJ e conduzido pelo Núcleo de assistência farmacêutica/ENSP/Fiocruz em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa civil do município do Rio de Janeiro no ano de 2009 (SMSDC/RJ). No presente estudo, este projeto será chamado de "Projeto Fonte".

Assim, antes de apresentar a metodologia desta dissertação, torna-se necessário discutir um pouco sobre o delineamento do "Projeto Fonte" e o contexto em que está inserido.

O programa Remédio em Casa

O programa Remédio em Casa (RECASA) foi implantado em janeiro de 2002 no Rio de Janeiro e expandiu-se paulatinamente passando a funcionar em 100% das unidades participantes dos Programas de Hipertensão Arterial (PHA) e de Diabetes Mellitus (PDM) em outubro de 2004.¹⁰³

O RECASA representou uma inovação no processo de dispensação de medicamentos para HA e DM. Os pacientes passaram a recebê-los em um endereço cadastrado no período de funcionamento do programa. O principal critério de inclusão no programa era a constatação, pelo médico e através de evidências clínicas, que o paciente estava em fase de controle da doença, com medicamentos definidos e doses estáveis.¹⁰³

Essa nova dinâmica isentou os usuários de irem mensalmente às unidades de saúde para renovação da receita com a finalidade de receberem uma nova cota de medicamentos, reduzindo a sobrecarga dessas unidades e contribuindo para redução do índice de abandono dos tratamentos crônicos.¹⁰³

Foram excluídos do programa os pacientes que faziam uso de outros medicamentos diferentes daqueles constantes no RECASA, os usuários de insulina, e também aqueles que não estavam em fase de manutenção da HA e/ou DM. Para estes, teoricamente, o fornecimento de medicamentos continuou ambulatorialmente.

O RECASA foi interrompido em 2008 por problemas operacionais na entrega dos medicamentos estando até hoje sem funcionamento.

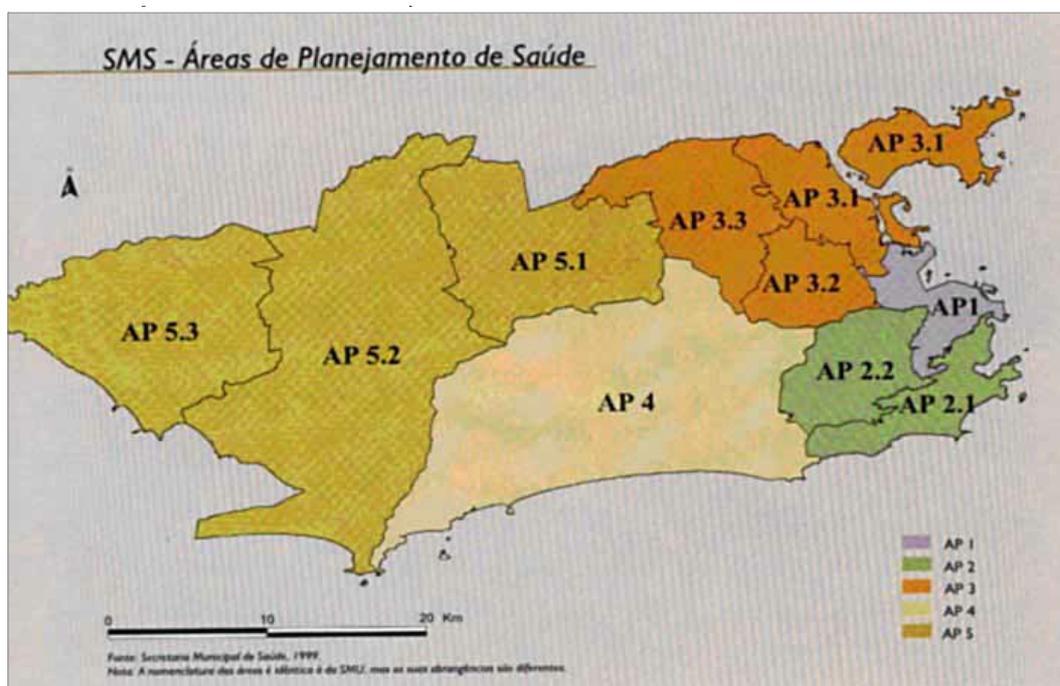
O Município do Rio de Janeiro

Segundo o censo de 2010¹⁰⁴, o município do Rio de Janeiro possui 6.320.446 habitantes, distribuídos em 1.182,30 km², com densidade demográfica de 5.346 hab/Km².

Na tentativa de viabilizar a regionalização das ações e serviços de saúde no município do Rio de Janeiro foram criadas dez áreas de planejamento (AP) constituídas por 32 regiões administrativas, que agregam 157 bairros.¹⁰⁵

A Figura 4 mostra o mapa do Rio de Janeiro dividido nas AP. Observa-se que, geograficamente, as AP do Centro (1), da Zona Sul (2.1) e Norte (2.2, 3.1, 3.2 e 3.3) são menores e as AP da Zona Oeste (5.1, 5.2 e 5.3) são maiores.

Figura 4 Áreas de planejamento do município do Rio de Janeiro, 2005.



Fonte: (MS, 2005).¹⁰⁵

A Tabela 1 apresenta a população do município estratificada pelas AP.

Trata-se de população predominantemente urbana, formada principalmente por adultos. As áreas mais populosas consistem na AP 3.3 (17,1%), que compreende as regiões administrativas de Irajá, Madureira, Anchieta e Pavuna, e a AP 4.0 (14,4%), que compreende as regiões de Jacarepaguá, Cidade de Deus e Barra da Tijuca. A menos populosa é a AP 1

(4,7%), que abriga o centro da cidade e adjacências, com regiões residenciais pouco expressivas.¹⁰⁵

A maior concentração de pessoas com mais de 60 anos está nas AP 3.3 e 2.1, onde residem, respectivamente, 16,9 e 15,2% do total de idosos do município. O menor número encontra-se na AP 5.3 onde concentram-se apenas 4% de todos os idosos do município.

A população de 0 a 14 anos concentra-se mais nas AP 3.3 (17,8%) e 4.0(14,5%) e menos na AP 2.1 (5,2%) (Tabela 1).

Tabela 1 População do município do Rio de Janeiro por áreas de planejamento. Rio de Janeiro. 2010.

Áreas de Planejamento	Total		0 a 14 anos		15 a 59 anos		60 anos ou mais	
	N	%	N	%	N	%	N	%
AP 1	297976	4,7%	56256	4,6%	199155	4,8%	42565	4,5%
AP 2.1	568694	9,0%	64291	5,2%	361058	8,7%	143345	15,2%
AP 2.2	440476	7,0%	68951	5,6%	285611	6,9%	85914	9,1%
AP 3.1	750380	11,9%	155472	12,7%	496249	11,9%	98659	10,5%
AP 3.2	569970	9,0%	100315	8,2%	371803	9,0%	97852	10,4%
AP 3.3	1078222	17,1%	218557	17,8%	700997	16,9%	158668	16,9%
AP 4.0	909955	14,4%	177764	14,5%	616238	14,8%	115953	12,3%
AP 5.1	671041	10,6%	141246	11,5%	444906	10,7%	84889	9,0%
AP 5.2	665198	10,5%	149982	12,2%	440050	10,6%	75166	8,0%
AP 5.3	368534	5,8%	93524	7,6%	237170	5,7%	37840	4,0%
Total	6320446	100%	1226358	100%	4153237	100%	940851	100%

Fonte: (Rio, 2010)¹⁰⁶

Somadas, a Diabetes Mellitus, as doenças hipertensivas, as doenças isquêmicas do coração e as doenças cerebrovasculares foram responsáveis por aproximadamente 28% de todos os óbitos ocorridos no município do Rio de Janeiro no ano de 2009.

A prevalência de HA autorreferida no município, segundo dados da pesquisa vigitel¹⁰⁷ é de 23,3% entre os homens e 33,9% entre as mulheres. Na faixa etária de mais de 65 anos os números passam, respectivamente, para 45,9 e 70,1%.

Já a Diabetes tem seu diagnóstico autorreferido por 5,5% dos homens e 8,7% das mulheres. Na faixa etária de mais de 65 anos a prevalência aumenta para 25,5% das mulheres residentes no município. Para os homens dessa faixa etária o reduzido número de casos (menos que 30) impossibilitou uma estimativa aceitável.¹⁰⁷

No município do Rio de Janeiro, a expansão do Saúde da Família foi recente. Até dezembro de 2008, poucos meses antes da realização desta pesquisa, a cidade era considerada a capital do país com a menor cobertura de Saúde da Família, com apenas 3,5% da população sendo atendida por esse serviço. O site do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde – DAB/MS⁵⁵ informa que a proporção de cobertura populacional estimada do SF no município do Rio de Janeiro em novembro de 2012 é de 39,8%.

Portanto, no contexto deste estudo, a maioria das unidades básicas de saúde visitadas ainda funcionavam nos moldes tradicionais – de forma verticalizada, sem adscrição de clientela e sem cobertura de saúde da família/saúde bucal.

Delineamento do projeto fonte e sua amostra

O "Projeto fonte", consistiu em estudo transversal executado simultaneamente em duas etapas. Na primeira, realizada nas unidades de saúde de referência (USr), foram feitas entrevistas com gestores, médicos, enfermeiros, farmacêuticos, técnicos dispensadores de medicamentos e de operação do sistema informatizado do RECASA. Na segunda etapa foi realizado inquérito domiciliar com pacientes diabéticos e hipertensos cadastrados em algumas dessas unidades visitadas.

O banco de dados utilizado para amostra foi o dos pacientes cadastrados no sistema informatizado do programa Remédio em Casa.

Foram critérios para seleção: pacientes maiores de 18 anos; endereço de residência correspondente àquele de entrega do RECASA (foram excluídos os que recebiam no trabalho); ter ao menos uma receita cadastrada de janeiro a junho de 2008.

Registrou-se uma população alvo de 139.122 pacientes distribuídos em 87 unidades de saúde.

A metodologia utilizada para cálculo da amostra foi amostragem para proporções.¹⁰⁹ Além disso, foi feita alocação proporcional - o número de pacientes sorteados foi proporcional ao número total de pacientes residentes em cada AP (Área de planejamento), por exemplo: Na AP 1.0 havia 13178 pacientes cadastrados e foram sorteados 58 (0,44%); na AP 2.1 havia 7461 pacientes cadastrados e foram sorteados 32 (0,42%).

A fórmula utilizada para o cálculo da amostra está descrita na Figura 5.

. Foi considerado intervalo de confiança de 95%, variância máxima de 0,25 e erro amostral de 4%, resultando em 598 usuários.

Para essa amostra inicial foi registrada uma perda de 26% o que levou à necessidade, ao longo trabalho de campo, de substituições. Essas perdas em sua maioria por mudança de endereço dos pacientes já haviam sido consideradas no desenho inicial da amostra. Por isso foi feito, pelo mesmo critério de amostragem descrito anteriormente, um banco reserva de onde foram provenientes todas as substituições realizadas - ao todo 114. A amostra final resultou em 547 domicílios provenientes de 81 unidades de saúde sendo 80,6% pertencentes à amostra inicial e 19,4% proveniente de reposições. Portanto, conseguiu-se visitar 91,5% do total de domicílios previstos inicialmente (598).

Figura 5 Fórmula para cálculo da amostra

$$n = \frac{z_{\alpha/2}^2 \sigma_x^2 N}{z_{\alpha/2}^2 \sigma_x^2 + \text{erro}^2 (N - 1)}$$

onde,

- n: tamanho da amostra, sem reposição, para população finita;
- N: tamanho da população de interesse (população alvo da pesquisa);
- $z_{\alpha/2}$: valor da abscissa da distribuição $N(0, 1)$, que determina $P(Z > z_{\alpha/2}) = \alpha/2$;
- σ_x^2 : variância da característica populacional de interesse, X (pelo fato deste parâmetro ser desconhecido, usualmente se trabalha com a variância máxima, igual a 0,25).

Questionário utilizado nas USr

O instrumento utilizado no nível das USr continha perguntas fechadas em sua maior parte, organizadas em cinco blocos:

- A. Organização do cuidado aos pacientes hipertensos e diabéticos
- B. Aspectos relativos ao prescritor médico

- C. Aspectos relativos ao prescritor enfermeiro
- D. Aspectos específicos quanto ao funcionamento do RECASA na unidade
- E. Aspectos relativos ao funcionamento da farmácia

Questionário utilizado no nível domiciliar

O questionário utilizado nesse componente da pesquisa continha perguntas fechadas em sua maior parte. Foi dividido em cinco blocos:

- A. Dados gerais (Identificação e caracterização)
- B. Dados da condição de saúde
- C. Uso de serviços de saúde
- D. Experiência com o programa RECASA
- E. Perguntas sobre o tratamento do paciente

O questionário continha dois instrumentos validados:

- Critério ABEP¹¹⁰ para aferição da classe econômica (com base em alguns bens presentes no domicílio e grau de escolaridade do chefe).
- Instrumento MBG (Martín-Bayarre-Grau) para aferição do grau de adesão ao tratamento - desenvolvido por Alfonso *et al*¹¹¹ e validado para a realidade brasileira por Matta.³⁴

O instrumento MBG considera que a postura ativa do paciente no tratamento e na sua relação com o médico faz parte do conceito de adesão ao tratamento. O questionário é composto de diferentes afirmativas que admitem cinco níveis de respostas: Sempre (4 pontos), Quase Sempre (3 pontos), Às Vezes (2 pontos), Quase Nunca (1 ponto), Nunca (0 ponto).

Indicadores do estudo

Primeira parte (artigo)

A descrição detalhada dos indicadores utilizados nesta primeira parte consta no artigo apresentado na seção de resultados desta dissertação. Por isso é feita aqui uma explanação mais geral.

As variáveis de desfecho (indicadores de URM), medem a adesão ao tratamento, a automedicação e os cuidados com os medicamentos. Tais indicadores foram expressos de maneira adimensional e dicotômica (0 para o cenário negativo e 1 para o cenário positivo).

As variáveis de exposição foram definidas segundo os aspectos sociodemográficos, situação de saúde e relação com/uso de serviços de saúde.

As informações foram provenientes de 2 bancos de dados: Banco domiciliar e banco de medicamentos dos pacientes.

Segunda parte (indicadores de desempenho)

O segundo momento da análise dos dados foi a criação dos indicadores de desempenho. Estes foram cotejados com os indicadores utilizados no instrumento PCATool validado por Almeida e Macinko⁵ para a realidade brasileira. Procurou-se categorizar os indicadores desta pesquisa com base nas dimensões do desempenho assumidas por estes autores. Desta forma, foi operacionalmente viável a utilização de cinco dimensões, dentre as oito que foram propostas originalmente. Além disso também foram incorporadas outras duas dimensões: URM e Satisfação dos usuários com a farmácia (Tabela).

Os indicadores de URM explorados neste etapa são basicamente aqueles abordados no contexto domiciliar. A única modificação deve-se ao indicador relacionado à medida da adesão pelo instrumento MBG. Enquanto na primeira parte o indicador foi construído de forma dicotômica (pacientes acima de terceiro quartil para média de adesão), nesse segundo momento, com base no mesmo instrumento, o indicador foi convertido em média de 0 a 100.

Cabe ressaltar as diferenças entre o presente estudo e o trabalho de Almeida e Macinko⁵. Aqui, foram incorporados além de indicadores da APS com um todo, alguns relacionados mais diretamente aos serviços farmacêuticos. Buscou-se assim evidenciar a

inserção destes elementos do ciclo da AF no contexto da atenção primária. Além disso, há diferenças significativas no processo de construção dos indicadores.

No instrumento tomado como referência, o entrevistado (usuário, gestor ou profissional de saúde) respondeu cada pergunta segundo uma escala likert (sempre, quase sempre, às vezes, quase nunca e nunca). Já no presente estudo as variáveis que deram origem aos indicadores são de natureza diversa: contínuas e categóricas. Além disso, há diferenças no processo de coleta de dados. Algumas questões nos questionários do domicílio e da USr (que podem ser visualizados nos anexos 1 e 2 respectivamente) são respondidas a partir da observação direta do pesquisador de campo (a contagem de medicamentos no estoque da farmácia, por exemplo) outras são perguntas fechadas que admitem respostas únicas ou múltiplas e há, por fim, também perguntas em escala *likert* (instrumento MBG para medida de adesão), tal qual o modelo utilizado como referência.

Assim, para construção do *ranking* de desempenho, na organização dos indicadores, todos os valores foram convertidos em uma escala de 0 a 100.

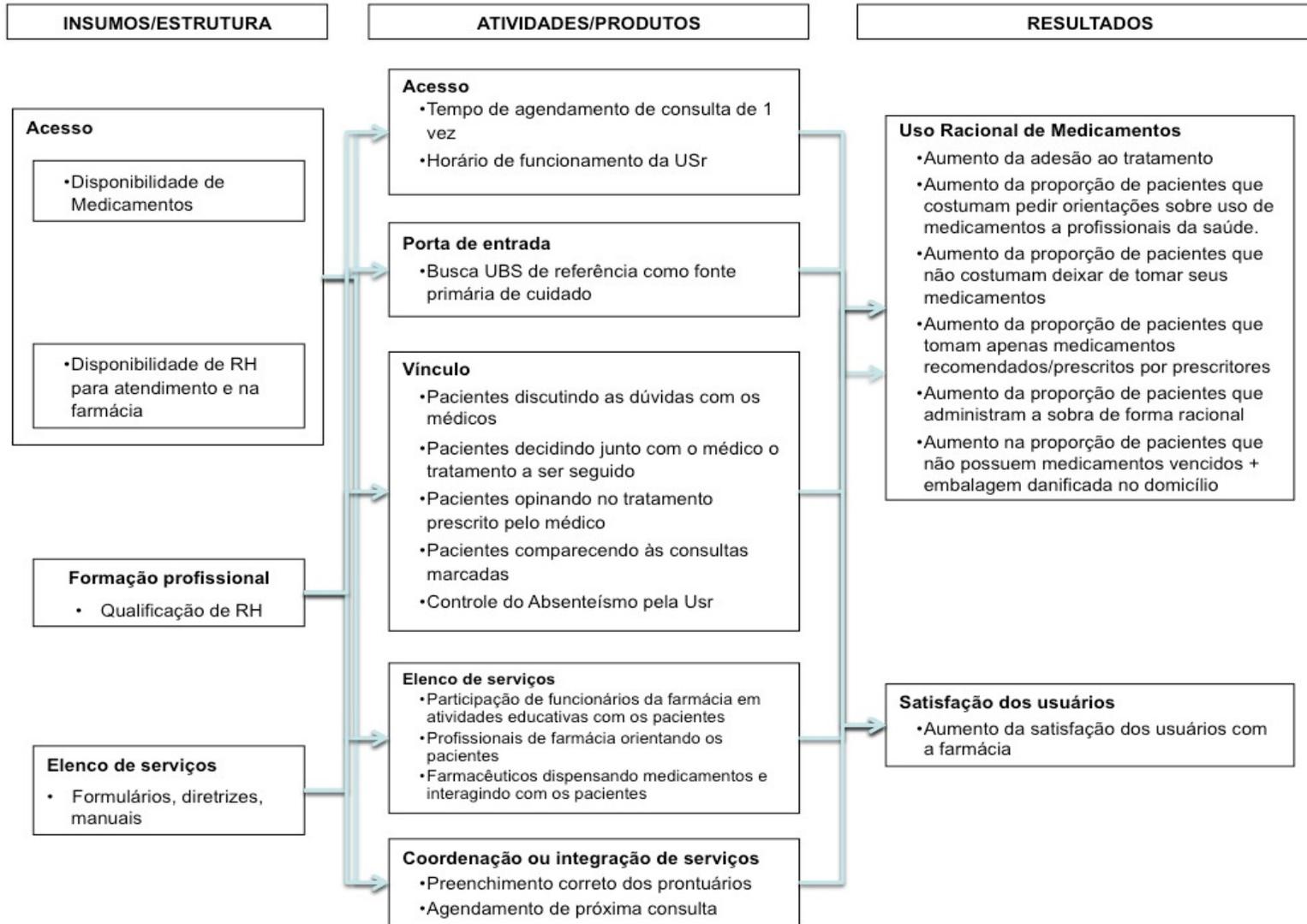
Nesta etapa da pesquisa trabalhou-se com 5 diferentes bancos de dados inter-relacionados a saber: informações sobre a USr, informações sobre os medicamentos das USr, dados dos prontuários dos pacientes, dados do paciente medidos no nível domiciliar e informações sobre os medicamentos analisados no domicílio do paciente. Por isso, o direcionamento dos dados para o objeto de análise (USr) exigiu em alguns momentos agregações dos mesmos. Caso extremo foi o do indicador URM_IND6 em que foi necessária agregação em 3 níveis. Primeiro do banco contendo os medicamentos utilizados pelos pacientes no domicílio para o banco contendo informações sobre os pacientes (% pacientes com ausência de medicamentos vencidos/com embalagem danificada) e em seguida do banco dos pacientes para o banco com informações sobre a USr (proporção média por USr de pacientes com ausência de medicamentos vencidos/embalagem danificada).

Com vistas a aprofundar a análise do desempenho das unidades de saúde foi necessário classificá-las. Para isso, optou-se pela estratificação pelo porte da demanda e da oferta. Para cálculo do primeiro, utilizou-se o número de pacientes com hipertensão e/ou diabetes cadastrados nas unidades básicas de saúde pelo sistema do RECASA. O porte pela oferta foi definido pela média da carga horária oferecida pelos enfermeiros e médicos nos dias de trabalho ao longo da semana, para cada USr (Multiplicou-se o número de médicos/enfermeiros pela carga horária cumprida por cada um deles).

Para conotar a idéia de alcance do desempenho todos os indicadores foram organizados na direção positiva (assim fala-se "proporção de USr com **todos** os medicamentos para HT e DM no estoque" e não "proporção de USr com **ausência** de medicamentos para HT e DM no estoque").

O Quadro 6 apresenta o modelo lógico do desempenho em que todos os indicadores utilizados são categorizados segundo o modelo Donabediano. Nesse modelo, o uso racional de medicamentos e a satisfação do usuário com a farmácia são incorporados como indicadores de resultados e as demais dimensões são entendidas como insumo insumos/estrutura e atividades/produtos.

Quadro 6 Modelo lógico do desempenho



Quadro 7 Indicadores de desempenho e categorias correspondentes no modelo lógico.

Dimensão	Indicador	Definição	Categoria do modelo lógico	Categoria utilizada por Almeida e Macinko⁵
Acesso (Insumo/estrutura)	AC_IND1	Proporção de USr com todos os medicamentos para HT e DM no estoque.	Disponibilidade de medicamentos	Medicamentos adequados
	AC_IND2	Proporção de USr com 2 ou mais médicos presentes no momento da visita	Disponibilidade de RH	
	AC_IND3	Proporção de USr com 2 ou mais enfermeiros presentes no momento da visita	Disponibilidade de RH	
Acesso (Atividades/produtos)	AC_IND4	Proporção de USr com consulta de primeira vez imediata ou agendada até o dia seguinte	Tempo de agendamento de consulta de 1 vez	Consulta médica < 24 horas
	AC_IND5	Proporção de USr que funcionam pelo menos um turno no sábado ou após as 17hs	Horário de funcionamento	Aberta durante o fim de semana e Aberta um dia depois das 18 horas
Vínculo (atividades/produtos)	VI_IND_1	Proporção de USr que possuem controle de absenteísmo dos pacientes e tomam medidas com relação aos faltosos.	Controle de absenteísmo	
	VI_IND2	Média (0 a 100) por USr da afirmativa "O(a) sr(a) e seu médico discutem como cumprir o tratamento" em pacientes das USr.	Pacientes discutindo as dúvidas com os médicos	Acesso aos profissionais para esclarecer as dúvidas
	VI_IND3	Média (0 a 100) por USr da afirmativa " O(a) sr(a) e seu médico decidem juntos o tratamento a ser seguido".	Pacientes decidindo junto com o médico o tratamento a ser seguido	
	VI_IND4	Média (0 a 100) por USr da afirmativa "Tem a possibilidade de dar a sua opinião no tratamento que o médico prescreveu".	Pacientes opinando nos tratamento prescrito pelo médico	
	VI_IND5	Proporção média por USr de pacientes que não faltaram a consulta nos 6 meses anteriores à entrevista	Paciente comparecendo às consultas marcadas	
	VI_IND6	Proporção média por USr de pacientes que nos últimos 6 meses não buscaram atendimento em outro serviço que não a USr (exceto emergências de hospitais)	Busca da UBS de referência como fonte primária de cuidado	Necessária uma consulta nas unidades básicas antes de buscar serviços nos outros níveis de atenção
Elenco de serviços (insumo/Estrutura)	ES_IND1	Proporção de USr que possuem fluxograma ou POP especificando a rotina de atendimento ao paciente	Formulários, diretrizes, manuais	Existência de protocolos
	ES_IND2	Proporção de USr com presença de protocolos clínicos	Formulários, diretrizes, manuais	Existência de protocolos

Dimensão	Indicador	Definição	Categoria do modelo lógico	Categoria utilizada por Almeida e Macinko ⁵
		para atendimento a pacientes com HA e DM na farmácia ou consultório médico ou de enfermagem.		
Elenco de serviços(atividades/pr oduutos)	ES_IND3	Proporção de USr cujo pessoal da farmácia declara orientar os pacientes de HT e DM	Profissionais de farmácia orientando aos pacientes	
	ES_IND4	Proporção média por USr de horas semanais que os farmacêuticos dispensam e interagem com os pacientes na farmácia	Farmacêuticos dispensando medicamentos e interagindo com o paciente	
	ES_IND5	Proporção de USr cujos profissionais das farmácias realizaram atividades educativas com os pacientes nos 3 anos anteriores à entrevista	Participação de funcionários da farmácia em atividades educativas com os pacientes	
Coordenação ou integração de serviços (atividades/produtos)	CO_IND1	Proporção média por USr de pacientes que referem ter a próxima consulta agendada na unidade de saúde de referência	Agendamento de próxima consulta	
	CO_IND2	Proporção média por USr de pacientes diabéticos cujos prontuários foram preenchidos com valores de glicose na última consulta	Preenchimento correto dos prontuários	
	CO_IND3	Proporção média por USr de pacientes hipertensos cujos prontuários foram preenchidos com valores de pressão arterial na última consulta	Preenchimento correto dos prontuários	
Formação Profissional (Insumo/Estrutura)	FP_IND1	Proporção por USr de horas de treinamento relativo ao cuidado de pacientes com HA/DM desde 2002 assistidos por médicos	Qualificação de RH	Médicos treinados em atenção básica
	FP_IND2	Proporção por USr de horas de treinamento relativo ao cuidado de pacientes com HA/DM desde 2002 assistidos por enfermeiros	Qualificação de RH	
	FP_IND3	Proporção de USr cujos profissionais que dispensam mais frequentemente possuem nível ensino médio completo ou mais	Qualificação de RH	
	FP_IND4	Proporção por USr de horas de treinamento que os profissionais dispensadores participaram para realização de suas atividades desde 2002	Qualificação de RH	
Uso Racional de Medicamentos	URM_IND 1	Proporção média por USr de pacientes que não costumam deixar de tomar seus medicamentos	Aumento da adesão ao tratamento	

Dimensão	Indicador	Definição	Categoria do modelo lógico	Categoria utilizada por Almeida e Macinko⁵
(Resultados)	URM_IND 2	Proporção média por USr de pacientes que não costumam deixar sobrar medicamentos do tratamento	Aumento da proporção de pacientes que não costumam deixar sobrar medicamentos do tratamento	
	URM_IND 3	Média por USr de adesão dos pacientes ao tratamento	Aumento da adesão ao tratamento	
	URM_IND 4	Proporção média por USr de pacientes que costumam pedir informação sobre medicamentos a profissionais de saúde	Aumento da proporção de pacientes que costumam pedir orientações sobre uso de medicamentos a prescritores e farmacêuticos	
	URM_IND 5	Proporção média por USr de pacientes cujos medicamentos foram recomendados/ prescritos por prescritores	Aumento da proporção de pacientes que tomam apenas medicamentos recomendados/prescritos por prescritores	
	URM_IND 6	Proporção média por USr de pacientes com ausência de medicamentos vencidos + embalagens danificadas no domicílio	Aumento na proporção de pacientes que não possuem medicamentos vencidos + embalagem danificada no domicílio	
Satisfação dos usuários com a farmácia da UBS de referência (Resultados)	SF	Proporção média por USr de pacientes que se declararam satisfeitos ou muito satisfeitos com a farmácia da UBS de referência	Aumento da satisfação dos usuários com a farmácia	

Análise dos dados

Todos os dados da pesquisa foram exportados para o SPSS 17[®] compondo diferentes bancos onde foram realizadas as análises. Em algumas etapas do trabalho foi necessário adicionalmente o uso do software Microsoft Excel[®]. Procedeu-se inicialmente a descrição univariada de todos os indicadores criados ou variáveis de exposição utilizadas. Também foi realizada análise bivariada entre variáveis de exposição e desfecho utilizando-se de diferentes testes estatísticos.

Na primeira parte dos resultados, a análise bivariada foi feita entre os indicadores de URM (desfechos) e diferentes variáveis de exposição (Tabela). Todas as variáveis foram convertidas em categóricas. Por isso, para medida de associação entre estas utilizou-se o teste qui-quadrado.

Além disso, aquelas variáveis que evidenciaram associações estatisticamente significativas ao nível de confiança de 90% neste teste, na etapa bivariada, deram origem a diferentes modelos de regressão logística. Foi realizado, assim, um modelo de regressão logística para cada um dos desfechos de URM, utilizando-se método *stepwise backward* ao nível de significância de 5%, com probabilidade de entrada de 0,20 e de saída de 0,10. São apresentadas suas respectivas proporções de classificação total do modelo logístico - (PCT - Overall), razões de chance ajustadas (OR_{AJ}) e intervalos de confiança de 95%

Na segunda parte dos resultados, foi realizada análise bivariada dos indicadores de desempenho em relação ao porte (pela demanda ou oferta) destas unidades. Neste ponto, optou-se pela utilização do teste não paramétrico Mann-Whitney. Tal escolha baseou-se no tamanho da amostra de USr, demasiado pequena para realização de testes paramétricos, que exigem hipóteses mais consistentes sobre a distribuição da população estudada.

Considerações Éticas

O projeto fonte denominado “O Programa Remédio em Casa como Modelo de Provisão Pública de Medicamentos – Análise e Implantação no município do Rio de Janeiro” – foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (CEP/ENSP).

Todas as entrevistas realizadas no projeto fonte foram concedidas após anuência e assinatura voluntária do Termo de Consentimento Livre Esclarecido seguindo as recomendações nacionais quanto à ética em pesquisa, em especial a Resolução 196.¹¹²

Esta pesquisa também teve projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (CEP/ENSP). O parecer de aprovação pelo CEP segue no Anexo 3.

Artigo: Uso Racional de Medicamentos por Pacientes Diabéticos e Hipertensos no Município do Rio de Janeiro, Brasil.

Resumo

A prevalência das doenças crônicas vem aumentando no Brasil nas últimas décadas, o que representa importante desafio para o sistema de saúde como um todo. O medicamento, desde que utilizado de forma correta, constitui importante ferramenta terapêutica para o enfrentamento desse problema.

Este estudo tem como recorte o uso racional de medicamentos (URM) do ponto de vista da adesão, da automedicação e dos cuidados domiciliares com medicamentos por pacientes hipertensos e diabéticos atendidos em unidades básicas de saúde no município do Rio de Janeiro.

Trata-se de estudo transversal utilizando os dados do projeto fonte intitulado “O programa remédio em casa como modelo de provisão pública de medicamentos - análise e implantação no município do Rio de Janeiro”.

O URM, medido de diferentes formas, foi maior entre hipertensos, indivíduos casados, que trabalham, que referem receber orientações de seu médico sobre dieta e exercício físico e que não faltaram a consultas na unidade básica de saúde nos 6 meses anteriores à pesquisa. A identificação de fatores predisponentes da adesão e do URM permite identificar características dos usuários que merecem atenção particularizada no atendimento. O achado relativo à continuidade do cuidado reforça a importância de aspectos da atenção primária em saúde.

Abstract

In the recent decades, the prevalence of chronic diseases has increased in Brazil, becoming a major challenge for the Brazilian health system. In this context, medicines, if correctly used, represent an important therapeutic tool to face this problem.

This study focuses on the rational use of medicines (RUM), considering adherence, self-medication and how people take care of medicines inside their households by hypertensive and diabetic patients treated in primary care units in the city of Rio de Janeiro. It

constitutes a cross-sectional study based on the data collected on the project “The Program ‘Remédio em Casa’ as a model of public provision of medicines – analysis and implementation in the city of Rio de Janeiro”.

RUM, measured in different ways, has revealed to be higher among hypertensive individuals who are married, who are working, who have mentioned to receive medical guidance about diet and physical exercise, and who has not missed any scheduled medical consultations at the primary health care unit in the 6 months before this research was done. The identification of predisposing factors of adherence and RUM allows the recognition of users’ individual characteristics that should be specially considered on patient care. Our findings regarding continuity of care strengthens the importance of certain aspects of the primary health care.

Introdução:

No Brasil, a prevalência da Hipertensão Arterial (HA) e Diabetes Mellitus (DM) vem aumentando nas últimas décadas o que representa importante desafio para o sistema de saúde como um todo.¹

O medicamento pode constituir importante ferramenta terapêutica para o enfrentamento deste problema. No entanto, se utilizado de forma incorreta, pode também acarretar sérios riscos para a saúde e ocasionar, por conseguinte, desperdício de recursos. A Organização Mundial da Saúde estima que, no mundo, metade de todos os medicamentos são inadequadamente prescritos, dispensados ou vendidos e que metade dos pacientes não os tomem corretamente.^{2,3}

Este estudo analisa o Uso Racional de Medicamentos (URM) do ponto de vista da adesão ao tratamento, da automedicação e dos cuidados com os medicamentos no domicílio tomando-se como recorte a pacientes hipertensos e diabéticos atendidos em unidades básicas de saúde do município do rio de janeiro no ano de 2009.

A baixa adesão ao tratamento é uma das principais causas de redução do benefício clínico e controle da HA e DM, levando a complicações de saúde e psicossociais e redução da qualidade de vida. Por isso, há necessidade de manutenção contínua por esses pacientes do tratamento medicamentoso prescrito e de obediência consciente às condutas orientadas quanto aos hábitos de dieta e atividade física.^{4,5}

Os cuidados dispensados aos medicamentos no domicílio são de fundamental importância para manutenção de sua qualidade. Estes devem ser guardados em local arejado e seguro, sem exposição à luz, calor ou umidade. Os medicamentos cuja validade esteja vencida devem ser devidamente separados de todos os demais e descartados. Também é importante a preservação da embalagem primária e rótulo dos medicamentos permitindo sua correta identificação e evitando equívocos no uso dos mesmos.^{6,7}

Por fim considera-se como relevante para a análise do URM a automedicação. Entre outras consequências indesejáveis desta prática, Arrais⁸ aponta o desenvolvimento de enfermidades iatrogênicas, o mascaramento de sintomas e o agravamento da doença.

Metodologia

Estudo analítico, utilizando dados provenientes do projeto RECASA: “O programa remédio em casa como modelo de provisão pública de medicamentos – análise de implantação no município do Rio de Janeiro”, patrocinado pela FAPERJ. O projeto foi aprovado pelo comitê de ética da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) e conduzido em 2009 pelo Núcleo de assistência farmacêutica/ENSP/Fiocruz em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Município do Rio de Janeiro (SMSDC/RJ). Tal estudo será referido como ‘estudo fonte’.

Estudo fonte

O estudo fonte utilizou modelo transversal executado simultaneamente com duas abordagens: 1) Nível da US em que foram feitas entrevistas com gestores e profissionais da saúde, observação direta e consulta a documentos; 2) Nível domiciliar em que foram realizadas entrevistas com pacientes diabéticos e ou hipertensos cadastrados no programa em alguma das unidades visitadas na primeira abordagem da pesquisa.

O RECASA funcionava em 137 unidades de saúde, a maioria públicas, mas também algumas instituições filantrópicas. Optou-se por trabalhar com as 87 unidades municipais, com cadastro ativo de pacientes RECASA no período de realização da seleção da amostra (final de 2008), representado por pelo menos um envio de medicamento pelo programa no ano anterior.

A amostra domiciliar constituiu-se de pacientes maiores de 18 anos cadastrados no RECASA, o que significou, portanto, terem sido atendidos em consulta clínica para acompanhamento / consulta inicial para hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus em alguma unidade de saúde do município do Rio de Janeiro (referida nesse estudo como “US de referência” - USr). Desta

forma, foram critérios de inclusão, além do cadastro ativo no programa: ter 18 anos ou mais e residir no endereço de entrega no RECASA.

Utilizou-se amostragem por proporções.⁹ Registrou-se população alvo de 139.122 pacientes distribuídos em 87 unidades de saúde. Para o cálculo da amostra, foi considerado intervalo de confiança de 95%, variância máxima de 0,25 e erro amostral de 4%, resultando em 598 usuários. Ao longo do processo de campo foi necessária a realização de substituições. Para tanto, foi criado um banco reserva com base em amostra seguindo os parâmetros mencionados acima. A amostra final resultou em 547 domicílios provenientes de 81 unidades de saúde representando perda de 8,5% em relação ao previsto inicialmente.

Indicadores do estudo

Como variável desfecho foram utilizados indicadores para expressar o uso racional de medicamentos (Quadro 1). Tais indicadores foram compostos por diferentes questões do instrumento (resposta única ou múltipla, variáveis contínuas ou categóricas) e foram expressos de maneira adimensional e dicotômica (0 para o cenário negativo e 1 para o cenário positivo).

Os indicadores de URM expressam medidas de adesão ao tratamento, automedicação e cuidados com os medicamentos.

Para a adesão ao tratamento foram combinadas três diferentes medidas: (a) os usuários foram diretamente perguntados se costumavam deixar de tomar seus medicamentos; (b) se costumava sobrar medicamentos de DM e HA; e (c) medida sumária de adesão. Esta última foi aferida através de um instrumento (Questionário MBG), adaptado para o português por Matta¹⁰ a partir da proposta validada por Alfonso *et al.*¹¹ Neste instrumento, considera-se que a postura ativa do paciente no tratamento e a relação com o médico fazem parte do conceito de adesão. Sua medida se dá a partir de uma escala likert composta de 12 afirmativas que admitem cinco níveis de respostas para as quais são atribuídos, respectivamente, de 4 a 0 pontos: sempre, quase sempre, às vezes, quase nunca e nunca. A pontuação máxima possível para cada indivíduo é 48 pontos. Foram considerados aderidos aqueles pacientes cujo somatório de pontos das alternativas esteve acima do terceiro quartil.

O comportamento de automedicação foi expresso pelo fato de ter os profissionais de saúde como fonte única para obter informação sobre medicamentos (pedir informações sobre medicamentos apenas a profissionais de saúde) e se todos os medicamentos encontrados no

domicílio no momento da visita haviam sido recomendados/prescritos por prescritores (médicos/dentistas).

Os cuidados com o medicamentos foram expressos pela ausência de medicamentos vencidos ou com rótulo/embalagem primária danificada no domicílio, aspectos verificados por observação direta no momento da visita.

As variáveis de exposição foram definidas segundo os aspectos: sociodemográficos (idade; sexo; estado civil; se mora sozinho; etnia; ocupação; classe econômica¹²; situação de saúde (tipo de enfermidade; tempo de conhecimento do diagnóstico de HTA e DM; tempo de uso de medicação anti-hipertensiva e anti-diabética; auto-avaliação do estado de saúde – global e em relação a pessoas da mesma idade; dificuldade para realizar tarefas do trabalho ou de casa; estabilidade da abordagem terapêutica) e relação com e uso de serviços de saúde (regularidade no comparecimento às consultas agendadas; agendamento da consulta seguinte; grau de satisfação com o atendimento da farmácia; indicação de exercícios físicos e indicação de dieta pelo médico da US).

Análise dos dados

Os dados foram analisados no programa SPSS 17®. O teste qui quadrado foi realizado entre cada um dos indicadores de desfecho (URM) e as variáveis de exposição. Neste teste, aquelas variáveis que evidenciaram associações estatisticamente significativas ao nível de 90% deram origem a diferentes modelos de regressão logística. O método utilizado foi o stepwise backward ao nível de significância de 5%, com probabilidade de entrada de 0,20 e de saída de 0,10. Serão apresentadas suas respectivas proporções de classificação total do modelo logístico - (PCT - Overall), razões de chance ajustadas (ORAJ) e intervalos de confiança de 95%

Resultados

Na Tabela 1 são apresentadas as variáveis de exposição e, no Quadro 1 e as variáveis desfecho. A Tabela 2 e a Tabela 3 apresentam apenas as variáveis que se mostraram estatisticamente significativas nos testes estatísticos empregados.

Dados Sociodemográficos

Dos pacientes selecionados para entrevista, 96,2% eram hipertensos, 20,8% diabéticos e 17,2% portadores de ambas enfermidades.

A amostra consistiu principalmente de idosos, sendo a média de idade de 62,7 anos (variando de 24 a 95 anos) e a mediana de 62 anos. Quase dois terços (68,0%) dos indivíduos eram do sexo feminino e um pouco mais da metade (52,5%) eram casados. Em torno de 10% dos indivíduos moravam sozinhos, o que pode indicar falta de suporte familiar. Apenas 35,1% se declararam brancos. Setenta por cento não trabalham, situação muito certamente ligada à faixa etária. Cerca de 40,0% pertenciam às classes econômicas de A2 a C1 e 60,1% às classes C2 a E pelo critério ABEP.¹² (Tabela 1).

Condições de saúde

Quanto às condições de saúde, 87,4% dos pacientes tinham conhecimento de seu diagnóstico de hipertensão e/ou diabetes há mais de 5 anos, valor próximo ao dos que estavam em uso de medicação específica (86,4%), indicando que o diagnóstico ocorre quando os indivíduos estão sintomáticos e em necessidade de tratamento com medicamentos. A maioria (67,0%) avaliou seu estado de saúde como “regular, ruim ou muito ruim” e 33,0% como “bom ou muito bom”. Quando essa mesma pergunta foi feita pedindo que o paciente respondesse em comparação com “outras pessoas da mesma idade” a proporção daqueles que referiram seu estado de saúde como “regular, ruim ou muito ruim” caiu para 58,1% e como “bom ou muito bom” subiu para 41,9%. A maioria (73,4%) estava há mais de 1 ano com as receitas para hipertensão/diabetes sem alteração, indicando estabilidade da abordagem terapêutica.

Quando perguntados sobre o grau de dificuldade para realizar tarefas do trabalho ou de casa 86,3% dos entrevistados referiram “nenhum, leve ou regular” (Tabela 1).

Uso dos serviços de saúde

Dos entrevistados, 14,0% relataram terem faltado à alguma consulta marcada na USr nos 6 meses anteriores à entrevista, o que pode indicar problemas de continuidade do cuidado.

Também foram identificados problemas na coordenação do cuidado - 38,2% dos pacientes não possuíam a consulta seguinte agendada na USr no momento da visita.

Um percentual de 65,0 e 56,0% dos pacientes relatou que seus médicos costumam, além dos medicamentos, fazer indicação de dietas e exercício físico, respectivamente.

Quanto à satisfação dos usuários com o atendimento da farmácia da unidade de saúde de referência, 78,6% referiram estar "satisfeitos ou muito satisfeitos" e 21,4% "nada ou pouco satisfeitos" (Tabela 1).

Uso Racional de Medicamentos

Cerca de 77,0% dos pacientes relataram não costumar deixar de tomar os seus medicamentos (URM 1) e 80,0% relataram que não costumava sobrar medicamentos de DM e HA (URM 2). Apenas 31,3% dos pacientes estiveram acima do terceiro quartil para a média de adesão ao tratamento (URM 3). Um percentual de 62,0% relatou costumar pedir informações sobre medicamentos apenas a profissionais de saúde (URM 4). A observação direta destes medicamentos mostrou que cerca de metade (51,0%) dos pacientes não possuíam medicamentos vencidos ou com embalagem danificada no domicílio (URM 5). Segundo relato dos pacientes 99,0% dos medicamentos tomados para a doença foram reomendados/prescritos por prescritores (URM 6). (Quadro 1).

Associações estatisticamente significativas identificadas

A seguir, são apresentados os resultados dos testes estatísticos. Conforme relatado na metodologia, foram realizados inicialmente testes qui quadrado. Em seguida, as variáveis que apresentaram-se associadas estatisticamente deram origem a um modelo de regressão logística, casos em que será também apresentado o OR ajustado (ORaj)

Aqueles indivíduos que não faltaram à consulta marcada na USr nos 6 meses anteriores a entrevista apresentaram maior proporção de URM 2 ($p < 0,001$; $OR_{aj} = 2,17$) e URM 5 ($p < 0,001$; $OR_{aj} = 2,27$), o que fala a favor da continuidade do cuidado. Também foi confirmada a relação entre o uso racional e a recomendação ao paciente, pelo médico da USr, de dieta (medido por URM 3 -- $p < 0,003$; $OR_{aj} = 1,84$ e URM 4 – $p < 0,018$; $OR_{aj} = 1,52$) e exercícios (medido por URM 3 -- $p < 0,050$; URM 4 – $p < 0,050$ e URM 5 – $p < 0,007$; $OR_{aj} = 1,70$) (Tabela 2 e Tabela 3).

Além disso houve maior uso racional de medicamentos entre os indivíduos hipertensos (medido por URM3 - $p < 0,15$; $OR_{aj} = 2,48$), casados (medido por URM 5 - $p < 0,100$) e que trabalham (medido por URM 2 – $p < 0,004$; $OR_{aj} = 1,64$) (Tabela 2 e Tabela 3).

Não houve boa concordância entre os achados referentes à etnia e à estabilidade da abordagem terapêutica. Os indicadores URM 1 e URM 5 apresentaram respectivamente maiores proporções para os indivíduos brancos ($p < 0,026$; $OR_{aj} = 1,73$) e não brancos ($p < 0,019$; $OR_{aj} = 1,59$). Os indicadores URM 1 e URM 3 apresentaram maiores proporções entre os indivíduos com receita para HA/DM sem alteração há menos de 1 ano (respectivamente $p < 0,026$; $OR_{aj} = 1,73$ e $p < 0,025$; $OR_{aj} = 1,63$) e o indicador URM 5 maiores

proporções entre os pacientes que há mais de 1 ano não sofriam alterações na abordagem terapêutica ($p < 0,031$; $OR_{aj} = 1,59$) (Tabela 2 e Tabela 3).

O indicador URM6 não apresentou associação estatisticamente significativa, muito certamente pela concentração dos indivíduos assimétrica - quase a totalidade dos pacientes são positivos para esse indicador.

Não foram identificadas associações com as variáveis: "sexo", "mora sozinho?", "classe econômica", "há quanto tempo sabe que tem HTA e DM", "há quanto tempo toma medicamentos para HTA e DM", "como avalia seu estado de saúde", "como avalia se estado de saúde em relação a outras pessoas de sua idade?", "grau de dificuldade em realizar tarefas do trabalho ou de casa", "marcou a data de sua próxima consulta no USr?" e "qual o grau de satisfação com o atendimento da farmácia?". O indicador URM6 também não apresentou associação com nenhuma das variáveis de exposição testadas, isso se deveu certamente pela elevada assimetria na distribuição dos resultados (quase a totalidade dos pacientes são positivos para este indicador).

Discussão

Considerações metodológicas

Os indicadores utilizados neste estudo são provenientes de informações coletadas de diferentes formas: observação direta do pesquisador de campo (URM 5), relato de pacientes a partir de perguntas fechadas com possibilidade de respostas únicas (URM 1 e 2) ou múltiplas (URM 4 e 6) e, por fim, perguntas cujas opções eram apresentadas na escala likert com 5 pontos (URM 3). Além, disso fazem parte de constructos teóricos distintos, medindo diferentes dimensões do URM.

O instrumento MBG que deu origem ao indicador URM3 continha a afirmativa "vai as consultas marcadas". Por isso não foi viável a realização do teste estatístico entre este indicador e a variável "faltou a alguma consulta marcada na USr nos últimos 6 meses?".

Automedicação

Quase a totalidade dos pacientes (99,0%) toma apenas medicamentos recomendados ou prescritos por prescritores autorizados. Os dados apresentam cenário melhor do que o

encontrado Ribeiro¹³ que, estudando o estoque de medicamentos armazenados no domicílio de pacientes atendidos pelo PSF no interior de Minas Gerais, encontrou que 58,4% dos medicamentos haviam sido comprados sem prescrição. Igualmente, os resultados aqui encontrados para este aspecto da auto medicação foram melhores que aqueles do estudo “Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil”.¹⁴ Neste estudo, cuja amostra foi representativa da população em geral, encontrou-se que 47,6% dos entrevistados obtiveram prescrição de médicos ou dentistas.

O bom resultado aqui encontrado é certamente devido a fato dos pacientes terem sido solicitados a mostrar apenas os medicamentos tomados para tratamento da HA/DM. Além disso, a amostra deste estudo, por definição, foi restrita a pacientes cadastrados no programa de hipertensão/diabetes e que, portanto, estavam sob acompanhamento médico.

Oenning *et al*¹⁵ avaliando o conhecimento sobre o tratamento medicamentoso de pacientes atendidos em uma unidade básica de saúde de Santa Catarina verificou que a maioria deles não tinham nível de informação adequado para utilização segura dos medicamentos prescritos. Assim, chama a atenção que apenas cerca de 6 em cada 10 pacientes do presente estudo relataram pedir informações ou orientações sobre medicamentos unicamente a profissionais de saúde, sendo relevante o a proporção daqueles que consultam amigos e parentes (23,0%). Arrais *et al*⁸ em estudo realizado em Fortaleza, Belo Horizonte e estado de São Paulo observou que 51,0% dos casos de automedicação se basearam em sugestões de pessoas não qualificadas.

No presente estudo, encontrou-se que a consulta a pessoas leigas como fonte de informações sobre medicamentos é menor nos que relatam receber recomendações sobre dieta e atividade física de seus médicos na USr. Possivelmente, a indicação de dieta e exercício se dá quando há uma melhor relação médico-paciente como um todo.

Adesão

Foi baixa a proporção de pacientes com média acima do terceiro quartil para a escala de adesão (31,3%) e foi considerável o percentual de pacientes que relatam costumar deixar de tomar os seus medicamentos e deixar sobrar medicamentos para hipertensão e diabetes aproximadamente 2 em cada 10 em ambas situações. Pelo teste qui quadrado houve associação estatisticamente significativa ($p=0,000$) entre esses dois últimos grupos evidenciando boa consistência interna dos dados.

Como no caso da automedicação discutido acima, o recebimento de recomendações sobre dieta e exercício físico pelos médicos na USr também se associou à maior adesão medida pelo instrumento MBG. Além disso, aqueles que não costumam deixar sobrar seus medicamentos apresentaram maior continuidade do cuidado (não faltaram à consulta marcada na USr nos 6 meses anteriores à entrevista).

A modificação de dieta e atividade física são importantes para o controle da hipertensão e diabetes¹⁶⁻¹⁸ sendo apontada por diferentes estudos como um dos principais problemas para adesão ao tratamento por estes pacientes.¹⁹⁻²³

Quanto a recomendação de dieta o achado (55,8%) foi pior que o de Figueiredo e Asakura²¹ que, analisando prontuários de pacientes hipertensos em uma unidade de saúde da cidade de São Paulo, encontrou recomendação de dieta em 77,8% dos casos e que o de Assunção *et al*¹⁹, que em inquérito domiciliar a pacientes diabéticos cadastrados em unidades básicas de saúde no município de Pelotas observou que os pacientes receberam de seus médicos orientações sobre dieta em 76,0% dos casos. Já para a indicação de exercícios físicos, o achado, 64,5%, foi melhor que o de Figueiredo e Asakura²¹, que encontrou 55,6% porém pior que o de Assunção *et al*¹⁹, que encontrou 75,0%.

Segundo Pepe e Castro²⁴, a forma como os profissionais de saúde interagem e se comunicam com o usuário são fatores determinantes para a adesão ao tratamento. Além disso, para o tratamento do diabetes mellitus e da hipertensão arterial é imprescindível a vinculação do pacientes às unidades de atendimento²⁵ e o maior contato com o serviço de saúde promove maior adesão ao tratamento.¹⁶

Uma hipótese para a maior adesão entre aqueles que possuem menor estabilidade na abordagem terapêutica são as orientações médicas sobre o cumprimento do esquema medicamentoso terem sido feitas mais recentemente além disso estes pacientes possivelmente tiveram o seu tratamento alterado devido a problemas no controle da doença e estão sintomáticos o que pode favorecer a adesão.

Também pode haver uma tendência natural ao descuido e esquecimento com a cronicidade do uso dos medicamentos.²⁶

Os indivíduos que trabalhavam apresentaram maior adesão ao tratamento talvez como resultado da rede social à qual estejam expostos ou da vida mais ativa.

Os hipertensos apresentaram melhor adesão ao tratamento comparativamente aos pacientes diabéticos. Este achado reforça a importância de ações educativas voltadas para este último grupo.

Cuidados com os medicamentos

Do total de 1894 medicamentos analisados, 2,8% estavam fora da validade, 9,8% estavam com rótulo e 8,9% com embalagem primária danificadas. Ainda que indesejáveis, estes percentuais estão relativamente abaixo dos encontrados em outros estudos.^{6,13,27,28}

O cuidado com os medicamentos foi maior entre os casados. Estes indivíduos, assim como aqueles que trabalhavam, provavelmente contam com uma maior rede de suporte social o que pode influenciar positivamente os cuidados com a saúde.

Ao contrário do que se verificou entre indivíduos com maior adesão, o cuidado com os medicamentos foi maior entre aqueles que possuem maior estabilidade na abordagem terapêutica.

A indicação de exercícios pelo médico da USr também se mostrou associada a um maior cuidado com os medicamentos, reforçando os achados encontrados para outras dimensões do uso racional discutidos anteriormente.

Conclusão

Os aspectos do URM ligados à adesão, mostraram-se associados de forma estatisticamente significativa com indivíduos hipertensos, brancos, com maior continuidade do cuidado, que trabalhavam, com menor estabilidade na abordagem terapêutica e que recebiam recomendações sobre dieta e exercício físico de seus médicos na USr.

Os aspectos ligados à menor automedicação mostraram-se associados a pacientes que recebem recomendações sobre dieta e atividade física de seus médicos na USr.

Os aspectos relativos ao melhor cuidado com os medicamentos no domicílio mostraram-se associados com indivíduos casados, não brancos, com maior estabilidade na abordagem terapêutica e que recebem recomendações sobre exercício físico de seus médicos na USr.

Chama a atenção a menor adesão entre pacientes diabéticos e a importância da recomendação de dieta e exercício físico pelos médicos da USr. A identificação de fatores predisponentes da adesão e do uso racional de medicamentos, permite identificar características dos usuários que

merecem atenção particularizada no atendimento. O achado relativo à continuidade do cuidado mostra a relevância de aspectos da atenção primária para a promoção do uso racional de medicamentos.

Agradecimentos: à FAPERJ pelo financiamento da pesquisa e a todos aqueles que gentilmente consentiram em ser entrevistados.

Referências Bibliográficas

1. Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo GS, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*. 2011;377(9781):1949–61.
2. Marin N, Luiza VL, Osorio-de-Castro CGS, Machado-dos-Santos S. Assistência Farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro: OPAS/OMS; 2003.
3. World Health Organization. WHO Medicines Strategy - Countries at the Core - 2004 - 2007. Geneva: WHO Press; 2004.
4. Almeida HO de, Versiani ER, Dias A de R, Novaes MRCG, Trindade EMV. Adesão a tratamentos entre idosos. *Com Ciencias Saude*. 2007;18(1).
5. Barbosa RGB, Lima NKC. Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e mundo. *Rev Bras Hipertens*. 2006;13(1):35–8.
6. Lima GB, Nunes LCC, Barros JAC. Uso de medicamentos armazenados em domicílio em uma população atendida pelo Programa Saúde da Família. *Cien Saude Colet*. 2010;15(Supl 3):3517–22.
7. Mastroianni PC, Lucchetta RC, Sarra JR, Galduróz JCF. Estoque doméstico e uso de medicamentos em uma população cadastrada na estratégia saúde da família no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2011;29(5):358–64.
8. Arrais PSD, Coelho HLL, Batista M, Carvalho ML, Righi RE, Arnau JM. Perfil da automedicação no Brasil. *Rev Saude Publica*. 1997;31(1):71–7.
9. Cochran WG. *Sampling Techniques*. 3rd ed. New York: John Wiley & Sons; 1977.

10. Matta SR. Adaptação transcultural de instrumento para medida da adesão ao tratamento anti-hipertensivo e antidiabético [dissertação]. [Rio de Janeiro]: Fundação Oswaldo Cruz; 2010.
11. Alfonso ML, Bayarre VH, Grau AJ. Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. Rev Cub Salud Publica. 2008;34(01).
12. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil. São Paulo: ABEP; 2008.
13. Ribeiro MA, Heineck I. Estoque Domiciliar de Medicamentos na Comunidade Ibiaense Acompanhada pelo Programa Saúde da Família, em Ibiá-MG, Brasil. Saude Soc. Sao Paulo. 2010;19(3):653–63.
14. Organização Pan-Americana de saúde/ Organização Mundial da Saúde, Ministério da Saúde. Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil. Brasília: MS; 2005.
15. Oenning D, Oliveira BV, Blatt CR. Conhecimento dos pacientes sobre os medicamentos prescritos após consulta médica e dispensação. Cien Saude Colet. 2011;16(7):3277–83.
16. Ministério da Saúde. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes mellitus. Brasília: MS; 2002.
17. Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 2010;95(supl 1).
18. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da sociedade brasileira de diabetes. 3rd ed. Itapevi, São Paulo: AC Farmacêutica; 2009.
19. Assunção MCF, Santos IS, Costa JSD. Avaliação do processo da atenção médica: adequação do tratamento de pacientes com diabetes mellitus, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad Saude Publica. 2002;18(1):205–11.
20. Boas LCGV, Foss MC, Foss-Freitas MC, Torres HC, Monteiro LZ, Pace AE, et al. Adesão à dieta e ao exercício físico das pessoas com diabetes mellitus. Texto Contexto Enferm. 2011;20(2):272–9.

21. Figueiredo NN, Asakura L. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: dificuldades relatadas por indivíduos hipertensos. *Acta Paul Enferm.* 2010;23(6):782–7.
22. Giroto E. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo e fatores associados em área de abrangência de uma unidade de saúde da família, Londrina, PR [dissertação] [Dissertação]. [Londrina]: Universidade Estadual de Londrina; 2008.
23. Mano GMP, Pierin AMG. Avaliação de pacientes hipertensos acompanhados pelo Programa Saúde da Família em um Centro de Saúde Escola. *Acta Paul Enferm.* 2005;18(3):269–75.
24. Pepe VLE, Osorio-de-Castro C. A interação entre prescritores, dispensadores e pacientes: informação compartilhada como possível benefício terapêutico. *Cad Saude Publica.* 2000;16(3):815–22.
25. Paiva DC, Bersusa AA, Escuder MM. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo programa saúde da família do município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica.* 2006;22(2):377.
26. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: WHO Press; 2003.
27. Laste G, Deitos A, Kauffmann C, de Castro LC, da Silva Torres IL, Fernandes LC. Papel do agente comunitário de saúde no controle do estoque domiciliar de medicamentos em comunidades atendidas pela estratégia de saúde da família. *Cien Saude Colet.* 2012;17(5):1305–12.
28. Secretaria da Saúde do Estado do Espírito Santo. Diagnóstico da assistência

Quadro 1 Indicadores de uso racional de medicamentos e variáveis de origem.

Variável	Categoria	Valor	Indicador	%
Costuma acontecer de deixar de tomar os medicamentos para sua doença?(n=547)	<i>Sim</i>	22,5	URM 1 - Proporção de pacientes que relataram costumar tomar seus medicamentos	77,5
	<i>Não</i>	77,5		
Costuma sobrar medicamentos de hipertensão e diabetes? (n=547)	<i>Sim</i>	19,7	URM 2 - Proporção de pacientes que relataram não costumar sobrar medicamentos de DM e HA	80,3
	<i>Não</i>	80,3		
Soma de pontos da escala de adesão (n=547)	-	35,0 (acima do terceiro quartil)	URM 3 - Proporção de pacientes com soma de pontos da adesão acima do terceiro quartil	31,3
A quem costuma pedir informação ou orientação sobre seus medicamentos? (resposta múltipla) (n=547)	<i>Nunca tem dúvidas</i>	10,8	URM 4 - Proporção de pacientes que costumam pedir informações sobre medicamentos apenas a profissionais de saúde	62,0
	<i>Amigos ou parentes</i>	23,8		
	<i>Médico (a)</i>	74,9		
	<i>Pessoa da farmácia pública</i>	10,3		
	<i>Pessoa da farmácia privada</i>	4,4		
	<i>Assistente social</i>	1,5		
Medicamento dentro do prazo de validade?*	<i>Sim</i>	97,2	URM 5 - Proporção de pacientes com ausência de medicamentos vencidos ou com embalagem primária/rótulo danificados no domicílio	51,0
	<i>Não</i>	2,8		
	Embalagem primária do medicamento em bom estado?*	<i>Sim</i>		
<i>Não</i>		8,9		
Rótulo do medicamento em bom estado?*	<i>Sim</i>	90,2		
	<i>Não</i>	9,8		
Quem recomendou/ prescreveu este medicamento?*(n=547)	<i>Médico(a)</i>	99,5	URM 6 - Proporção de pacientes cuja totalidade dos medicamentos utilizados para sua enfermidade foram recomendados/prescritos por prescritores	99,0
	<i>Decidiu sozinho</i>	0,3		
	<i>Membro do domicílio</i>	0		
	<i>Amigo/Vizinho</i>	0,2		
	<i>Agente comunitário</i>	0,1		
	<i>Pessoa da farmácia</i>	0		

Tabela 1 Variáveis de exposição

Variável	Categoria	N	%
<i>Dados sociodemográficos</i>			
Idade (média)	-	547	62,7
Sexo	Masculino	175	32,0%
	Feminino	372	68,0%
Estado Civil	Casado	287	52,5%
	Outros	260	47,5%
Mora sozinho?	Não	490	89,9%
	Sim	55	10,1%
Etnia	Não brancos	352	64,9%
	Branco	190	35,1%
Ocupação	Não trabalha	382	70,0%
	Trabalha	164	30,0%
Classe Econômica	A2 a C1	214	39,9%
	C2 a E	323	60,1%
<i>Condições de saúde</i>			
Hipertensão	Não	21	3,8%
	Sim	526	96,2%
Diabetes	Não	433	79,2%
	Sim	114	20,8%
Há quanto tempo sabe que tem HTA e DM	Menos de 5 anos	69	12,6%
	Mais de 5 anos	477	87,4%
Há quanto tempo toma medicamentos para HTA e DM	Menos de 5 anos	74	13,6%
	Mais de 5 anos	471	86,4%
Como avalia seu estado de saúde	Regular, ruim e muito ruim	364	67,0%
	Bom e muito bom	179	33,0%
Como avalia se estado de saúde em relação a outras pessoas de sua idade?	Regular, ruim e muito ruim	304	58,1%
	Bom e muito bom	219	41,9%
Grau de dificuldade em realizar tarefas do trabalho ou de casa	Nenhum, leve ou regular	471	86,3%
	Alto e extremo	75	13,7%
Há quanto tempo a receita para HA/DM está sem alteração?	Mais de 1 ano	362	73,4%
	Menos de 1 ano	131	26,6%
<i>Relação com e uso de serviços de saúde</i>			
Faltou a alguma consulta marcada USr nos últimos 6 meses?	Não	442	80,8%
	Sim	105	19,2%
Marcou a data de sua próxima consulta na USr?	Não	200	38,2%
	Sim	324	61,8%
Qual o grau de satisfação com o atendimento da farmácia?	Nada ou pouco satisfeito	117	21,4%
	Satisfeito ou muito satisfeito	429	78,6%
Seu médico costuma lhe fazer indicação de exercícios?	Não	194	35,5%
	Sim	353	64,5%
Seu médico costuma lhe fazer indicação de dieta?	Não	242	44,2%
	Sim	305	55,8%

Tabela 2 Relações entre indicadores de URM e variáveis de exposição

Variável	Categoria	N Total (Freq)	URM 1 (Sim%)	URM 2 (Sim %)	URM 3 (Sim %)	URM 4 (Sim %)	URM 5 (Sim %)
Estado Civil	Casado	287	78,7	77,6	30,0	61,0	54,9*
	Outros	260	76,2	75,8	32,7	63,1	47,3
Etnia	Não brancos	352	74,7	76,6	29,3	61,9	54,0*
	Brancos	190	82,6**	76,3	35,8	61,6	46,6
Ocupação	Não trabalha	382	77,2	74,8	30,4	60,2	51,7
	Trabalha	164	78,7	81,7*	33,5	66,5	50,0
Hipertensão	Não	21	76,2	61,4	14,3	47,6	57,1
	Sim	526	77,6	77,0	31,9**	62,5	51,1
Há quanto tempo a receita para HA/DM está sem alteração?	> 1 ano	362	74,9	77,9	28,7	62,2	54,7**
	< 1 ano	131	87,8**	76,2	39,7**	61,1	44,3
Faltou alguma consulta marcada na USr nos últimos 6 meses?	Não	442	78,1	79,4**	-	62,7	55,0***
	Sim	105	75,2	65,7	27,6	59,0	35,3
Relata que o médico costuma fazer indicação de exercícios?	Não	194	79,4	75,8	24,7	56,2	44,0
	Sim	353	76,5	77,3	34,8**	65,2**	55,3**
Relata que o médico costuma fazer indicação de dieta?	Não	242	79,8	78,9	24,4	56,2	48,7
	Sim	305	75,7	75,0	36,7**	66,6**	53,3

* $p < 0,10$; ** $p < 0,05$; *** $p = 0,000$

Tabela 3 Regressão logística entre indicadores de URM e variáveis de exposição

Indicador/variável	Categoria de referência	OR ajustado	IC 95% Lim inf	IC 95% Lim Sup	P_valor (OR_{aj})
URM 1 (PCT*: 59%)					
Há quanto tempo a receita para HA/DM está sem alteração?	<1 ano (OR=1)	2,56	1,43	4,56	0,002
Etnia	Não branco (OR=1)	1,73	1,07	2,79	0,026
URM 2 (PCT*: 38%)					
Faltou a alguma consulta marcada na USr nos últimos 6 meses?	Sim (OR=1)	2,17	1,35	3,45	0,001
Ocupação	Não Trabalha (OR=1)	1,64	1,03	2,62	0,004
URM 3 (PCT*: 52%)					
Hipertenso?	Não (OR=1)	2,48	0,70	8,70	0,15
Há quanto tempo a receita para HA/DM está sem alteração?	<1 ano (OR=1)	1,63	1,06	2,48	0,025
Relata que o médico costuma fazer indicação de dieta?	Não (OR=1)	1,84	1,23	2,75	0,003
URM 4 (PCT*: 57%)					
Relata que o médico costuma fazer indicação de dieta?	Não (OR=1)	1,53	1,08	2,16	0,018
URM 5 (PCT*: 61%)					
Etnia	Branco (OR=1)	1,59	1,08	2,33	0,019
Há quanto tempo a receita para HA/DM está sem alteração?	>1 ano (OR=1)	1,59	1,04	2,38	0,031
Faltou a alguma consulta marcada na USr nos últimos 6 meses?	Sim (OR=1)	2,27	1,39	3,85	0,001
Relata que o médico costuma fazer indicação de exercícios?	Não (OR=1)	1,70	1,16	2,51	0,007

(*) PCT: proporção de classificação total do modelo logístico – *Overall*.

Segunda parte (indicadores de desempenho)

Na primeira parte foram discutidos os dados sobre uso racional de medicamentos por pacientes hipertensos e diabéticos. Agora, o foco volta-se para as unidades de saúde nas quais estes usuários estão cadastrados.

Os indicadores de uso racional nesta etapa compõem uma dentre outras dimensões de um constructo maior – desempenho da APS.

Outras dimensões do desempenho são: acesso, vínculo, elenco de serviços, coordenação, formação profissional e satisfação.

A análise desses dados foi estratificada pelo porte das unidades de saúde. A seguir é apresentada a descrição dos resultados encontrados para cada dimensão. Uma análise mais geral das associações identificadas nesta estratificação mostra que maiores resultados de desempenho estão associadas a unidades de saúde com maior porte pela oferta (carga horária de médicos e enfermeiros) e menor porte pela demanda (número de pacientes com HA e DM cadastrados na US). Assim os resultados sugerem um melhor desempenho quando a demanda de trabalho é reduzida - maior oferta de mão de obra e menor demanda de pacientes.

Acesso

Quanto ao acesso, pode-se considerar o desempenho como baixo. Apenas metade das unidades de saúde possuíam dois ou mais médicos/enfermeiros presentes no momento da visita. Chama a atenção que menos de um quinto das USr possuía consulta de primeira vez imediata ou agendada para o dia seguinte. Também foi baixa a proporção de USr com todos os medicamentos para tratamento da HA e DM disponíveis no estoque (43,0%). Apenas 45,0% das unidades atendiam após as 17 horas durante os dias de semana ou pelo menos um turno aos sábados. A média geral dos indicadores de "acesso insumo/estrutura" foi 46,3 e de "acesso atividades/produtos" foi 25,6 (Tabela 2).

A estratificação pelo porte (Tabela 4) mostra que a disponibilidade de todos os medicamentos para HA e DM é maior entre aquelas USr que possuem maior número de pacientes inscritos com essas enfermidades (29,0 vs 55,0; $p=0,020$). Uma possível explicação para isso, pode relacionar-se à maior demanda existente nessas USr para

esses medicamentos. Essa necessidade pode pressionar um melhor gerenciamento da AF.

Os estabelecimentos de saúde com maior porte relacionado à oferta apresentaram mais frequentemente dois ou mais médicos presentes no momento da visita (35,0 vs 60,0; $p=0,022$). Também foi maior entre as USr de maior porte pela oferta a proporção das que funcionavam após as 17 horas ou pelo menos um turno aos sábados (20,0 vs 67,0; $p=0,000$), o que já era esperado uma vez que a variável de estratificação por porte de oferta refere-se exatamente à carga horária disponibilizada à clientela, dado o quantitativo de profissionais que trabalham no estabelecimento.

A média ponderada dos indicadores de acesso insumo/estrutura (Tabela 3) foi maior nas USr de maior porte pela demanda (40,1 vs 51,8; $p=0,074$). Já a dimensão acesso atividades/produtos mostrou-se associada ao maior porte pela oferta (20,0 vs 30,0; $p=0,030$).

Vínculo

Nessa dimensão foram considerados indicadores medidos nas USr e indicadores medidos no domicílio. No segundo caso, conforme discutido na metodologia, os dados foram agregados para o nível da USr - objeto de análise.

Menos da metade das unidades de saúde visitadas relataram possuir controle de absenteísmo dos pacientes e tomar medidas com relação a esse problema.

As afirmativas do instrumento de adesão MBG, aplicado no nível domiciliar, que tinham relação com o vínculo também não apresentaram resultados satisfatórios quando agregados por USr. A média, convertida em escala de 0 a 100, para a afirmativa "O(a) sr(a) e seu médico discutem como cumprir o tratamento" foi de 32,5. Nesse mesmo grupo de afirmativas aquela que apresentou média mais elevada foi "Tem a possibilidade de dar a sua opinião no tratamento que o médico prescreveu" (40,8) (Tabela 2).

No entanto, a auto análise dos usuários quanto ao comprometimento com a unidade de saúde mostrou-se razoavelmente positiva. Dos pacientes, 78,3% relataram não terem faltado a nenhuma consulta na USr nos 6 meses anteriores a entrevista. A

proporção dos que, nesse mesmo período não buscaram outro serviço de saúde além da USr, excetuando-se as emergências, também foi elevada (73,9%) (Tabela 2).

De uma maneira geral o vínculo foi maior em unidades de saúde com menor porte do ponto de vista da demanda (Tabela 4). Os estabelecimentos com menor número de pacientes inscritos tiveram maior controle de absenteísmo (65,0 vs 33,0; $p=0,004$) e maior proporção de pacientes que não buscaram outros serviços de saúde além da USr nos 6 meses anteriores à pesquisa (77,6 vs 70,7; $p=0,049$). Além disso, a própria dimensão "vínculo atividades/produtos" construída pela média ponderada de seus indicadores componentes, como apresentado na Tabela 3, mostrou-se associada ao menor porte pela demanda (56,1 vs 48,4; $p=0,039$).

Elenco de serviços

Pouco mais da metade das unidades de saúde possuíam protocolos clínicos para atendimento a pacientes com HA e DM na farmácia ou nos consultórios dos médicos ou enfermeiros. Em menos de um terço destas havia fluxograma especificando a rotina de atendimento ao paciente (Tabela 2).

A média de horas semanais em que os farmacêuticos dispensavam e interagiam com os pacientes foi de 8,5 (No cálculo dos indicadores de desempenho esse valor foi convertido para uma escala de 0 a 100 representados respectivamente por 0 e 40 horas semanais. Portanto, o valor do indicador foi de 21,2) (Tabela 2).

Em apenas 20% das USr os profissionais das farmácias realizaram atividades educativas com os pacientes nos 3 anos anteriores à pesquisa. Apesar disso, 75% dos profissionais entrevistados nas farmácias declararam fazer orientação aos pacientes com HA e DM (Tabela 2).

A presença de farmacêuticos dispensando (ES_IND4) mostrou-se associada a USr de maior porte pela oferta (14,2 vs 27,5; $p=0,032$). Ao que parece a maior Carga-horas-homem de médicos e enfermeiros pode ser entendida como uma proxy de outros profissionais em geral (Tabela 4).

Já a realização de atividades educativas com pacientes hipertensos e diabéticos pelos profissionais alocados na farmácia foi mais frequente em USr de menor porte pela demanda (30,0 vs 10,0; $p=0,018$). Ao que parece em unidades de saúde com

menor número de pacientes Hipertensos e Diabéticos é mais fácil a realização dessas atividades - talvez, exatamente pela demanda de trabalho reduzida, os profissionais tenham mais tempo para realização de atividades fora da farmácia.

Coordenação

As proporção por USr dos pacientes que referem ter a próxima consulta agendada foi de 63,2%. A análise dos prontuários mostrou que em menos da metade dos casos houve preenchimento com valores de glicose para pacientes diabéticos no registro da última consulta. No caso do preenchimento da PA para pacientes hipertensos esse porcentual foi bem maior (84,4%) (Tabela 2). Além disso, observa-se que na Tabela 4 este último indicador apresentou valores ainda mais elevados para as USr de menor porte pela oferta (88,2 vs 81,2; $p=0,055$).

Formação Profissional

Tanto para os médicos quanto para os enfermeiros as horas de treinamento relativos ao cuidado de pacientes com HA e DM foi razoavelmente baixa (Tabela 2).

Para composição dos indicadores FP_IND1 e FP_IND2 as horas de treinamento foram convertidas em uma escala de 0 a 100. Nela, o mínimo representa "menos de 20 horas" e o máximo "mais de 80 horas". De acordo com esta escala os médicos tiveram média 40,3 e os enfermeiros 45,9 (Tabela 2).

Quanto a escolaridade dos profissionais que dispensavam medicamentos mais frequentemente na farmácia da USr, 82,0% possuíam ensino médio completo ou superior (Tabela 2).

Ainda em relação a estes profissionais, 5,1% relatam terem tido mais de 80 horas de treinamento para realização de sua atividade do ano de 2002 até a realização da pesquisa. Convertida em escala de 0 a 100 a média alcançada foi de 30,6 (Tabela 2).

Nas unidades de saúde com maior número de pacientes inscritos com HA e DM houve maior média para treinamento de enfermeiros (39,5 vs 52,4; $p=0,105$), como pode-se ver na Tabela 4.

Uso racional de medicamentos

Os indicadores de URM, medidos no nível domiciliar e já discutidos anteriormente, foram agregados para o nível da USr. Assim, foi possível a realização de testes estatísticos para discussão conjunta desses indicadores com aqueles relacionados ao desempenho da APS.

A dimensão URM como um todo (Tabela 3), feita pela média ponderada de seus componentes, mostrou-se mais elevada para USr de maior porte pela oferta (67,5 vs 71,4; $p=0,063$).

Além disso, na Tabela 4 vê-se que os indicadores URM 1 e 2 (referentes à adesão) mostraram-se mais elevados em USr com menor número de inscritos (80,4 vs 77,2; $p=0,017$ e 76,8 vs 73,8; $p=0,102$ respectivamente). O URM 5 (referente à automedicação) apresentou maiores valores para USr de menor porte tanto pela oferta quanto pela demanda (99,5 vs 98,5; $p=0,087$ e 100,0 vs 98,0; $p=0,009$ respectivamente). O indicador URM 3 também referente à adesão apresentou valores mais elevados em USr com maior porte pela oferta (66,5 vs 67,3; $p=0,048$).

Tabela 2 Indicadores de desempenho da atenção primária e uso racional de medicamentos

Dimensão	Indicador	Definição	Peso	Valor do indicador	Valor da dimensão
Acesso (Insumo/estrutura)	AC_IND1	Proporção de USr com todos os medicamentos para HT e DM no estoque.	50	42,5	46,3
	AC_IND2	Proporção de USr com 2 ou mais médicos presentes no momento da visita.	25	47,5	
	AC_IND3	Proporção de USr com 2 ou mais enfermeiros presentes no momento da visita.	25	52,5	
Acesso (Atividades/produtos)	AC_IND4	Proporção de USr com consulta de primeira vez imediata ou agendada até o dia seguinte.	60	18,7	25,6
	AC_IND5	Proporção de USr que funcionam pelo menos um turno no sábado ou após as 17hs.	40	46,2	
Vínculo (atividades/produtos)	VI_IND_1	Proporção de USr que possuem controle de absenteísmo dos pacientes e tomam medidas com relação aos faltosos.	100	46,2	52,1
	VI_IND_2	Média (0 a 100) por USr da afirmativa "O(a) sr(a) e seu médico discutem como cumprir o tratamento" em pacientes das USr.	-	32,5	
	VI_IND_3	Média (0 a 100) por USr da afirmativa " O(a) sr(a) e seu médico decidem juntos o tratamento a ser seguido".	-	40,6	
	VI_IND_4	Média (0 a 100) por USr da afirmativa "Tem a possibilidade de dar a sua opinião no tratamento que o médico prescreveu".	-	40,8	
	VI_IND5	Proporção média por USr de pacientes que não faltaram a consulta nos 6 meses anteriores à entrevista.	-	78,3	

Dimensão	Indicador	Definição	Peso	Valor do indicador	Valor da dimensão
	VI_IND6	Proporção média por USr de pacientes que nos últimos 6 meses não buscaram atendimento em outro serviço que não a USr (exceto emergências de hospitais).	-	73,9	
Elenco de serviços (insumo/Estrutura)	ES_IND_1	Proporção de USr que possuem fluxograma ou POP especificando a rotina de atendimento ao paciente	50	26,2	
	ES_IND2	Proporção de USr com presença de protocolos clínicos para atendimento a pacientes com HA e DM na farmácia ou consultório médico ou de enfermagem.	50	55,0	40,1
	ES_IND3	Proporção de USr cujo pessoal da farmácia declara orientar os pacientes de HT e DM.	50	75,0	
Elenco de serviços (atividades/produtos)	ES_IND4	Proporção média por USr de horas semanais que os farmacêuticos dispensam e interagem com os pacientes na farmácia.	-	21,3	22,9
	ES_IND5	Proporção de USr cujos profissionais das farmácias realizaram atividades educativas com os pacientes nos 3 anos anteriores à entrevista.	50	20,0	
Coordenação ou integração de serviços (atividades/produtos)	CO_IND1	Proporção média por USr de pacientes que referem ter a próxima consulta agendada na unidade de saúde de referência.	-	63,2	
	CO_IND2	Proporção média por USr de pacientes diabéticos cujos prontuários foram preenchidos com valores de glicose na última consulta.	-	48,3	65,3
	CO_IND3	Proporção média por USr de pacientes hipertensos cujos prontuários foram preenchidos com valores de pressão arterial na última consulta.	-	84,4	

Dimensão	Indicador	Definição	Peso	Valor do indicador	Valor da dimensão
Formação Profissional (Insumo/Estrutura)	FP_IND1	Proporção por USr de horas de treinamento relativo ao cuidado de pacientes com HA/DM desde 2002 assistidos por médicos.	-	38,8	50,2
	FP_IND2	Proporção por USr de horas de treinamento relativo ao cuidado de pacientes com HA/DM desde 2002 assistidos por enfermeiros.	-	47,5	
	FP_IND3	Proporção de USr cujos profissionais que dispensam mais frequentemente possuem nível ensino médio completo ou mais.	100	83,8	
	FP_IND4	Proporção por USr de horas de treinamento que os profissionais dispensadores participaram para realização de suas atividades desde 2002.	-	30,6	
Uso Racional de Medicamentos (Resultados/Impacto)	URM_IND1	Proporção média por USr de pacientes que não costumam deixar de tomar seus medicamentos.	20	78,7	
	URM_IND2	Proporção média por USr de pacientes que não costumam deixar sobrar medicamentos do tratamento.	20	75,2	
	URM_IND3	Média por USr de adesão dos pacientes ao tratamento.	40	65,6	
	URM_IND4	Proporção média por USr de pacientes que costumam pedir informação sobre medicamentos a profissionais de saúde.	5	59,0	
	URM_IND5	Proporção média por USr de pacientes cujos medicamentos foram recomendados/ prescritos por prescritores.	5	98,9	

Dimensão	Indicador	Definição	Peso	Valor do indicador	Valor da dimensão
	URM_IND6	Proporção média por USr de pacientes com ausência de medicamentos vencidos + embalagens danificadas no domicílio.	10	46,8	
Satisfação dos usuários com a farmácia da USr (Resultados/Impacto)	SF	Proporção média por USr de pacientes que se declararam muito satisfeitos ou satisfeitos com a farmácia.	-	78,5	

Tabela 3 Dimensões do desempenho da APS e uso racional de medicamentos estratificados por porte da US

Dimensões	Porte por demanda			Porte por oferta (CHHD)		
	(Binário)			(Binário)		
	US <= Média (n=43)	US > Média (n=42)	P_valor (M-W)	US <= Média (n=40)	US > Média (n=45)	P_valor (M-W)
Acesso - Insumo/Estrutura	40,1	51,8	0,074	46,0	46,5	0,944
Acesso - Atividades/Produtos	25,0	25,6	0,989	20,0	30,0	0,030
Vínculo - Atividades/Produtos	56,1	48,4	0,039	52,0	52,1	0,915
Elenco de Serviços - Insumo/Estrutura	37,2	46,4	0,244	42,5	41,1	0,880
Elenco de Serviços - Atividades/Produtos	24,5	21,0	0,536	20,6	24,7	0,315
Coordenação - Atividades/Produtos	64,8	65,7	0,935	67,4	63,5	0,372
Formação Profissional - Insumo/Estrutura	47,1	52,5	0,299	49,1	50,4	0,919
Uso Racional de Medicamentos	69,4	69,7	0,965	67,5	71,4	0,063
SF - Satisfação com a farmácia da USr	86,2	77,2	0,001	81,0	81,9	0,764

Tabela 4 Indicadores de desempenho da APS e uso racional de medicamentos estratificados por porte da US.

Indicador	Porte por demanda (Binário)			Porte por oferta (CHHD) (Binário)		
	US <= Média (n=43)	US > Média (n=42)	P_valor(M-W)	US <= Média (n=40)	US > Média (n=45)	P_valor (M-W)
AC_IND1	29,0	55,0	0,020	46,0	46,5	0,140
AC_IND2	49,0	48,0	0,911	20,0	30,0	0,022
AC_IND3	56,0	50,0	0,594	52,0	52,1	0,346
AC_IND4	19,0	19,0	0,959	42,5	41,1	0,795
AC_IND5	44,0	45,0	0,923	20,6	24,7	0,000
VI_IND_1	65,0	33,0	0,004	67,4	63,5	0,162
VI_IND_2	36,2	29,0	0,619	49,1	50,4	0,105
VI_IND_3	38,3	42,7	0,222	67,5	71,4	0,824
VI_IND_4	43,9	38,1	0,383	81,0	81,9	0,605
VI_IND5	79,9	76,8	0,116	51,0	35,0	0,114
VI_IND6	77,6	70,7	0,049	35,0	60,0	0,314
ES_IND1	23,0	31,0	0,427	47,0	58,0	0,932
ES_IND2	51,0	62,0	0,321	20,0	18,0	0,858
ES_IND3	72,0	76,0	0,668	20,0	67,0	0,750
ES_IND4	22,3	20,1	0,957	58,0	42,0	0,032
ES_IND5	30,0	10,0	0,018	29,4	35,1	0,589
FP_IND1	39,0	41,7	0,536	40,0	41,1	0,960
FP_IND2	39,5	52,4	0,105	39,2	42,3	0,539
FP_IND3	81,0	83,0	0,816	72,7	83,0	0,973

Indicador	Porte por demanda (Binário)			Porte por oferta (CHHD) (Binário)		
	US <= Média (n=43)	US > Média (n=42)	P_valor(M-W)	US <= Média (n=40)	US > Média (n=45)	P_valor (M-W)
FP_IND4	28,5	32,7	0,575	76,8	71,5	0,973
CO_IND1	62,0	64,2	0,957	28,0	27,0	0,627
CO_IND2	47,6	48,9	0,937	58,0	56,0	0,354
CO_IND3	84,9	84,0	0,199	72,0	76,0	0,055
URM_IND1	80,4	77,2	0,017	14,2	27,5	0,646
URM_IND2	76,8	73,8	0,102	23,0	18,0	0,146
URM_IND3	64,4	66,6	0,370	40,0	40,6	0,048
URM_IND4	51,4	65,8	0,161	43,8	47,8	0,487
URM_IND5	100,0	98,0	0,009	83,0	82,0	0,087
URM_IND6	46,7	47,0	0,973	30,0	31,1	0,421
SF	86,2	77,2	0,001	61,3	64,7	0,764

Considerações Finais

Considera-se, apesar das limitações metodológicas, que os objetivos anunciados foram cumpridos. Essas limitações são resumidas abaixo assim como os principais achados do estudo e sugestões para trabalhos futuros.

Principais resultados

A primeira parte do estudo baseia-se em dados coletados a partir de inquérito domiciliar com pacientes hipertensos e diabéticos vinculados a unidades básicas de saúde no município do Rio de Janeiro. Nela, foram identificadas associações entre aspectos do URM e variáveis de diferentes naturezas.

Os indicadores relacionados à adesão, mostraram-se associados de forma estatisticamente significativa com indivíduos hipertensos, brancos, com maior continuidade do cuidado, que trabalhavam, com menor estabilidade na abordagem terapêutica e que recebiam recomendações sobre dieta e exercício físico de seus médicos na USr.

Os aspectos ligados à menor automedicação mostraram-se associados a indivíduos que recebiam recomendações sobre dieta e atividade física de seus médicos na USr.

Os aspectos relativos ao melhor cuidado com os medicamentos no domicílio mostraram-se associados com indivíduos casados, não brancos, com maior estabilidade na abordagem terapêutica e que recebiam recomendações sobre exercício físico de seus médicos na USr.

Chama a atenção a menor adesão entre pacientes diabéticos e a importância da recomendação de dieta e exercício físico pelos médicos da USr.

Os achados apontam o fortalecimento da APS como possível estratégia para a promoção do uso racional de medicamentos, especialmente importante no caso dos pacientes diabéticos.

A segunda parte do trabalho (indicadores de desempenho) baseia-se em dados coletados em unidades básicas de saúde do município do Rio de Janeiro. Esta seção trata de aspectos do desempenho da APS onde incluem-se elementos do ciclo da AF.

Em uma escala de 0 a 100, o desempenho geral das USr, medido pela média ponderada de todas as dimensões foi de 43,3.

Foi realizada estratificação dos resultados de desempenho pelo porte da oferta (carga horária de trabalho de médicos e enfermeiros na unidade de saúde) e pela demanda (número de pacientes inscritos na unidade de saúde).

A dimensão "Acesso - Insumo/Estrutura" apresentou média mais elevada para USr de maior porte pela demanda. Já a dimensão "Acesso Atividades/Produtos" apresentou maior desempenho para USr de maior porte pela oferta.

A dimensão "Uso Racional de Medicamentos" também apresentou média mais elevada para USr de maior porte pela oferta.

Já as dimensões "Vínculo - Atividades/Produtos" e "SF - Satisfação com a farmácia" ao contrário de todas as demais apresentaram maiores médias em unidades de menor porte pela demanda.

Chama atenção o baixo desempenho da dimensão "Acesso Atividades/Produtos" e "Elenco de Serviços - Atividades/Produtos" que alcançaram menos de 1 quarto da pontuação máxima.

De uma maneira geral, médias maiores de desempenho estão associadas a unidades de saúde com maior porte pela oferta (maior carga horária de médicos e enfermeiros) e menor porte pela demanda (menor número de pacientes inscritos na USr).

Limitações do estudo

O estudo apresentou algumas limitações. Trata-se de amostra representativa de uma subpopulação. Nela, é retratada a realidade específica de pacientes diabéticos e hipertensos cadastrados em USr no Rio de Janeiro em 2009. Nesse período o município ainda não havia passado pela recente expansão da cobertura de Saúde da Família havendo, portanto, o predomínio de unidades básicas de saúde tradicionais.

Além disso, o projeto fonte – "Avaliação do RECASA" – não foi originalmente desenhado para atender a uma avaliação de desempenho da APS, com foco no ciclo da AF e no URM. Vale ressaltar que, ainda assim, este mostrou-se como uma importante fonte para a realização da mesma.

Sugestões para trabalhos futuros

Pretende-se que a abordagem apresentada na “segunda parte” seja estruturada em um artigo único, cujo objetivo será sugerir uma metodologia para avaliação de desempenho da APS que incorpore diferentes elementos da AF potencialmente impactantes no URM.

Propõe-se também uma melhor investigação de alguns componentes deste estudo - como é o caso do instrumento MBG validado por Matta³⁴ para a realidade brasileira. A idéia é, conjuntamente com a equipe original do projeto fonte, complementar a avaliação da validade desta escala.

Além disso, como já citado anteriormente, no período da coleta de dados do projeto fonte, janeiro de 2009, a reorganização da APS no município de Rio de Janeiro não havia sido iniciada. Assim, futuros trabalhos de avaliação da APS neste município podem identificar os dados aqui apresentados como uma linha de base correspondente ao modelo convencional de APS (desde que sejam utilizados indicadores correspondentes aos deste estudo).

Referências Bibliográficas

1. Schramm JMA, Oliveira AF, Leite IC, Valente JG, Campos MR, Gadelha AMJ, et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Cien Saude Colet.* 2004;9(4).
2. Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo GS, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet.* 2011;377(9781):1949–61.
3. OMS (Organización Mundial de la Salud). Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Ginebra; 2008.
4. CNS (Conselho Nacional de Saúde). Resolução N° 338 de 6 de maio de 2004. 2004.
5. 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: OPAS/OMS/MS; 2006.
6. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Guía Servicios Farmacéuticos en la Atención Primaria de Salud [Versión 4]. Washington: OPAS/OMS; 2011.
7. MS (Ministério da Saúde). Portaria n° 3.916. 1998.
8. Marin N, Luiza VL, Osorio-de-Castro CGS, Machado-dos-Santos S. Assistência Farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro: OPAS/OMS; 2003.
9. Oliveira MA, Bermudez JAZ, Osório-de-Castro CGS. Assistência Farmacêutica e Acesso a Medicamentos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
10. Foppa AA, Bevilacqua G, Pinto LH, Blatt CR. Atenção farmacêutica no contexto da estratégia de saúde da família. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas.* 2008;44(4).
11. Osorio-de-castro CGS, Mosegui GBG, Peixoto MAP, Castilho SR de, Luiza VL. Estudos de utilização de medicamentos: noções básicas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2000.
12. Brasil. Decreto n° 53.612, de 26 de fevereiro de 1964. 1964.
13. MS (Ministério da Saúde). Lei n° 12.401, de 28 de abril de 2011. 2011.
14. World Health Organization. WHO Medicines Strategy - Countries at the Core - 2004 - 2007. Geneva: WHO Press; 2004.
15. Pepe VLE, Osorio-de-Castro C. A interação entre prescritores, dispensadores e pacientes: informação compartilhada como possível benefício terapêutico. *Cad Saude Publica.* 2000;16(3):815–22.

16. Melo DO, Ribeiro E, Storpirtis S. A importância e a história dos estudos de utilização de medicamentos. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*. 2006;42(4):475–85.
17. Brudon P, Rainhorn JD, Reich MR. Indicators for monitoring national drug policies: A practical manual. Geneva: World Health Organization; 1994.
18. MSH (Management Sciences for Health). Rapid pharmaceutical management assessment: an indicator-based approach. Washington, DC: MSH; 1995.
19. Emmerick ICM, Luiza VL, Pepe VLE. Pharmaceutical services evaluation in Brazil: broadening the results of a WHO methodology. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009 Aug;14(4):1297–306.
20. Manual for Core Indicators on Country Pharmaceutical Situations [Draft]. Geneva: World Health Organization; 2003.
21. World Health Organization. WHO operational package for assessing, monitoring and evaluating country pharmaceutical situations: Guide for coordinators and data collectors. WHO Press; 2007.
22. Organização Pan-Americana de saúde/ Organização Mundial da Saúde, Ministério da Saúde. Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil. Brasília: MS; 2005.
23. World Health Organization. How to investigate de use of medicines by consumers. Geneva: WHO Press; 2004.
24. Arrais PSD, Coelho HLL, Batista M, Carvalho ML, Righi RE, Arnau JM. Perfil da automedicação no Brasil. *Rev Saude Publica*. 1997;31(1):71–7.
25. Aquino DS, Barros JAC, Silva MDP. A automedicação e os acadêmicos da área de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010;15(5):2533–8.
26. Levin LS, Beske F, Fry J. Self-medication in Europe: Report on a Study of the Role of Non-description Medicines. Association Européenne des Spécialités Pharmaceutiques Grand Public; 1988.
27. Blenkinsopp A, Bradley C. Patients, society, and the increase in self medication. *BMJ: British Medical Journal*. 1996;312(7031):629.
28. Silva MVS, Freitas O, Mendes IJM. O medicamento, a automedicação e o papel do farmacêutico. *UNOPAR Cient., Ciênc. biol. saude*. 2000;2(1).
29. World Health Organization. Guidelines for the medical assessment of drugs for use in self-medication. Copenhagen: World Health Organization; 1986.
30. Nascimento MC. Medicamentos: ameaça ou apoio à saúde? Rio de Janeiro: Vieira & Lent; 2003.
31. Vilarino JF, Soares IC, Silveira CM, Rödel APP, Bortoli R, Lemos RR. Perfil da automedicação em município do sul do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 1998;32(1):43–9.

32. Vitor RS, Lopes CP, Menezes HS, Kerkhoff CE. Padrão de consumo de medicamentos sem prescrição médica na cidade de Porto Alegre, RS. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13:737–43.
33. World Health Organization. *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva: WHO Press; 2003.
34. Matta SR. *Adaptação transcultural de instrumento para medida da adesão ao tratamento anti-hipertensivo e antidiabético [dissertação]*. [Rio de Janeiro]: Fundação Oswaldo Cruz; 2010.
35. Chatterjee JS. From compliance to concordance in diabetes. *J Med Ethics*. 2006 Sep;32(9):507–10.
36. Paulo LG, Zanini AC. *Compliance: sobre o encontro paciente-médico*. IPEX; 1997.
37. Jin J, Sklar GE, Oh VMS, Li SC. Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective. *Therapeutics and Clinical Risk Management*. 2008;4(1):269.
38. MS (Ministério da Saúde), SINITOX (Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas). *Registro de intoxicações. Dados nacionais. Tabela 5 - Casos Registrados de Intoxicação Humana por Agente Tóxico e Trimestre*. Brasil, 2010. [Internet]. Sistema Nacional de Informações Tóxico Farmacológicas. 2010 [cited 2013 Aug 1]. Available from: http://www.fiocruz.br/sinitox_novo/media/b5.pdf
39. Mastroianni PC, Lucchetta RC, Sarra JR, Galduróz JCF. Estoque doméstico e uso de medicamentos em uma população cadastrada na estratégia saúde da família no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2011;29(5):358–64.
40. Fernandes LC. *Caracterização e Análise da Farmácia Caseira ou Estoque Domiciliar de Medicamentos [Dissertação]*. [Porto Alegre]: Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2000.
41. Ribeiro MA, Heineck I. Estoque Domiciliar de Medicamentos na Comunidade Ibiaense Acompanhada pelo Programa Saúde da Família, em Ibiá-MG, Brasil. *Saude Soc. Sao Paulo*. 2010;19(3):653–63.
42. Wold G, Hunskar S. Use and disposal of drugs at home. Experiences of a community campaign for drug collection. *Tidsskr. Nor. Laegeforen*. 1992 May 10;112(12):1605–7.
43. Lima GB, Nunes LCC, Barros JAC. Uso de medicamentos armazenados em domicílio em uma população atendida pelo Programa Saúde da Família. *Cien Saude Colet*. 2010;15(Supl 3):3517–22.
44. Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2008;24:7–16.

45. Baptista TW de F, Fausto MCR, da Cunha MS. Análise da produção bibliográfica sobre Atenção Primária à Saúde no Brasil em quatro periódicos selecionados. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 2009;19(4).
46. OMS (Organização Mundial da Saúde). Atenção primária de saúde nas Américas: as lições aprendidas ao longo de 25 anos e os desafios futuros [Internet]. Washington; 2003. Available from: <http://www.paho.org/portuguese/gov/cd/cd44-r6-p.pdf>
47. SAS/MS (Secretaria de Atenção a Saúde/Ministério da Saúde). *Redes de Produção em Saúde*. Brasília; 2009.
48. Starfield B. *Atenção Primária: Equilíbrio entre Necessidades de Saúde, Serviços e Tecnologia*. Brasília: UNESCO/MS; 2002.
49. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970–1998. *Health services research*. 2003;38(3):831–65.
50. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank quarterly*. 2005;83(3):457–502.
51. World Health Organization. *What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services*. Geneva: WHO Press; 2004.
52. Ibañez N, Rocha JSY, Forster AC, Novaes MHD, Luiza A. Avaliação do desempenho da atenção básica no estado de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006;
53. Escorel S, Giovanella L, de Mendonça MHM, Senna M de CM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Publica*. 2007;21(2).
54. Viana ALD, Poz MRD. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*. 2005;15(Supp).
55. MS (Ministério da Saúde). *Evolução do credenciamento e implantação da estratégia Saúde da Família* [Internet]. 2012 [cited 2012 Sep 12]. Available from: http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php
56. MS (Ministério da Saúde). *Política Nacional de Atenção Básica*. 2006.
57. Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Costa AU, Rocha P. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais. *Cad Saude Publica*. 2008;24(Sup 1):S100–S110.
58. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil “User embracement” and the working process in health: Betim’s case, Minas Gerais, Brazil. *Cad. saúde pública*. 1999;15(2):345–53.

59. Forrest CB, Starfield B. The effect of first-contact care with primary care clinicians on ambulatory health care expenditures. *J Fam Pract.* 1996;43(1):40–8.
60. MS (Ministério da Saúde). Portaria n° 4279 de 30 de dezembro de 2010.pdf. 2010.
61. Merhy EE. A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde: Uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público.* São Paulo: Xamã; 1998.
62. Gérvas J, Fernández MP. El fundamento científico de la función de filtro del médico general. *Revista Brasileira de Epidemiologia.* 2005;8(2):147–9.
63. Ortún V, Gérvas J. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. *Med Clin (Barc).* 1996;106.
64. Cunha EM, Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2011;16:1029–42.
65. Calnan M, Hutten J, Hrvoje T. The challenge of coordination: the role of primary care professionals in promoting integration across the interface. In: Saltman RR, Rico A, Boerma GW, editors. *Primary Care in the Driver's Seat? Organizational reform in European primary care.* New York: Open University Press; 2005.
66. Venancio SI, Nascimento PR, Rosa TE, Morais MLS, Martins PN, Voloschko A. Referenciamento regional em saúde: estudo comparado de cinco casos no Estado de São Paulo, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2011;16(9):3951–64.
67. MS (Ministério da Saúde). Portaria GM N 154. 2008.
68. MS (Ministério da Saúde). Diretrizes do NASF: núcleo de apoio ao saúde da família. 2010.
69. Mendes EV. As redes de atenção à saúde [Internet]. Brasília, D.F: OPAS; 2011 [cited 2013 Apr 29]. Available from: http://www.bc.furb.br/docs/MO/2012/351534_1_1.PDF
70. Fontanive P. Necessidades em educação permanente percebidas por profissionais médicos das equipes da estratégia saúde da família dos municípios do projeto TELESSAÚDE-RS [Dissertação]. [Porto Alegre]: UFRGS; 2009.
71. Ferreira RC, Fiorini VML, Crivelaro E. Formação profissional no SUS: o papel da Atenção Básica em Saúde na perspectiva docente. *Rev Bras Educ Med.* 2010;34(2):207–15.
72. MEC (Ministério da Educação). Resolução CNE/CES N 4, de 07 de novembro de 2001. Sect. 1 Nov 9, 2001.
73. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Organização Panamericana da Saúde. PROMED: Programa de incentivo a mudanças curriculares nos cursos de medicina. Brasília; 2002.

74. MEC (Ministério da Educação), MS (Ministério da Saúde). Portaria interministerial N° 2.119 DE 3 de novembro de 2005.
75. MS (Ministério da Saúde). Portaria GM/MS n° 1.996 , de 20 de agosto de 2007. 2007.
76. Stroschein KA, Zocche DAA. Educação permanente nos serviços de saúde: um estudo sobre as experiências realizadas no Brasil. Trabalho, Educação e Saúde. 2011;9(3):505–19.
77. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases. Geneva: WHO Press; 2010.
78. MS (Ministério da Saúde). Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis. Brasília; 2008.
79. MS (Ministério da Saúde). A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis - DCNT no contexto do sistema único brasileiro - desafios atuais. Brasília: MS; 2005.
80. Organização Pan-Americana de saúde/ Organização Mundial da Saúde. Saúde nas Américas: edição de 2012. Panorama regional e perfis de países. Washington, DC: OPAS; 2012.
81. MS (Ministério da Saúde). Vigitel Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília; 2012.
82. Chrestani MA, Santos Ida S, Matijasevich AM. Self-reported hypertension: validation in a representative cross-sectional survey. Cadernos de Saúde Pública. 2009;25(11):2395–406.
83. IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia). PNAD: um Panorama da saúde no Brasil. IBGE; 2010.
84. MS (Ministério da Saúde), OPS (Organização Panamericana de Saúde). Avaliação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil. Brasília; 2004.
85. Chazan AC, Perez EA. Avaliação da Implementação do Sistema Informatizado de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA) nos Municípios do Estado do rio de Janeiro. Revista de APS. 2008;11(1).
86. MS (Ministério da Saúde). Portaria no 371/GM de 04 de março de 2002. 2002;
87. MS (Ministério da Saúde). Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Brasília: MS; 2006.
88. MS (Ministério da Saúde). Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília; 2006.
89. MS (Ministério da Saúde). Portaria n° 1.473, DE 24 de junho de 2011. 2011.

90. MS (Ministério da Saúde). Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: MS; 2011.
91. Contandriopoulos AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006;11(3):705–11.
92. Figueiredo AM. Avaliação da atenção primária à saúde: análise de concordância entre os instrumentos AMQ e PCATool no município de Curitiba, Paraná [Mestrado]. [Porto Alegre]: UFGRS; 2011.
93. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Quarterly*. 2005;83(4):691–729.
94. Reis EJFB, Santos FP, Campos FE, Acúrcio FA, Leite MTT, Leite MLC, et al. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. *Cad Saude Publica*. 1990;6(1):50–61.
95. Champagne F, Contandriopoulos A. A Avaliação no Campo da Saúde: conceitos e métodos. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos, editors. *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.
96. T.H Poister. Poister, T.H., 2004. Performance Monitoring. In J. Wholey, P. Harry, & E. Kathirryn, eds. *Handbook of Pratical Program Evaluation*. Jossey-Bass, pp. 99–125. 2004.
97. Arah O, Klazinga NS, Delnoij DMJ, ten Asbroek H, Custers T. Conceptual frameworks for health systems performance: a quest for effectiveness, quality, and improvement. *International journal for quality in health care*. 2003;15(5).
98. World Health Organization. *The World Health Report 2000: Health systems - improving performance*. Geneva: WHO Press; 2000.
99. Kruk ME, Freedman LP. Assessing health system performance in developing countries: A review of the literature. *Health Policy*. 2008;85(3):263–76.
100. MS (Ministério da Saúde). *Avaliação para melhoria da qualidade - qualificação da Estratégia Saúde da Família [Resumo Executivo]*. Brasília; 2005.
101. MS (Ministério da Saúde). Portaria nº 1.654 de 19 DE julho de 2011. 2011.
102. Leite IC, iwakami Beltrão K, Rodrigues RN, Valente JG, Campos MR, Schramm JMA. *Projeção da Carga de Doença no Brasil (1998-2013)*. In: Buss PM, Temporão JG, Carvalheiro JR, editors. *Vacinas, Soros e Imunizações no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.
103. Ramos ACF, Seixas TC, da Rocha CRM, Ávila RT. O programa de controle da hipertensão arterial no sistema público de saúde do Município do Rio de Janeiro. *Revista Socerj*. 2003;16(02).
104. IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). *Censo 2010*. 2010.

105. MS (Ministério da Saúde). Reorganizando o SUS no Município do Rio de Janeiro. Brasília; 2005.
106. Rio de Janeiro. População residente, número de domicílios particulares ocupados e média de moradores em domicílios particulares ocupados, segundo Áreas de Planejamento e Regiões Administrativas - Município do Rio de Janeiro - 2010 [Internet]. 2010 [cited 2012 Dec 31]. Available from: <http://portalgeo.rio.rj.gov.br/portalgeo/index.asp>
107. MS (Ministério da Saúde). DATASUS - Banco de dados do Sistema Único de Saúde [Internet]. 2010 [cited 2012 May 3]. Available from: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>
108. Município do Rio de Janeiro. Cartilha das Organizações Sociais do município do Rio de Janeiro: Um brinde aos 42 dois anos de vigência da lei Municipal nº 5.206 de 19 de maio de 2009. 2011.
109. Cochran WG. Sampling Techniques. 3rd ed. New York: John Wiley & Sons; 1977.
110. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil. São Paulo: ABEP; 2008.
111. Alfonso ML, Bayarre VH, Grau AJ. Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. Rev Cub Salud Publica. 2008;34(01).
112. CNS (Conselho Nacional de Saúde). Resolução N° 196 de 10 de outubro 1996. 1996.

Anexos

Anexo 1 - Questionário Domiciliar



Avaliação do Programa Remédio em Casa



000467
do formulário

Pesquisa Domiciliar

1 Hipertensão 2 Diabetes

Controle de visita	()Agendado ()Livre			()Agendado ()Livre			()Agendado ()Livre		
	Data	Hora	Resultado	Data	Hora	Resultado	Data	Hora	Resultado
Localização do domicílio:	[Redacted]							Hora de início	
	Ponto de referência: Cuidado Especial de Segurança?							Telefone:	
AP 3.3	Unidade de Saúde de Referência: Posto de Saúde Dr. Nascimento Gurgel								

Instruções de apresentação e abordagem

Indique o resultado da abordagem ao domicílio: 1 = Entrevista efetuada; 2 = Incompleta (retornar); 3 = Recusa; 4 = Informante ausente (retornar); 5 = Domicílio vazio ou inexistente como domicílio; 6 = Domicílio fechado (retornar).

Antes de seguir com a entrevista, explique ao entrevistado o presente Termo de Consentimento livre e esclarecido e depois de sua leitura, solicite-o que assine. Entregue a cópia do Termo e prossiga a entrevista.

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa sobre o PROGRAMA REMÉDIO EM CASA COMO MODELO DE PROVISÃO PÚBLICA DE MEDICAMENTOS, patrocinada pela FAPERJ, e executada pela Escola Nacional de Saúde Pública /FIOCRUZ e pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

O objetivo deste estudo é analisar o grau de implantação do programa Remédio em Casa, determinando se os recursos e atividades estão ocorrendo conforme o planejado e se os resultados previstos estão sendo alcançados.

Você foi selecionado(a) por ser usuário dos medicamentos dos programas de Hipertensão ou Diabetes e sua participação não é obrigatória. Sua participação não trará nenhum risco para você. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição, ou seja, você continuará recebendo seus medicamentos normalmente mesmo que se recuse a participar.

As informações fornecidas por você contribuirão para um maior conhecimento do programa bem como sua adequação aos princípios do SUS e serão úteis para melhorias no atendimento dos usuários do programa.

As informações obtidas nessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Seu nome é identificado apenas na fase de coleta de dados, mas será retirado depois e de forma que não aparecerá em qualquer apresentação dos resultados. Os dados poderão ser utilizados em relatórios e publicações científicas.

Você receberá uma cópia deste termo onde constam telefone e endereço do pesquisador principal e do Comitê de Ética da ENSP, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Pessoa que lê o termo de consentimento neste domicílio 1 O entrevistado 2 O entrevistador

A pessoa entrevistada concorda e assina o termo
1 De acordo e assina 2 Está de acordo mas não assina 0 Se nega

Entrevistado

Entrevistador

Entrevistador	:	_____	_____
Supervisor	:	_____	_____
Codificador	:	_____	_____
Digitador	:	_____	_____

Dados Gerais

1. Sexo (RU)
 - 1 Masculino
 - 2 Feminino
2. Idade (RU): _____ anos
3. Estado civil (RU): (ler as opções)
 - 1 Solteiro (a)
 - 2 Casado (a)
 - 3 Viúvo (a)
 - 4 Separado (a)
 - 5 Outro
4. Incluindo o senhor(a), quantas pessoas moram nesta casa? (RU)

5. Como o(a) senhor(a) identifica a sua cor ou etnia? (RU) (ler as opções) |
 - 1 Branca
 - 2 Preta
 - 3 Amarela
 - 4 Parda ou morena
 - 5 Indígena
 - 9 Outra ou não quis responder (não ler)
6. Qual a sua principal ocupação/ atividade atualmente? (RU) (ler as alternativas)
 - 1 Empregado público
 - 2 Empregado no setor privado
 - 3 Trabalha por conta própria e contrata mão de obra / Empresário
 - 4 Trabalha por conta própria e não contrata mão de obra
 - 5 Trabalha sem remuneração
 - 6 Aposentado
 - 7 Muito idoso para trabalhar
 - 8 Está buscando emprego mas não encontrou
 - 9 Cuidado da casa/ da família
 - 10 Estudante/ em formação
 - 11 Não trabalha por ter problemas de saúde
 - 12 Não trabalha nem estuda e não está procurando emprego

Dados da condição de saúde

7. Há quanto tempo você sabe que tem diabetes (açúcar no sangue) / hipertensão arterial? (pressão alta) (se a pessoa tem as 2 coisas e conheceu esta condição em momentos diferentes, anote o mais antigo)
 - 1 Menos de 1 ano
 - 2 Mais de 1 a 5 anos
 - 3 5 a 10 anos
 - 4 Mais de 10 anos
 - 9 NSI
 - 0 Não tem conhecimento de ter DM OU HT
8. Há quanto tempo toma medicamento para tratar do diabetes (açúcar no sangue)/hipertensão arterial (pressão alta)? (se a pessoa tem as 2 coisas e conheceu esta condição em momentos diferentes, anote o mais antigo)
 - 1 Menos de 1 ano
 - 2 Mais de 1 a 5 anos
 - 3 5 a 10 anos
 - 4 Mais de 10 anos
 - 9 NSI
 - 0 Não tem conhecimento de ter DM OU HT
9. Como avalia seu estado de saúde? (RU) (ler as opções)
 - 1 Muito Bom ou Bom
 - 2 Regular
 - 3 Ruim ou Muito Ruim
 - 4 Sem declaração
10. E em relação a outras pessoas da sua idade, como avalia seu estado de saúde? (RU) (ler as opções)
 - 1 Muito Bom e Bom
 - 2 Regular
 - 3 Ruim e Muito Ruim
 - 4 Sem declaração
11. Qual seu grau de dificuldade para realizar tarefas do seu trabalho ou da sua casa? (RU) (ler as opções)
 - 1 Nenhum
 - 2 Leve
 - 3 Regular
 - 4 Alto
 - 5 Extremo (impossibilitado para realizar atividades)
 - 9 Não sabe

Uso de serviços de saúde

12. Procurou algum atendimento ou compareceu à alguma consulta marcada para a hipertensão (pressão alta) ou para o diabetes (açúcar no sangue) nos últimos 6 meses em algum outro serviço além do Centro Municipal de Saúde Ernani Agrícola?

1 Sim

0 Não → Ir para a P14

13. Em quais dos seguintes serviços de saúde foi buscar esse atendimento? (RM)

Ler as opções e marque um quadrado para cada categoria de serviço de saúde

Serviços de saúde	13.1 Buscou atendimento?		13.2 Foi atendido?			13.3 Obteve receita / recomendação de usar medicamento?		
	Sim	Não	Sim	Não	NA	Sim	Não	NA
a. Centro de saúde/Posto de saúde ou PAM	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
b. Consultório médico privado	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
c. Emergência de Hospital público / UPA	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
d. Hospital público (consulta em ambulatório)	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
e. Emergência de Hospital privado	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
f. Hospital privado (consulta ambulatório)	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
g. Outro tipo de serviço público	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
h. Farmácia ou drogaria privada	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
i. Outro tipo de serviço privado	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>

14. Faltou alguma consulta marcada na _____ Centro Municipal de Saúde Ernani Agrícola nos últimos 6 meses?

1 Sim

0 Não

88 Nenhuma consulta foi marcada nos últimos 6 meses)

15. Alguma vez recebeu seus medicamentos pelo programa Remédio em casa?

1 Sim.

0 Não → Ir para P20

Experiência com o Programa RECASA

16. Por quanto tempo recebeu medicamentos pelo Programa Remédio em Casa? (RU)

1 Mais de 1 ano

2 Entre 6 meses e 1 ano

3 Menos de 6 meses

4 Não lembra

17. Em geral, recebia os medicamentos em casa pelo programa do Remédio em Casa no prazo previsto - até duas semanas depois da consulta na unidade pública?

1 Sim → Ir para P19

0 Não

9 Não lembra Ir para P19

18. Quando os medicamentos não chegavam no prazo estipulado o que costumava fazer? (RM) Não ler

1 Ficava sem tomar esperando a entrega

1 Sim 0 Não

2 Comprava os medicamentos

1 Sim 0 Não

3 Ia até a farmácia da unidade de saúde

1 Sim 0 Não

4 Outro. Qual? _____

1 Sim 0 Não

19. Qual o grau de satisfação com a entrega dos medicamentos em casa durante o tempo que ele funcionou? (RU) (ler as opções)

1 Nada satisfeito

3 Satisfeito

2 Pouco satisfeito

4 Muito Satisfeito

Todos os pacientes

20. Qual o grau de satisfação com o atendimento da farmácia na unidade pública de saúde? (RU) (ler as opções)
- 1 Nada satisfeito
2 Pouco satisfeito
3 Satisfeito
4 Muito Satisfeito
21. Como prefere receber/obter seus medicamentos da pressão alta ou diabetes ?
- 1 Em casa
2 Na unidade pública de saúde
3 Na Farmácia popular
4 Na farmácia privada
22. Há quanto tempo sua receita para hipertensão ou diabetes está sem alteração - exatamente os mesmos medicamentos e doses?
- 1 Menos de 1 mês
2 1 a 6 meses
3 Mais de 6 meses a 1 ano
4 Mais de 1 ano
5 1ª receita
23. Quando foi sua última consulta no Centro Municipal de Saúde Ernani Agrícola?
____/____/____
24. Marcou a data de sua próxima consulta no Centro Municipal de Saúde Ernani Agrícola?
- 1 Sim
2 Não marcou (ir para P26)
3 Não se trata mais nesta US (ir para P26)
25. Qual a data de sua próxima consulta no Centro Municipal de Saúde Ernani Agrícola?
____/____/____
26. Costuma sobrar medicamentos de hipertensão ou diabetes?
- 1 Sim
0 Não. → Ir para P28
27. Em geral, o que você faz com esta sobra de medicamentos? (RM) (ler as opções)
- 1 Guarda para continuar usando 1 Sim 0 Não
2 Divide com outras pessoas que tomam o mesmo medicamento 1 Sim 0 Não
3 Joga fora 1 Sim 0 Não
4. Devolve na farmácia 1 Sim 0 Não
5 Outro 1 Sim 0 Não
28. Seu médico costuma lhe fazer indicação de dieta, além dos medicamentos?
- 1 Sim
0 Não
29. Seu médico costuma lhe fazer indicação de exercícios, além dos medicamentos?
- 1 Sim
0 Não
30. Costuma acontecer de deixar de tomar os medicamentos para a sua doença?
- 1 Sim
0 Não → Ir para P32
31. Qual o motivo mais freqüente (RU)? Ler apenas se necessário
- 1 Esquecimento
2 Reações adversas/ efeitos colaterais
3 Falta de medicamentos na farmácia
4 Se sentiu melhor/se sentiu pior da doença
5 Dificuldade de cumprir os horários
6 Não atrapalhar outras atividades como festas ou eventos
7 Viagem
8 Outros _____
32. De quem costuma receber a informação ou orientação sobre seus medicamentos? (RM) (ler as opções)
- | | | |
|---|--------------------------------|--------------------------------|
| 0 Nunca tem dúvidas | 1 <input type="checkbox"/> Sim | 0 <input type="checkbox"/> Não |
| 1 Amigos ou parentes | 1 <input type="checkbox"/> Sim | 0 <input type="checkbox"/> Não |
| 2 Médico(a) | 1 <input type="checkbox"/> Sim | 0 <input type="checkbox"/> Não |
| 3 Pessoa da Farmácia na unidade pública | 1 <input type="checkbox"/> Sim | 0 <input type="checkbox"/> Não |
| 4 Pessoa na Farmácia privada | 1 <input type="checkbox"/> Sim | 0 <input type="checkbox"/> Não |
| 5 Assistente social | 1 <input type="checkbox"/> Sim | 0 <input type="checkbox"/> Não |
| 6 Enfermeiro(a) | 1 <input type="checkbox"/> Sim | 0 <input type="checkbox"/> Não |
| 7 Ninguém | 1 <input type="checkbox"/> Sim | 0 <input type="checkbox"/> Não |
33. Nos últimos 12 meses, você precisou procurar serviço de emergência (pronto socorro) por complicação do diabetes e/ou da hipertensão arterial?
- 1 Sim
0 Não
34. Nos últimos 12 meses, você precisou ser internado por complicação do diabetes e/ou da hipertensão arterial?
- 1 Sim
0 Não
35. Já recorreu à Justiça para conseguir medicamentos? (RU)
- 1 Sim
0 Não

36. Poderia me mostrar todos os medicamentos e todas as receitas que está usando atualmente? Escreva um medicamento por linha e use os códigos de cada coluna para completar a informação sobre cada um. Anote todos os medicamentos que o usuário tentou conseguir, mesmo que sem sucesso.

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
Medicamento, forma farmacéutica, concentração (Coloque outra informação relevante para a identificação) Se o nome não é conhecido, detalhe a categoria dada pelo entrevistado ("antipertensivo", para diabéticos) Pergunte por todos os medicamentos utilizados para HTA e DM nos últimos 3 meses, inclusive se já tiver terminado	Para quantos dias costuma obter / receber o medicamento Em dias Escreva "0" se o medicamento não é obtido regularmente	Quem recomendou /prescreveu? 1 = médico 2 = dentista vizinho 3 = membro do domicílio 4 = amigo/vizinho 5 = Agente Comunitário 6 = Pessoa da farmácia	Onde obteve / recebeu 0 = Não obtido 1 = RECASA 2 = Outra pessoa da casa usa 3 = Amigo ou vizinho 4 = Unidade pública de saúde 5 = Farmácia privada 6 = Farmácia popular de drogaria* 7 = Outro (especifique)	Pagou pelo medicamento ? 1 = Sim 0 = Não	Prescrição observada 1 = Sim 0 = Não	Quant existente 8888 se há qdd mas paciente não quis mostrar Menor unidade posológica	Dose diária prescrita 88 se não está sendo utilizado no momento	Rótulo OK? 1 = Sim 0 = Não 8 se há qdd mas paciente não quis mostrar Menor unidade posológica	Embalagem primária OK? 1 = Sim 0 = Não 8 se há qdd mas paciente não quis mostrar Menor unidade posológica	Validade OK? 1 = Sim 0 = Não
ATC (não escrever nesta coluna)										
	M									
	D									
	M									
	D									
	M									
	D									
	M									
	D									
	M									
	D									
	M									
	D									
	M									
	D									

* Rótulo Ok (=1) se contém nome do medicamento em DCB, concentração, lote, e data de vencimento
 *** Embalagem primária OK se está íntegra, contém um único medicamento, o protege adequadamente o medicamento e dizeres visíveis. A embalagem primária é aquela diretamente em contato com o medicamento.

37. Na continuação há um conjunto de afirmações em que você deverá escolher qual das cinco opções de resposta corresponde à sua situação particular. Siga o exemplo:

“Assiste televisão na parte da tarde”

Sempre	Quase sempre	Às vezes	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	----------	-------------	-------

As alternativas respondidas devem ser circuladas no local respectivo, não rasure o código presente no espaço!

Iniciar pelo item | _ _ |

Afirmação	Sempre	Quase sempre	Às vezes	Quase nunca	Nunca	
a. Toma as medicações no horário estabelecido.	4	3	2	1	0	_ _
b. Toma todas as doses indicadas.	4	3	2	1	0	_ _
c. Segue as regras da dieta.	4	3	2	1	0	_ _
d. Vai às consultas marcadas.	4	3	2	1	0	_ _
e. Realiza os exercícios físicos indicados.	4	3	2	1	0	_ _
f. Encaixa os horários do remédio nas atividades do seu dia a dia.	4	3	2	1	0	_ _
g. O(a) Senhor(a) e seu médico decidem juntos o tratamento a ser seguido.	4	3	2	1	0	_ _
h. Cumpre o tratamento sem supervisão de sua família ou amigos.	4	3	2	1	0	_ _
i. Leva até o fim o tratamento sem grande esforço.	4	3	2	1	0	_ _
j. Faz uso de lembretes para realização do tratamento.	4	3	2	1	0	_ _
k. O(a) Senhor(a) e seu médico discutem como cumprir o tratamento.	4	3	2	1	0	_ _
l. Tem a possibilidade de dar a sua opinião no tratamento que o médico prescreveu.	4	3	2	1	0	_ _

Entrevistador aqui você deve perguntar sobre os bens do domicílio do(a) entrevistado(a) e seu grau de instrução, bem como o do(a) chefe da família. As alternativas respondidas devem ser circuladas no local respectivo, não rasure o código presente no espaço!

38. Você tem em casa? Quantos [as]?

	Não tem	TEM				
		1	2	3	4 ou +	
Televisão em cores	0	1	2	3	4	_ _
Rádio	0	1	2	3	4	_ _
Banheiro	0	4	5	6	7	_ _
Automóvel	0	4	7	9	9	_ _
Empregada mensalista	0	3	4	4	4	_ _
Máquina de lavar	0	2	2	2	2	_ _
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2	_ _
Geladeira	0	4	4	4	4	_ _
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2	_ _

39. Grau de instrução (Se a própria pessoa entrevistada for o(a) chefe de sua família, marcar a mesma reposta nos dois espaços)

	Entrevistado (a)	Chefe da Família	Pontos	
Analfabeto/Primário Incompleto (4ª série)	1	1	0	_ _
Primário Completo/Ginásio Incompleto	2	2	1	
Ginásio Completo/Ensino médio Incompleto	3	3	2	
Ensino médio Completo/Superior Incompleto	4	4	4	
Superior Completo	5	5	8	

(REVISOR: Para contagem de pontos considerar grau de instrução do(a) CHEFE)

MUITO OBRIGADO POR SUA COLABORAÇÃO!

6



Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública
Núcleo de Assistência Farmacêutica
Centro Colaborador da OPAS/OMS em Políticas Farmacêuticas



Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP e SMS-RJ

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa O PROGRAMA REMÉDIO EM CASA COMO MODELO DE PROVISÃO PÚBLICA DE MEDICAMENTOS – ANÁLISE DE IMPLANTAÇÃO NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, patrocinada pela FAPERJ, e executada pelo Núcleo de Assistência Farmacêutica/Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/FIOCRUZ e Núcleo de Assistência Farmacêutica/ Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

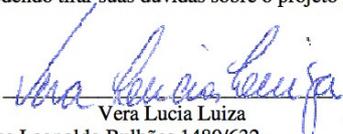
O objetivo deste estudo é analisar o grau de implantação do programa Remédio em Casa, determinando se os recursos e atividades estão ocorrendo conforme o planejado e se estão sendo alcançados os resultados previstos.

Você foi selecionado(a) por receber medicamentos do programa Remédio em Casa e sua participação não é obrigatória. Sua participação não trará nenhum risco para você. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição, ou seja, você continuará recebendo seus medicamentos normalmente mesmo que se recuse a participar.

As informações fornecidas por você contribuirão para um maior conhecimento do programa bem como sua adequação aos princípios do SUS e serão úteis para o planejamento e execução de melhorias no atendimento dos usuários do programa.

As informações obtidas nessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Como não haverá identificação no questionário, seu anonimato será preservado quando os dados forem divulgados. Os dados poderão ser utilizados em relatórios, artigos científicos, dissertações de mestrado e teses de doutorado.

Você receberá uma cópia deste termo onde constam telefone e endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.


Vera Lucia Luiza
Rua Leopoldo Bulhões 1480/632,
Manguinhos
CEP.: 21041 210 - Rio de Janeiro RJ
Tel. (21)25982591
Fax: (21) 2209-3076

Comitê de Ética/ENSP
Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 - Sala
914
Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ
CEP. 21041-210
Tel e Fax – (21) 2598-2570/2723
Email: cep@ensp.fiocruz.br

Comitê de Ética/SMS RJ
Rua Afonso Cavalcanti, 455 – Sala
601
Cidade Nova – Rio de Janeiro- RJ
CEP. 20211-110
Tel – 3971-1590
Email : cepsms@rio.rj.gov.br

Rio de Janeiro, janeiro/fevereiro de 2010

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Voluntário da pesquisa

Pesquisador de campo

MUITO OBRIGADO POR SUA COLABORAÇÃO!

7

Anexo 2 - Questionário da US



Avaliação do Programa Remédio em Casa



Unidades de Saúde Blocos de questionário

Unidade de saúde: ;

Endereço:

Telefone:

Pessoa de contato na US:

Diretor ou responsável pela US:

Data da visita: ____/____/2010

Pesquisadores de campo :

Supervisor:

A. Organização do cuidado aos pacientes hipertensos e diabéticos	2
B. Aspectos relativos ao prescritor médico	3
C. Aspectos relativos aos prescritor enfermeiro	4
D. Aspectos específicos quanto ao funcionamento do RECASA na unidade	5
E. Aspectos quanto ao funcionamento da farmácia	7

A. Organização do cuidado aos pacientes hipertensos e diabéticos

Respondente: _____

(Preferencialmente quem gerencia o Atendimento aos Pacientes de Hipertensão e Diabetes na US (Coordenador de Programas))

Cargo / função: _____

Entrevistador: _____ | ____ | ____ | Data: ____ / ____ / ____

1. Aspectos gerais

1.1. Total de médicos que atendem pacientes adultos de hipertensão arterial e diabetes mellitus _____

1.2. Número de médicos que prescrevem para HTA e DM e horas de atendimento de HTA e DM

(anote o somatório das horas correspondente ao conjunto de profissionais em cada turno e dia)

Turno	segunda-feira		terça-feira		quarta-feira		quinta-feira		sexta-feira		Sábado	
	Profissionais	horas										
Manhã												
Tarde												

1.3. Total de profissionais de enfermagem que atendem pacientes adulto de hipertensão arterial e diabetes mellitus _____

1.4. Número de profissionais de enfermagem prescritores para HTA e DM e horas de atendimento de HTA e DM

(anote o somatório das horas correspondente ao conjunto de profissionais em cada turno e dia)

Turno	segunda-feira		terça-feira		quarta-feira		quinta-feira		sexta-feira		Sábado	
	Profissionais	horas										
Manhã												
Tarde												

2. Atendimento ao paciente

2.1. Qual o principal critério para agendamento de consulta médica de 1ª vez para pacientes hipertensos e/ou diabéticos (RU)?

- 1 Avaliação de risco
 2 Ordem de Chegada
 3 Idade do paciente
 4 Local de residência do paciente
 5 Outros. Qual? _____

2.2. Qual o profissional responsável pela triagem dos pacientes de hipertensão e diabetes em sua primeira procura a esta unidade?

- 1 Médico Sim Não
 2 Enfermeiro Sim Não
 3 Técnico de enfermagem Sim Não
 4 Profissional da recepção Sim Não
 5 Outro. Sim Qual? _____ Não

2.3. Qual o tempo médio para agendamento da consulta médica de primeira vez? _____ d m

2.4. Há controle de absenteísmo/falta dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos (significa poder recuperar a informação de que pacientes faltaram a consulta ou a alguma outra atividade na unidade)?

- 1 Sim 0 Não (ir para P.3.1)

2.5. É tomada alguma medida com os pacientes faltosos à consulta clínica?

- 1 Sim . Qual? _____ 0 Não

3. Formulário/Diretrizes/Manuais

3.1. Há um fluxograma ou procedimento operacional padrão (POP) nesta unidade especificando a rotina de atendimento do paciente (marcar sim apenas se o documento for visualizado)?

- 1 Sim (solicitar cópia) 0 Não

4. Gerenciamento e Controle de processo

4.1. Há um espaço físico específico para o cadastro e processamento das prescrições para o RECASA?

- 1 Sim, há 2 Sim, havia, mas foi desativado 0 Não

4.2. A qual serviço/setor é/era vinculado o processamento das prescrições para o RECASA (RU)?

A resposta define o setor onde será aplicado o bloco [D]

- 1 Farmácia 3 Ambulatório 2 Arquivo médico
 4 Outro. Qual? _____

B. Aspectos relativos ao prescritor médico

Respondente: _____
(Preferencialmente quem gerencia o Atendimento aos Pacientes de Hipertensão e Diabetes na US (Coordenador de Programas))

Cargo / função: _____

Entrevistador: _____ | _ | _ | Data: ____/____/____

4.3. Há algum profissional médico presente que atenda pacientes do programa de HTA ou DM?

1 Sim Quantos? _____ 0 Não (ir para P. 6.3)

Se houver mais de um, perguntar o que atua na unidade de saúde há mais tempo para fazer as perguntas de 5.1 a 6.2

5. Perfil de profissional médico que atende HTA e DM

5.1. Há quanto tempo exerce suas atividades neste serviço?

1 menos de um ano 3 Mais de 2 a 5 anos
2 1 a 2 anos 4 Mais de 5 anos

5.2. Qual o total de horas de treinamento que participou desde 2002 até hoje relativo ao cuidado de pacientes com HTA e DM?

0 Não houve treinamento (ir para P 6.1) 3 Mais 40 horas a 80 horas
1 Menos de 20 horas 4 Mais de 80 horas
2 Mais 20 horas a 40 horas

5.3. Dessas, quantas foram proporcionadas pela Prefeitura do Rio de Janeiro?

1 A menor parte 2 A maior parte 3 Todas

6. Formulário/Diretrizes/Manuais

6.1. Tem uma cópia dos seguintes documentos? (considerar resposta positiva apenas se o profissional puder mostrar, durante a entrevista, a cópia do documento que utiliza)

a) Protocolo de atendimento ao diabetes mellitus? 1 Sim 0 Não
b) Protocolo de atendimento a hipertensão arterial 1 Sim 0 Não (ir para P. 6.3)

6.2. Qual a forma disponível?

1 Eletrônica Sim 0 Não
2 Impressa Sim 0 Não
3 Internet Sim 0 Não
4 Outros. Qual? _____ Sim 0 Não

C. Aspectos relativos aos prescritor enfermeiro

Respondente: _____
(Preferencialmente quem gerencia o Atendimento aos Pacientes de Hipertensão e Diabetes na US (Coordenador de Programas))

Cargo / função: _____

Entrevistador: _____ | ____ | ____ Data: ____ / ____ / ____

6.3. Há algum profissional enfermeiro presente que atenda pacientes do programa de HA ou DM?

1 Sim Quantos? _____ 0 Não *(ir para P.9.1)*

Se houver mais de um, perguntar o que atua na unidade de saúde há mais tempo para fazer as perguntas de 7.1 a 8.2.

7. Perfil de profissional enfermeiro que atende HTA e DM

7.1. Há quanto tempo exerce suas atividades neste serviço?

1 menos de um ano

3 Mais de 2 a 5 anos

2 1 a 2 anos

4 Mais de 5 anos

7.2. Qual o total de horas de treinamento que participou desde 2002 até hoje relativo ao cuidado de pacientes com HTA e DM?

0 Não houve treinamento

3 Mais 40 horas a 80 horas

1 Menos de 20 horas

4 Mais de 80 horas

2 Mais 20 horas a 40 horas

7.3. Dessas, quantas foram proporcionadas pela Prefeitura do Rio de Janeiro?

1 A menor parte

2 A maior parte

3 Todas

8. Formulário/Diretrizes/Manuais

8.1. Tem uma cópia dos seguintes documentos? *(considerar resposta positiva apenas se o profissional puder mostrar, durante a entrevista, a cópia do documento que utiliza)*

a) Protocolo de atendimento ao DM 1 Sim 0 Não

b) Protocolo de atendimento ao HTA 1 Sim 0 Não *(ir para P. 9.1)*

8.2. Qual a forma disponível?

1 Eletrônica

Sim 0 Não

2 Impressa

Sim 0 Não

3 Internet

Sim 0 Não

4 Outros. Qual? _____

Sim 0 Não

D. Aspectos específicos quanto ao funcionamento do RECASA na unidade

Respondente: _____

(Preferencialmente quem gerenciava o cadastro RECASA na US)

Cargo / função: _____

Entrevistador: _____ |__|__| Data: ____/____/____

9. Gerenciamento e Controle de processo

9.1. Quantos profissionais operam o sistema de cadastro do PDH _____? (Zero se o serviço está desativado. Se a resposta for Zero, ir para P. 9.4)

9.2. Qual o horário dos profissionais envolvidos na operação do sistema PDH (RECASA)?

Turno	segunda-feira		terça-feira		quarta-feira		quinta-feira		sexta-feira		sábado	
	Profissionais	horas										
Manhã												
Tarde												

9.3. Sobre os profissionais que realizam a operação do sistema de cadastro.

(Listar a escolaridade, o tempo de trabalho e as horas de treinamento em ordem decrescente de dedicação de carga horária a estas atividades).

	Escolaridade	Tempo de trabalho na US	Horas de Treinamento para a atividade desde 2002
	1= Sem estudo ou Elementar incompleto 2= Elementar completo 3= Secundário completo 4= Superior ou pós-graduação [A]	1= menos de um ano 2= 1 a 2 anos 3= Mais de 2 a 5 anos 4= Mais de 5 anos [B]	1= Menos de 20 horas 2= Mais 20 horas a 40 horas 3= Mais 40 horas a 80 horas 4= Mais de 80 horas [C]
1			
2			
3			
4			
5			

9.4. Houve alteração no número de profissionais envolvidos com o PDH depois da interrupção do RECASA?

0 Não 1 Sim, aumentou 2 Sim, diminuiu

9.5. Há um computador específico para o cadastramento de HTA e DM?

1 Sim 0 Não

9.6. Há uma impressora disponível para emissão de relatórios de HTA e DM?

1 Sim 0 Não

9.7. Quais os principais problemas para a operacionalização do RECASA? (não ofereça as alternativas)

1 Dificuldade de conexão com Internet	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
2 O sistema é difícil de operar	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
3 Defeitos freqüentes no equipamento	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
4 Recursos humanos	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
5 Demora para obter conserto do equipamento	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
6 Outro. Qual? _____	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
7 Nenhum	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

9.8. Já foi solicitado um chamado ao suporte de microcomputadores do RECASA?

1 Sim 0 Não (Vá para P. 10.1)

- 9.9. Em caso afirmativo, foi atendido na maioria das vezes?
 1 Sim. Quanto tempo, em média? _____ dias 0 Não
- 9.10. Qual foi o intervalo (em dias) que o sistema permaneceu inoperante no último ano do funcionamento pleno do RECASA? _____ dias

10. Uso do sistema informatizado (software)

- 10.1. Você tem aqui uma cópia do Procedimento Operacional Padrão (POP) para cadastramento de Pacientes RECASA?

1 Sim (*se sim, solicitar cópia*) 0 Não

- 10.2. Quais os documentos solicitados para realizar o cadastramento do RECASA?
(não ofereça as alternativas)

1. Identidade (doc. oficial com foto) Sim Não

2. CPF Sim Não

3. Comprovante de residência Sim Não

4. Outro Sim Qual? _____ Não

- 10.3. Você acha que o sistema é de fácil utilização para entrada de dados?

(Perguntar ao técnico que opera o sistema)

1 Sim 0 Não

- 10.4. Você acha que o sistema é de fácil utilização para a emissão de relatório?

(Perguntar ao técnico que opera o sistema)

1 Sim 0 Não

- 10.5. Quais os relatórios mais importantes que o sistema fornece entre aqueles que utilizava?

1	_____
2	_____
3	_____
4	_____
5	_____

- 10.6. Considera que há outros relatórios que o sistema deveria emitir?

1 Sim. Quais? _____

0 Não

11. Cadastramento – Alimentação Sistema

- 11.1. Além do sistema fornecido pela SMS, há algum outro mecanismo de controle de cadastramento ou fornecimento de medicamentos aos pacientes hipertensos e diabéticos?

1 Sim 0 Não (*ir para P12.1*)

- 11.2. Como é o sistema de cadastro/fornecimento de medicamentos

1 Informatizado. Pode nos fornecer um print dos dois relatórios mais importantes? (*basta 1 pág.; anexar ao quest.*)

0 Manual

E. Aspectos quanto ao funcionamento da farmácia

Respondente: _____

(Preferencialmente ao responsável pela Farmácia)

Cargo / função: _____

Entrevistador: _____ Data: ____/____/____

12. Formulários/Diretrizes/Manuais

12.1. Há alguma norma ou procedimento operacional escrito para orientar as atividades do RECASA nesta unidade?

1 Sim. (Solicitar apresentação da cópia)

0 Não

12.2. Há uma cópia disponível do protocolo de tratamento de HTA e DM?

1 Sim. (Solicitar apresentação da cópia).

0 Não

12.3. Há POP's sobre o atendimento ao paciente?

1 Sim. (Solicitar apresentação da cópia)

0 Não

13. RH

13.1. Quantos profissionais realizam a dispensação de medicamentos nesta US? _____

13.2. Sobre os profissionais que realizam a dispensação de medicamentos na unidade de saúde.

	Escolaridade 1= Sem estudo ou Elementar incompleto 2= Elementar completo 3= Secundário completo 4= Superior ou pós graduação [A]	Tempo de trabalho na US 1= menos de um ano 2= 1 a 2 anos 3= Mais de 2 a 5 anos 4= Mais de 5 anos [B]	Horas de Treinamento para a atividade desde 2002 1= Menos de 20 horas 2= Mais 20 horas a 40 horas 3= Mais 40 horas a 80 horas 4= Mais de 80 horas [C]
1			
2			
3			
4			
5			

13.3. Quantas horas em média o(s) farmacêuticos dedicam a dispensação de medicamentos (interagindo com pacientes)? _____ horas por semana.

13.4. Quantas das horas de treinamento foram proporcionadas pelo Nível Central da Prefeitura aos profissionais envolvidos com a dispensação ou operação do RECASA?

0 Não houve treinamento

2 20 a 40 horas

1 Menos de 20 horas

3 Mais de 40 horas

13.5. É feita orientação de pacientes pela Farmácia a pacientes HA e DM?

1 Sim

0 Não

13.6. Algum funcionário da Farmácia participou de atividades educativas com grupo de pacientes hipertensos e/ou diabéticos nos últimos 3 anos

1 Sim

0 Não

Anexo 3 – Aprovação da pesquisa pelo CEP

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - ENSP/ FIOCRUZ

PROJETO DE PESQUISA

Título: DESEMPENHO DOS SERVIÇOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: UM OLHAR SOBRE O USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS

Área Temática:

Pesquisador: Luiz Villarinho Pereira Mendes

Versão: 1

Instituição: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - ENSP/FIOCRUZ

CAAE: 03609312.7.0000.5240

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 44723

Data da 13/06/2012

Apresentação do Projeto:

O projeto apresentado é de mestrado acadêmico do curso de Pós Graduação em Saúde Pública da ENSP, qualificado em 20/03/2012 e orientado por Vera Lúcia Luiza e Mônica Rodrigues Campos. A pesquisa será financiada com recursos próprios do pesquisador e o cronograma está atualizado. Estima-se que no mundo, metade de todos os medicamentos são inadequadamente prescritos, dispensados ou vendidos e que metade dos pacientes não os tomem corretamente. O uso irracional de medicamentos resulta em sérios riscos para a saúde e em desperdício de recursos, muitas vezes já escassos. Dentro desse contexto, afirma-se a importância da assistência farmacêutica que, através de ações desenvolvidas pelo farmacêutico e por outros profissionais de saúde, visam garantir o abastecimento contínuo e o uso racional de medicamentos mediante processos de seleção, programação, aquisição, armazenamento, prescrição e dispensação contribuindo assim para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Assim, é esperado que o desempenho dos serviços de saúde, incluindo-se destacadamente os elementos relacionados com a AF, tenha efeitos diretos nos resultados em saúde, especialmente no que tange ao uso racional de medicamentos, contribuindo para a melhoria do cuidado aos pacientes com HA e DM. Trata-se de um estudo transversal, observacional utilizando os dados de base secundária provenientes do projeto fonte (RECASA): O programa remédio em casa como modelo de provisão pública de medicamentos - análise de implantação no município do Rio de Janeiro, patrocinado pela FAPERJ e conduzido pelo Núcleo de Assistência Farmacêutica/ENSP/Fiocruz no ano de 2009, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do município do Rio de Janeiro (SMSDC/RJ). As variáveis utilizadas visam contemplar aspectos do desempenho dos serviços na atenção primária em saúde e darão origem aos indicadores de insumo/estrutura e atividades/produtos e também aspectos do uso racional de medicamentos do ponto de vista domiciliar e a satisfação dos usuários com a farmácia da US e darão origem aos indicadores de Resultado.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:
Analisar as relações entre desempenho de serviços de saúde na atenção primária prestados a pacientes com diabetes mellitus e hipertensão arterial e o uso racional de medicamentos no município do Rio de Janeiro em 2009.

Objetivo Secundários:
Descrever o perfil sócio-demográfico e de uso de medicamentos da população de estudo; Descrever aspectos de desempenho dos serviços de saúde na atenção primária no município do RJ; Avaliar a associação entre indicadores de desempenho e uso racional de medicamentos na perspectiva do usuário e dos serviços.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há riscos associados à realização da pesquisa. Como benefícios a pesquisadora destaca a Descrição do perfil sócio-demográfico e de uso de medicamentos da população de estudo; Descrição dos aspectos de desempenho dos serviços de saúde na atenção primária no município do RJ; Possível encontro de evidência científica na importância do desempenho dos serviços de saúde para o uso

1/2

racional de medicamentos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa original foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (CEP/ENSP), um estudo transversal executado simultaneamente em duas etapas: na primeira, realizada nas UBS, foram feitas entrevistas com gestores, médicos, enfermeiros, farmacêuticos e outros profissionais dispensadores e técnicos de operação do sistema informatizado do RECASA. Na segunda etapa foi realizado inquérito domiciliar com pacientes diabéticos e hipertensos que, além de cadastrados no programa, pertenciam a uma dessas unidades visitadas. Os dados referem-se a uma amostra de 547 sujeitos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Declaração da coordenadora do NAF/ENSP/Fiocruz, autorizando a utilização dos dados da pesquisa O Programa Remédio em Casa como Modelo de Provisão Pública de Medicamentos "Análise e Implantação no município do Rio de Janeiro".

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo foi considerado aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

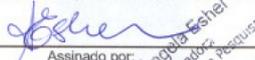
Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O projeto foi considerado aprovado.

RIO DE JANEIRO, 26 de Junho de 2012



Assinado por:

Ângela Fernandes Escher Moritz

Prof. Ângela Escher
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa
CEP/ENSP

2/c