



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA

TESE DE DOUTORADO

**Um estudo sobre os motivos de consulta e a qualidade das condutas
médicas da Atenção Primária à Saúde Brasileira.**

Patricia Sampaio Chueiri

Orientador: Prof. Dr. Erno Harzheim

Coorientador: Prof. Dr. Marcelo Rodrigues Gonçalves

Porto Alegre
Novembro de 2019



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA

TESE DE DOUTORADO

**Um estudo sobre os motivos de consulta e a qualidade das condutas
médicas da Atenção Primária à Saúde Brasileira.**

Patricia Sampaio Chueiri

Orientador: Prof. Dr. Erno Harzheim

Coorientador: Prof. Dr. Marcelo Rodrigues Gonçalves

A apresentação desta tese é exigência do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Doutor.

Porto Alegre, Brasil.
2019

BANCA EXAMINADORA – Qualificação

Prof. Dra. Ana Luiza D'Ávila Viana, Programa de Pós-graduação do Departamento de Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo.

Prof. Dra. Claunara Schilling Mendonça, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Prof. Dr. Sotero Serrate Mengue, Programa de Pós-graduação de Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

BANCA EXAMINADORA – Defesa Final

Prof Dr. Thiago Gomes da Trindade, Programa de Pós-graduação em Saúde da Família Nordeste, Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Prof. Dra. Claunara Schilling Mendonça, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Prof. Dr. Sotero Serrate Mengue, Programa de Pós-graduação de Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Olga e Elias, e a
minha irmã, Maria Fernanda,
pois são corresponsáveis pelo que
sou, pelo apoio incondicional em
todos os momentos da minha
trajetória, por serem meu alicerce.

A Maria Lia, pelo
companheirismo sem igual, por
colocar mais graça nos meus dias
e por apoiar todos os meus
sonhos.

As crianças da minha vida: João
Pedro, João Pedro “segundo”,
Matteo e Cecília.
Chegaram para me ensinar.

Que venham mais!

MENSAGEM

The critical reflection regarding what are “health needs”, therefore, far from being an idle intellectual exercise, is an imperative for adequately structuring health care.

(CAMARGO JR., 2018)

AGRADECIMENTOS

A Organização Pan-americana de Saúde pelo apoio financeiro para realização do campo desta pesquisa.

Aos meus colegas de doutorado e professores do Programa de Pós-Graduação de Epidemiologia da UFRGS pelos ensinamentos, debates e reflexões proporcionadas.

A Lisiane Hause, por ter apoiado com a construção e análise do banco de dados.

Aos colegas médicos de família e comunidade que me acolheram por quase dois anos no Departamento de Medicina Social da FAMED/UFRGS, em especial Claunara Schilling Mendonça e Camila Giuliani, pelos espaços compartilhados, pelo apoio e pelo exemplo de mulheres e médicas de família que são.

A Carmem, Ana e Maria Eugênia pela acolhida em Porto Alegre, pelas oportunidades de trabalho, de parceria e pela amizade que ficou.

A Maria Lia, por me esperar, por toda a paciência nestes três últimos anos, pelo incentivo e por me fazer acreditar que diante de tantas dificuldades, incertezas e mudanças que ia dar certo. Sem seu apoio não chegaria aqui.

A minha família, mãe, pai, irmã e cunhado por todo o carinho, e respeito aos momentos necessários de dedicação aos estudos e ao trabalho, meu coração estava com vocês todo tempo.

A Beth Meyer por me ajudar no caminho do autoconhecimento e pela força nos momentos difíceis.

Aos meus alunos da Liga de Saúde da Família da UFRGS, Marcelo, Anna, Jamily, Rodrigo, Carolina, Daniel e William que além de me inspirarem foram força de trabalho para o doutorado.

Aos meus residentes de Medicina de Família e Comunidade do HCPA, Laureen, Elisa, Maiara, Kizzy e Theo, que tornaram o meu retorno a prática clínica mais gostoso e me brindaram com uma homenagem ao final da residência. Vocês são muito especiais!

A Silvia Takeda, médica de família que me inspira, generosa, com quem eu conto desde o mestrado, que de alguma forma me guiou também no doutorado.

Ao Marcelo Rodrigues Gonçalves, por ter topado ser meu co orientador já com parte do caminho andado, pelas reflexões nos almoços no HCPA e por ter se tornado um amigo.

Ao Erno Harzheim, pelo exemplo como pesquisador, pelos toques primorosos nos momentos de orientação, por trazer as pessoas para o centro das ações e por me fazer aprender a resistir sempre.

Muito Obrigada!

SUMÁRIO

ABREVIATURAS E SIGLAS	10
RESUMO.....	13
ABSTRACT	15
1. APRESENTAÇÃO.....	17
2. INTRODUÇÃO.....	18
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	25
3.1 Metodologia utilizada na revisão	25
3.2 Necessidades de saúde	26
3.3 Porque e como e avaliar necessidades de saúde a partir da APS.....	32
3.4 Classificação na Saúde.....	40
3.5 A Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP).....	46
3.6 Perfil de morbimortalidade e dos motivos de consulta do Brasil	53
3.7 Morbimortalidade e motivos de consulta nos estudos internacionais	64
3.8 Avaliação da qualidade na Atenção Primária à Saúde.....	82
3.9 APS no Brasil.....	91
4. JUSTIFICATIVA	112
4.1 A importância do conhecimento dos motivos de consulta e da qualidade do cuidado para a APS brasileira.....	112
5. OBJETIVOS	116
5.1 Objetivo Geral.....	116
5.2 Objetivos Específicos.....	116
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	117
7. ARTIGO 1	139

Reasons for encounter in primary health care in Brazil	140
8. ARTIGO 2	166
Inquérito nacional sobre o rastreamento do câncer na população que acessa a Estratégia Saúde da Família: mais risco de sobrediagnóstico que proteção.	167
9. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	180
10. ANEXOS	184
Anexo A – Aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa	185
Anexo B – Aspectos metodológicos	190
Em relação a pesquisa transversal	190
Em relação a classificação dos motivos de consulta.....	192
Em relação a avaliação das fotografias.....	193
Anexo C – Questionário para Médicos(as)	195
Anexo D – Questionário para usuários adulto	209
Anexo E – Padronização utilizada para codificação do CIAP	238
Definições realizadas para padronização interna durante o processo de codificação dos motivos de consulta.....	238
A) Regras Gerais.....	238
B) Quadro das padronizações realizadas	239
Anexo F – Formulário de avaliação das fotografias de prescrições e solicitações de exames	243
Parte I – Geral	243
Parte II – Solicitação de exames	243
Parte III – Prescrição.....	245
Parte IV – Regras gerais pactuadas no treinamento para análise/classificação das fotos	246
Anexo G – Planilhas que resumem os artigos revisados sobre motivos de consulta no Brasil e no Mundo.....	249
A) Brasil.....	249
B) Mundo.....	251

ABREVIATURAS E SIGLAS

APS – Atenção Primária à Saúde

ATC/DDD – Sistema de Classificação Anatômico, Terapêutico, Químico com Dose Diária Definida

CIAP – Classificação Internacional de Atenção Primária

CICEL – Classificação Internacional de Causas Externas de Lesões

CID – Classificação Internacional de Doenças

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias

DM – Diabetes melito

ESF – Estratégia Saúde da Família

e-SUS AB/SISAB – Sistema de informação da APS brasileira

GBD – Global Burden of Disease

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

HIV – Human Immunodeficiency Virus

ICHPPC – International Classification of Health Problems in Primary Care

IC-process-PC – International Classification of Processes in Primary Care

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

MBE – Medicina Baseada em Evidências

MeSH - Medical Subject Headings

MF – Médicos de Família

MFC – Medicina de Família e Comunidade

NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família

NICE – National Institute for Health and Care Excellence

NOAS – Normas operacionais de assistência a saúde

NOB – Normas operacionais básica

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PcaTool – Primary Care Assessement Tool

PHC – Primary Health Care

PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade

PMM – Programa Mais Médicos

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio

PNS – Pesquisa Nacional de Saúde

PROESF – Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família

PSF – Programa Saúde da Família

RAS – Redes de Atenção à Saúde

READ – Terminologia utilizada no Reino Unido

RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

RENASES – Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde

RFE – Reasons for Encounter

SF – Saúde da Família

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SNOMED – Classificação do colégio americano de patologia

SOAP – Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

WHO-FIC – Família das Classificações Internacionais da OMS

WONCA – World Organisation of National Colleges and Academies of
General and Family Practice.

RESUMO

Justificativa: A Atenção Primária à Saúde (APS) brasileira se organiza através da estratégia saúde da família (ESF) a 25 anos. A ESF cobre atualmente 63% da população nacional. Porém, ainda não há estudos nacionais sobre quais os motivos que levam a população a buscar cuidado na APS. Além disso, existem poucas pesquisas que avaliaram a qualidade do cuidado prestado a partir de recortes estratégicos, como doenças crônicas e ações preventivas. Esse estudo buscou identificar os motivos de consulta na estratégia saúde da família e suas diferenças de acordo com características individuais, do município e da região do país. Também se prestou a avaliar a adequação das ações preventivas realizadas pelas equipes da ESF em relação as orientações governamentais e as evidências científicas. **Métodos:** Esta pesquisa compõe o “Projeto de Avaliação do Programa Mais Médicos”, um estudo transversal descritivo e analítico de caráter nacional realizado entre julho e dezembro de 2016. **Resultados:** Foram avaliadas 6.160 consultas, destas foram codificados 8046 motivos de consulta, que representavam 388 diferentes códigos da Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP). A média de motivos de consulta foi de 1,3 por usuário. O motivo de consulta mais frequente foi avaliação de resultados de exames (_60), seguido de solicitação de prescrição (_50) e de ações preventivas (A98). Apenas 7 códigos CIAP correspondem a 50% de todos os motivos de consultas. Há pouca mudança na frequência dos motivos de consulta de acordo com as regiões do país. Foi rara a classificação de códigos relacionados a saúde mental e a problemas sociais frente a prevalências dos transtornos mentais comuns e à realidade socioeconômica do país. Por outro lado, as ações preventivas tiveram alta frequência indicando acesso facilitado para pessoas saudáveis. Neste recorte, encontrou-se que a cobertura de rastreamento para câncer de colo e mama está acima do esperado, 50% e 9% respectivamente. O foco dos exames é inadequado; 24%, 47% e 54% dos rastreamentos para câncer de colo, útero e próstata (respectivamente) foram feitos fora da faixa etária recomendada. E apenas 30% dos tabagistas foram abordados para

tratamento. **Conclusão:** Os resultados apontam uma baixa abrangência, resolutividade e qualidade das ações das equipes da ESF. Estes achados servem de substrato para uma revisão da política nacional de atenção primária, como por exemplo: uma carteira de serviços que favoreça maior abrangência de ações, outras formas de financiamento (apontando e valorizando critérios de qualidade) e revisão da formação profissional afim de se adequar a este ponto de atenção.

Palavras Chaves: Atenção Primária à Saúde, Saúde da Família, Motivos de Consulta, Classificação Internacional de APS, Medicina de Família e Comunidade, Avaliação de serviços de Saúde, Programas de Rastreamento, Brasil.

ABSTRACT

Background: Primary Health Care (PHC) in Brazil is organized through the family health strategy (ESF) since 1994. The ESF teams currently covers 63% of the population. However, there are no national studies that investigate the reasons that lead the population to seek care in PHC. In addition, there is little research that has evaluated the quality of care provided from strategic cut-outs such as chronic diseases and preventive interventions. This study sought to identify the reasons for encounters in the ESF teams and their differences according to individual, municipality and regions characteristics, as well as to evaluate the adequacy of the preventive interventions carried out by ESF teams in relation to government guidelines and evidence scientific. **Methods:** This study is part of a national cross-sectional descriptive and analytical study conducted between July and December 2016 in Brazil. **Results:** Of 6160 encounters, a total of 8046 reasons for encounters (RFEs) were coded, which represented 388 different codes of the International Classification of Primary Care 2 (CIAP). Each user had a mean of 1.30 RFEs and only seven reasons accounted for 50% of all RFEs. RFEs did not vary significantly by geographic region. There was a high frequency of codes related to test results (ICPC-2 code _60 - first RFE), medication renewal (ICPC-2 code _50 - second RFE), and preventive medicine (ICPC-2 code A98 - third RFE). RFEs related to psychological and social problems were almost non-existent in contrast with the country reality. An important finding was that ‘health maintenance/prevention’ (A98) was among the most common RFEs, indicating that healthy users have easy access. Another finding was that screening coverage for cervical cancer and breast is higher than expected, 50% and 9% respectively. The exams focus was inadequate also, 24%,47% and 54% of cervical, breast and prostate screening were made outside of the recommended age range. Only 30% of smokers were treatment-oriented. **Conclusion:** The results indicate a low comprehensive and quality of the ESF teams. These findings serve as

a substrate for reviewing important aspects of the national primary care policy, including a new portfolio of the services that favours comprehensiveness, financing criteria that value quality interventions and better professional training, appropriate to PHC.

Keywords: Primary Health Care, Reasons for encounter, needs assessment, classification, family practice, screening, health service evaluation, Brazil.

1. APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na tese de doutorado intitulada “Um estudo sobre os motivos de consulta e a qualidade das condutas médicas da Atenção Primária à Saúde Brasileira.” apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 21 de Agosto de 2019. O trabalho é apresentado em três partes, na ordem que segue:

1. Introdução, Revisão da Literatura, Objetivos e Justificativa
2. Artigo(s)
3. Conclusões e Considerações finais.

Documentos de apoio estão apresentados nos anexos.

2. INTRODUÇÃO

Nos últimos 30 anos o país mudou o seu perfil de saúde e doença. Melhorou seus indicadores de saúde e avançou em relação as desigualdades regionais. Estes avanços se devem, principalmente, a melhores condições de vida da população, resultado dos avanços econômicos e das políticas de proteção social. Isto é evidenciado quando analisamos as quedas de mortalidade mais acentuadas nas doenças transmissíveis e nas doenças materno-infantis relacionadas com diarreia e desnutrição , e pelo aumento da expectativa de vida do país (BARRETO et al., 2014; SOUZA et al., 2018).

Por outro lado, é impossível negar que a melhora de alguns indicadores de saúde é também resultado do Sistema Único de Saúde (SUS), mais especificamente, dos seus serviços assistenciais (responsáveis pelo cuidado direto da saúde da população), mesmo considerando que essa parte do sistema responde apenas por aproximadamente 10% da mortalidade de um país (MCGINNIS et al., 2002; MACINKO et al., 2003). Fato que é corroborado pela queda da taxa de mortalidade das doenças cardiovasculares, pela queda da mortalidade por doenças imunopreveníveis, pela diminuição da prevalência do tabagismo, pela ampliação do acesso ao tratamento de doenças como Diabetes e a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida e pela queda da mortalidade infantil, relacionada entre outras à ampliação da Atenção Primária à Saúde (APS) através do modelo Saúde da Família (SF) (MACINKO; FÁTIMA MARINHO DE SOUZA, DE; et al., 2007; SOUZA et al., 2018).

Já existem boas evidências de que sistemas de saúde baseado na APS (sistema e serviço) apresentam melhores resultados em saúde (MACINKO et al., 2003; STARFIELD et al., 2005; STARFIELD, 2012). E no Brasil não tem sido diferente (com a expansão das equipes de saúde da família), o acesso a serviços assistenciais de APS aumentou exponencialmente (BARRETO et al., 2014) e, conseqüentemente, houve melhora em indicadores específicos, como: reduções no número de internações por condições sensíveis à APS e da mortalidade infantil (RASELLA et al., 2010; AFONSO et al., 2017; BASTOS et al., 2017). As equipes de saúde da família são responsáveis pelo cuidado de aproximadamente 132 milhões de brasileiros através das 42.719 equipes implantadas (Dados do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde de Julho/19).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) já foi publicada três vezes (2006, 2011 e 2017), cada uma delas refletiu o contexto do país e do SUS. A primeira instituiu a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como o modelo de APS do Brasil e consolida a forma diferente de financiamento para atenção primária (financiamento per capita e por tipo de equipe), já definida pela Norma Operacional Básica 96 (BRASIL, 1997). A segunda reviu os padrões das ESF, fortaleceu o papel da APS nas redes de atenção à saúde e foi acompanhada de três políticas públicas que visavam ultrapassar desafios, ainda presentes, na APS brasileira: a qualificação do cuidado (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica); a precariedade da estrutura das unidades de saúde (Programa

Requalifica UBS), inspirado na portaria do Plano Nacional de Implantação de UBS de 2009 (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009a), e a falta de profissionais médicos (Programa Mais Médicos). A última revisão da política, feita em 2017, trouxe alterações importantes relacionadas a composição profissional e a carga horária das equipes rompendo com a prioridade da estratégia saúde da família como principal forma de expansão da APS no país. (BRASIL, 1997; ALMEIDA, 2018; CARLOS; CECILIO, 2018; GIOVANELLA, 2018; MEDINA, 2018).

Além das mudanças a cada 5 anos, APS no Brasil esteve e está exposta aos mesmos desafios do SUS, destaca-se entre eles, pela intrínseca relação com a própria APS: o subfinanciamento crônico; a falta de formação de profissionais de saúde adequados as necessidades da população; o regime federativo do país e a municipalização que dificultam a gestão do sistema (BARRETO et al., 2014). Apesar destas dificuldades e das mudanças cíclicas, a APS brasileira evoluiu, ainda que de forma muito heterogênea (ANDRADE; COELHO; NETO; et al., 2018), e se consolidou como a principal porta de entrada do SUS e como o caminho para a universalização do acesso aos cuidados em saúde.

Porém, não basta que a APS seja universalizada para que o sistema de saúde alcance seus três principais objetivos: melhora de indicadores de saúde, otimizar a saúde individual e proporcionar equidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007). É preciso também que ela cumpra com seus princípios ou atributos e que os serviços de saúde sejam centrados nas pessoas e nas suas necessidades de saúde. É a partir destas necessidades

que o planejamento e a implementação das políticas públicas em saúde devem ser realizados. Para isso, é primordial que o sistema reconheça os problemas de saúde que as pessoas vivenciam e avalie se os atributos da APS vêm sendo cumpridos (STARFIELD, 2002, 2011).

Neste sentido, pode-se dizer que os principais desafios da APS brasileira (além da universalização) são: (1) a qualificação do cuidado de acordo com as necessidades de saúde individuais e populacionais e com as evidências científicas atuais e (2) a ampliação da capacidade das ESF em cumprir os atributos essenciais da APS (acesso ao primeiro contato, longitudinalidade, abrangência/integralidade e coordenação do cuidado) e consequentemente aumento da sua resolutividade (MEDINA, 2018).

No clássico artigo *The Ecology of Medical Care* seus autores afirmam que “os indicadores tradicionais de morbimortalidade e a demografia da população tem valor limitado para descrever as ações dos médicos e dos pacientes individualmente. E que são essas ações (individuais) que coletivamente determinam a demanda e a utilização dos serviços de saúde.”. Colocam também que a unidade de análise mais importante para a avaliação de necessidades e demandas é o paciente, e não a doença, que estas devem ser realizadas em curto espaço de tempo e que nenhum serviço é capaz isoladamente de ter uma avaliação global das necessidades de uma comunidade. (WHITE et al., 1961).

Considerando que a APS é o serviço de primeiro contato da pessoa com o sistema de saúde, é responsável pelo cuidado integral (abrangente) e longitudinal e que deve coordenar o cuidado com outros serviços quando

necessário; parece claro que este é o melhor local para reconhecer a maioria dos problemas de saúde vivenciados pelos usuários do sistema e também entender como estes utilizam o sistema de saúde. Uma das formas de se reconhecer os problemas e necessidades de saúde das pessoas é através de pesquisas que abordem os motivos de consulta.

Os motivos de consulta são as razões descritas pelos pacientes, sem julgamento anterior do médico assistente ou de outro profissional de saúde, que o levaram a buscar cuidado em saúde (LAMBERTS et al., 1985). Esses motivos refletem as necessidades e as expectativas de cada indivíduo e permitem que se conheça as razões que levam as pessoas a buscarem cuidado. Não avaliam apenas quais as doenças, mas também quais são os sintomas, as solicitações (exames, receitas, encaminhamentos, aconselhamentos), as expectativas e as emoções (preocupações, medos) que motivaram essa busca (OLDE HARTMAN; RAVESTEIJN, VAN; LUCASSEN; BOVEN, K VAN; et al., 2011).

Conhecer os motivos de consulta é diferente de conhecer apenas os diagnósticos e morbidades mais comuns de uma determinada população. Inclui compreender mais adequadamente a demanda e a oferta dos serviços de saúde e a forma de utilização dos mesmos. Reconhecer as necessidades de saúde de forma mais abrangente é um passo importante para a construção de sistemas de saúde que de fato sejam centrados nas pessoas. Estão os serviços de atenção primária do Brasil adequados às necessidades de saúde (motivos de consulta) da população brasileira? (ALMEIDA, 2018) Os motivos de consulta correspondem ao perfil de morbimortalidade da

população brasileira?

Sabe-se que quanto maior a orientação das equipes de APS em relação aos atributos estabelecidos melhores são os resultados em saúde (STARFIELD et al., 2005). Neste sentido, um outro ponto que precisa ser explorado está relacionado ao cumprimento pelas ESF dos atributos essenciais da APS, definidos por Starfield em 1992 (STARFIELD, 2002).

Avaliar a qualidade da APS ofertada no Brasil pode apontar quais os caminhos a serem tomados no futuro para qualificação do serviço (BRASIL, M. DA S. DO, 2010). O uso de instrumentos validados no país que meçam a presença e extensão dos atributos na prática das ESF, como o *Primary Care Assessment Tool (PcaTool)*, será de grande utilidade para verificar a qualidade da APS que vem sendo ofertada, considerando a heterogeneidade da sua implantação e a diversidade do país (principalmente em relação as condições socioeconômicas), fatores determinantes para o grau de desenvolvimento da APS (KRINGOS et al., 2010).

Reconhecer a visão da população sobre a qualidade da APS e os motivos de consulta ajudará a compreender razões que levam a população brasileira a considerar que nosso sistema de saúde precisa de grandes reformas ou, mesmo, precisa ser reconstruído (PÉREZ-CUEVAS et al., 2017). É neste contexto que essa pesquisa se coloca e busca, através da descrição e análise dos motivos de consulta dos usuários da estratégia saúde de família e da descrição e análise da qualidade das condutas médicas na atenção primária, produzir conhecimento para apoiar a construção de políticas públicas que promoverão uma atenção primária mais efetiva e

quem sabe mais reconhecida pela população.

As informações geradas poderão ser usadas para o planejamento da formação profissional, a organização do processo de trabalho das equipes, a implementação de diferentes carteiras de serviços, qualificação da estrutura das unidades básicas de saúde e organização de protocolos (assistenciais e de referência). Funcionando como um substrato para a avaliação, a revisão e a formulação das políticas de saúde relacionadas a atenção primária, ao acesso e a equidade. Ações importantes para que a APS brasileira siga crescendo e ampliando sua capacidade resolutiva e efetividade (RAHMAN et al., 2014) assim como aumentando sua identidade com a população a que se destina.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Metodologia utilizada na revisão

A revisão bibliográfica foi realizada nas bases de dados PUBMED, Web of Science, Scielo e no Google Scholar. O seu principal foco foram os temas: motivos de consulta (reasons for encounter), atenção primária à saúde (primary health care), classificação internacional da Atenção Primária (International Classification of Primary Care), Brasil (Brazil), necessidades de saúde (health needs). A busca foi feita utilizando diversas combinações dos temas de interesse, com diferentes MeSH terms. O único filtro utilizado foi língua, buscou-se apenas artigos em inglês, espanhol ou português, e a limitação das 10 primeiras páginas dos resultados apresentados pelo Google Scholar. A busca inicial resultou em 905 artigos, que após a leitura dos títulos, da exclusão dos artigos repetidos e da leitura e avaliação dos resumos passaram a ser 157. Todos foram lidos na íntegra e parte deles utilizados neste documento.

Além da busca específica através dos MeSH terms, incluiu-se artigos de interesse da pesquisa que não haviam aparecido na busca inicial, mas que compunham as referências bibliográficas dos artigos iniciais.

Em um segundo momento, novas buscas bibliográficas foram feitas a fim de ampliar o escopo da revisão para temas relacionados ao tema principal (motivos de consulta na APS). Esta busca foi feita nas bases do PUBMED e da Scielo, com foco nos temas: atenção primária no Brasil,

avaliação da qualidade na APS e medicina baseada em evidência. O objetivo foi buscar artigos clássicos e de revisão sobre os temas de interesse para a pesquisa.

3.2 Necessidades de saúde

Necessidades de saúde é a expressão de um conceito complexo e contextual, definido por contingentes históricos e sociais (SCHRAIBER; LIMA, 1990; CAMARGO JR., 2018). Este capítulo visita brevemente os conceitos de: saúde e necessidade, inspirado na organização do artigo de Camargo, e discorre sobre a expressão necessidades de saúde e sua relação com a assistência a saúde.

Segundo a constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS) saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças ou enfermidades (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1946). Existem inúmeras críticas a essa definição, algumas relacionadas a grande abrangência que ela dá ao termo saúde, principalmente quando incorpora o caráter político relacionado aos determinantes sociais e outras mais no sentido do quão irreal e utópica ela é (SEGRE et al., 1997; BATAIERO; CAMPOS, 2007).

Já a divisão europeia da OMS define saúde como “a medida em que um indivíduo ou grupo é capaz, por um lado, de realizar aspirações e satisfazer necessidades e, por outro, de lidar com o meio ambiente. A saúde é, portanto, vista como um recurso para a vida diária, não o objetivo dela;

abranger os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas, é um conceito positivo.” *apud* (STARFIELD, 2002).

Na perspectiva mais individual, o sentir-se com saúde (não doente), parte de um conceito próprio e subjetivo do indivíduo a partir do seu contexto biopsicossocial (WHITE et al., 1961), portanto é praticamente impossível ter-se um consenso sobre o significado de saúde, pois ele terá variações individuais e ilimitadas.

Já a palavra necessidade pode ser definida como: carência ou qualquer coisa que seja vital (de primeira importância) ou útil (HOUAISS; VILLAR, 2009). Ela pode ser compreendida do ponto de vista individual (ex.: estou com febre preciso buscar cuidado) ou coletiva (uma comunidade que não tem uma unidade básica de saúde). A necessidade está relacionada a questões intrínsecas ao indivíduo (genéticas, psíquicas, familiares) e também construídas socioculturalmente.

Camargo no seu artigo “On health needs: the concept labyrinth”, conclui que ambos os termos são de difícil delimitação e imprecisos, pois podem ser expandidos até o infinito embutindo a totalidade da vida humana, podem significar tudo. O autor ressalta que essa indefinição não é desejável do ponto de vista político já que é impossível responder a necessidades ilimitadas (CAMARGO JR., 2018). Cecílio também coloca a importância de termos uma definição conceitual que seja traduzível operacionalmente, mas que não deixe de dialogar com os seus determinantes históricos e sociais (CECILIO, 2009). De quem é, então, a responsabilidade de definir o que são as necessidades de saúde?

No artigo de Camargo o autor escreve que não é democrático que especialistas definam sozinhos o que são as necessidades de saúde, mas que após o consenso sobre o que é necessidade, os especialistas devem ser chamados para propor o melhor jeito de satisfazê-la (CAMARGO JR., 2018). Neste mesmo sentido, porém, partindo de um outro princípio colocado pela OMS de que um sistema de saúde deve ser centrado no usuário (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996), compreende-se que a responsabilidade por definir o que são as necessidades de saúde em última instância é do próprio usuário do sistema de saúde.

A autora Takeda coloca que as necessidades de saúde se expressam de três formas (1) através das medidas de morbimortalidade (nível populacional), (2) através dos motivos de consulta (nível individual e autopercepção) e (3) através da percepção dos profissionais de saúde e não percebidas pelos indivíduos (TAKEDA, 2013).

A definição destas necessidades acontece tanto no nível da macro organização do sistema de saúde, por exemplo, no momento do debate sobre quais as necessidades de saúde que o sistema vai cobrir ou o que ele vai incorporar de novo. Qual a cobertura? Qual a carteira de serviços? Quanto em um nível mais micro da organização do sistema, no momento em que uma pessoa busca um serviço de saúde (motivos de consulta), e a necessidade está posta concretamente ou quando ela é reconhecida por um profissional.

Essa definição também pode ser feita em um contexto fora do sistema de assistência à saúde, intersetorialmente, se pensarmos na

perspectiva das necessidades de saúde e seus determinantes sociais. Essas definições são todas feitas pela sociedade a partir das suas normas, valores e preferências de forma individual ou coletiva.

No SUS, o decreto 7.508/2011 provoca, pela primeira vez depois da constituição, o debate sobre qual seria a lista de ações e serviços (cobertura) do sistema público, quando instituiu a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) e a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) (BRASIL, 2011a).

Porém, nos anos seguintes o debate arrefeceu e não há uma definição exata sobre qual a cobertura do sistema, e as decisões sobre a incorporação de novas ações/serviços tem ocorrido no âmbito da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC) ou através de trâmites judiciais, baseados apenas na interpretação do Artigo 196 da constituição brasileira, que descreve a saúde como direito de todos e dever do estado (BRASIL, 1988).

Os vários espaços de participação social, previstos no SUS, também podem ser locais de debate democrático sobre quais são as necessidades de saúde da população brasileira.

De outro lado, no âmbito mais micro (assistência individual), as necessidades de saúde se concretizam nas diversas portas de entrada dos sistemas de saúde, nas emergências, nos prontos-socorros, nos serviços de saúde mental e, majoritariamente, na atenção primária. Aspecto que é reforçado por Cecílio quando o autor coloca que as necessidades só podem ser captadas e trabalhadas a partir da dimensão individual (CECILIO, 2009).

Quando White e colaboradores, no clássico artigo sobre a ecologia do cuidado médico, já na introdução enfatizam a limitação dos estudos de morbimortalidade para o conhecimento das necessidades individuais e do funcionamento do sistema, quando comparados aos estudos que avaliam o que é feito individualmente nas consultas. Afirmam que o que determina a demanda e a utilização dos serviços de saúde é o que acontece nos serviços durante as consultas individuais. Os autores colocam o paciente como a unidade de observação mais importante no sistema de saúde e não a doença (WHITE et al., 1961).

Um estudo brasileiro que avaliou a produção intelectual na saúde relacionada as necessidades de saúde, encontrou que a minoria das pesquisas trabalhava com as necessidades no âmbito da atenção primária e, portanto, a maioria tinha origem hospitalar. As autoras descrevem que as necessidades nestes estudos foram avaliadas através de agrupamentos abstratos (relacionados a doenças) e não de forma individualizada (BATAIERO; CAMPOS, 2007).

Dessa forma, entende-se que dados de morbidade e mortalidade são insuficientes para definir quais são as necessidades de saúde de uma população porque não incluem a perspectiva da pessoa. Agregar dados relacionados as razões que levam as pessoas a buscarem aos serviços de saúde, pode ampliar o conhecimento sobre as necessidades de saúde da população brasileira.

Um outro aspecto em relação a avaliação das necessidades de saúde a partir das razões que levam as pessoas aos serviços de saúde, é que o

conhecimento delas, além de permitir avaliar as necessidades em si a partir do ponto de vista individual, permite também conhecer as ofertas dos próprios serviços de saúde, já que o serviço ofertado também modela as necessidades que chegam em cada serviço (WHITE et al., 1961; LAMBERTS et al., 1985). Por exemplo, se uma unidade básica de saúde não oferta assistência para ferimentos cortocotusos (como suturas), rapidamente, a comunidade entende que ali não é o lugar para se buscar esse tipo de cuidado e leva essa demanda a outro serviço. E na análise das necessidades que chegam a esse serviço os ferimentos não vão aparecer como motivos de consulta, o que não significa que não sejam uma necessidade de saúde.

As necessidades de saúde devem ser o princípio de partida ou os determinantes da organização dos serviços e das políticas de saúde, centrando o sistema no cidadão e satisfazendo suas necessidades. Elas dão o norte aos sistemas de saúde. (OLDE HARTMAN; RAVESTEIJN, VAN; LUCASSEN; BOVEN, KEES VAN; et al., 2011).

A pesquisa que se debruça neste campo pretende ampliar o conhecimento sobre quais são as necessidades, mas também, tem um caráter avaliativo de como o serviço está organizado.

3.3 Porque e como e avaliar necessidades de saúde a partir da APS

Avaliar as necessidades de saúde, do ponto de vista mais individualizado e partindo da Atenção Primária à Saúde (APS), se sustenta em três grandes pilares.

O primeiro vem dos resultados dos estudos de White e colaboradores e de Green e colaboradores que demonstram que a maior parte das pessoas que relata ter tido problemas de saúde procura cuidado na APS (WHITE et al., 1961; GREEN et al., 2001). No estudo de Green e colaboradores esse número é bem especificado, são 113 pessoas das 1000 que referem ter tido alguma doença do mês. A APS é o serviço que recebe a maior parte dessas pessoas (GREEN et al., 2001).

O segundo vem dos atributos e das funções da APS nos sistemas de saúde. A APS é a principal porta de entrada para o cuidado individual, cumprindo seu princípio de primeiro contato (acesso), e exercendo a função de filtro (gatekeeper), ou seja, ela é passagem obrigatória para que a pessoa chegue a serviços especializados. Além disso, a APS é fonte de cuidado para uma população definida ao longo do tempo (longitudinalidade), tem responsabilidade por essa população, deve conhecê-la e orientá-la quando não consegue responder as suas necessidades, coordenando o cuidado e a comunicação ao longo dos outros serviços (STARFIELD, 2002; MENDES, 2011).

A APS deve ofertar cuidado integral e amplo de acordo com as necessidades mais comuns da população sobre sua responsabilidade. E por

fim a partir dos seus atributos derivados, a orientação familiar e comunitária, ela está em um lugar privilegiado para reconhecer e interpretar os problemas de saúde a partir do contexto histórico e social da sua população (STARFIELD, 2002; MENDES, 2011).

A APS não é o único local de reconhecimento das necessidades de saúde de uma população, mas, é possível afirmar que é locus fundamental, se considerarmos suas funções nos sistemas de saúde e seus atributos conforme descritos acima. O terceiro e último pilar é baseado nos métodos clínicos utilizados na APS e nas características do processo diagnóstico da Atenção primária à Saúde.

O método clínico centrado na pessoa (MCCP) busca entender a agenda/necessidade da pessoa, compreendendo suas expectativas, sentimentos e medos. O método não ignora a agenda do médico e o concilia com a agenda da pessoa. A agenda do médico inclui fazer diagnóstico correto e implementar ações preventivas de acordo com as características do paciente. O principal objetivo do MCCP é que o paciente consiga expressar todas as razões que o levaram a consulta, incluindo ideias, preocupações e expectativas (LEVENSTEIN et al., 1986; SCHRANS et al., 2018). Nem sempre esse objetivo é alcançado e algumas agendas permanecem ocultas, mas o cuidado longitudinal facilita que em outro momento elas apareçam.

O diagnóstico e os objetivos da APS são diferentes do restante dos serviços de saúde, a maior parte dos problemas que se apresentam estão em estágios iniciais e não podem ganhar um rótulo (um diagnóstico). E em

geral esses problemas não progridem para diagnósticos fechados (CROMBIE, 1963; LEVENSTEIN et al., 1986).

Para McWhinney e Freeman a abordagem baseada em sintomas e não em diagnósticos, facilita o cuidado integral pois possibilita incluir problemas sociais e do ambiente no processo saúde-doença (MCWHINNEY; FREEMAN, 2010). Soler e Okkes defendem que trabalhar na perspectiva de sintomas e queixas tem a vantagem de ter mais certezas pois eles representam a experiência do paciente, independente do rótulo diagnóstico (SOLER; OKKES, 2012). Outra questão central é que o profissional deve valorizar todos os problemas que chegam à consulta independente de terem um rótulo ou não. O cuidado na APS tem caráter individualizado e, portanto, considera a experiência de cada pessoa como única.

Essa diferença na forma de diagnosticar, incluindo o uso do tempo a favor do diagnóstico, possibilitou a criação do conceito de episódio de cuidado. Ele é caracterizado pelo momento que um problema de saúde é traduzido pelo indivíduo até o último encontro relacionado a esse problema. Os motivos de consulta (perspectiva da pessoa), os problemas/diagnósticos identificados (perspectiva do profissional) e as condutas tomadas formam a base de cada consulta, e elas formam o episódio de cuidado, exemplificado pela Figura 1 (COMITÊ INTERNACIONAL DE CLASSIFICAÇÃO DA WONCA, 2009)

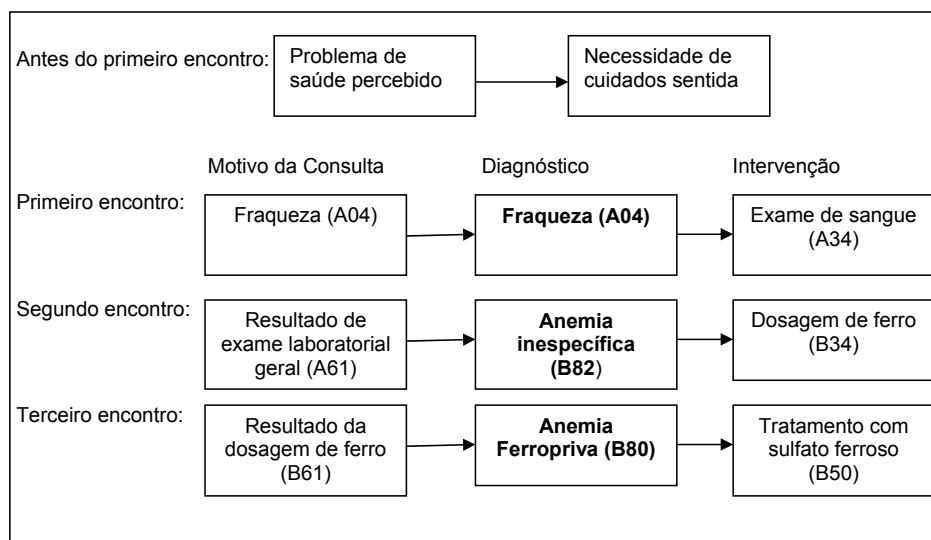


Figura 01- Exemplo de um episódio com três consultas, e seus respectivos códigos do CIAP-2 (adaptado do CD Rom Amsterdam Transition Project)

O episódio de cuidado é a unidade prática do cuidado na APS (OKKES et al., 2002). Além disso, trabalhar com episódios de cuidado auxilia na avaliação e na pesquisa das comorbidades, pois os episódios de cuidado de doenças crônicas não se encerram são sempre continuados.

Assim além das pesquisas que avaliam os dados de morbidade e mortalidade, é necessário utilizar o potencial da APS para agregar conhecimento em relação às necessidades de saúde, principalmente no seu aspecto mais individualizado. Na APS essas necessidades são melhores representadas pela expressão: motivos de consulta.

O conceito de motivos de consultas já foi definido de várias maneiras por diferentes autores. Lamberts e colaboradores em 1985 definiram como: o porquê as pessoas entram no sistema de saúde (LAMBERTS et al., 1984). Estes mesmos autores em outro artigo explicam

o conceito de outra maneira, dizem que ele é a razão da procura do sistema de saúde pela pessoa antes de que um profissional de saúde faça algum julgamento ou defina um diagnóstico (LAMBERTS et al., 1985). É a fala espontânea de uma pessoa que precede a interpretação de um médico de família.

Motivo de consulta são as razões que levam a pessoa a buscar cuidado no sistema de saúde, refletindo assim as necessidades, as expectativas, as prioridades e valores individuais (OLDE HARTMAN; RAVESTEIJN, VAN; LUCASSEN; BOVEN, K VAN; et al., 2011). O motivo pode, portanto, estar relacionado a queixas físicas e emocionais (sintomas), a doenças previamente conhecidas, a pedidos de renovação de receitas, de realização de exames, de conhecer os resultados de exames, de trazer contra referência, de aconselhamento ou por motivos administrativos (LEBRÃO, 1985; HOFMANS-OKKES; LAMBERTS, 1996; COMITÊ INTERNACIONAL DE CLASSIFICAÇÃO DA WONCA, 2009; OLDE HARTMAN; RAVESTEIJN, VAN; LUCASSEN; BOVEN, K VAN; et al., 2011).

O motivo da consulta sai do abstrato das pesquisas sobre morbidade (do conjunto da população) e individualiza a necessidade, dando nome para o que de fato levam as pessoas aos serviços. Para APS é um elemento fundamental do cuidado (da consulta do médico de família) pois ele sintetiza as necessidades de saúde que levaram a pessoa a buscar ajuda, e traduz não só sintomas como também solicitações, medos e preocupações (OKKES et al., 2002; OLDE HARTMAN; RAVESTEIJN, VAN;

LUCASSEN; BOVEN, K VAN; et al., 2011). Para Sacket e colaboradores usar a visão do paciente através da análise dos motivos de consulta, incluindo as expectativas, as preferências e os valores da pessoa é uma das pedras angulares da medicina baseada em evidências (SACKETT et al., 1996).

Além disso, o motivo de consulta tem impacto direto no processo diagnóstico e na conduta que será tomada (SOLER; OKKES, 2012). Imagine, por exemplo: três pessoas que buscam ajuda, devido ao sintoma físico dor de cabeça, porém, uma delas busca medicação para alívio do sintoma, a outra precisa de um atestado médico para o trabalho e a outra está com medo de ser algo mais grave. Para todas as três o diagnóstico será o mesmo: cefaleia (um sintoma), mas o motivo da consulta e as condutas serão diferentes em cada caso. Isso explica a variação das condutas na APS frente a um mesmo diagnóstico, e a necessidade de conhecimento do motivo de consulta com o mesmo rigor de conhecimento de um diagnóstico (OLDE HARTMAN; RAVESTEIJN, VAN; LUCASSEN; BOVEN, K VAN; et al., 2011). Essa característica também explicita a complexidade que a avaliação da qualidade do cuidado da APS abarca.

Um estudo australiano de 1991 comparou o uso de pesquisas transversais, como por exemplo a Pesquisa Nacional de Saúde, com o uso dos dados e entrevistas de pacientes, randomizados, que haviam utilizado serviços de atenção primária da APS, e encontrou que os resultados são semelhantes e que portanto o uso dos dados da APS podem ser utilizados para estimar a morbidades de uma comunidade (O'TOOLE et al., 1991).

Neste sentido o motivo de consulta passa a ter também um papel epidemiológico para além do cuidado clínico.

Avaliar os motivos de consulta, os diagnósticos e as intervenções realizadas no âmbito da APS ajudam a refletir e produzir informação sobre a conexão que faz com que uma pessoa se torne um paciente e entre no sistema de saúde e sobre o que acontece com ela depois de entrar no sistema (LEBRÃO, 1985).

Por outro lado, os motivos de consulta também refletem quais os serviços são comumente ofertados pelas equipes de saúde e não apenas as necessidades de saúde sentidas pela população. Geralmente a pessoa busca cuidado em um determinado serviço de saúde pois lá ela imagina, ou ela já tem experiência, de que naquele serviço sua necessidade de saúde será resolvida. Neste sentido, os motivos de consulta refletem também a oferta do próprio serviço (ex.: se tradicionalmente a APS brasileira oferta apenas cuidado relacionado aos programas verticais, clássicos do início da sua organização no SUS, a população tende a buscar cuidado apenas para esses problemas na UBS).

A ampliação do escopo de prática das equipes ao longo dos anos pode mudar o perfil de motivos de consulta assim como a mudança do perfil epidemiológico e socioeconômico do país pode mudar o perfil dos motivos de consulta. Porém, em um local onde a APS é forte e cumpre com seus atributos mesmo quando a pessoa sabe que ali não será o serviço que vai responder a sua necessidade, ela o procura com base na relação de confiança

que desenvolveu ao longo do tempo, e sabe que esse serviço se responsabilizará por lhe trazer a resposta necessária.

Conclui-se, portanto, que os motivos de consulta informam o perfil de morbidade, as necessidades sentidas e as ofertas dos serviços de saúde e, portanto, são influenciados pelo contexto socioeconômico de uma comunidade, pelas características genéticas da população e também pela forma como o sistema de saúde está localmente organizado (ou como o cuidado é ofertado).

Neste sentido, o diagnóstico dos motivos de consulta na APS gera dados sobre as necessidades de saúde complementando aos dados de morbimortalidade. Além disso, esse diagnóstico serve também não só para avaliar a atuação das equipes como para embasar a organização e o planejamento da gestão do sistema de saúde, com o objetivo não só de melhorar os indicadores de saúde, mas, também de satisfazer as necessidades sentidas pelas pessoas.

3.4 Classificação na Saúde

Classification is central to all clinical disciplines.

*In family practice we must be aware of the
limitations and contradictions involved when we
place unique individuals into categories....*

*Classification is the map that guides us through
diagnosis, prognosis, and therapy.*

(MCWHINNEY, 2001)

Classificação é a definição de um método/critério para organizar informações de um único domínio do conhecimento ou da prática, para isso ela é composta por vários códigos. Um código é uma representação dada a um conceito a fim de que este possa ser processado por um sistema (BRITT et al., 1995). Uma classificação deve cumprir três regras primordiais: (1) as categorias devem ser mutuamente excludentes, um mesmo conceito não pode ser classificado em dois códigos diferentes, (2) todos os conceitos do domínio teórico que a classificação se aplica devem ser codificáveis, (3) ter um único método de classificação (GUSSO, 2009). Terminologias e nomenclaturas são formas mais complexas de se organizar e nomear áreas do conhecimento e que não possuem as características de uma classificação (HOFMANS-OKKES; LAMBERTS, 1996; LUSIGNAN, 2005).

O uso de classificações na saúde é primordial, pois é através da coleta de dados, da organização (classificação) e agregação destes que é possível transformá-los em informação e conhecimento para tomada de decisão tanto na clínica quanto na gestão (BRITT et al., 1995).

Portanto as classificações são usadas tanto na prática clínica como na pesquisa na área da saúde, e podem ajudar na qualificação do cuidado e no feedback do processo de trabalho das equipes (LUSIGNAN, 2005). As classificações também permitem comparação de dados já que eles serão codificados a partir das mesmas premissas/conceitos, criando uma linguagem comum entre indivíduos.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu um sistema de classificações na saúde que é denominado Família das Classificações Internacionais da OMS (Family of International Classifications ou WHO-FIC), que é formada pelas classificações de referência, as relacionadas e as derivadas.

As classificações de referência são as principais e nesta categoria estão incluídas: Classificação Internacional de Doenças (CID), Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e Classificação Internacional de Intervenções em Saúde (em desenvolvimento), sendo a CID a principal delas. A Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP), a Classificação Internacional de Causas Externas de Lesões (CICEL), o Sistema de Classificação Anatômico, Terapêutico, Químico com Dose Diária Definida (ATC/ DDD) e o ISO 9999 Ajuda Técnica para Pessoas com Deficiências – Classificação

e Terminologia, estão no grupo das classificações relacionadas. E por fim as classificações derivadas que estão relacionadas as classificações de referência mas abordam algum tema específico, são elas: Classificação Internacional de Doenças para Oncologia (CID-O-3), Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10, Aplicação da CID-10 para a Odontologia e Estomatologia, (CID-OE), Aplicação da CID para a Neurologia e Versão da CIF para Crianças e Jovens (CIF-CJ) (GUSSO, 2009).

Considerando que a APS é caracterizada por uma prática que trabalha com incertezas, com problemas indiferenciados e autolimitados, sob perspectiva do método clínico centrado na pessoa e é ainda a porta de entrada do sistema de saúde e o principal provedor de cuidado dos cidadãos e portanto, lida não só com diagnósticos clínicos mas também com outros tipos de demandas das pessoas, pode-se dizer que a Classificação Internacional de Doenças (CID) como a conhecemos, não é adequada para o uso e a pesquisa na APS. Pois ela (1) não inclui a perspectiva da pessoa que busca cuidado, (2) não permite codificação que não seja um diagnóstico, deixando de fora sinais/sintomas, necessidades sociais, solicitações administrativas entre outras, (3) tem sua origem nas causas de morte e não de morbidade, estas foram agregadas apenas a partir da 6ª. versão, (4) tem referencial teórico a partir da certeza, do modelo biomédico e do cuidado hospitalar/especializado e não inclui as incertezas que fazem parte da realidade do cuidado médico ambulatorial e (5) tem mais características de uma nomenclatura do que de uma classificação, pois é possível

classificarmos uma mesma doença ou conceito em mais de um código (LEBRÃO, 1985; GUSSO, 2009; ARMSTRONG, 2011).

Uma das primeiras pesquisas sobre morbidades/necessidades de saúde na APS foi realizada na década de 1950 no Reino Unido. Dela participaram 120 médicos de família (MF) que nomearam os motivos de consulta e diagnósticos realizados nos seus serviços por um ano. Esses dados foram utilizados pelo comitê de pesquisa do colégio de médicos de família que teve a tarefa de traduzir a classificação dos MF para o CID. Um dos achados finais é de que muitos diagnósticos não podiam ser classificados pelo CID, pois eram em geral apenas sinais e sintomas e não eram diagnósticos restritos, levantando assim a necessidade de uma classificação adequada para a APS. Na segunda pesquisa sobre morbidades no Reino Unido (década de 70) ficou mais evidente que a APS necessitava da sua própria classificação, porém nesse momento apenas subclassificações que incluíam as questões levantadas foram incluídas na nova versão do CID a época. Nas versões seguintes do CID a importância da inclusão de sinais e sintomas sem diagnóstico definido cresceu e paralelamente a esse movimento foram desenvolvidas as primeiras classificações destinadas a APS e a medicina de família e comunidade (MFC) (ARMSTRONG, 2011).

Ainda na década de 70, agora nos Estados Unidos da América, criou-se a classificação de motivos de visitas a partir da pesquisa nacional sobre cuidados médicos ambulatoriais. Uma segunda versão desta classificação foi lançada já com o nome Classificação das Razões de Consulta (Reasons for Visit Classification). Ao mesmo tempo, a World Organisation of National

Colleges and Academies of General and Family Practice (WONCA) desenvolve outras duas classificações para a APS. A primeira é a Classificação Internacional de problemas de saúde na APS (International Classification of Health Problems in Primary Care – ICHPPC), que tenta manter compatibilidade com a CID, porém traz a prática da MFC e a perspectiva do paciente (motivo de consulta) para a nova classificação. E a segunda é Classificação Internacional de processos na APS (International Classification of Processes in Primary Care - IC-process-PC), que aborda as atividades desenvolvidas na APS, incluindo ações como observação, não intervenção e repouso condutas típicas da APS (LAMBERTS et al., 1984; GUSSO, 2009; ARMSTRONG, 2011).

Em 1978, durante o encontro de Alma Ata, um grupo de trabalho composto por profissionais da OMS e da WONCA é formado com o objetivo de desenvolver uma classificação mais específica para a APS. Em um primeiro momento este grupo cria a Classificação dos motivos de consulta (Reason for Encounter Classification - RFEC) (LAMBERTS et al., 1984; GUSSO, 2009; ARMSTRONG, 2011). Em seguida propõe a primeira versão da CIAP, que juntava a RFEC, a segunda versão da ICHPPC e a IC-Process-PC. Essa primeira versão é testada em um estudo internacional multicêntrico. E a partir deste estudo, a CIAP é revisada e em 1987, com aval da OMS, a primeira versão oficial da Classificação Internacional de Atenção Primária é publicada (LEBRÃO, 1985; BENTSEN, 1986; LAMBERTS; WOOD, 2002; GUSSO, 2009; ARMSTRONG, 2011).

Em 1998 a WONCA e OMS publicam a segunda versão da classificação (CIAP-2), que permite conexão com o CID 10 e foi acrescida de critérios de inclusão e referências cruzadas em quase todos os códigos. Esta é atualmente a versão utilizada (BASILIO et al., 2016). A Figura 2, abaixo, mostra a linha do tempo da criação da CIAP (GUSSO, 2009). A CIAP traduz o escopo de cuidado da APS e as características do domínio da medicina de família (HOFMANS-OKKES; LAMBERTS, 1996).

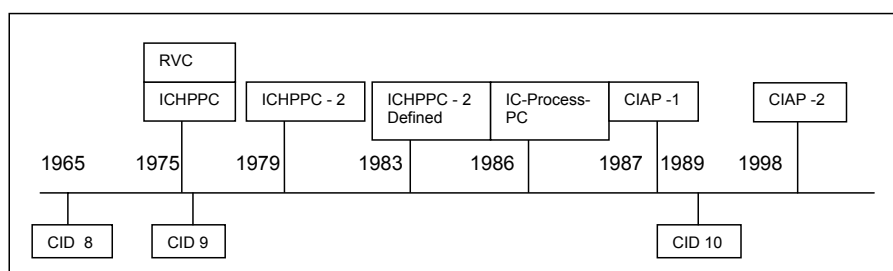


Figura 1: Linha do tempo para constituição do ICPC, Fonte: (Gusso, 2009).

É possível mapear e relacionar a CID 10 com a CIAP 2 através de um tesouro, com mais de 80.000 termos, que foi desenvolvido por um grupo de pesquisa holandês, o mesmo que coordena o Transition Project/FaMe - Net (www.transitieproject.nl / <https://www.transhis.nl/>), que em 1984 iniciou seus trabalhos com o objetivo de estudar a epidemiologia dos cuidados na APS e participou do desenvolvimento da CIAP e de pesquisas que envolviam a classificação.

3.5 A Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP)

A CIAP é caracterizada por ser uma classificação biaxial. Ela trabalha com 17 capítulos, que são representados por letras, e com 7 componentes que são representados por 2 números. Os capítulos têm relação com a anatomia e os sistemas corporais, exceto pelo primeiro capítulo (código A), que inclui as classificações gerais e inespecíficas, pelo capítulo que engloba questões psicológicas (capítulo P), e pelo capítulo relacionado às questões sociais (capítulo Z). (COMITÊ INTERNACIONAL DE CLASSIFICAÇÃO DA WONCA, 2009).

Os componentes são divididos da seguinte forma: componente 1- representa queixas e sintomas (códigos 01-29), componente 2- representa procedimentos diagnósticos e preventivos (códigos 30-49), componente 3- medicação, tratamento, procedimentos terapêuticos (códigos 50-59), componente 4- resultados (códigos 60 e 61), componente 5- administrativo (código 62), componente 6- encaminhamentos e outros motivos de consultas (códigos 63-69) e componente 7 – diagnósticos e doenças (70-99) (COMITÊ INTERNACIONAL DE CLASSIFICAÇÃO DA WONCA, 2009). Os componentes 2-6 são comuns a todos os capítulos, e os componentes 1 e 7 são específicos. Abaixo seguem duas figuras que auxiliam na compreensão da classificação (Figuras 3 e 4).

Componentes	Capítulos																
	A	B	D	F	H	K	L	N	P	R	S	T	U	W	X	Y	Z
1. _____																	
2. _____																	
3. _____																	
4. _____																	
5. _____																	
6. _____																	
7. _____																	

Figura 3: Estrutura do CIAP – Eixo biaxial. Fonte: (Comitê Interacional de Classificação da WONCA, 2009)

CAPÍTULOS E COMPONENTES DA CIAP*	
A	Geral e não-específico
B	Sangue, órgãos hematopoiéticos e linfáticos (baço, medula óssea)
D	Aparelho digestivo
F	Olhos
H	Ouvidos
K	Aparelho circulatório
L	Sistema musculoesquelético
N	Sistema nervoso
P	Psicológico
R	Aparelho respiratório
S	Pele
T	Endócrino, metabólico e nutricional
U	Aparelho urinário
W	Gravidez e planejamento familiar
X	Aparelho genital feminino (incluindo mama)
Y	Aparelho genital masculino
Z	Problemas sociais
Componentes (iguais para todos os capítulos)	
1	Componente de queixas e sintomas
2	Componente de procedimentos diagnósticos e preventivos
3	Componente de medicações, tratamentos e procedimentos terapêuticos
4	Componente de resultados de exames
5	Componente administrativo
6	Componente de acompanhamento e outros motivos de consulta
7	Componente de diagnósticos e doenças, incluindo: <ul style="list-style-type: none"> – doenças infecciosas – neoplasias – lesões – anomalias congênitas – outras doenças específicas
* Sempre que possível, foi utilizado um código alfa mnemônico.	

Figura 4: Estrutura do CIAP – Capítulos e componentes. Fonte: (Comitê Internacional de Classificação do WONCA, 2009)

Nos componentes existem ainda os códigos chamados “rag tags”, que abrigam conceitos que não foram englobados por outros códigos. No componente 1 estão codificados com o código -29, e no componente 7 são os -99. Existem outros códigos que também abrigam inespecificidades, por exemplo T73 (outra neoplasia endócrina) ou R83 outra infecção respiratória. Estes códigos permitem que dados que não são prevalentes em atenção primária sejam incluídos nas pesquisas. Um dos mais importantes critérios para que um código específico seja incluído na classificação é que o “problema” ocorra na frequência de pelo menos 1:1000 pacientes ao ano.

A CIAP-2 foi desenvolvida para ser usada na atenção primária à saúde (APS) por especialistas que dominam e praticam os princípios desta área de atuação. Assim, ela segue a lógica do cuidado na APS, a forma como organizamos a consulta através do acrônimo SOAP (subjetivo, objetivo, avaliação e plano) e possibilita que os três principais momentos de uma consulta sejam codificados (HORST, VAN DER et al., 1989; LAMBERTS et al., 1992). O primeiro momento, ou seja, o motivo da consulta (visão do paciente), o segundo, o problema encontrado pelo profissional de saúde, e o terceiro, qual a intervenção realizada. A possibilidade de classificar esses momentos permite, entre outras coisas, o cálculo das probabilidades pré-teste de um diagnóstico dado um sintoma apresentado, assim como a avaliação de comorbidades (SOLER et al., 2008). Além dessa característica, a classificação permite que sintomas sejam usados como diagnósticos, caso no momento da consulta ainda não seja

possível fazer um diagnóstico, situação muito comum na APS, confirmada no clássico estudo de Crombie (CROMBIE, 1963; SOLER; OKKES, 2012).

A forma de escolha do código varia conforme o ponto da consulta que será codificado. Quando o profissional codifica o motivo de consulta deve buscar um código que mais se aproxime das próprias palavras do paciente, ele não deve buscar um diagnóstico caso esse não seja relatado como motivo de consulta. Também não há limite de número para motivos de consulta. A codificação do problema de saúde deve ser o mais precisa possível e se não há um problema em si, existem códigos como A97 (sem doença) ou A98 (medicina preventiva/manutenção da saúde) que podem ser usados nesses casos. Já na codificação de procedimentos a principal regra é compilar nos códigos todas as intervenções que foram realizadas na consulta. (COMITÊ INTERNACIONAL DE CLASSIFICAÇÃO DA WONCA, 2009).

A classificação não é específica para médicos e pode ser utilizada para outros profissionais da APS. Seu principal objetivo é permitir a realização de pesquisas a partir dos dados da consulta na APS, dados que servem tanto para análise da prática de um único profissional/equipe como para a análise e feedback de políticas de saúde (COMITÊ INTERNACIONAL DE CLASSIFICAÇÃO DA WONCA, 2009).

O uso do CIAP para classificar motivos de consulta foi testado por uma pesquisa australiana. Ela conclui que o CIAP é adequado para classificar os motivos de consulta principalmente porque tem o componente sintomas em todos os capítulos e tem um capítulo para sintomas gerais e

inespecíficos, conclui também que não existe hoje outra classificação que possua essa característica (BRITT, 1997).

Um outro estudo avaliou se a CIAP teria capacidade de codificar/abrigar as ideias, expectativas e preocupações das pessoas para além dos motivos de consulta relacionado a sinais e sintomas, com o objetivo de deixar a classificação mais pessoa centrada. Em 82% dos casos foi possível classificar as ideias, expectativas e preocupações utilizando o CIAP, nos outros casos o grupo sugeriu 8 novos códigos (SCHRANS et al., 2018).

A CIAP como toda classificação ainda apresenta limitações. Em uma revisão sistemática sobre o tema Miranda e colaboradores colocam que as limitações estão mais relacionadas aos códigos relacionados a procedimentos, e algumas áreas específicas como doenças sexualmente transmissíveis e cirurgias. Outro estudo descreve críticas em relação ao tempo gasto em consulta para realizar a codificação, porém, isso é contornado com o ganho de experiência na classificação (MIRANDA et al., 2012; DIOGO; SANTIAGO, 2013).

Já outros autores ressaltam que é uma boa classificação em termos de facilidade de uso na prática, confiabilidade e adequação do conteúdo para a APS (HORST, VAN DER et al., 1989; FRESE et al., 2012). Porém, Levenstein e colaboradores chamam a atenção que as classificações sempre vêm do mundo do médico e não do paciente e não substitui a compreensão do paciente como alguém único (LEVENSTEIN et al., 1986).

Soler e colaboradores pontuam que a classificação ainda tem alguns desafios como a variação interobservador e serviços, apesar de considerarem que parte dessa variação é natural. Além disso, apontam a ausência de códigos importantes para algumas regiões do mundo que no momento não estão representados na CIAP. Está havendo a revisão da CIAP para publicação da sua terceira versão com a incorporação de novos códigos a partir dos dados que estão sendo colhidos em vários países (SOLER et al., 2008). Um estudo brasileiro que avaliou a confiabilidade interobservador no uso do CIAP para classificação de motivos de consulta encontrou kappas elevados na classificação dos códigos e dos capítulos, 0,76 e 0,89 respectivamente (SAMPAIO et al., 2008).

A classificação é utilizada em mais de 45 países (OLAGUNDOYE et al., 2016) e segundo os autores Soler e Okkes é a melhor classificação para ser usada na APS, principalmente quando comparada com a READ (classificação da APS que ainda é utilizada no Reino Unido mas está em transição) e SNOMED (classificação do colégio americano de patologia que é utilizada nos Estados Unidos da América) (GUSSO, 2009; SOLER; OKKES, 2012).

Um outro estudo aponta que a classificação é utilizada em 27 países, porém em apenas 6 deles, todos na Europa, ela é obrigatória. Nos outros países a CIAP é usada em pesquisas, por MFC isolados ou por prontuários eletrônicos. Entretanto esse estudo teve uma taxa de resposta baixa em relação ao número de países consultados (n=109, com apenas 52 respostas)(BASILIO et al., 2016) .

O novo sistema de informação da APS brasileira, e-SUS AB/SISAB, permite que as equipes utilizem a CIAP para codificar suas consultas. Quando a equipe usa o prontuário eletrônico do sistema ela pode usar o CIAP nos motivos de consulta, na avaliação e no plano de cuidado, já as equipes que coletam dados na forma simplificada podem utilizar o CIAP apenas na avaliação/definição do problema. Apesar disso, é a utilização da CID que ainda é obrigatória para os profissionais médicos que trabalham na APS. A CIAP não é obrigatória, portanto, é algo a mais. Ter a CIAP no sistema de informação oferecido pelo Ministério da Saúde (MS) para os municípios brasileiros foi um avanço, mas não o suficiente para que a CIAP passe a ser a principal classificação utilizada na APS. A manutenção e obrigatoriedade do CID está relacionada ao uso desta classificação por outros sistemas do MS.

Considerando que a CIAP ainda é pouco conhecida para maior parte dos médicos que atuam na APS brasileira e acrescentando-se o fato de ela não ser a classificação oficial do sistema de saúde acredita-se que ainda levará um longo tempo para que ela faça parte do dia a dia das equipes. Quando isso acontecer, o Brasil terá informações essenciais para o planejamento das políticas de saúde e de formação profissional baseada em uma classificação adequada ao processo de trabalho e ao campo teórico da MFC e da APS.

3.6 Perfil de morbimortalidade e dos motivos de consulta do Brasil

O perfil de mortalidade do país mudou ao longo dos últimos anos, essa mudança está relacionada principalmente, mas não só, às mudanças econômicas e sociais no país, mas também ao desenvolvimento do sistema de saúde (MARINHO et al., 2018). Em 1990 as cinco primeiras causas de morte eram: Diarreia, Infecção Respiratória Baixa, Prematuridade, Doença Isquêmica do Coração e Acidentes de Trânsito, em 2016 as cinco primeiras causas são: Doença Isquêmica do Coração, Violência Interpessoal, Acidentes de Trânsito, Acidentes Vascular Cerebral e Infecção Respiratória Baixa. A infecção pelo HIV, a Diabetes, os Canceres e o Alzheimer passaram a ocupar lugares superiores no ranking de causas de morte no Brasil em 2016 (MARINHO et al., 2018).

Já as causas de morbidade não mudaram, quando comparamos os dados do ano 1990 com 2016 as 5 primeiras causas se mantiveram. São elas: a dor lombar, doenças dos órgãos sensoriais (principalmente visão e audição), doenças de pele, cefaleia e depressão (MARINHO et al., 2018). Diferentemente dos fatores de risco que no início dos anos 90 estavam mais relacionados a questões sanitárias e ao acesso à alimentação, atualmente, estão mais relacionadas a questões metabólicas (ex.: obesidade, hipertensão e diabetes, resultados do sedentarismo e da alimentação industrializada) e ao uso de álcool e outras drogas (MARINHO et al., 2018; SOUZA et al., 2018).

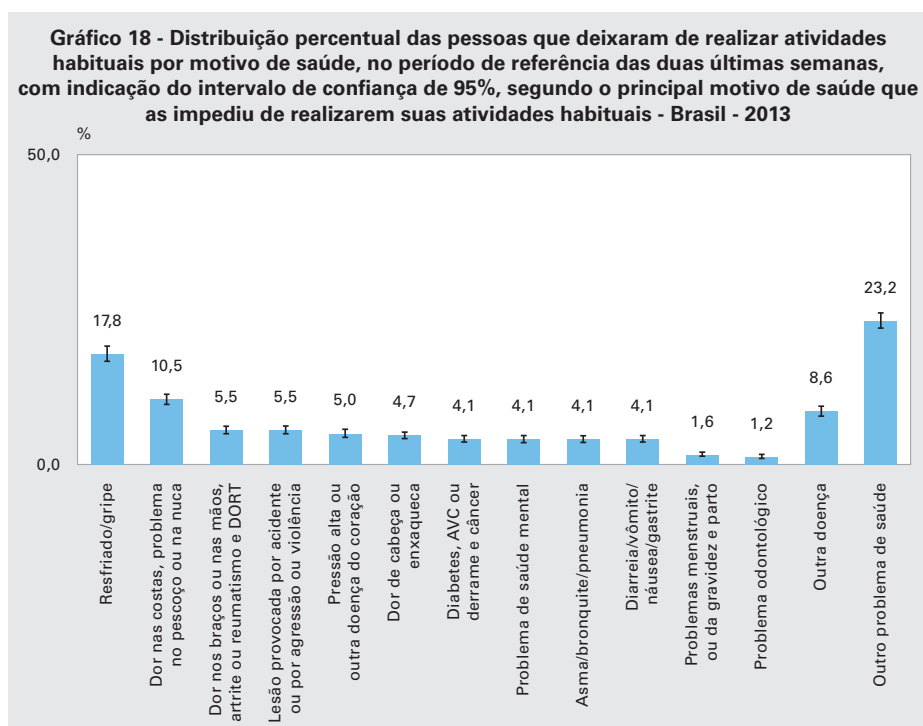
O perfil do país é caracterizado pela tripla carga de doenças, ou seja, o Brasil enfrenta a necessidade de cuidar das pessoas com doenças crônicas (complexas e com comorbidades), das vítimas de violência e das pessoas com doenças infectocontagiosas. Porém, esse perfil não é uniforme no país, havendo diferenças em relação as causas de morbimortalidade de estado para estado ou de região por região, assim apesar da melhora global o país ainda apresenta uma iniquidade importante quando os dados regionais são analisados (MARINHO et al., 2018).

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013 traçou algumas características da população brasileira em relação a morbimortalidade, destaca-se que 4.2% da população maior de 18 anos relata sintomas de angina aos pequenos esforços, esse percentual é maior em mulheres e nas pessoas da região Norte. O consumo frequente de álcool foi relatado por 24% da população pesquisada, sendo maior em homens. Apenas 22% das pessoas disseram ter o nível recomendado de prática física e quase 30% da população vê mais de 3 horas de televisão por dia. Quinze por cento da população se declara tabagista, e dos fumantes que tentaram parar de fumar 73% tiveram ajuda de profissionais de saúde (IBGE, 2014).

Em relação às doenças crônicas, 21% da população declarou ser hipertensa e 6% ser diabética, porém, há uma variação importante entre os estados. Na região Norte esse valor foi de 14% e 4%, respectivamente, já na região Sudeste foi de 23% e 7%. Destes, 46% dos hipertensos e 47% dos diabéticos são acompanhados na APS pública. O autorrelato de problema de colesterol segue a mesa característica, 12,5 % das pessoas adultas relataram

o problema, porém, no Norte esse valor foi de 10% e no Sudeste 13%. Já o relato de Asma no geral foi de 4%, porém essa doença foi mais frequente no Sul (5%) e menos frequente no Nordeste (3%). O diagnóstico de algum problema no coração foi declarado também por 4% da população, com menor relato no Norte (2%) e maior no Sul (5,4%). O relato de AVC foi feito por 1,5% da população, e o de problema crônico na coluna foi de 18%, este mais comum nas mulheres (21%) do que nos homens (15%). Em relação a saúde mental 7,5% da população referiu diagnóstico de depressão, e para esta doença especificamente a fonte de cuidado mais comum foi o consultório privado (IBGE, 2014).

Um dado interessante também obtido pela PNS, que pode apoiar a análise dos resultados dessa pesquisa, são os motivos de saúde que impediram as pessoas de realizarem suas atividades habituais. Estes estão descritos na íntegra no Quadro 1 (a seguir).



Quadro 1: Motivos de Saúde que Impediram as Pessoas de Trabalhar. Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013 (IBGE, 2015)

A PNS também avaliou os motivos que levaram as pessoas a buscarem serviços de saúde, em ordem de frequência são: doença (33,8%), continuação de tratamento (19,0%), exame complementar de diagnóstico (11,9%), outro atendimento preventivo (8,9%), acidente ou lesão (4,7%), problema odontológico (3,9%), pré-natal (2%), reabilitação ou terapia (1,4%), vacinação (1,2%), solicitação de atestado de saúde (0,6%), puericultura (0,2%), parto (0,2%) e outros (12%). Na população mais jovem (0 até 17 anos) o principal motivo foi doença, e conforme aumentava a idade o motivo continuação de tratamento tomava maiores proporções, chegando a 28,7% nas pessoas com 60 anos ou mais. Em 48% das vezes o

serviço buscado foram as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 15% da população pesquisada utilizou serviços de saúde nas últimas duas semanas.

Em relação aos motivos de consulta os primeiros estudos brasileiros voltados para a APS foram realizados no final da década de 80 e início na década de 90. Um dos primeiros foi um estudo publicado em 1985 realizado nos serviços de APS do município de Ribeirão Preto em São Paulo, outros que já haviam sido realizados não estão disponíveis na internet.

O estudo citado acima não utilizou a Classificação Internacional de Atenção Primária para classificar os diagnósticos avaliados por prontuário, mas gerou informações úteis para a avaliação das necessidades de saúde. Ele foi realizado em três UBS diferentes, uma delas com características rurais. Na maioria das vezes os serviços eram utilizados por mulheres, crianças e idosos e os principais diagnósticos encontrados foram doenças: infecciosas/parasitárias, do aparelho respiratório, dos olhos e ouvidos, da pele e do tecido subcutâneo, do aparelho geniturinário e da nutrição e metabolismo. Estes eram responsáveis por 80% das causas que levam os pacientes ao serviço (ROCHA; NOGUEIRA, 1985).

Neste mesmo ano, o Brasil participou do estudo internacional multicêntrico piloto para testar a primeira versão da CIAP. Participaram da pesquisa três serviços do município de SP, um pronto atendimento e dois centros de saúde, um serviço de Araraquara, um centro de saúde de Botucatu e centros de saúde de Pelotas (RS). Nesta pesquisa não houve preocupação em relação a representatividade da amostra, pois seu objetivo era testar a classificação, que se mostrou de fácil uso. Os resultados

apontam que os capítulos mais frequentemente relacionados como motivos de consulta foram: geral/inespecífico, o respiratório, digestivo, genital feminino e pele. Setenta por cento dos motivos foram relacionados no componente 1, e 75% dos encontros eram de consultas novas. E como descrito em vários estudos a proporção de mulheres era maior. Quando se avaliou as queixas segundo os grupos etários em geral eles mantiveram o padrão do grupo exceto nas idades de 15 até 44 anos onde as queixas relacionadas ao aparelho genital feminino eram as principais, e nos pacientes >45 anos onde as queixas do sistema circulatório passaram a ser a segunda mais frequente (LEBRÃO, 1985).

Em 1999 uma outra publicação também avaliou as morbidades mais comuns em uma UBS de São Carlos/SP, utilizando a Classificação Internacional de Doenças (CID), a maior parte da população atendida foram mulheres (87.1%), os diagnósticos mais comumente encontrados eram: as doenças do aparelho geniturinário (35.5%), aparelho respiratório (11.5%) e sinais e sintomas (9,9%). A magnitude de doenças crônicas não transmissíveis e infecciosas foram semelhantes, 24,5% e 24,8% respectivamente (FELICIANO; MORAES, 1999).

Outro estudo foi realizado no Serviço de Saúde Murialdo, em Porto Alegre, teve como objetivo avaliar a necessidade de saúde e a utilização do serviço, utilizando a CIAP. Esta pesquisa encontrou a média de 1,3 motivos de consulta e de 0,8 diagnósticos por pessoa, houve predominância de uso do serviço por mulheres (67%). No total houve 278 motivos diferentes de busca por cuidado, porém, 200 deles tinham frequência igual ou menor que

0,2%. Os dez primeiros motivos de consulta corresponderam a 51,4% do total, sendo que os cinco mais frequentes são um terço do total (1-renovação de receitas, 2-encontro administrativo, 3-aferição de pressão arterial, 4-febre e 5-aplicação de injeção). Do total de motivos apenas 18% eram relacionados a queixas clínicas, as mais comuns eram: febre, sintomas da garganta, gripe, dor de cabeça, feridas e infecções e 32% estavam relacionadas a questões de acompanhamento (ex.: renovar receitas, receber resultado de exames e retornos) e 7% estavam relacionados a questões administrativas (ex.: atestados) (RADAELLI et al., 1990).

Já em relação aos problemas de saúde mais frequentemente identificados, os 20 primeiros correspondiam a 61% de todos os diagnósticos, os mais frequentes eram: hipertensão arterial sistêmica, infecções agudas das vias aéreas superiores, imunizações, amigdalites e paciente sadio buscando medidas preventivas. Neste contexto, as doenças infecciosas correspondiam a 49% dos diagnósticos e as doenças crônicas apenas 16%. Os resultados pelos grupos diagnósticos seguem a seguinte ordem: sistema respiratório, das doenças infecciosas e parasitárias e das doenças do sistema circulatório (RADAELLI et al., 1990).

Seguido desta pesquisa, há o estudo de demanda desenvolvido em 1998 no Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, que também utilizou a CIAP. Descreve-se alguns achados: as mulheres são as mais presentes nos serviços representando 72% das pessoas que buscaram ajuda nas UBS. Os cinco primeiros motivos de consulta são: consultas de seguimento/revisão, consultadas para resultados de exames, sintomas

relacionados a saúde bucal, pedido de renovação de receita e febre. Em relação aos problemas identificados nas consultas foram encontrados 1,5 problemas por pessoas, e os cinco primeiros são: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Cáries/Gengivites, Infecções da Vias aéreas superiores (IVAS), Depressão e Diabetes melito, 50% dos problemas identificados referem-se a 30 diagnósticos (NÚCLEO DE EPIDEMIOLOGIA.GHC, 1999).

Em estudo mais recente realizado em Florianópolis, o pesquisador encontrou os seguintes achados: a média 1,6 motivos da consulta e de 1,4 problemas por encontro, os 30 problemas mais comuns representaram 50% de todas as consultas, as mulheres representaram 66% da amostra. Os cinco motivos de consultas mais frequentes, classificados pela CIAP, foram: medicina preventiva/manutenção de saúde, tosse, solicitação de medicação (prescrição/renovação), febre e gravidez. Quando a avaliação dos motivos de consulta é agregada por capítulo o resultado encontrado em relação a frequência é: (1) Geral e Inespecífico, (2) Músculo- esquelético, (3) Circulatório (4) Respiratório e (5) Digestivo. Quando avaliados os motivos por sexo não houve variação significativa das frequências exceto pela presença de gravidez nas mulheres. Os cinco principais problemas foram: HAS sem complicações, sem doença, infecção aguda do aparelho respiratório superior (IVAS), gravidez e diabetes não insulino dependente. Apenas 38% das consultas avaliadas eram de demanda espontânea (agendada no mesmo dia), 1,7% eram visitas domiciliares e as outras

aproximadamente 60% eram consultadas agendadas e em 26 % das consultas não houve prescrição medicamentosa (GUSSO, 2009).

Em 2012, um novo artigo sobre análise da demanda da APS brasileira descreve os principais motivos de consulta em demanda espontânea. Ele foi realizado em Betim, cidade de médio porte de Minas Gerais e utilizou o CIAP. O resultado descrito inclui que 68% das pessoas que procuraram cuidado eram mulheres, houve 305 motivos de consultas diferentes e os cinco motivos mais frequentes são: verificar resultados de exames, solicitar prescrição de medicação, cefaleia, febre e tosse. Resultado bastante semelhante ao encontrado por Gusso. Em torno de 20% das consultas ocorreram por questões administrativas. Nesta pesquisa trinta e dois motivos de consultas foram responsáveis por 50% das consultas. Quando se avaliou a frequência por capítulos do CIAP encontrou-se a seguinte ordem: geral e inespecífico, respiratórios, digestivos, musculoesqueléticos, de pele e neurológicos. O sexo feminino e o aumento da idade determinaram maior número de motivos para consultar, a média foi de 2,1 motivos por consulta (LANDSBERG et al., 2012).

Neste mesmo ano, foi realizada pesquisa em uma equipe da ESF de Fortaleza, os principais achados são: as mulheres representam 72% da população que busca a UBS, o motivo mais comum foi a HAS seguida da prevenção do câncer de colo uterino, do diabetes mellitus, da lombalgia e do pré-natal. Porém, esse estudo criou uma classificação própria optando por não usar o CIAP o que dificulta a comparação dos resultados com os demais estudos (PIMENTEL et al., 2012).

Um outro estudo realizado no nordeste de MG, em 2014, que avaliou o perfil de morbidade das equipes de SF, utilizando a classificação do CIAP, porém, este não avaliou apenas consultas médicas, inclui também as visitas do Agentes Comunitários de Saúde e consultas de enfermagem, avaliando de forma mais abrangente os motivos de busca de cuidado. Entre as consultas médicas houve maior prevalência de mulheres (67,6%), e os problemas de saúde relacionados pelos médicos foram em ordem de frequência: (1) o capítulo do ap. circulatório, (2) do sistema musculoesquelético, (3) do aparelho digestivo, (4) do respiratório e (5) do metabólico/nutricional. Entre as consultas de enfermagem foram encontrados os seguintes problemas de saúde: Geral e inespecífico, genital feminino, gravidez e planejamento familiar, aparelho circulatório e pele. Do registro dos ACS os dados encontrados foram: Ap. respiratório, musculoesquelético, circulatório, digestivo e geral e inespecífico (SILVA et al., 2014).

Um estudo mais recente de 2015 que foi realizado também em uma UBS de Fortaleza (CE) e utilizou o CIAP, encontrou mais uma vez que as mulheres eram maioria da população que buscou cuidado, 68%, a faixa etária mais comum era de adultos jovens, entre 20-39 anos. Neste estudo os cinco motivos mais comuns foram: gravidez, cefaleia, medicina preventiva/manutenção da saúde, HAS sem complicações e erupção cutânea localizada e os 30 primeiros motivos eram responsáveis por 51% das consultas. Os capítulos do CIAP mais comuns foram (1) Geral e Inespecífico, (2) Respiratório, (3) Digestivo, (4) Musculoesquelético e (5)

Circulatório. Este estudo trouxe um dado diferente que é a frequência dos motivos por componente do CIAP, os mais frequentes foram os componentes um (sinais e sintomas) e sete (diagnósticos específicos)(SANTOS; RIBEIRO, 2015).

Outro estudo publicado também em 2015, e que foi realizado em quatro UBS de Recife, incluiu apenas pessoas maiores de 18 anos que tinham consultas agendadas previamente e foram interrogados apenas dois motivos de consulta. Esta pesquisa também encontrou que a maioria dos usuários que busca ajuda é mulher (71%), e que o principal motivo de consulta foi dor, seguido de verificação de resultados de exames, renovação de prescrição, HAS, sintomas das vias aéreas superiores e problemas de pele. As causas de dor que faziam os pacientes buscarem atendimento: dor músculo esquelética, cefaleia e dor abdominal. Quando os motivos foram categorizados por capítulos este seguiram a seguinte ordem: (1) geral e inespecífico, (2) músculo esquelético, (3) sintomas do sistema nervoso e (4) do aparelho digestório (TORRES et al., 2015).

Considerando os dados exposto acima é possível afirmar que parte importante dos motivos de consulta não corresponde necessariamente as causas de morbimortalidade do país ou as necessidades identificadas pelos profissionais de saúde. A avaliação dos motivos de consulta agrega um dado a mais, pois, retrata as necessidades de cuidado sentidas pelas pessoas, independente destas serem caracterizadas como doenças/diagnósticos. Além disso, os motivos de consulta muitas vezes retratam necessidades que vão

além da capacidade dos serviços de saúde e as ações intersetoriais são essenciais para responder essas demandas.

3.7 Morbimortalidade e motivos de consulta nos estudos internacionais

O estudo Global Burden of Disease (GBD) descreve as principais causas de morte no mundo. O último artigo do GBD as descreve em ordem decrescente: doenças cardiovasculares, diarreias, infecção de vias aéreas superiores, neoplasias, doenças neonatais, HIV e tuberculose. Quando agrupadas por tipo de afecção as principais causas são: as doenças não transmissíveis (73,4%), seguida das doenças transmissíveis e doenças maternas, neonatais e nutricionais (18,6%) e por último os acidentes (8%). O artigo também reporta que as mortes por traumas, abuso de drogas, conflitos armados/terrorismo, neoplasia e doenças cardiovasculares estão aumentando de forma constante nos últimos anos (DICKER et al., 2018).

Em relação aos dados mundiais relacionados a morbidade, a principal fonte de informação também é o estudo GBD. Os resultados de 2017 apontam como as quatro principais morbidades a dor nas costas, a dor de cabeça, a depressão e o diabetes. Também pontuam a importância das doenças cardiovasculares, neurológicas, do HIV, das hepatites e da tuberculose (VASANKARI VOS et al., 2018). Os dados apresentados pelo GBD têm variação relacionada ao sexo, idade, localização geográfica e desenvolvimento do país.

Importante ressaltar que as fontes de dados do GBD não são sistemas de informação específicos da APS. As principais fontes do GBD são em geral sistemas de informação nacionais, alimentados de informações hospitalares e ambulatoriais especializados, e pesquisas nacionais sobre estilo de vida e morbidades. Portanto os resultados do GBD não permitem avaliar/conhecer os motivos de consulta que levam as pessoas aos serviços de saúde. Os resultados do GBD refletem apenas parte das necessidades de saúde, a parte que é traduzida como diagnóstico.

As pesquisas relacionadas as morbidades da atenção primária devem incluir o conhecimento não apenas dos diagnósticos feitos pelo médico de família e comunidade (MFC) mas também os motivos de consulta e as condutas dos profissionais. Abaixo descreve-se resultados internacionais de pesquisas que tinham objetos semelhantes a esse estudo, o conhecimento dos motivos de consulta e das intervenções na APS.

O uso do CIAP não é consenso mundial e as pesquisas sobre os motivos de consulta usando esta classificação se concentram em países europeus, principalmente os Nórdicos e a Holanda, na Austrália e no Canadá. Em revisão sistemática feita por Miranda e colaboradores não foram encontrados artigos sobre o tema na América Latina, exceto por um estudo brasileiro (MIRANDA et al., 2012). Na revisão bibliográfica desta pesquisa, encontrou-se mais estudos brasileiros (n=10), porém, não foram encontradas pesquisas na América Latina.

A Holanda tem um grupo de pesquisa, conhecido como FaMe-Net (<https://www.transhis.nl/>), que classifica as morbidades e o processo de

cuidado na atenção primária desde 1967. Esse grupo publicou em 2008 as tendências de morbidades (diagnóstico médico da APS), desta região, desde o início da pesquisa até 2007 e não houve mudanças radicais. Existe um aumento das doenças crônicas e diminuição das doenças infecciosas, como já era sabido. Porém há um aumento de diagnósticos específicos: asma, hipotireoidismo, doença do refluxo gastroesofágico, depressão e ansiedade, sem uma explicação definida até a publicação da pesquisa. Além disso, o grupo encontrou maior prevalência de algumas doenças musculoesqueléticas nas classes sócio econômicas mais baixas (SCHERS et al., 2008).

Na Austrália em 1991 foi publicado um estudo que avaliou os motivos de consulta na região metropolitana de Sydney, os 5 primeiros motivos de consultas relatados, classificados por capítulo do CIAP, foram: problemas respiratórios, problemas gerais e inespecíficos, problemas musculoesqueléticos, problemas circulatórios e digestivos (O'TOOLE et al., 1991).

Em um dos principais e primeiros livros sobre a CIAP, *The International Classification of Primary Care in the European Community with a multi-language layer*, publicado em 1993, há uma série de artigos que tratam do uso do CIAP em diferentes países. Um dos artigos sumariza os achados da pesquisa multicêntrica, realizada em 9 países (Bélgica, Dinamarca, Israel, Itália, Holanda, Portugal, Espanha, Reino Unido e Estados Unidos da América). As mulheres eram maioria da população que busca cuidado, a média de idade foi de 42 anos, a média de motivos de

consulta por encontro foi de 2, e a média de tempo de consulta foi de 8 minutos. Os cinco primeiros códigos dos motivos de consulta foram: Tosse (R05), Fraqueza/cansaço generalizado (A04), Sintomas da garganta (R21), Febre (A03) e Verificar pressão (K31) (LAMBERTS et al., 1993).

Nesta mesma década, o Sri Lanka também produziu uma pesquisa que avaliou os motivos de consulta do país, através de uma pesquisa transversal em um único dia de trabalho, lá as mulheres representaram 53% das pessoas que haviam buscado cuidado, a maior parte das consultas eram por motivos novos (72%) e encontraram uma média de 1,6 motivos de consulta por encontro. Os cinco motivos mais frequentes eram: febre, tosse, congestão nasal, cefaleia e dispneia. Quando avaliados por capítulos eram: respiratório, geral/inespecífico, digestivo, musculoesquelético e pele. Os pesquisadores na sua conclusão ressaltam que o capítulo P apareceu com frequência muito baixa (SILVA, DE; MENDIS, 1998).

Okkes e colaboradores publicaram em 2002 um grande estudo que comparava os motivos de consulta, os diagnósticos e as intervenções entre a Holanda, o Japão, a Polônia e os Estados Unidos da América (EUA) usando dados do Transition Project. Nos 4 países os problemas dos sistemas digestivos, circulatórios, musculoesqueléticos, respiratório e de pele eram os mais frequentes. Os problemas psicológicos eram mais frequentes nas populações da Holanda e dos EUA. Trinta e cinco motivos de consulta eram responsáveis por 45%-60% de todos dos motivos de consulta apresentados. O estudo resalta que os dados não são representativos de toda a população dos países envolvidos. Como uma das observações finais os pesquisadores

colocam que apesar das diferenças entre os países (demográficas, socioeconômica, do sistema de saúde) uma proporção substancial dos 30 primeiros motivos de consulta é semelhante, havendo um padrão de motivos de consulta, porém, quando comparado os padrões de diagnóstico e prescrição não foi possível detectar um padrão entre os países (OKKES et al., 2002).

Em 2009 um estudo transversal feito na Dinamarca buscou traçar os motivos de consulta do país e compará-los com dados de 1993. Os motivos de consulta quando agrupados por capítulos apresentaram a seguinte ordem de frequência: geral e inespecífico (o grupo incluiu solicitação de prescrição e atestados neste capítulo), musculoesquelético, respiratório, psicológico e sintomas dermatológicos. As queixas psicológicas foram as únicas que tiveram aumento de 1993 para 2009, assim como o percentual de encaminhamento, que passou de 10% para 12%. Uma definição incomum realizada pelo estudo foi a exclusão da lista de motivos de consultas os motivos relacionados a profilaxias e ações preventivas. O tipo de consulta mais comum foram as consultas de seguimento (46%) (MOTH et al., 2012). Um outro estudo do mesmo país, avaliou o percentual de motivos de consulta relacionados a questões psicológicas e sociais, capítulos P e Z do CIAP, o resultado encontrado é de que apenas 10% dos motivos de consulta foram classificados com códigos do capítulo P e 0,7% com o código Z, problemas sociais. Mais da metade das consultas por motivos do código P estavam relacionadas a depressão e reação aguda ao estresse e em geral a

classificação P foi mais usada em consultas de seguimento do que em primeiras consultas (ROSENDAL et al., 2013).

Neste mesmo ano, foi publicado um estudo de uma província da Tunísia que encontrou os seguintes resultados: predominância de mulheres na população que buscou cuidado, porém, grande parte eram jovens (<25anos) o que é incomum, a média de motivos de consulta foi de 1,9. Os principais problemas eram respectivamente do capítulo respiratório, depois digestivo, depois musculoesquelético, cardiovascular e de pele, juntos todos estes respondiam por 80% dos problemas encontrados pelos médicos da APS pública. Por outro lado, problemas genitais (masculinos e femininos) eram apenas 1% e psicológicos 0,85%. Quando o estudo comparou as frequências entre os sexos as doenças respiratórias se mantiveram no primeiro lugar, mas nos homens o segundo problema estava relacionado com o capítulo de pele e para as mulheres o digestivo. Quando comparados em relação a idade, os jovens seguiram a frequência do grupo, já nos adultos e idosos a frequências de doenças crônicas e do aparelho musculoesquelético passaram a ser as maiores. A maior demanda (80%) foi para problemas agudos (GATAA et al., 2009).

Na África do Sul um estudo de 2010, feito em clínicas rurais, um centro de saúde e um hospital comunitário, de uma região com baixo nível socioeconômico, mostra que a maior parte da população consultada é de mulheres e os atendimentos na clínica e no centro de saúde foram feitos por enfermeiras. Recortando os dados das clínicas e centros de saúde os motivos de consulta seguiam a seguinte ordem de frequência de capítulos:

respiratório, problemas de pele, geral e inespecífico, neurológico e musculoesquelético. O percentual de referências das clínicas e centros de saúde foram de 5% e 7%, respectivamente (BRUETON et al., 2010).

Uma pesquisa desenvolvida na Coreia do Sul, avaliou se o envelhecimento populacional que o país vive teve impacto nos motivos de consulta de um serviço de APS e no perfil da população que busca o serviço. O estudo comparou dados de prontuário que utilizam a CIAP de 2001 com 2008. Houve um aumento na proporção de pacientes maiores que 65 anos estatisticamente significativa. Em relação aos motivos de consulta houve aumento da busca de cuidado por questões relacionadas ao capítulo F (olhos), L (musculoesquelético) e X (genital feminino) (KIM et al., 2011).

Mash e colaboradores também pesquisaram os motivos de consulta na APS da África do Sul. O grupo realizou uma pesquisa transversal multicêntrica no país. No estudo 86% das consultas em APS foram feitas por enfermeiras e 14% por médicos, como relatado na pesquisa anterior as mulheres são maioria da população que consulta, neste caso 66%. A média de motivos de consulta entre mulheres foi 1,65 e homens 1,69. A distribuição dos motivos de consulta por capítulo seguiu a seguinte ordem: respiratório, geral/inespecífico, cardiovascular, digestivo e musculoesquelético, o capítulo P mais uma vez não é frequentemente observado como motivo de consulta, assim como sintomas/sinais relacionados a violência interpessoal. Os principais sintomas foram: tosse, cefaleia, febre, congestão nasal e dor de garganta, porém, para essa análise foram excluídos os motivos de consulta relacionados a retornos. Quando se

avaliou os 25 principais motivos de consulta relacionando homens e mulheres não foram encontradas diferenças, retirando-se questões específicas da saúde da mulher (p.ex.: gestação) (MASH et al., 2012).

Um estudo Sueco, de desenho transversal, publicado em 2011, avaliou os motivos de consulta, os encaminhamentos, as solicitações de exames e tratamentos realizados na APS através de dados de prontuário eletrônico, e verificou as possíveis relações com dados socioeconômicos, localização da UBS e gênero. Cinquenta e nove por cento das pessoas que buscaram cuidado eram mulheres e os retornos representavam 54% do total de consultas. Os motivos de consulta mais comuns eram sintomas musculoesqueléticos, sintomas respiratórios, circulatório, psicológico, endócrino/metabólico/nutricional. Em média foram descritos 1,3 motivos de consulta por encontro, 57% das consultas tiveram prescrições com a média de 2,8 fármacos e foram solicitados 1,3 exames laboratoriais, outro dado é de que foram realizados 12,3% encaminhamentos. Neste estudo o gênero do paciente, a localização da UBS e a classificação socioeconômica tiveram relação com as diferenças dos motivos de consulta, por exemplo os homens tinham mais sintomas musculoesqueléticos e as mulheres mais sintomas relacionados ao sistema circulatório, nas UBS urbanas foi mais comum a solicitação de radiodiagnósticos e encaminhamentos (MÅNSSON et al., 2011).

Mimi e colaboradores realizaram um estudo nacional na Malásia, para avaliar os motivos de consulta e os diagnósticos mais comuns na APS e comparar a diferença entre serviços públicos e privados. O público mais

comum era de mulheres (54%) e 98% das consultas eram agendadas no dia, a média de motivos de consulta era maior no serviço público porém a média de diagnósticos foi maior no privado, outra diferença é que os serviços públicos viram mais pacientes com doenças e comorbidades e o serviço privado viu mais pacientes com doenças agudas. Não houve motivos de consulta do capítulo P nos serviços públicos. Os capítulos mais comuns no estudo como um todo foram: respiratórios, geral/inespecífico, circulatório, endocrinológico e digestivo. E dos códigos específicos a frequência encontrada seguiu esta ordem: seguimento de problema cardiovascular, febre, tosse, consulta de seguimento de problema endocrinológico e congestão nasal (MIMI et al., 2011).

Na Grécia, um estudo em uma unidade rural de APS também encontrou maior proporção de mulheres nos serviços de saúde, os principais motivos de consulta foram: manutenção da saúde/prevenção, HAS sem complicação, alteração dos lipídeos, dor epigástrica, doença arterial coronariana sem angina. Os 20 primeiros motivos de consulta correspondiam a 60% do todos os encontros (KLINIS et al., 2012).

Um dos maiores estudos relacionados aos motivos de consulta e episódio de cuidados é o estudo realizado também com dados do Transition Project, que compara a Holanda a Sérvia e Malta, foi publicado em 2012 por Soler e colaboradores. Este estudo encontrou que os holandeses e malteses usam um espectro maior de rubricas de motivos de consulta, diferente dos sérvios. Neste país, os 20 primeiros motivos cobrem 80% do total de motivos já na Holanda os 20 primeiros cobrem 66% do total. Na Holanda os

5 primeiros motivos de consulta são: tosse (R05), febre (A03), rash localizado (S06), sintomas da garganta (R21), fraqueza/cansaço generalizado (A04). Em Malta eram: tosse (R05), sintomas da garganta (R21), congestão nasal (R07), febre (A03) e vômito (D10). Na Sérvia: tosse (R05), sintomas da garganta (R21), dor do sistema respiratório (R01), dor no pescoço (L01) e dor nas costas (L02). Porém foram retirados dos motivos de consulta os pedidos para intervenções (códigos dos componentes 2-6), que representavam na Sérvia 57%, em Malta 20% e na Holanda 30% do total de motivos de consulta (SOLER et al., 2012).

Em 2013 um estudo português descreveu os motivos de consulta no distrito de Coimbra, os capítulos mais comuns em ordem decrescente foram: geral e inespecífico (39,8%), sistema musculoesquelético (9,9%), aparelho circulatório (8,7%) e gravidez/planejamento familiar (7,8%). Os códigos mais encontrados foram resultados de análises/procedimentos do capítulo geral e inespecífico (13,2%), seguido de consulta de seguimento não especificada do mesmo capítulo (4,6%) e de exame médico/avaliação de saúde/parcial da gravidez e planejamento familiar (4,4%). Já a análise por componentes, os mais registrados eram sinais e sintomas (30,8%), procedimentos diagnósticos e preventivos (20,0%) e resultados de exames (19,3%). Quando avaliaram a codificação apenas dos sinais e sintomas a ordem de frequência foi: tosse (5,6%), sinais/sintomas da região lombar (4,2%), sinais/sintomas da garganta (3,5%) e febre (3,5%) (DIOGO; SANTIAGO, 2013).

Um estudo inglês realizado através da filmagem de consultas em APS em áreas rurais, urbanas e mistas, trouxe dados interessantes em relação a complexidade do encontro médico – paciente. Em média são discutidos 2,5 problemas por consulta, e quando se aumenta um problema o tempo de consulta sobe em média apenas 2 minutos. Os problemas mais comuns eram: musculoesqueléticos, gerais/inespecíficos, de pele, digestivos e respiratórios. Apesar de a maior parte dos problemas terem sido levantados pelos pacientes, 43% das consultas tiveram outros problemas levantados pelos médicos. O dado que mais chama atenção é que apenas 37% dos problemas foram codificados pelos médicos, o que coloca um ponto de interrogação em relação aos dados dos estudos de motivos de consulta e diagnósticos que são feitos usando apenas os dados de prontuários (SALISBURY et al., 2013).

Um grupo de pesquisa egípcio publicou um trabalho sobre os motivos de consulta na APS do país, porém, este estudo considerou como motivos de consulta os diagnósticos definidos pelos médicos de família. Lá as mulheres também são a maior parte da população que busca cuidado, mesmo quando se retira da amostra os problemas relacionados ao pré-natal e questões ginecológicas e do aparelho masculino, essa diferença é maior entre 25-50 anos. O índice de encaminhamento também é pequeno 4,9%, e de solicitação de exames de 15%. Os diagnósticos mais comuns nos serviços de saúde que não prestavam cuidados preventivos (imunização, planejamento familiar e pré-natal) foram: IVAS, gastroenterites, parasitoses, infecções das vias aéreas inferiores, problemas de pele, anemia e HAS. Nos

serviços rurais as doenças infecciosas foram mais prevalentes, a ausência de doenças neuropsíquicas também chamou atenção dos pesquisadores (ABOULGHATE et al., 2013).

A Índia está ampliando sua rede de serviços com o objetivo de atingir o acesso universal, e para isso está fortalecendo a APS. Em 2014 um grupo de pesquisa indiano estudou os motivos de consulta de um centro urbano de atenção primária (ligado a um hospital terciário), a média de motivos de consulta foi de 1,2 por encontro, 70% dos pacientes eram mulheres, na sua maioria de meia idade (40-69 anos) e 75% das consultas resultaram em prescrição. Os motivos de consulta mais comuns foram seguimento de doenças crônicas (diabetes em 1º e doença cardiovascular em 2º), seguido de queixa de tosse e depois de renovação de receita para DM e doença cardiovascular. O grupo de pesquisa ressalta a ausência de motivos de consulta relacionados ao capítulo de problemas psicológicos e sociais (RAHMAN et al., 2014).

No mesmo país outros autores publicaram recentemente nova pesquisa, em área urbana, transversal realizada com dados de prontuários e classificação pelo CIAP. Os principais achados são: a maioria das pessoas que buscaram ajuda eram homens, resultado até então não relatado em outros estudos e a média de idade era de 40 anos. Apenas 7% dos encontros apresentaram 2 ou mais motivos de consulta. Os motivos de consulta relacionados a queixas agudas foram: febre, rinite alérgica, infecções das vias aéreas superiores e bronquite aguda. As queixas crônicas eram: HAS, azia e dor nas costas, esta última mais comum nos homens. Quando

avaliados em relação aos capítulos do CIAP os resultados encontraram a seguinte ordem: geral/inespecífico, respiratório, digestivo, musculoesquelético e cardiovascular. Quando se avaliou os motivos de consulta por componente do CIAP 78% estava no componente diagnóstico e 16% nos componentes de intervenção. Houveram 20% de encaminhamentos para outros serviços de saúde, e não foram observados motivos de consultas classificados nos capítulos P e Z (SWAIN et al., 2017).

Uma pesquisa de 2015 da Nova Zelândia avaliou os motivos de consulta dos pacientes que usam um serviço específico de APS que é gratuito e atende uma população socioeconomicamente vulnerável, pois consideravam que essa população teria padrões de utilização dos serviços diferentes da população geral. Os serviços do país usam a classificação READ, apenas 1% usam a CIAP, houve reclassificação centralizada dos motivos de consultas a partir de dados secundários dos prontuários. Os resultados da pesquisa revelam que nesta população os motivos de consulta mais frequentes estavam relacionados a prescrição, a mais comum delas relacionada ao capítulo P, e relatórios médicos para benefícios (35%), seguido de motivos relacionados aos capítulos P e Z. A média de motivos de consulta foi de 1,2. Esses achados são diferentes dos habitualmente encontrados pelas pesquisas na Nova Zelândia, a média de motivos de consulta é de 1,8. Além disso, a média de solicitação de exames e prescrição é maior na população geral o que vai na contramão da realidade de uma população com mais comorbidades devido à vulnerabilidade socioeconômica (LOH et al., 2015).

Tandjung e colaboradores pesquisaram na Suíça o percentual de referência realizada por serviços de APS, e propuseram que o cálculo deveria ser feito não pelo número de consultas, mas, pelo número de motivos de consultas em cada encontro. No estudo encontraram 1,7 motivos de consulta por encontros, com variação relacionada a faixa etária, nos mais jovens (<20 anos) a média foi de 1,2 e nos mais idosos (>80anos) foi de 2. Em relação aos motivos de consulta quando analisaram os capítulos os mais comuns foram respectivamente: musculoesquelético, cardiovascular e respiratório, a frequência deles teve variação quando observado o sexo dos pacientes, os homens tinham como terceiro capítulo mais frequente o capítulo A(geral/inespecífico). Os resultados dos códigos específicos foram em ordem de frequência: HAS não complicada (K86), exames de sangue cardiovasculares (K34), diabetes (T90), depressão (P76) e outros sintomas osteomusculares (L29). Nos códigos específicos quando avaliados o sexo dos pacientes os três primeiros eram os mesmos. O percentual de encaminhamentos quando avaliado por número de encontros foi de 9,4% quando avaliado pelo número de motivos de consulta foi de 5,6%. Os encaminhamentos não incluíram casos que haviam sido encaminhados para emergências e também exames simples de imagem com Raio-X, outros exames como tomografia computadorizada ou Ressonância Nuclear Magnética foram incluídos nos casos de encaminhamento. Os encaminhamentos mais comuns foram para radiologia, gastroenterologista e ortopedista. Quando analisaram os capítulos do CIAP e os percentuais de referência, como esperado, o mais comum deles foi o capítulo F(olho).

Outro achado interessante é que apenas 18 motivos de consulta tiveram frequência maior que 1% (TANDJUNG et al., 2015).

Um estudo de 2016 realizado na APS da Nigéria encontrou os seguintes resultados: a média de motivos de consulta foi de 2,3 e 0,86 prescrições por consulta. Os cinco principais motivos de consulta foram: cefaleia, febre, dor generalizadas, problemas visuais e dor abdominal. Quando se analisou por capítulos os mais comuns foram: geral/inespecífico, ocular, neurológico, digestivo, musculoesquelético, respiratório, cardiovascular, pele, genital feminino e urológico. As mulheres eram 54% das pessoas que buscaram cuidado, achado comum a todos os estudos, e houve 39% de encaminhamentos, número alto quando comparado com a literatura (OLAGUNDOYE et al., 2016).

Molony e colaboradores realizam pesquisa semelhante na Irlanda, em um dos maiores serviços de APS do país, utilizaram dados de prontuário eletrônico que usam a CIAP, o principal foco da pesquisa eram os motivos de consulta. Vinte e cinco por cento das consultas tiveram mais de 1 motivos de consulta, o maior número de motivos de consulta foi 9 em uma única consulta. Classificando-se os motivos por capítulos a frequência encontrada seguiu a seguinte ordem: geral/inespecífico, respiratório, musculoesquelético, pele e digestivo. Os códigos mais utilizados foram: renovação de prescrição (6,8%), tosse (6,6%) manutenção da saúde (5,8%), exames de sangue (4,2%) e ações preventivas/imunização (3,7%). Houve alguma variação de motivos de consulta quando avaliados por faixas etárias,

principalmente na comparação de crianças e idosos (MOLONY et al., 2016).

Um grupo de pesquisa chinês publicou em 2017 um estudo abrangente sobre os motivos de consultas nas áreas rurais próximas de Beijing, a média de motivos de consulta por encontro foi de 1,3, quando observada segundo características dos pacientes (idade e sexo) não apresentou variação importante, e a média de diagnósticos foi de 1,5. Os capítulos mais frequentes eram respiratório, circulatório, musculoesquelético, endócrino /metabólico/nutricional e digestivo. Os 5 códigos mais comuns foram: tosse, prescrição para HAS, sintomas da garganta, prescrição para DM e espirro/congestão nasal. Os 30 primeiros motivos de consulta eram responsáveis por 73% de todos os motivos (LIU et al., 2017).

Os estudos americanos que fizeram parte da revisão bibliográfica buscavam conhecer os motivos de consulta e os diagnósticos na APS para fins de entender a relação deles com a forma de pagamento dos serviços. Um deles avaliou a diferença no número de motivos de consulta descritos pelo profissional em um instrumento da pesquisa, no prontuário do paciente e na ficha de reembolso para o pagamento. Os resultados encontrados foram de que em geral o médico lida na consulta com 3,05 problemas, mas relata no prontuário apenas 2,82 e na ficha para pagamento apenas 1,97. Relatam ainda que em 37% das consultas o médico lida com mais de 3 problemas, e que essa relação aumenta se o paciente é maior que 65 anos (3,88) ou se é

diabético (4,6), por fim ressaltam a ausência de problemas de saúde mental nas fichas de pagamento (BEASLEY et al., 2004).

Outro estudo de 2017, buscou avaliar os motivos de consulta e os diagnósticos de serviços de APS no Texas, porém não usaram o CIAP, usaram a classificação americana para codificação de consultas ambulatoriais. A maior parte da população era de mulheres (61%), foram descritos 517 motivos de consulta diferentes em 982 encontros, com média de 5,4 motivos e 3,7 diagnósticos por consulta. Os 5 motivos de consulta mais frequentes foram: HAS, diabetes, dificuldade de acesso a cuidados em saúde, resultados de exames e ansiedade. A observação final do estudo é de que parte do trabalho do MFC não está incluída nesta classificação, como por exemplo ações administrativas, e que isso acaba não se refletindo na avaliação do processo de trabalho e na forma de pagamento deste profissional (YOUNG et al., 2017).

Uma revisão sistemática muito recente de 2018, avaliou os motivos de consulta em vários países, com o objetivo de comparar suas frequências e verificar diferenças de acordo com o desenvolvimento econômico dos países, 12 países e os 5 continentes estavam representados no estudo que incluiu 18 pesquisas todas elas com mais de 20.000 motivos de consulta, parte delas avaliaram motivos de consulta referidos pelos médicos assistentes e parte pelos próprios pacientes e nem todas usavam o CIAP como classificação dos motivos de consulta (FINLEY et al., 2018).

Quando relatado pelos pacientes os 10 principais motivos de consulta foram: tosse, dor nas costas, sintomas abdominais, faringite,

dermatite, febre, cefaleia, sintomas nas pernas, problemas respiratórios inespecíficos e cansaço. Já quando os 10 principais motivos de consultas eram relatados pelos profissionais foram: infecção das vias aéreas superiores, hipertensão arterial, avaliação periódica de saúde, artrite, diabetes, depressão e ansiedade, pneumonia, otite média aguda, dor nas costas e dermatite. As questões que envolviam depressão, ansiedade e dor nas costas estavam mais presentes nos países desenvolvidos e houve quase ausência de motivos relacionados a pneumonia e tuberculose, bem diferente da realidade apresentada pelos países em desenvolvimento. Quando avaliados os motivos, em ordem decrescente, eram problemas: respiratórios, neurológicos, cardiovasculares, de pele e musculoesqueléticos (FINLEY et al., 2018). Esta revisão não inclui nenhum estudo brasileiro devido à indisponibilidade de estudos que cumpriam os critérios de inclusão.

A tabela que sumariza as pesquisas relatadas neste subcapítulo e no anterior é apresentada no Anexo G.

A análise destes diversos estudos permite dizer que existe um escopo (núcleo) principal de motivos de consulta que é presente na maior parte dos estudos, havendo poucas variações de país para país. Essas variações estão mais relacionadas a pequenas mudanças em relação a ordem de frequência dos motivos de consulta do que ao conteúdo dos motivos de consulta. Uma observação importante é de que o capítulo P e Z permanecem sub-representados nas pesquisas descritas. Em relação ao capítulo P essa observação não vai de encontro ao esperado se considerarmos a prevalência dos transtornos mentais comuns na APS (WORLD HEALTH

ORGANISATION, 2010). Em relação ao capítulo Z apesar da maior parte dos estudos descritos ter sido realizada no contexto de países desenvolvidos, parte menor dos estudos foram realizados em países em desenvolvimento, com piores indicadores socioeconômicos, mesmo nestes países problemas sociais não foram motivos de consulta frequentes.

3.8 Avaliação da qualidade na Atenção Primária à Saúde

Starfield define que “qualidade da atenção significa quanto às necessidades de saúde, existentes ou potenciais, estão sendo atendidas de forma otimizada pelos serviços de saúde, dado o conhecimento atual a respeito da distribuição, reconhecimento, diagnóstico e manejo dos problemas e preocupações referentes à saúde” (STARFIELD, 2002).

Campbell e colaboradores definem qualidade do ponto de vista do indivíduo como quando as pessoas têm acesso à estrutura e processos de cuidado para as suas necessidades, e estes resultam em cuidado eficaz. Para eles qualidade é igual a acesso e eficácia. Os autores ressaltam que a definição é variável de acordo com a perspectiva e o objetivo, podendo ser individual e populacional, essas duas perspectivas também são colocadas por Starfield. Quando for populacional a questão da equidade e da eficiência devem ser incluídas. Porém os autores ressaltam que qualidade do cuidado tem mais sentido do ponto de vista do indivíduo (CAMPBELL et al., 2000; STARFIELD, 2002).

No mesmo capítulo do livro Starfield ressalta que garantir qualidade no âmbito ambulatorial é um desafio maior do que no ambiente hospitalar, pois as variáveis são muitas e o produto não é bem definido, como, por exemplo, no ambiente hospitalar: recuperação e alta, e por isso mais difícil de medir. Na APS as avaliações relacionadas ao funcionamento físico e mental das pessoas que buscam cuidado são tão importantes quanto a resolução do problema (STARFIELD, 2002). Assim, tanto avaliar quanto melhorar a qualidade da atenção na APS são propostas desafiadoras e complexas.

A clássica matriz de Donabedian para avaliação da qualidade da atenção à saúde, que se baseia em três dimensões: estrutura, processo e resultado, é a referência teórica para o processo de avaliação proposto como parte desta pesquisa (DONABEDIAN, 2005). Exemplificado pela Figura 5, inspirada também no artigo de Campbell e colaboradores.

Estes autores definem que a estrutura é caracterizada pelas características da equipe e do local, que o processo é caracterizado pela interação entre usuários e sistema de saúde e tem duas facetas, a técnica (padronizada) e a interpessoal (comunicacional, humana) e que os resultados são apenas consequências diretas ou indiretas da estrutura e do processo apesar de a relação não necessariamente ser linear, e são caracterizados por resultados em saúde (indicadores) e satisfação do usuário (CAMPBELL et al., 2000).

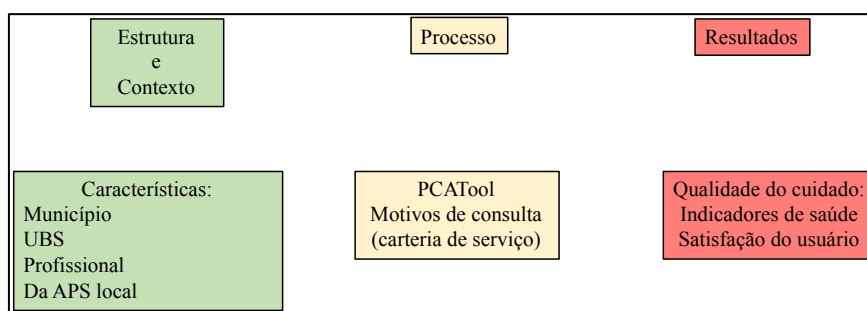


Figura 5: Matriz de avaliação da APS. Fonte: Autoria Própria.

Starfield descreve que a APS pode ser avaliada a partir de dois enfoques complementares. Um mais genérico, quando foca, por exemplo, nos seus atributos, infraestrutura ou em interações sensíveis a APS, o outro mais específico, quando foca na avaliação de alguns problemas ou diagnósticos. Porém receber uma boa avaliação em problemas específicos não significa necessariamente que esse padrão seja generalizável para outros problemas (STARFIELD, 2002).

Nesta mesma seara em relação a avaliação específica e geral da APS, um outro debate que também está presente é sobre o paradoxo da APS. O paradoxo está no achado de que quando comparado com o especialista o generalista tende ofertar qualidade de cuidado inferior quando o objeto avaliado são doenças específicas; por outro lado, obtém os mesmos resultados funcionais só que com menor custo para as pessoas com doenças crônicas. Além disso, os sistemas de saúde baseados na APS tem melhores resultados em relação aos indicadores de saúde populacionais e individuais, menor custo e são mais equitativos do que sistemas dominados pelo cuidado especializado (STANGE; FERRER, 2009). Beasley e colaboradores

sugerem como explicação para esse achado a priorização e o cuidado de diversos problemas de forma integrada (BEASLEY et al., 2004).

A principal fonte de informação sobre o processo de trabalho médico são os prontuários médicos, que nem sempre são acessíveis, estão completos e correspondem a prática real. Na APS esta realidade é ainda pior, principalmente pela ausência frequente de sistemas de informação e prontuários eletrônicos (STARFIELD, 2002; DONABEDIAN, 2005).

O uso de produtos da consulta médica, por exemplo: solicitação de exames e prescrição, também são consideradas como fontes de informação para avaliação da qualidade da atenção. A comparação do conteúdo destes produtos com padrões de prescrição e solicitação de exame de acordo com o problema de saúde/motivo de consulta ou com características do paciente (idade, sexo, classe social) a partir das atuais evidências disponíveis, considerando o impacto destas intervenções na saúde individual, também é uma das formas de avaliação da qualidade da atenção.

Donabedian descreve os aspectos essenciais que devem ser considerados nas pesquisas sobre avaliação da qualidade, são eles: a amostra, os padrões de comparação, as escalas de medida/classificação, confiabilidade do avaliador, vieses, validade dos padrões e dos indicadores analisados em relação aos resultados em saúde. O autor alerta que raramente a relação entre estrutura, processo e resultado é clara (DONABEDIAN, 2005).

Em relação especificamente a avaliação no contexto ambulatorial tanto Donabedian quanto Starfield colocam que os padrões de qualidade em

geral são construídos a partir de diretrizes clínicas hospitalares/especializadas e partem de estudos que excluem pacientes com comorbidades, portanto não são apropriadas para APS, dificultando a aplicação e avaliação da evidência (STARFIELD, 2001; DONABEDIAN, 2005).

Ambos os autores em textos diferentes discutem também que a unidade de análise da APS não deve ser a consulta, pela característica longitudinal do cuidado, mas o tempo, porém ressaltam que a definição exata do tempo necessário para uma avaliação não é possível definir exatamente (STARFIELD, 2001; DONABEDIAN, 2005). O tempo dependerá dos objetivos e dos critérios de avaliação que serão utilizados.

Já Campbell e colaboradores ressaltam que é mais difícil avaliar o cuidado na atenção primária, porque neste ponto de atenção a maior parte dos problemas de saúde são agudos e inespecíficos, e não há bons indicadores para esse tipo de problema (CAMPBELL et al., 2000).

Neste sentido, o Donabedian conclui que não há método perfeito, e interroga: quão precisa a avaliação da qualidade necessita ser? (DONABEDIAN, 2005). Já, Starfield descreve em um artigo de 2001 quais seriam os novos desafios para a avaliação da qualidade da APS, são eles: as comorbidades, o uso excessivo de intervenções médicas e as múltiplas causas das doenças (STARFIELD, 2001).

Os fatores que podem influenciar a qualidade do cuidado são inúmeros, incluindo as questões do ambiente onde a prática da APS acontece (infraestrutura da UBS, acesso a insumos, exames), contexto social

(iniquidades), características da população, sistemas de informação/prontuário eletrônico, organização do serviço e do processo de trabalho, número de pacientes por equipe, questões relacionadas a formação do profissional, o tempo de fixação do mesmo, constituição da equipe, educação continuada, entre outras.

Um dos instrumento mais utilizado para a avaliação global ou geral da APS no país é o Primary Care Assessment Tool (PcaTool) (FRACOLLI et al., 2014; D'AVILA et al., 2017), ele foi validado no país em 2006 por Harzheim e colaboradores, e foi criado e validado nos Estados Unidos da América em 2001 (SHI et al., 2001; HARZHEIM et al., 2006). E em 2010 foi recomendado pelo Ministério da Saúde, através da publicação do Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde Primary Care Assessment Tool PCATool-Brasil (HARZHEIM et al., 2010).

O instrumento foi construído a partir da definição da APS feita por Starfield, caracterizada pelos 4 atributos essenciais (acesso, integralidade, longitudinalidade e coordenação) e 3 atributos derivados (orientação familiar e comunitária e competência cultural) (STARFIELD, 2002). Ele permite a mensuração empírica destes atributos. Inúmeros estudos internacionais e alguns estudos nacionais identificaram associação entre o cumprimento dos atributos e melhores resultados em saúde (HARZHEIM et al., 2006).

O instrumento permite análise tanto da estrutura quanto, e principalmente, do processo. Ele pode ser aplicado a usuários dos serviços, profissionais e gestores da APS. A versão de usuários adultos, utilizada

nesta pesquisa, é caracterizada por 87 itens divididos em 10 componentes. Cada componente é avaliado através de uma escala Likert, e o escore de cada atributo é calculado através da média aritmética simples. O resultado é apresentado pelos atributos essenciais e também através de um escore geral, que é igual a média de todos os atributos essenciais e derivados. Os valores maiores que 6,6 significam APS de maior qualidade (HARZHEIM et al., 2010; FRACOLLI et al., 2014).

Em uma revisão integrativa sobre o PcaTool, realizada por pesquisadores brasileiros, o Brasil foi o país que mais pesquisou utilizando esse instrumento. Nos 17 estudos brasileiros avaliados, os resultados para os escores essenciais variaram de 3,86 em Ilhéus, na Bahia, a 7,37 no Rio de Janeiro (município), quando avaliado o escore geral que inclui os atributos derivados os resultados foram semelhantes 3,6 em Ilhéus e 7 no Rio de Janeiro. Os estudos internacionais incluídos na revisão apresentaram, em geral, resultados melhores, Montevideu (7,51/6,93), Seul (7,63/7,45), Estado de Santander na Colômbia (7,84/6,99), províncias do Tibet (7,36/7,41), Columbia (EUA) (6,99/6,63) e África do Sul 6,6 em ambos os escores (essencial e geral). Os autores apontam para a necessidade de revisão e inclusão de novos itens a fim de adequar o instrumento para o novo contexto, assim como ressaltam a facilidade de uso que o instrumento permite (D'AVILA et al., 2017).

Outro referencial teórico importante para a avaliação da qualidade, principalmente quando focada em problemas/doenças específicas, é a medicina baseada em evidências (MBE). Que começa a ser pensada por

Archie Cochrane, quando ele questiona a efetividade e a eficiência das intervenções médicas no serviço de saúde inglês em um dos primeiros ensaios sobre o tema em 1971 (KELLY, 2018). Vinte anos depois um grupo de pesquisadores do Canadá define os princípios para a MBE. São eles: as decisões clínicas deveriam ser baseadas nas melhores evidências (individuais, populacionais e laboratoriais), as evidências que devem guiar a clínica em vez dos hábitos/tradições, que as evidências devem integrar a epidemiologia, bioestatística e patofisiologia, que as pesquisas que utilizam meta análise, ensaios clínicos randomizados e análises econômicas são as que devem sustentar as evidências produzidas, que a prática deve ser baseada nesta evidência e deve ser avaliada permanentemente (SACKETT; ROSENBERG, 1995; KELLY, 2018).

Este mesmo grupo em 1996 publica a definição de MBE, que é a incorporação na prática clínica das evidências de forma crítica, responsável e integrada com a experiência clínica individual e as escolhas do paciente (SACKETT et al., 1996). Neste contexto há a criação da Colaboração Cochrane e do National Institute for Health and Care Excellence (NICE), instituto do sistema de saúde inglês, que contribui para a disseminação da MBE. Ao longo dos anos duas questões têm sido pontos de debates em relação a MBE, (1) em relação ao gap entre a produção das evidências e seu uso na prática cotidiana do cuidado, (2) em relação as limitações inerentes aos protocolos e diretrizes clínicas, que apesar da base empírica apresentam pontos relacionados a julgamentos, valores e inferências (SACKETT; ROSENBERG, 1995; KELLY, 2018).

Uma outra dimensão da avaliação da qualidade discutida na literatura nos últimos anos é a satisfação do usuário (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006). Donabedian coloca que a satisfação do usuário é um indicador de difícil avaliação pois é um conceito muito complexo e impreciso (subjetivo) e está relacionado com a relação médico-paciente. Já Starfield debate se a satisfação deve ou não estar incluída na avaliação da qualidade, e considera que se a qualidade for definida de forma mais ampla, a satisfação deve integrar a avaliação da qualidade. Já Campbell e colaboradores a incluem no conceito de qualidade, destacando o aspecto inter-relacional que compõe a satisfação do usuário (CAMPBELL et al., 2000; STARFIELD, 2002; DONABEDIAN, 2005).

O conceito de satisfação do usuário é diverso na literatura assim como os referenciais teóricos que tratam deste aspecto da avaliação dos serviços de saúde. Além disso, as pesquisas abordam aspectos diferentes da satisfação, que vão desde aspectos relacionados as expectativas, da qualidade técnica e dos aspectos das relações interpessoais (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006).

Os fatores relacionados a satisfação podem ser divididos em dois grandes grupos segundo Esperidião e Trad, são eles: as características do serviço e seus profissionais e características inerentes ao próprio usuário (idade, classe social, problema de saúde) (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006). Alves e Trad afirmam que a avaliação da satisfação é também uma forma de dar voz ao usuário do sistema de saúde (ALVES; TRAD, 2005). Esse aspecto apoia a necessidade de centrar o sistema de saúde nas pessoas.

Na perspectiva individual da avaliação da qualidade dos serviços de saúde o componente satisfação está relacionado entre outros aspectos com a qualidade da relação médico-pessoa (CAMPBELL et al., 2000). As pesquisas indicam que há associação entre a qualidade da relação médico-pessoa e os resultados em saúde (CAMPBELL et al., 2000; ALVES; TRAD, 2005; ESPERIDIÃO; TRAD, 2006; WOLLMANN et al., 2018).

3.9 APS no Brasil

O Brasil possui serviços de APS desde antes da criação do SUS em 88. O país começou a construção da sua rede de atenção primária no início do século XX. Os serviços iniciais eram as delegacias de saúde, que agiam em diversos setores (inspeção sanitária, controle de alimentos, vacinação e suporte laboratorial), em seguida foram criados os postos de saneamento e profilaxia rural, que passaram a prestar atenção a populações específicas, que deram origem aos centros de saúde, que foram por décadas as unidades de atenção primária no Brasil (CAMPOS, 2006).

Os centros de saúde, tiveram diversas fases em relação ao tipo e a forma de serviços que eram prestados nestes estabelecimentos. O primeiro momento foi caracterizado por serviços administrativos, incluindo estatísticos, ações de cuidado focados no pré-natal, puericultura e em doenças infecciosas e ações de vigilância sanitária. Nesta época, as ações eram de caráter educativo e preventivistas, e os centros estavam presentes em todas as capitais do país. Nas décadas de 50 e 60 os centros de saúde

deixam de ser prioridades, ao mesmo tempo que surgem os grandes hospitais e os institutos de aposentadorias e pensões, e o crescimento dos serviços de atenção primária fica estagnado (CAMPOS, 2006).

Na década de 80, com o movimento da reforma sanitária, os centros de saúde assumem novamente papel principal na organização da atenção a saúde do país e voltam a ser expandidos. Este cenário foi apoiado pela declaração da Conferência de Alma Ata (1978), que reforçava a importância da APS para o acesso universal a saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1978).

Os centros de saúde passam então a se responsabilizar não só por ações preventivas, mas também, por ações assistenciais nas chamadas clínicas básicas (clínica médica, pediatria e gineco-obstetrícia). Os serviços eram caracterizados por oferta de serviços (programas) definidos através de indicadores epidemiológicos que eram operacionalizados de forma fragmentada por área técnica (CAMPOS, 2006).

Na década seguinte, início da redemocratização e da implementação das políticas de concretização da constituição de 1988, o país começa a desenvolver o seu próprio modelo de atenção primária, baseado em experiências nacionais e internacionais (ARANTES et al., 2016). Este modelo tem origem nas diversas experiências municipais de saúde comunitária (Murialdo, Vitória de Santo Antão, Rio de Janeiro, Teresina, São Luiz, Cotia, Sete Lagoas, Pelotas e Joinville, Montes Claros, Niterói, Lages, Campinas, Londrina), no Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) e no Programa de Agentes Comunitários de

Saúde (PACS). Todas essas experiências deram origem ao Programa Saúde da Família (PSF) em 1994 (VIANA; POZ, 2005; CONILL, 2008; SOUSA; HAMANN, 2009).

O PACS era caracterizado por uma equipe de agentes comunitários de saúde coordenados pela profissional enfermeira e responsável por ações de vigilância e assistência a saúde de uma determinada população, quando estas equipes passam a contar com o profissional médico generalista e técnicos de enfermagem, passam a ser classificadas como programa saúde da família, ampliando também suas responsabilidades e seu escopo de ações. Aproximando-se assim dos pressupostos do SUS e dos princípios da APS (ESCOREL et al., 2007).

O PSF teve um caráter substitutivo em relação a práxis da atenção básica tradicional, caracterizada por cuidado centrado no médico e em especialidades focais (ginecologia/obstetrícia, pediatria e clínica médica) (SOUSA; HAMANN, 2009) e também teve papel na estruturação e no desenvolvimento do SUS, já que para a sua implantação exigia avanços da gestão municipal, como por exemplo: os municípios terem constituído o fundo municipal de saúde e o conselho municipal de saúde (VIANA; POZ, 2005).

Na década de 90, com a publicação da lei orgânica do SUS (BRASIL, 1990), a APS passa a ser de total responsabilidade dos municípios, e a partir de 1996, com as Normas Operacionais Básicas (BRASIL, 1997, 2001), estes passam a receber financiamentos específicos para a organização da APS direto do fundo federal para o fundo municipal

de saúde. Assim, nesta primeira década a cobertura populacional de APS, através do PSF, cresceu exponencialmente em todo o país, sendo mais evidente nos municípios pequenos, com baixo IDH, menor cobertura de planos privados, baixa densidade populacional, encontrando resistência nos grandes centros urbanos (ESCOREL et al., 2007; CONILL, 2008; SOUSA; HAMANN, 2009; ANDRADE; COELHO; XAVIER NETO; et al., 2018).

A nova forma de financiamento da APS deixa para trás o financiamento atrelado a produção de ações em saúde e passa a considerar a população municipal e o modelo assistencial para APS, no caso PSF, induzindo assim o crescimento da cobertura da APS através deste modelo. Em 1998 há também a criação do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, utilizado para monitoramento e avaliação das ações de saúde na APS. E no início dos anos 2000 o PSF perde o caráter de programa e ganha status de estratégia de mudança do modelo de atenção e de organização da APS, porém mantém ainda a priorização das ações assistências em seis temas estratégicos: Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Tuberculose, Hanseníase, Pré-natal e Puericultura.

Ainda em 98 o Ministério da Saúde inicia a avaliação da APS através do pacto de indicadores da atenção básica. Estes estavam relacionados as áreas prioritárias descritas acima. De 1998 até 2003 o *roll* de indicadores era redefinido anualmente, em 2004 e 05 eles foram mantidos e em 2006 foram substituídos pelos indicadores definidos no Pacto pela Saúde (MEDINA, 2002; CASER, 2006).

Além da avaliação de indicadores de forma oficial (governamental), a avaliação da APS e suas diversas facetas (gestão, assistência, educação/formação profissional) foi realizada por diferentes pesquisas nos primeiros anos de implantação da ESF (BAPTISTA et al., 2009). Uma delas elencou os desafios que ainda necessitavam serem ultrapassados, entre eles destacam-se a necessidade de cooperação e negociação com as corporações profissionais, a superação dos contratos de trabalho precários, a necessidade de redução do número de família por equipe e de ampliação do acesso (horários estendidos), a concretização do papel de filtro (porta de entrada/*gatekeeper*), a organização do acesso e integração com a atenção especializada, o melhor financiamento e incentivos para áreas de mais difícil provimento profissional, aprimoramento de estratégias de formação profissional e educação permanente (ESCOREL et al., 2007; CONILL, 2008). Muitos destes desafios são ainda atuais.

Em 2003 o Ministério da Saúde em parceria com o Banco Mundial lança o Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF) que seria desenvolvido em três fases, e tinha como principal objetivo a expansão da ESF nos grandes municípios e atuaria em três pontos: (1) transição dos modelos antigos para a ESF, (2) formação profissional e (3) avaliação e monitoramento da APS (Avaliação para Melhoria da Qualidade) (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE., 2003). Seu principal objetivo era impulsionar o crescimento da ESF nos grandes centros urbanos.

Em 2006 o Ministério da Saúde pública a primeira versão da Política Nacional de Atenção Básica – PNAB (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE., 2006), nela o modelo da ESF se consolida como a forma de fazer APS do Brasil. Além disto, APS passa a contar também com equipes de saúde bucal, criadas em 2001 (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE., 2001), e com equipes de apoio compostas de outros profissionais da área da saúde, os chamados Núcleos de Apoio a Saúde da Família – NASF, criados em 2008 (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE., 2008), ampliando assim o escopo das ações assistenciais na APS.

Após 4 anos da publicação da PNAB e do Pacto pela Saúde, o MS publica a portaria n. 4279 em 2010, que define o que são redes de atenção e saúde, e nela pela primeira vez a APS é explicitamente colocada como ponto essencial para o modelo de assistência, gestão e organização dos serviços de saúde do SUS (BRASIL, 2010).

A partir de 2011, com a mudança do governo federal, uma série de ações foram desenvolvidas para enfrentar os desafios que estavam postos para o crescimento da APS. Entre essas ações destacam-se quatro: o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), o Programa de Requalificação das UBS, o Programa Mais Médicos e a criação do novo sistema de informação da APS, nomeado de e-SUS/SISAB em 2013. Estas ações foram acompanhadas da publicação da segunda versão da PNAB (2011).

A nova PNAB consolida os NASF, amplia as tipologias de equipes de APS trazendo as equipes de consultório na rua e equipes fluviais e de

comunidades ribeirinhas para dentro do escopo da APS. Além disso, possibilita flexibilização da carga horária médica na ESF, que anteriormente era de 40 horas/semana realizada por um único profissional, que pode a partir deste momento ser realizada por 2 profissionais médicos trabalhando por 30 ou até 20 horas cada um. Porém essa modelagem flexibilizada implicava menor repasse financeiro federal. Além disso, a nova política reconhece as chamadas equipes tradicionais (que não atuam no modelo da ESF) como equipes de APS, porém orienta que essas equipes passem a adotar processo de trabalho semelhantes a ESF (BRASIL, 2011b; CAMPOS; PEREIRA JÚNIOR, 2016).

O PMAQ, criado também em 2011 através da portaria no. 1.654 do Ministério da Saúde e revisto em 2015 pela portaria no. 1.645, tinha como objetivo melhorar a qualidade do cuidado na APS, garantindo um padrão de qualidade transparente que pudesse ser comparado entre os diferentes entes federados, e induzido através de avaliações periódicas, pactuadas entre gestores e trabalhadores e de um financiamento variável atrelado ao padrão de qualidade de cada equipe. Os padrões de qualidade buscavam incentivar que o processo de trabalho nos serviços fosse organizado a partir das necessidades de saúde dos usuários. O aporte financeiro trazido pelo programa gerou aumento importante no financiamento da APS (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE., 2011a, 2015; PINTO et al., 2014).

Uma constatação importante em relação aos padrões de qualidade do PMAQ é que eles estavam atrelados a outras políticas de atenção a saúde do MS, por exemplo: política de saúde mental, rede humaniza SUS, política de

saúde da mulher, saúde bucal, política de alimentação e nutrição, plano de enfrentamento das doenças crônicas, da tuberculose, dengue, entre outras (PINTO et al., 2014). Neste sentido, no ponto de vista da autora, os padrões não eram explicitamente claros ou indutores dos princípios e atributos da APS, definidos por Starfield (STARFIELD, 2002), o que poderia fortalecer a cultura da APS brasileira de ter processos de trabalho baseados na lógica programática.

O programa de requalificação das UBS buscava melhorar a infraestrutura das unidades básicas de saúde, definindo padrões estruturais mínimos e ofertando recursos para construção, reforma e ampliação. Em um segundo momento o programa passa a ter também financiamento para informatização e promoção do acesso à internet nas UBS, fortalecendo a implantação do novo sistema de informação (e-SUS/SISAB) e do programa Telessaúde Redes Brasil (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE., 2011b). Vale ressaltar que anteriormente ao programa o Ministério já financiava obras em UBS porém de forma mais incerta, através da modalidade de repasse financeiro de convênio, não havendo um componente específico de financiamento do Departamento de Atenção Básica para esse tipo de ação (PINTO, 2018).

O Programa Mais Médicos foi instituído em 2013 pela Lei 12.871, e tinha como principal objetivo ampliar a quantidade de médicos disponíveis no país para atuarem na APS. Ele propôs três eixos de ações para atingir tal objetivo. O primeiro eixo era o provimento imediato de médicos para municípios ou áreas de difícil provimento, através de editais públicos com

vagas para médicos brasileiros ou estrangeiros e através de cooperação internacional mediada pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Estes médicos foram alocados em novas equipes da ESF ou equipes já existentes que não contavam com médicos de forma integral. Isto resultou em um aumento de cobertura da população pela APS e uma ampliação de acesso através do aumento do número de consultas (PINTO et al., 2017).

O segundo eixo ampliava o recém-criado programa de Requalificação das UBS, através aporte financeiro, e o terceiro eixo, com metas de médio e longo prazo, aumentava o número de vagas na graduação médica e também o número de vagas de residência médica, priorizando especialidades de acordo com as necessidades de saúde da população, regulando assim a formação médica no país (PINTO et al., 2017).

Em 2017 o governo publica a terceira edição da PNAB que mantém a ESF como o principal modelo de organização da APS no SUS (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE., 2017), porém altera pontos essenciais da estratégia, entre eles (1) o número mínimo obrigatório de ACS, que passa a ser de 1 e não há mais número máximo, a flexibilização no número de ACS sem debate prévio sobre a finalidade do seu trabalho nos diversos cenários de inserção da APS pode fragilizar um braço potente de ação deste modelo; (2) a flexibilidade em relação ao número máximo de pessoas que uma equipe assume responsabilidade; atualmente o número de pessoas por equipe em geral é considerado elevado, ser responsável por um número ainda maior pode colocar em risco o acesso e as capacidades resolutivas das equipes; (3) a ausência de flexibilização da carga horária do médico na ESF,

mantendo a permissão desta flexibilização para outros modelos de APS, podendo assim provocar uma limitação da ampliação de cobertura pela ESF e induzir um aumento de outros modelos, considerando que já existe dificuldade de fixação do profissional médico em equipes que exigem 40 horas de trabalho semanal.

Por outro lado, quando a PNAB de 2017 descreve que as equipes de APS devem ofertar um padrão de ações e serviços, seja ele essencial ou ampliado, traz pela primeira vez o debate sobre carteira de serviços, escopo de ações e o que se espera de resolutividade da APS no país (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE., 2017). Porém, o fato de não definir em regulamentação posterior o que é exatamente o padrão essencial ou ampliado, deixa o debate em aberto e dá margem para que as ações e serviços em vez de serem ampliadas tornem-se novamente focalizadas (CARLOS; CECILIO, 2018; GIOVANELLA, 2018). Neste sentido, essa ação iria em um movimento contrário ao realizado nos últimos anos, através da PMAQ, da portaria sobre as RAS no SUS (Portaria no. 4279) e das publicações do departamento de atenção básica que nitidamente ao longo dos últimos anos buscavam ampliar o escopo de ações das equipes, pois paulatinamente foram ampliando o leque de protocolos e manuais para além dos cuidados materno infantis, tuberculose e hanseníase, diabetes e hipertensão. O Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde oferta materiais sobre doenças pulmonares crônicas, tabagismo, urgências e emergências, obesidade, reabilitação, saúde mental entre outros.

Em relação ao financiamento federal da APS no Brasil, Pinto fez uma análise recente dos anos de 96 até 2017, nela descreve a evolução dos seus componentes e dos seus valores. Descreve cinco componentes: (1) per capita, (2) ESF que no início incluía apenas o financiamento ao PACS e ESF e inclui também as equipes de saúde bucal, os NASF e as equipes fluviais/ribeirinhas e de consultório na rua, (3) estrutura (construção, reforma, ampliação e informatização das Unidades básicas de saúde), criado em 2007 e ampliado a partir do ano de 2011, (4) qualidade, atrelado ao programa de melhoria do acesso e da qualidade e (5) provimento, relacionado o provimento de profissionais médicos. O autor conclui que o financiamento federal para AB teve incrementos graduais até 2014, apesar de permanecer insuficiente, e vem apresentando decréscimo nos últimos anos. Constata que percentualmente o valor destinando a APS em relação ao orçamento global do MS permanece muito baixo, em 2014, momento de maior financiamento, representava apenas 18% do orçamento global (PINTO, 2018). Sendo que nos países que têm APS plenamente desenvolvidas esse percentual varia de 20%-40% em relação ao orçamento global destinado ao sistema de saúde (HARZHEIM et al., 2019).

O impacto da estratégia saúde da família nos indicadores de saúde é evidenciado por diversos estudos; ela é reconhecida internacionalmente como uma estratégia de sucesso, pela sua rápida expansão e custo efetividade (HARRIS; HAINES, 2010). Aquino e colaboradores publicaram, em 2009, resultados que avaliaram a queda da mortalidade infantil, de 1996 a 2004, que associou a ESF com queda da redução da

mortalidade infantil, mesmo após controle das variáveis de confusão. A queda também está associada com o percentual de cobertura populacional, quanto maior a cobertura maior a queda (AQUINO et al., 2009). Rocha e Soares concluem, em pesquisa publicada em 2010, que além do impacto na mortalidade em geral, mais proeminente na mortalidade infantil, o programa também tem impactos indiretos nos municípios das regiões Norte e Nordeste relacionados a diminuição da fertilidade, ao aumento de empregos para adultos e de inscrição na escola (ROCHA; SOARES, 2010).

Macinko e colaboradores também encontraram diminuição de algumas das internações por condições sensíveis a atenção primária (asma e as doenças cardiovasculares). Havendo relação negativa entre a presença da ESF e estas condições, já quando avaliou-se a doença pulmonar obstrutiva crônica a taxa de internação não teve relação com a presença da estratégia saúde da família e o diabetes estava relacionado positivamente, ou seja, a presença da estratégia e o seu nível de cobertura aumentaram as internações relacionadas ao diabetes (MACINKO et al., 2010).

Rasella e colaboradores também encontram relação negativa da cobertura pela ESF com mortalidade e internação por doenças cardiovasculares, quanto maior a cobertura menor a mortalidade e o número de internações por doenças cardiovasculares (RASELLA et al., 2014). Em uma revisão sistemática, publicada em 2017, sobre pesquisas relacionadas ao impacto da ESF foram incluídos 31 estudos, relacionados a mortalidade infantil (n=14), internações sensíveis a APS (n=13), outros desfechos (n=7), o estudo conclui que em relação a mortalidade infantil em geral os estudos

têm boa qualidade e que de fato há associação entre maior cobertura pela ESF e maior queda da mortalidade infantil, mais proeminente no componente pós neonatal, porém em relação a hospitalizações sensíveis a APS os autores são mais reticentes, e acham que a associação não está clara, apesar da maioria dos estudos avaliados relatarem queda no número de internações. O estudo também não é conclusivo se há ou não benefícios da ESF quando comparada a outros modelos de APS (BASTOS et al., 2017).

Quando se compara o desempenho da estratégia saúde da família com outros modelos de atenção primária no país, os chamados modelos tradicionais, a ESF se mostra superior tanto em relação aos princípios da APS definidos por Starfield quanto em relação a alguns indicadores de saúde. Cabral e colaboradores encontraram que o acompanhamento pós acidente vascular cerebral pela ESF diminui o risco absoluto de morte em 16% quando comparado com o acompanhamento por equipes de outros modelos (CABRAL et al., 2012). Estudo realizado em Curitiba utilizando o PCATool evidenciou que as UBS do modelo ESF apresentavam escores maiores em relação aos atributos da APS, demonstrando maior presença destes atributos nestas equipes. Um outro achado interessante do estudo está relacionado a diversificação de atividades nas equipes da ESF, estas dedicam mais tempo para atividades como: visitas domiciliares, educação em saúde e discussão de casos, o que sugere uma mudança do processo de trabalho em relação as equipes tradicionais que em geral restringiam suas ações a consultas individuais (CHOMATAS et al., 2013).

Nesta mesma linha de comparação Oliveira e colaboradores também encontraram que as UBS com ESF tinham escores significativamente superiores do PCATool quando comparadas as UBS com modelo tradicional do ponto de vista dos usuários (OLIVEIRA, 2007), mesmo achado da pesquisa de Macinko e colaboradores (MACINKO; ALMEIDA; et al., 2007). Em uma pesquisa anterior os autores encontraram que não havia diferença nos escores do PCATool, entre as equipes de ESF e as tradicionais, quando estes eram respondidos por gestores e profissionais, porém quando respondidos por usuários novamente a ESF atingia melhor escore (ELIAS et al., 2006).

Em revisão sistemática recente sobre a avaliação da APS por usuários utilizando o PCATool as pesquisadoras encontraram superioridade da ESF em relação as equipes tradicionais, porém ainda há necessidade de melhorar o escore nos atributos: acesso de primeiro contato, enfoque familiar e orientação comunitária (PAULA et al., 2016). A pesquisa de Castro e colaboradores também utilizou o PCATool, versão dos profissionais, encontrou que para estes a ESF têm maior orientação para os atributos da APS, quando comparados com as UBS, tanto no escore essencial quanto no geral (CASTRO et al., 2012).

Outro estudo que abordava ter fonte usual de cuidado, aponta que usuários do SUS que estavam cadastrados na ESF usavam menos os serviços de urgência e emergência como fonte principal de cuidado, e tinham associação mais forte em relação a ter a APS como fonte regular de cuidado, essa última observação foi mais forte nos municípios das regiões

mais pobres do país e que tinham a ESF mais consolidada (DOURADO et al., 2016). Mullachery e colaboradores também estudaram entre outras questões a relação de estar cadastrado na ESF e ter uma fonte usual de cuidado e essa correlação é positiva, quando comparada com ser usuário de UBS tradicionais, principalmente se este usuário for pobre (MULLACHERY et al., 2016).

Além do impacto em indicadores as pesquisas indicam que a ESF também impacta na redução das iniquidades, principalmente quando associada a outras políticas de bem-estar social. Hone e colaboradores publicaram pesquisa em 2017 relatando associação da expansão da ESF com redução de iniquidades, pois ela proporcionou maior queda de mortalidade relacionada a APS na população preta/parda do que na população branca, principalmente por doenças infecciosas, anemia, déficit nutricional, diabetes e doenças cardiovasculares (HONE et al., 2017). Outro estudo relata que os impactos da ESF são maiores em municípios que partiam de realidades piores, por exemplo: municípios com maior taxa de mortalidade infantil e com menor IDH (AQUINO et al., 2009). Em estudo recente que compara os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD 2008) e a Pesquisa Nacional de Saúde (2013) Mullachery e colaboradores têm como um dos resultados que a ESF é um dos fatores que diminuem as iniquidades no acesso à saúde (MULLACHERY et al., 2016).

Nos últimos dois anos pesquisas relacionadas ao impacto das políticas mais recentes têm mostrado resultados interessantes. Fontes e

colaboradores pesquisaram o impacto do programa mais médicos (PMM) nas internações por condições sensíveis a APS, e encontraram correlação principalmente nos municípios que de fato apresentavam as características para inclusão no programa, concluíram que o programa evitou nos seus três anos de existência em torno de 23 mil internações (FONTES et al., 2018). Outros estudos avaliaram a provisão dos médicos para os municípios onde essa dificuldade era maior e a relação ampliação do acesso/aumento do número de consultas. Girardi e colaboradores relatam que o PMM teve impacto positivo importante na redução da escassez de médicos no país, principalmente nos municípios menores, porém alerta que também houve substituição de médicos das prefeituras pelos médicos do programa o que pode tornar parte destes municípios dependentes do programa (GIRARDI et al., 2016). Os achados de Pinto e colaboradores são semelhantes, relatam que em 2015 73% dos municípios do país participavam do programa, havendo ampliação da cobertura pela ESF de 9%, houve também aumento de 33% no número de consultas, encontrou-se redução também do número de ICSAPS (PINTO et al., 2017)

Porem existem limitações importantes relacionadas ao programa algumas foram apontadas por Campos e Pereira, (1) a forma de pagamento dos profissionais que se dá através de bolsas, (2) a educação permanente do programa ser focada apenas no médicos e na equipe , (3) não avanço da definição de carreiras para o SUS e (4) pelo caráter provisório necessitando renovação constante (CAMPOS; PEREIRA JÚNIOR, 2016).

Em relação ao PMAQ os estudos são mais escassos quanto a uma avaliação mais global do impacto do programa, os estudos em geral tratam da avaliação de temas específicos usando os dados do programa ou buscam fazer associações de características das equipes e da gestão com a certificação da qualidade (TOMASI; CESAR; et al., 2017).

Um estudo de 2016 pesquisou a relação do apoio institucional, promovido pelo PMAQ, com o nível de certificação das equipes, o grupo de pesquisa encontrou associação positiva entre algumas atividades relacionadas ao apoio com melhor nível de certificação das equipes, entre elas estão educação permanente, oficinas com objetivos específicos, avaliação compartilhada e apoio na autoavaliação (GONZAGA DA MATTA-MACHADO et al., 2016).

Outra pesquisa avaliou a qualidade do pré-natal recebido pelas usuárias das equipes que participaram do programa, no índice geral de qualidade, apenas 15% das usuárias receberam todas as intervenções de forma adequada, e o estudo constatou algumas iniquidades, como por exemplo as gestantes adolescentes tiveram no geral menor qualidade, já em relação a realização dos exames mínimos esperados, ela foi mais comum nas mulheres brancas e de maior renda. Esta pesquisa não avalia o impacto do programa em si, mas usa dados deles para aferir outros padrões e associações (TOMASI; FERNANDES; et al., 2017).

Em relação a avaliação do cuidado de diabético no Brasil através dos dados do PMAQ, um estudo de 2017 encontrou como resultados de processo a escassez de monofilamento (36%) e de oftalmoscópio nas UBS

do país (21%), em relação ao resultado global de cuidado ao diabético apenas 9,4% das UBS tinham estrutura adequada para o cuidado, havendo uma relação entre nível de cobertura da população pela ESF e boa estrutura para o cuidado. Além disso, apenas 34% das equipes avaliadas ofertavam cuidado adequado (TOMASI; CESAR; et al., 2017).

Em uma pesquisa que avaliava através dos dados do PMAQ questões relacionadas aos rastreamentos do câncer de colo de útero, foi encontrado que 49% das UBS tinham estrutura adequada para coleta do exame e que apenas 30% das equipes tinham processos de trabalho qualificados para esse objetivo. Ambas as características estavam associadas a municípios com maior população e maior IDH. O melhor processo de trabalho esteve associado a responsabilidade das ESF por populações menores que quatro mil pessoas (TOMASI et al., 2015).

Em relação a satisfação do usuário, terceira parte da avaliação externa proposta pelo PMAQ, Protásio e colaboradores encontraram que a satisfação do usuário das ESF está associada ao usuário ter seu problema resolvido e a sentir-se respeitado, havendo variações em relação as regiões do país. Para o usuário do Norte a satisfação está associada aos profissionais de saúde perguntarem de familiares, no Nordeste ao horário de funcionamento e no Sul ter acesso sem hora marcada (PROTASIO et al., 2017).

Em pesquisa de 2011 realizada pelo Ministério da Saúde os usuários referiram satisfação boa ou muito boa com o cuidado de enfermagem em 63% das vezes e em relação ao cuidado médico 72% das vezes (BRASIL.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011b). Neste mesmo ano, o Instituto de Pesquisa de Economia Aplicada (IPEA) também publicou pesquisa revelando que a ESF era avaliada como boa ou muito boa por 81% dos pelos entrevistados (IPEA, 2011).

A partir da contextualização feita acima os autores propõe uma divisão da história da APS, a partir de 1988, em três momentos distintos, descritos no Quadro 3.

Período	Principais políticas	Características do período
1994-2000	<ul style="list-style-type: none"> • Criação do PACS • Criação do PSF • Publicação da NOB e das NOAS • Criação do SIAB 	<ul style="list-style-type: none"> • Criação e implementação da ESF. • Nova modalidade de financiamento da APS. • Sistema de informação específico.
2001-2011	<ul style="list-style-type: none"> • Criação da saúde bucal e do NASF • Publicação da primeira PNAB • Publicação da portaria de RAS 	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvimento e consolidação da ESF. • Ampliação dos profissionais que compunham as equipes de ESF. • Primeiras pesquisas de avaliação dos impactos e dos desafios para o crescimento da ESF
2011-2017	<ul style="list-style-type: none"> • Nova PNAB • P. Melhoria do Acesso e da qualidade • P. Requalificação de UBS • P. Mais Médicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisão das políticas relacionadas a APS e desenvolvimento de novas políticas para superação dos desafios.

Quadro 2: Períodos da APS brasileira após a constituição de 1988. Fonte: A Autora

Atualmente a ESF conta com 42.719 equipes, que cobrem 63,5% da população brasileira (dados acessados em julho de 2019, <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>), sendo considerada um dos maiores programas de APS do mundo.

Ao longo dos anos a ESF vêm mantendo seu crescimento e aperfeiçoamento e é elemento estruturante do SUS e responsável por parte dos impactos do sistema na saúde da população. Porém, alguns desafios ainda estão postos, entre eles: o subfinanciamento, a falta de formação profissional, tanto quantitativamente como qualitativamente, deficit de infraestrutura e equipamentos, a heterogeneidade do funcionamento das equipes e das gestões municipais, fragmentação do cuidado e isolamento da APS do restante da rede de atenção e a valorização social (CAMPOS; PEREIRA JÚNIOR, 2016; ALMEIDA, 2018; CARLOS; CECILIO, 2018; GIOVANELLA, 2018).

Considerando que no início da implantação da ESF houve incentivo para priorização do cuidado em seis áreas temáticas (puericultura, pré-natal/planejamento familiar, cuidado de pessoas com hipertensão, diabetes, tuberculose e hanseníase), que os serviços de atenção primária fortes devem responder a 80-90% das necessidades de saúde das pessoas sobre sua responsabilidade, que o perfil de morbi-mortalidade do país está mudando (ex.: prevalência dos transtornos mentais comuns, aumento do número de casos do cânceres e das doenças neurológicas); conclui-se que as necessidades de saúde da população vão muito além das prioridades

inicialmente colocadas para a ESF (GÉRVAS et al., 2006; ALMEIDA, 2018; SOUZA et al., 2018).

Assim, diante deste contexto, estes pesquisadores observam que um outro desafio está posto. Trata-se da integralidade do cuidado e do escopo de ações da APS brasileira. Pergunta-se: O Brasil conseguiu ampliar o escopo de cuidado da APS nos últimos anos? Quais são os motivos de consulta que têm levado o brasileiro às UBS? O país abandonou o conceito de APS focalizada (“pacote mínimo de ações”) e passou a pautar suas políticas em uma APS resolutiva e estruturante do sistema de saúde? A discussão das possíveis carteiras de serviços no país pode ser iniciada a partir da nova PNAB e a partir de uma APS que já não atende mais apenas as seis prioridades iniciais? O que é preciso para avançar nessa agenda?

4. JUSTIFICATIVA

4.1 A importância do conhecimento dos motivos de consulta e da qualidade do cuidado para a APS brasileira.

A principal missão dos sistemas de saúde é responder as necessidades das pessoas, obtendo melhores indicadores de saúde e maior satisfação com o cuidado recebido, buscando também mitigar iniquidades (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000). O monitoramento das necessidades de saúde e a avaliação dos serviços ofertados são subsídios para o planejamento das políticas de saúde e para a organização do sistema de saúde e, portanto, para o alcance destes objetivos. É o alcance destes objetivos que dá sustentabilidade social e financeira ao sistema de saúde, no nosso caso, ao SUS.

Conhecer as necessidades de saúde de quem procura a APS e a qualidade do cuidado é essencial para o desenvolvimento do sistema, considerando principalmente que a APS responde pela maior parte destas necessidades, chegando a responder até 90% dos problemas de saúde (GÉRVAS et al., 2006). Esta análise possibilita: o planejamento das políticas de formação e treinamento dos profissionais, incluindo o desenvolvimento de diretrizes clínicas para APS e a revisão dos currículos da graduação e da pós-graduação, a previsão das necessidades de infraestrutura e insumos para a APS, a definição da alocação e priorização de recursos e o fomento da pesquisa com novas perguntas e hipóteses (LEVENSTEIN et al., 1986; TORRES et al., 2015; FINLEY et al., 2018).

Em artigo recente Almeida coloca que no Brasil existe um descompasso entre a implantação da APS e as necessidades de saúde da população (ALMEIDA, 2018).

Esta avaliação também possibilitará a comparação entre serviços ou entre municípios, para compreensão de quais são os fatores que influenciam a APS de qualidade, como por exemplo: a forma de implantação da APS, a formação profissional, a infraestrutura, o número de pessoas por equipe, o perfil socioeconômico da população. Assim como, conhecer quais as características da população e dos serviços em relação aos diferentes grupos de motivos de consulta.

Um outro debate que pode ser fomentado por esse tipo de informação é sobre a carteira de serviços da atenção primária brasileira. Este termo aparece pela primeira vez na nova Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE., 2017), mas ainda não foi regulamentado por outras normas. A carteira nacional ainda está em aberto, não há definição sobre qual o padrão esperado das equipes de saúde da família do país. É importante que essa carteira ideal tenha algum grau de flexibilidade para se adequar às necessidades de saúde que sejam mais específicas de cada unidade básica de saúde, região ou município. Porém é essencial que o padrão esperado responda as necessidades de saúde comuns e mais frequentes da população brasileira como um todo.

Nesta mesma ceara, outro debate que pode ser fomentado a partir dos resultados desta pesquisa é sobre a impregnação das ações de vigilância e dos programas verticais no cotidiano das equipes de APS, no sentido de

ampliar o debate e trazer as necessidades dos usuários para o centro do cuidado, e passarmos a debater: acesso, integralidade, riscos individuais e resolutividade a partir das necessidades de saúde, não apenas e somente a partir das prioridades sanitárias (GUSSO et al., 2015). Gérvas coloca bem claramente a relação da APS (atenção e cuidado individual) com as ações preventivas e de cunho populacional, a resume assim: “a APS colabora com a saúde pública mas não a sustenta” (GÉRVAS, 2008).

Esse tipo de pesquisa também pode impactar no cotidiano mais micro do sistema de saúde, das próprias equipes e profissionais da APS, pois gera informações para a (1) reorganização do processo de trabalho na própria UBS, por exemplo em relação a: formas de agendamento, tipos de consulta, fluxo de questões administrativas, e para a (2) mudança de práticas clínicas (condutas/intervenções) a partir de reflexão sobre o próprio trabalho (DIOGO; SANTIAGO, 2013).

Starfield, no artigo em que a autora responde se a APS é essencial, afirma que uma APS forte deve ser: bem definida, de compreensão fácil e uniforme, implementável e medível (STARFIELD, 1994). O Brasil avançou ao definir e caracterizar que o modelo de APS é a ESF; descrevendo claramente, na política nacional, quais são as responsabilidades e os princípios das equipes. Ou seja, temos uma política de APS bem definida e também implementável, considerando que há uma cobertura de 63% da população brasileira pela ESF. Por outro lado, não é possível dizer que avançamos de forma minimamente uniforme em relação a compreensão

sobre APS, por gestores e pela população, e em relação a qualidade da atenção (GUSSO et al., 2015).

Parafrazeando o livro “La renovación de la atención primaria desde la consulta”, sobre a renovação da APS espanhola (CASAJUANA; GÉRVAS, 2012), porque não fomentar a revisão/renovação da ESF a partir da análise dos motivos de consulta e da qualidade do cuidado médico prestado da APS brasileira?

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo Geral

Descrever os motivos de consulta dos adultos e avaliar a qualidade das condutas médicas nas equipes da estratégia saúde da família.

5.2 Objetivos Específicos

Avaliar os motivos de consulta nas equipes de saúde da família e a relação destes com características dos pacientes, da APS e do município.

Avaliar a qualidade das condutas médicas nas equipes da Estratégia Saúde da Família através da análise dos exames preventivos (rastreamentos).

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABOULGHATE, A.; ABEL, G.; LYRATZOPOULOS, G.; et al. Patterns of disease presentation and management in Egyptian primary care: findings from a survey of 2458 primary care patient consultations. **BMC family practice**, v. 14, p. 161, 2013.
- AFONSO, M. P. D.; SHIMIZU, H. E.; MERCHAN-HAMANN, E.; RAMALHO, W. M.; AFONSO, T. Association between hospitalisation for ambulatory care-sensitive conditions and primary health care physician specialisation: a cross-sectional ecological study in Curitiba (Brazil). **BMJ Open**, v. 7, n. 12, p. e015322, 2017.
- ALMEIDA, P. F. DE. Atenção primária à saúde no Brasil e os 40 anos de Alma-Ata : reconhecer os desafios para seguir adiante. , v. 34, n. 8, p. 1–3, 2018.
- ALVES, L.; TRAD, B. Avaliação de satisfação de usuários. **Ciência & saúde coletiva**, v. 10, n. sup, p. 303–312, 2005.
- ANDRADE, M. V.; COELHO, A. Q.; NETO, M. X.; et al. Transition to universal primary health care coverage in Brazil: Analysis of uptake and expansion patterns of Brazil's Family Health Strategy (1998-2012). , p. 1–11, 2018.
- ANDRADE, M. V.; COELHO, A. Q.; XAVIER NETO, M.; et al. Brazil's Family Health Strategy: Factors associated with programme uptake and coverage expansion over 15 years (1998-2012). **Health Policy and Planning**, v. 33, n. 3, p. 368–380, 2018.
- AQUINO, R.; OLIVEIRA, N. F. DE; BARRETO, M. L. Impact of the Family Health Program on infant mortality in brazilian municipalities. **American Journal of Public Health**, v. 99, n. 1, p. 87–93, 2009.
- ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão

da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1499–1510, 2016.

ARMSTRONG, D. Diagnosis and nosology in primary care. **Social Science and Medicine**, v. 73, n. 6, p. 801–807, 2011.

BAPTISTA, T. W. DE F.; FAUSTO, M. C. R.; CUNHA, M. S. Análise da produção bibliográfica sobre atenção primária à saúde no Brasil em quatro periódicos selecionados. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, v. 19, n. 4, p. 1007–1028, 2009.

BARRETO, M. L.; RASELLA, D.; MACHADO, D. B.; et al. Monitoring and Evaluating Progress towards Universal Health Coverage in Brazil. **PLoS Medicine**, v. 11, n. 9, p. 9–11, 2014.

BASILIO, N.; RAMOS, C.; FIGUEIRA, S.; PINTO, D. Worldwide Usage of International Classification of Primary Care. **Rev Bras Med Fam Comunidade.**, v. 11, n. 38, p. 1–9, 2016.

BASTOS, M. L.; MENZIES, D.; HONE, T.; DEGHANI, K.; TRAJMAN, A. The impact of the Brazilian family health strategy on selected primary care sensitive conditions: A systematic review. **Plos One**, v. 12, n. 8, p. e0182336, 2017.

BATAIERO, M. O.; CAMPOS, C. M. S. Necessidades de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v. 11, n. 23, p. 605–18, 2007.

BEASLEY, J. W.; HANKEY, T. H.; ERICKSON, R.; et al. How Many Problems Do Family Physicians Manage at Each Encounter? A WReN Study. **Ann Fam Med** **2004;2:405-410.**, , n. 2, p. 405–410, 2004.

BENTSEN, B. G. International classification of primary care. **Scand J Prim Health Care**, , n. 4, p. 43–50, 1986.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria N° 267, de 6 de Março de 2001. , 2001.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PROESF - Projeto de Expansão e Consolidação

do Saúde da Família. , p. 1–18, 2003.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 648, de 28 de Março de 2006, Aprova a Política Nacional de Atenção Básica , estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitário de Saúde. , 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM N° 154, de 24 de Janeiro de 2008. , 2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria N° 1.654, de 19 de Julho de 2011. , 2011a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria no. 2554 , de 28 de outubro de 2011. , 2011b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria N° 1.645, de 2 de Outubro de 2015. , 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria N° 2.436, de 21 de Setembro de 2017. , p. 38, 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria no 2226, de 18 de setembro de 2009. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família. **Diário Oficial da União**, v. Seção 1, n. 182, p. 654–5, 2009a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CIAP2_sumario_correcao_W84.pdf. , 2009b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2206, de 14 de setembro de 2011. , v. 2011, 2011a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatório Preliminar de pesquisa de satisfação com Cidadãos Usuários e não Usuários do SUS quanto aos aspectos de acesso e qualidade percebida na atenção à saúde e/ou Urgência e Emergência, mediante**

inquérito amostral. 2011b.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. , 1988.

BRASIL. Lei No. 8.080, de 19 de Setembro de 1990, Dispões sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Lei no. 8080**, 1990.

BRASIL. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde / NOB SUS 96. , 1997.

BRASIL. Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001. , 2001.

BRASIL. Portaria Ministério da Saúde no. 4279/2010 - Diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. , 2010.

BRASIL. Decreto nº 7508 de 25 de Junho de 2011. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm>.

Acesso em: 19/7/2017a.

BRASIL. Portaria n. 1.600, de 7 de Julho de 2011, Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). , 2011b.

BRASIL, M. DA S. DO. **Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde Primary Care Assessment Tool PCATool-Brasil.** 2010.

BRASIL, M. DA SAÚDE. Tesouro - Orientações para o uso. , p. 1–27, 2008.

BRITT, H. A measure of the validity of the ICPC in the classification of reasons for encounter. **Journal of Informatics in Primary Care**, 1997.

BRITT, H.; BEATON, N.; MILLER, G. General practice medical records: why code? Why classify? **Aust Fam Physician**, v. 24, n. 4, p. 612, 614– 5., 1995.

BRUETON, V.; YOGESWARAN, P.; CHANDIA, J.; et al. Primary care morbidity in Eastern Cape Province. **South African Medical Journal**, v. 100, n. 5, p. 309–312,

2010.

CABRAL, N. L.; FRANCO, S.; LONGO, A.; et al. The Brazilian Family Health Program and secondary stroke and myocardial infarction prevention: A 6-year cohort study. **American Journal of Public Health**, v. 102, n. 12, p. 90–95, 2012.

CAMARGO JR., K. R. DE. On health needs: the concept labyrinth. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 6, p. 1–10, 2018.

CAMPBELL, S. M.; ROLAND, M. O.; BUETOW, S. A. Defining quality of care. **Social science & medicine (1982)**, v. 51, n. 11, p. 1611–25, 2000.

CAMPOS, C. E. A. A organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 2, n. 6, p. 131–147, 2006.

CAMPOS, G. W. DE S.; PEREIRA JÚNIOR, N. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2655–2663, 2016.

CARLOS, L.; CECILIO, D. O. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde Notes on persistent challenges for basic health care in Brazil Apuntes sobre los desafíos (todavía) actuales de la atención básica en la salud. , v. 34, n. 8, p. 1–14, 2018.

CASAJUANA, J.; GÉRVAS, J. **La renovación de la atención primaria desde la consulta**. 2012.

CASER, M. C. **O Pacto dos Indicadores da Atenção Básica : Contando Experiências e Buscando Novas Possibilidades na Construção do Sus – O Caso Vitória / ES**. 2006. UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO. 2006.

CASTRO, R. C. L. DE; KNAUTH, D. R.; HARZHEIM, E.; HUASER, L.; DUNCAN, B. B. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde :

comparação entre diferentes tipos de serviços Quality assessment of primary care by health professionals : a comparison of different types of services. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 9, p. 1772–1784, 2012.

CECILIO, L. C. D. O. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: R. Pinheiro; R. A. de Mattos (Orgs.); **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8º ed., p.117–130, 2009.

CHOMATAS, E.; VIGO, A.; MARTY, I.; HAUSER, L.; HARZHEIM, E. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 8, n. 29, p. 294–303, 2013.

COMITÊ INTERNACIONAL DE CLASSIFICAÇÃO DA WONCA. **Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2)**. 2a. edição ed. Florianópolis: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2009.

CONILL, E. M. A historical and conceptual model for Primary Health Care: challenges for the organization of primary care and the Family Health Strategy in large Brazilian cities. **Cadernos de saude publica / Ministerio da Saude, Fundacao Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saude Publica**, v. 24 Suppl 1, p. S7–S16; discussion S17-S27, 2008.

CROMBIE, D. L. Diagnostic Process. **The Journal of the College of General Practitioners**, v. 6, p. 579–89, 1963.

D’AVILA, O. P.; PINTO, L. F. DA S.; HAUSER, L.; GONÇALVES, M. R.; HARZHEIM, E. O uso do Primary Care Assessment Tool (PCAT): uma revisão integrativa e proposta de atualização. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 855–865, 2017.

DICKER, D.; NGUYEN, G.; ABATE, D.; et al. Global, regional, and national age-sex-

specific mortality and life expectancy, 1950–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. **The Lancet**, v. 392, n. 10159, p. 1684–1735, 2018.

DIOGO, B.; SANTIAGO, L. M. Motivos de consulta em Medicina Geral e Familiar no distrito de Coimbra no ano de 2010. **Rev Port Med Geral Fam**, , n. 29, p. 236–243, 2013.

DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. **The Milbank quarterly**, v. 83, n. 4, p. 691–729, 2005.

DOURADO, I.; MEDINA, M. G.; AQUINO, R. The effect of the Family Health Strategy on usual source of care in Brazil: Data from the 2013 National Health Survey (PNS 2013). **International Journal for Equity in Health**, v. 15, n. 1, 2016.

ELIAS, P. E.; FERREIRA, C. W.; ALVES, M. C. G.; et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 633–641, 2006.

ESCOREL, S.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. DE; SENNA, M. DE C. M. O Programa de Saúde da Família ea construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud ...**, v. 21, n. 2, p. 164–176, 2007.

ESPERIDIÃO, M. A.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 6, p. 1267–1276, 2006.

FELICIANO, A. B.; MORAES, S. A. DE. Demanda Por Doenças Crônico-Degenerativas Entre Adultos. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 7, n. 3, p. 41–47, 1999.

FINLEY, C. R.; CHAN, D. S.; SCOTT, M. B. A.; CCFP, G. What are the most common conditions in primary care ? **Canadian Family Physician**, v. 64, p. 832–840, 2018.

FONTES, L. F. C.; CONCEIÇÃO, O. C.; JACINTO, P. DE A. Evaluating the impact of physicians' provision on primary healthcare: Evidence from Brazil's More Doctors Program. **Health Economics (United Kingdom)**, 2018.

FRACOLLI, L. A.; GOMES, M. F. P.; NABÃO, F. R. Z.; et al. Primary health care assessment tools: a literature review and metasynthesis. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 12, p. 4851–4860, 2014.

FRESE, T.; HERRMANN, K.; BUNGERT-KAHL, P.; SANDHOLZER, H. Inter-rater reliability of the ICPC-2 in a German general practice setting. **Swiss Medical Weekly**, v. 142, n. August, p. 1–5, 2012.

GATAA, R.; AJMI, T. N.; BOUGMIZA, I.; MTIRAOU, A. Morbidity patterns in general practice settings of the province of Sousse, Tunisia. **The Pan African medical journal**, v. 3, p. 11, 2009.

GÉRVAS, J. Atención Primaria, de la teoría a la práctica Departamento. **Cad Saude Publica**, v. 24, p. S7–S27, 2008.

GÉRVAS, J.; PANÉ MENA, O.; SICRAS MAINAR, A. Capacidad de respuesta de la atención primaria y redes de servicios. El caso del Consorci Hospitalari de Catalunya. **Atención Primaria**, v. 38, n. 9, p. 506–510, 2006.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde ? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 8, 2018.

GIRARDI, S. N.; STRALEN, A. C. DE S. VAN; CELLA, J. N.; et al. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2675–2684, 2016.

GONZAGA DA MATTA-MACHADO, A. T.; FÁTIMA DOS SANTOS, A. DE; XAVIER DE ABREU, D. M.; et al. Asistencia sanitaria, certificación de calidad y apoyo institucional: la atención primaria en Brasil. **Salud Pública de México**, v. 58, n.

3, p. 358–365, 2016.

GREEN, L. A.; FRYER, G. E. J.; YAWN, B. P.; LANIER, D.; DOVEY, S. M. The Ecology of Medical Care Revisited. **New England Journal of Medicine**, v. 344, n. 26, p. 2021–2025, 2001.

GUSSO, G. D. F. **Diagnóstico de demanda em Florianópolis utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária: 2ª edição (CIAP-2)**. 2009. 212 f. 2009.

GUSSO, G. D. F.; KNUPP, D.; TRINDADE, T. G. DA; JUNIOR, N. L.; NETO, P. P. Bases para um Novo Sanitarismo. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 11, n. 36, p. 1–10, 2015.

HARRIS, M.; HAINES, A. Brazil's Family Health Programme. **Bmj**, v. 341, n. nov29 1, p. c4945–c4945, 2010.

HARZHEIM, E.; CHUEIRI, P. S.; UMPIERRE, R. N.; et al. Telessaúde como eixo organizacional dos sistemas universais de saúde do século XXI. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 14, n. 41, p. 1881, 2019.

HARZHEIM, E.; GONÇALVES, M. R.; OLIVEIRA, M. M. C. DE; et al. **Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde Primary Care Assessment Tool**. Brasília: Ministério da Saúde / Secretaria de Atenção a Saúde / Departamento de Atenção Básica, 2010.

HARZHEIM, E.; STARFIELD, B.; RAJMIL, L.; ÁLVAREZ-DARDET, C.; STEIN, A. T. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 8, p. 1649–1659, 2006.

HOFMANS-OKKES, I. M.; LAMBERTS, H. The International Classification of Primary Care (ICPC): new applications in research and computer-based patient records

in family practice. **Family Practice**, v. 13, n. 3, p. 294–302, 1996.

HONE, T.; RASELLA, D.; BARRETO, M. L.; MAJEED, A.; MILLETT, C.
Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: A national longitudinal analysis. **PLoS Medicine**, v. 14, n. 5, p. 1–19, 2017.

HORST, F. VAN DER; METSEMAKERS, J.; VISSERS, F.; SAENGER, G.; GEUS, C. DE. The reason-for-encounter mode of the ICPC: Reliable, adequate, and feasible. **Scandinavian Journal of Primary Health Care**, v. 7, n. 2, p. 99–103, 1989.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. DE S. **Minidicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Terceira e ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.

IBGE. **Pesquisa nacional de saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas :Brasil, grandes regiões e unidades da federação /**. 2014.

IPEA. **Sistema de Indicadores de Percepção Social**. 2011.

KELLY, M. P. The need for a rationalist turn in evidence - based medicine. **Journal of evaluation in clinical practice**, , n. May, p. 1–8, 2018.

KIM, B. S.; KIM, S. H.; CHOI, H. R.; WON, C. W. Trends of the new outpatients in a university-based family practice. **Korean Journal of Family Medicine**, v. 32, n. 5, p. 285–291, 2011.

KLINIS, S.; MARKAKI, A.; KOUNALAKIS, D.; SYMVOULAKIS, E. K. Monitoring reasons for encounter via an electronic patient record system: The case of a rural practice initiative. **International Journal of Medical Sciences**, v. 9, n. 8, p. 704–707, 2012.

KRINGOS, D. S.; BOERMA, W. G.; HUTCHINSON, A.; ZEE, J. VAN DER; GROENEWEGEN, P. The Breadth of Primary Care: A Systematic Literature Review of its Core Dimensions. **BMC Health Services Research**, v. 10:65, 2010.

LAMBERTS, H.; MEADS, S.; WOOD, M. Classification of reasons why persons seek primary care: pilot study of a new system. **Public health reports**, v. 99, n. 6, p. 597–605, 1984.

LAMBERTS, H.; MEADS, S.; WOOD, M. Results of the international field trial with The Reason for Encounter Classification. **Sozial und Praventivmedizin SPM**, v. 30, n. 2, p. 80–87, 1985.

LAMBERTS, H.; WOOD, M. The birth of the International Classification of Primary Care (ICPC). Serendipity at the border of Lac Léman. **Family practice**, v. 19, n. 5, p. 433–435, 2002.

LAMBERTS, H.; WOOD, M.; HOFMANS-OKKES, I. **The International classification of primary care in the European community : with a multi-language layer**. Oxford University Press, 1993.

LAMBERTS, H.; WOOD, M.; HOFMANS-OKKES, I. M. International primary care classifications: the effect of fifteen years of evolution. **Family practice**, v. 9, n. 3, p. 330–339, 1992.

LANDSBERG, G. DE A. P.; SAVASSI, L. C. M.; SOUSA, A. B. DE; et al. Análise de demanda em Medicina de Família no Brasil utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 3025–3036, 2012.

LEBRÃO, M. L. Classificação internacional de motivos de consulta para assistênciaprimária: teste em algumas áreas brasileiras. **Revista de Saude Publica**, v. 19, n. 1, p. 69–78, 1985.

LEVENSTEIN, J. H.; MCCRACKEN, E. C.; MCWHINNEY, I. R.; STEWART, M. A.; BROWN, J. B. The Patient-Centred Clinical Method. 1. A Model for the Doctor-Patient Interaction in Family Medicine. **Family Practice**, v. 3, n. 1, p. 24–30, 1986.

LIU, Y.; CHEN, C.; JIN, G.; et al. Reasons for encounter and health problems managed

by general practitioners in the rural areas of Beijing, China: A cross-sectional study.

PLoS ONE, v. 12, n. 12, p. 1–13, 2017.

LOH, L.; JAYE, C.; DOVEY, S. Why do patients attend Dunedin's free clinic? An audit of general practice activity using the ICPC-2 classification system. **New Zealand Medical Journal**, v. 128, n. 1410, p. 40–49, 2015.

LUSIGNAN, S. DE. Codes , classifications , terminologies and nomenclatures : definition , development and application in practice A theme of the European Federation for Medical The Primary Care Informatics Working Group of. **Informatics in Primary Care**, , n. 13, p. 65–69, 2005.

MACINKO, J.; ALMEIDA, C.; SÁ, P. K. DE. A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil. **Health Policy and Planning**, v. 22, n. 3, p. 167–177, 2007.

MACINKO, J.; DOURADO, I.; AQUINO, R. DE F. B. P.; et al. Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. **Health Affairs**, v. 29, n. 12, p. 2149–2160, 2010.

MACINKO, J.; FÁTIMA MARINHO DE SOUZA, M. DE; GUANAIS, F. C.; SILVA SIMÕES, C. C. DA. Going to scale with community-based primary care: An analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999–2004. **Social Science & Medicine**, v. 65, n. 10, p. 2070–2080, 2007.

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.

MÅNSSON, J.; NILSSON, G.; STRENDER, L. E.; BJÖRKELUND, C. Reasons for encounters, investigations, referrals, diagnoses and treatments in general practice in Sweden-a multicentre pilot study using electronic patient records. **European Journal**

of General Practice, v. 17, n. 2, p. 87–94, 2011.

MARINHO, F.; AZEREDO PASSOS, V. M. DE; CARVALHO MALTA, D.; et al.

Burden of disease in Brazil, 1990–2016: a systematic subnational analysis for the

Global Burden of Disease Study 2016. **The Lancet**, v. 392, 2018.

MASH, B.; FAIRALL, L.; ADEJAYAN, O.; et al. A morbidity survey of South African primary care. **PLoS ONE**, v. 7, n. 3, 2012.

MCGINNIS, J. M.; RUSSO, P.; KNICKMAN, J. The case for more policy attention.

Health Affairs, v. 21, n. 2, p. 78–93, 2002.

MCWHINNEY, I. Why are we doing so little clinical research? Part 1: Clinical

descriptive research. **Canadian Family Physician** •, v. 47, n. Setember, p. 1701–02, 2001.

MCWHINNEY, I.; FREEMAN, T. R. **Manual de medicina de família e comunidade**.

3a. edição ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MEDINA, M. G. **Análise do Pacto de Indicadores da Atenção Básica – 2001**. 2002.

MEDINA, M. G. Dialogando com os autores : concordâncias e controvérsias sobre atenção primária à saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 8, 2018.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2011.

MIMI, O.; TONG, S. F.; NORDIN, S.; et al. A comparison of morbidity patterns in

public and private primary care clinics in Malaysia. **Malaysian Family Physician**, v. 6, n. 1, p. 5, 2011.

MIRANDA, M.; SAMPAIO, A.; COELI, C. M.; et al. Revisão sistemática do

desenvolvimento e dos usos da Classificação Internacional de Atenção Primária.

Cadernos de Saúde Coletiva, v. 20, n. 1, p. 3–14, 2012.

MOLONY, D.; BEAME, C.; BEHAN, W.; et al. 70,489 primary care encounters:

retrospective analysis of morbidity at a primary care centre in Ireland. **Irish Journal of**

Medical Science, v. 185, n. 4, p. 805–811, 2016.

MOTH, G.; OLESEN, F.; VEDSTED, P. Reasons for encounter and disease patterns in Danish primary care: Changes over 16 years. **Scandinavian Journal of Primary Health Care**, v. 30, n. 2, p. 70–75, 2012.

MULLACHERY, P.; SILVER, D.; MACINKO, J. Changes in health care inequity in Brazil between 2008 and 2013. **International Journal for Equity in Health**, v. 15, n. 1, p. 1–12, 2016.

NÚCLEO DE EPIDEMIOLOGIA.GHC. **Estudo de demanda do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição**. 1999.

O'TOOLE, B.; DRIVER, B.; BRITT, H.; BRIDGES-WEBB, C. Using general practitioners to measure community morbidity. **International Journal of Epidemiology**, v. 20, n. 4, p. 1125–1132, 1991.

OKKES, I. M.; POLDERMAN, G. O.; FRYER, G. E.; et al. The role of family practice in different health care systems - A comparison of reasons for encounter, diagnoses, and interventions in primary care - Populations in the Netherlands, Japan, Poland, and the United States. **The Journal of Family Practice**, v. 51, n. 1, p. 72–3, 2002.

OLAGUNDOYE, O.; BOVEN, K.; WEEL, C. International Classification of Primary Care-2 coding of primary care data at the general out-patients' clinic of General Hospital, Lagos, Nigeria. **Journal of Family Medicine and Primary Care**, v. 5, n. 2, p. 291, 2016.

OLDE HARTMAN, T. C.; RAVESTEIJN, H. VAN; LUCASSEN, P.; BOVEN, K. VAN; et al. Why the “reason for encounter” should be incorporated in the analysis of outcome of care.[Reprint in Br J Gen Pract. 2011 Dec;61(593):750-1; PMID: 22137409]. **British Journal of General Practice**, v. 61, n. 593, p. e839-41, 2011.

OLDE HARTMAN, T. C.; RAVESTEIJN, H. VAN; LUCASSEN, P.; BOVEN, KEES

VAN; et al. Why the “reason for encounter” should be incorporated in the analysis of outcome of care. **British Journal of General Practice**, v. 61, n. 593, p. 750–751, 2011.

OLIVEIRA, M. M. C. DE. **Presença e Extensão dos Atributos da Atenção Primária entre os Serviços da Atenção Primária em Porto Alegre: uma análise agregada**. 2007. 118 f. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. Geneva, 1978.

PAULA, W. K. A. S. DE; SAMICO, I. C.; CAMINHA, M. DE F. C.; FILHO, M. B.; SILVA, S. L. DA. Primary health care assessment from the users’ perspectives: a systematic review. **Revista da Escola de Enfermagem da U S P**, v. 50, n. 2, p. 335–345, 2016.

PÉREZ-CUEVAS, R.; GUANAIS, F. C.; DOUBOVA, S. V.; et al. Understanding public perception of the need for major change in Latin American healthcare systems. **Health Policy and Planning**, v. 32, n. 6, p. 816–824, 2017.

PIMENTEL, Í. R. S.; COELHO, B. D. C.; LIMA, J. C.; et al. Caracterização da demanda em uma Unidade de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 6, n. 20, p. 175–181, 2012.

PINTO, H. A. Análise do financiamento da Política Nacional para a Atenção Básica de 1996 até 2017. **Saúde em Redes**, v. 4, n. 1, p. 35–53, 2018.

PINTO, H. A.; OLIVEIRA, F. P. DE; SANTANA, J. S. S.; et al. Programa Mais Médicos: Avaliando a implantação do Eixo Provimento de 2013 a 2015. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 21, n. c, p. 1087–1101, 2017.

PINTO, H. A.; SOUSA, A.; FERLA, A. A. o Programa Nacional de Melhoria do acesso e da Qualidade da atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Divulgação em saúde para debate**, , n. 51, p. 43–57, 2014.

PROTASIO, A. P. L.; GOMES, L. B.; MACHADO, L. DOS S.; VALENÇA, A. M. G.

Satisfação do usuário da Atenção Básica em Saúde por regiões do Brasil: 1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1829–1844, 2017.

RADAELLI, S. M.; TAKEDA, S. M. P.; GIMENO, L. I. D.; WAGNER, M. B.

DEMANDA DE SERVIÇO DE SAÚDE COMUNITÁRIA NA PERIFERIA DE ÁREA METROPOLITANA. **Revista de Saude Publica**, v. 24, n. 3, p. 232–40, 1990.

RAHMAN, S. F.; SANKARAPANDIAN, V.; ANGELINE, R.; et al. International classification of primary care: An Indian experience. **Journal of Family Medicine and Primary Care**, v. 3, n. 4, p. 363, 2014.

RASELLA, D.; AQUINO, R.; BARRETO, M. L. Reducing Childhood Mortality From Diarrhea and Lower Respiratory Tract Infections in Brazil. **Pediatrics**, v. 126, n. 3, p. e534–e540, 2010.

RASELLA, D.; HARHAY, M. O.; PAMPONET, M. L.; AQUINO, R.; BARRETO, M. L. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. **Bmj**, v. 349, n. jul03 5, p. g4014–g4014, 2014.

ROCHA, J. S. Y.; NOGUEIRA, J. L. Padrões de morbidade em assistência primária na região de ribeirão preto, SP (Brasil)*. **Revista de Saúde Pública**, v. 19, p. 215–24, 1985.

ROCHA, R.; SOARES, R. Evaluating the Impact of a Community-Based Health Interventions: Evidence From Brazil's Family Health Prrogram. **Health economics**, v. 19, p. 126–158, 2010.

ROSENDAL, M.; VEDSTED, P.; CHRISTENSEN, K. S.; MOTH, G. Psychological and social problems in primary care patients - general practitioners' assessment and classification. **Scandinavian Journal of Primary Health Care**, v. 31, n. 1, p. 43–49,

2013.

SACKETT, D. L.; ROSENBERG, W. M. C. The need for evidence-based medicine David. **Journal of the Royal Society of Medicine**, v. 88, p. 620–624, 1995.

SACKETT, D. L.; ROSENBERG, W. M. C.; GRAY, J. A M.; HAYNES, R. B.; RICHARDSON, W. S. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. **British medical journal**, v. 312, n. 7023, p. 71–72, 1996.

SALISBURY, C.; PROCTER, S.; STEWART, K.; et al. The content of general practice consultations: Cross-sectional study based on video recordings. **British Journal of General Practice**, v. 63, n. 616, p. 751–759, 2013.

SAMPAIO, M. M. A.; COELI, C. M.; MIRANDA, N. N. DE; et al. Confiabilidade interobservador da Classificação Internacional de Cuidados Primários. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 3, p. 536–541, 2008.

SANTOS, K. DE P. B.; RIBEIRO, M. T. A. M. Motivos de consulta mais comuns das pessoas atendidas por uma equipe de saúde da família em Fortaleza - CE. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 10, n. 37, p. 1–11, 2015.

SCHERS, H.; BOR, H.; HOOGEN, H. VAN DEN; WEEL, C. VAN. What went and what came? Morbidity trends in general practice from the Netherlands. **European Journal of General Practice**, v. 14, n. SUPPL. 1, p. 13–24, 2008.

SCHRAIBER, L. B.; LIMA, A. M. M. DE. **Programação em saúde hoje**. Editora Hucitec, 1990.

SCHRANS, D.; BOECKXSTAENS, P.; SUTTER, A. DE; et al. Is it possible to register the ideas, concerns and expectations behind the reason for encounter as a means of classifying patient preferences with ICPC-2? **Primary Health Care Research and Development**, v. 19, n. 1, p. 1–6, 2018.

SEGRE, M.; FERRAZL, F.; VIO. The health's concept. **Journal of Public Health**, v.

31, n. 5, p. 538–542, 1997.

SHI, L.; STARFIELD, B.; XU, J. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool.

The Journal of Family Practice, v. 50, n. 2, p. 161–175, 2001.

SILVA, N. DE; MENDIS, K. One-day general practice morbidity survey in Sri Lanka.

Family Practice, v. 15, n. 4, p. 323–331, 1998.

SILVA, V. M.; PEREIRA, I. V. S.; ROCHA, M. DE J. L.; CALDEIRA, A. P.

Morbidity in users of Family Health teams in the northeast of Minas Gerais based on the International Classification of Primary Care. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 17, n. 4, p. 954–967, 2014.

SOLER, J. K.; OKKES, I. Reasons for encounter and symptom diagnoses: A superior description of patients' problems in contrast to medically unexplained symptoms (MUS). **Family Practice**, v. 29, n. 3, p. 272–282, 2012.

SOLER, J. K.; OKKES, I.; OSKAM, S.; et al. An international comparative family medicine study of the transition project data from the netherlands, malta and serbia. Is family medicine an international discipline? Comparing incidence and prevalence rates of reasons for encounter and diagnostic titl. **Family Practice**, v. 29, n. 3, p. 283–298, 2012.

SOLER, J. K.; OKKES, I.; WOOD, M.; LAMBERTS, H. The coming of age of ICPC: Celebrating the 21st birthday of the International Classification of Primary Care.

Family Practice, v. 25, n. 4, p. 312–317, 2008.

SOUSA, M. F. DE; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1325–1335, 2009.

SOUZA, M. DE F. M. DE; MALTA, D. C.; FRANÇA, E. B.; BARRETO, M. L.

Transição da saúde e da doença no Brasil e nas Unidades Federadas durante os 30 anos do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1737–1750,

2018.

STANGE, K. C.; FERRER, R. L. The Paradox of Primary Care (editorial). **Annals Of Family Medicine**, v. 7, n. 4, p. 293–299, 2009.

STARFIELD, B. Is primary care essential ? **The Lancet**, v. 344, n. October 22, p. 1129–1133, 1994.

STARFIELD, B. New paradigms for quality in primary care. **British Journal of General Practice**, v. 51, n. 465, p. 303–309, 2001.

STARFIELD, B. **Atenção Primária Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias**. 1a. edição ed. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STARFIELD, B. Is patient-centered care the same as person-focused care? **The Permanente journal**, v. 15, n. 2, p. 63–69, 2011.

STARFIELD, B. Primary care: An increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012. **Gaceta Sanitaria**, mar. 2012.

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of primary care to health systems and health. **The Milbank quarterly**, v. 83, n. 3, p. 457–502, 2005.

SWAIN, S.; PATI, SANDIPANA; PATI, SANGHAMITRA. A chart review of morbidity patterns among adult patients attending primary care setting in urban Odisha, India: An International Classification of Primary Care experience. **Journal of Family Medicine and Primary Care**, v. 6, n. 2, p. 316, 2017.

TAKEDA, S. **A Organização de Serviços de Atenção Primária à Saúde in Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4a. Edição ed. Porto Alegre, 2013.

TANDJUNG, R.; HANHART, A.; BÄRTSCHI, F.; et al. Referral rates in Swiss primary care with a special emphasis on reasons for encounter. **Swiss Medical Weekly**,

v. 145, n. December, p. 1–7, 2015.

TOMASI, E.; CESAR, M. A. D. C.; NEVES, R. G.; et al. Diabetes Care in Brazil.

Journal of Ambulatory Care Management, v. 40, n. 2, p. S12–S23, 2017.

TOMASI, E.; FERNANDES, P. A. A.; FISCHER, T.; et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 3, p. 1–11, 2017.

TOMASI, E.; OLIVEIRA, T. F.; FERNANDES, P. A. A.; et al. Estrutura e processo de trabalho na prevenção do câncer de colo de útero na Atenção Básica à Saúde no Brasil: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade PMAQ. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 15, n. 2, p. 171–180, 2015.

TORRES, R. DE C. S.; MARQUES, K. S.; LEAL, K. DE N. R.; ROCHA-FILHO, P. A. S. Main reasons for medical consultations in family healthcare units in the city of Recife, Brazil: a cross-sectional study. **Sao Paulo Medical Journal**, v. 133, n. 4, p. 367–370, 2015.

VASANKARI VOS, T.; ADAMU ABAJOBIR, A. A.; ALLEN ABBAFATI, C.; et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. **The Lancet**, v. 392, n. 10100, p. 1211–1259, 2018.

VIANA, A. L. D. D.; POZ, M. R. D. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis: Revista Saúde Coletiva**, v. 15, n. 2, p. 225–264, 2005.

WHITE, K. L.; WILLIAMS, T. F.; GREENBERG, B. G. The Ecology of Medical Care. **New England Journal of Medicine**, v. 265, n. 18, p. 885–892, 1961.

WOLLMANN, L.; HAUSER, L.; MENGUE, S. S.; et al. Cross-cultural adaptation of

the Patient- Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9) in Brazil. **Revista de Saude Publica**, v. 52, p. 1–10, 2018.

WORLD HEALTH ORGANISATION. WHO | Millions with mental disorders deprived of treatment and care. **WHO**, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Constituição da Organização Mundial da Saúde. , 1946.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Ljubljana Charter on Reforming Health Care**. GENEVA, 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The World health report 2000 - Health Systems: Improving Performance. **World Health Organization**, v. 78, n. 1, p. 1–215, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Everybody business: strengthening health systems to improve health outcomes WHO's Framework for action**. GENEVA: WHO, 2007.

YOUNG, R. A.; BURGE, S.; KUMAR, K. A.; WILSON, J. The Full Scope of Family Physicians' Work Is Not Reflected by Current Procedural Terminology Codes. **Journal of the American Board of Family Medicine : JABFM**, v. 30, n. 6, p. 724–732, 2017.

7. ARTIGO 1

Reasons for encounter in primary health care in Brazil

Short title: Reasons for encounter in primary care

Article category: Health Service Research

Patricia S Chueiri,^a Marcelo Rodrigues Gonçalves,^b Lisiane Hauser,^c Lucas Wollmann,^d Sotero Serrate Mengue,^{b,c} Rudi Roman,^{b,c} Milena Rodrigues Agostinho Rech,^e Marcelo de Araújo Vianna Soares,^b Jamily Pertile,^b Erno Harzheim,^{b,f}

^a School of Medicine, Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein, São Paulo, Brazil.

^b School of Medicine, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Brazil.

^c Postgraduate Program in Epidemiology, TelessaudeRS, School of Medicine. UFRGS, Porto Alegre, Brazil.

^d Community Health Services, Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, Brazil.

^e School of Medicine, Universidade de Caxias do Sul, Caxias do Sul, Brazil.

^f Ministry of Health, Brasília, Brazil.

Corresponding author

Ms P. S. Chueiri, MSc

School of Medicine, Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein

R. Luiz Galhanone, 378

05654-010 – São Paulo, SP

Brazil

patriciachueiri@gmail.com; patriciachueiri@einstein.br

Tel.: +55-11-93021.8424

Key messages

- The comprehensiveness of care of Brazilian primary care teams is still limited.
- Reasons for encounter in Brazil do not vary by region as do morbidity data.
- Prevention is a top reason, prioritizing healthy people's access to primary care.
- Prescription renewal and review of exams are the main reasons for encounter.
- These problems could be resolved by other technologies or health professionals.

Abstract

Background: The delivery of primary health care (PHC) services has improved in Brazil in the last decades. However, it remains unknown whether the Family Health Strategy teams are meeting the health needs of the population. **Objectives:** To describe the reasons for encounter (RFEs) in PHC in Brazil and to examine variations in RFEs according to sex, age, and geographic region. **Methods:** This study is part of a national cross-sectional study conducted in 2016. This sample was stratified by the number of PHC physicians per geographic region. Physicians were included if they had been working for at least 1 year in the same PHC unit. For every participating physician, 12 patients aged ≥ 18 years who had attended at least 2 encounters were included. Patients were asked about their RFEs. RFEs were classified according to the International Classification of Primary Care. **Results:** Of 6160 encounters, 71% had prescriptions, 42% had requests for tests, and 21.3% had referrals. A total of 8046 RFEs were coded. Seven reasons accounted for 50% of all RFEs. There was a high frequency of codes related to test results, medication renewal, and preventive medicine. RFEs did not vary significantly by sex or geographic region, but they did by age group ($P < 0.001$). **Conclusion:** This novel study opened the “black box” of RFEs in PHC in Brazil. These findings can contribute to the redefinition of the scope of health services in PHC and the reorientation of work processes, in order to improve the quality of PHC in Brazil.

Keywords: needs assessment, primary health care, classification, family practice, Brazil.

Background

Over the past 30 years, Brazil has developed a national policy on primary health care (PHC), represented by the Family Health Strategy (FHS), the chief national strategy for PHC with current coverage of 63% of the population (1). Universal health coverage has not yet been achieved owing to 3 major problems: the chronic underfunding and inefficiency of the public health system; the lack of specific medical training for PHC and maldistribution of primary care physicians; and the federal character of the country which hinders the management of health services (2). Yet, the FHS has been co-responsible for improvements in the country's health indicators in recent years, including a decline in infant mortality rates and a reduction in hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions (3, 4). However, there is currently a drop in vaccination coverage, a new syphilis epidemic, and a plateau in the quality of chronic disease management.

PHC-based health systems undoubtedly have better health outcomes (5). For such an impact, the basic principles of PHC should be heeded: providing patient-centered care, being responsible for the population under care, and achieving high clinical resolution rates. It is also imperative that primary care teams recognize patients' health problems (6), act as a communication channel of the health system, and advocate for patients.

Current challenges to primary care practice in Brazil include tailoring care to the health needs of the population and enhancing the training of primary care providers in the attributes of PHC, with a consequent increase in resoluteness (7). Traditional indicators, such as morbidity and mortality rates, have long been considered limited in their capacity to describe both patients' needs and physicians' actions. However, it is the collective impact of these needs and actions that determines the demand for and use of health services. In this context, the patient should be the primary unit of analysis rather than the disease (8).

PHC is the point of first contact of people with health services, and PHC teams are responsible for providing continuous, comprehensive care and coordinating when patients have to receive care elsewhere. In the 2013 Brazilian National Health Interview Survey, 48% of the respondents reported the municipal PHC units as their first-contact access when a health problem occurs (9). Therefore, primary care providers are in the best position to recognize users' health problems and to obtain a broader assessment of the utilization of medical-care resources.

One way to know people's health needs is by conducting surveys to address the reasons for encounter (RFEs) in PHC. These are the reasons for seeking care from the perspective of the patient, i.e., the reasons given by the patient before any health professional makes any judgment (10). Knowing RFEs is different from knowing the most common diagnoses or morbidities of a population, it includes a better understanding of the supply and demand of health services and resource utilization. RFEs enable the recognition not only of diseases but also of presenting symptoms, requests (for investigations, prescriptions, referrals, or counseling), expectations, and emotions (concerns and fears) that make people seek health care.

To date, no study has examined at a national level RFEs in PHC in Brazil. Therefore, it remains unknown whether FHS teams are meeting the health needs of the population and what PHC services are being delivered. We conducted the first national study with the purpose of describing the RFEs of Brazilians seeking medical care from FHS teams. As a secondary objective, we sought to evaluate whether these reasons are associated with characteristics of the population, physicians, and PHC services.

Methods

This study was conducted as part of the "Project for Evaluation of the *Mais Médicos* (More Doctors) Program," a national cross-sectional study performed from July to December 2016 with the primary objective of assessing the relationship between quality of PHC, measured by the Primary Care Assessment Tool validated for use in adults in Brazil (PCATool-Brasil) (11), and type of medical training.

PHC service users and physicians were interviewed. The physicians were selected randomly from the PHC units, divided into the 5 geographic regions of the country proportionally to the distribution of the different types of medical training (physicians with and without residency in Family and Community Medicine, and physicians who obtained their diplomas abroad). Eligible participants were informed of the study purpose and procedures, and those interested in participating provided written informed consent prior to the interview. The study was approved by the Research Ethics Committee of Hospital de Clínicas de Porto Alegre (approval number 1.219.926).

The sample of adult users derived from the sample of physicians. Physicians were eligible for inclusion if they had been working in the same PHC unit for at least 12 months. Patients of the participating physicians were eligible for inclusion if they were 18 years or older and had attended at least

2 encounters with the physician. For every participating physician, 12 patients were interviewed, consecutively, with an interval of 4 patients. Up to the level of PHC unit/physician, however, the sample was randomly selected. To detect a difference of 0.3 points in PCATool-Brasil total score, with a power of 80% and 5% significance, a sample size of 5161 adult users was necessary. Considering a dropout rate of 20%, a final sample size of 6193 adult users was established.

The interviewers were previously trained by the research team. Data were collected using an electronic device for data recording and storage. Physicians answered a structured questionnaire that addressed socioeconomic factors, history of medical training, and work-related processes in the PHC unit. Users answered a structured questionnaire that included questions about socioeconomic status, health status, utilization of PHC services, and the type of care received in the PHC unit. Subsequently, the short version for adult users of the PCATool-Brasil was administered (11). All users were interviewed in the PHC unit immediately after the medical visit.

The list of users' RFEs was generated from the answers given to the questions asked during the interview. One of the questions asked to the users was the following: "What is (are) the reason(s) for your encounter today with doctor [*name of the doctor*]?". All answers were recorded by the interviewers using the same words used by the participants, without interpretation. There was no maximum number of RFEs to be collected. The answers were later coded by the principal investigator using the International Classification of Primary Care, Second Edition (ICPC-2) (12). Any uncertainties in coding were discussed with the senior investigator in in-person meetings.

In addition to RFEs, users were also asked the following 3 questions: 1) "In today's appointment, were you given any prescriptions?"; 2) "In today's appointment, were you given any request for examinations?"; and 3) "In today's appointment, were you referred to another doctor?".

For descriptive analysis, qualitative variables were expressed as absolute and relative frequencies, while quantitative variables were expressed as mean values. Student's *t* test was used to compare RFEs between groups. Statistical analysis was performed using PAWS Statistics for Windows, version 18.0, and tables and figures were created with Microsoft Office Excel 2010.

Results

A total of 6160 patients were interviewed. Of these, 12 reported no reason for seeking medical care and in 16 cases we were unable to understand the interviewer's records, resulting in the loss of 28 RFEs. Table 1 shows the characteristics of the study population.

In 2016, the total number of medical encounters in PHC in Brazil was 181 745 444, corresponding to 497 933 encounters/day (13). We evaluated 6160 encounters, corresponding to 1.2% of all encounters in PHC per day in 2016. Of these, 53.4% were previously scheduled and 46.6% were same-day appointments. In 21.3% of encounters patients were referred to specialists, in 71.1% they were given prescriptions, and in 42.8% they were given a request for examinations.

A total of 8046 RFEs were identified, accounting for 388 different ICPC-2 codes. RFEs were categorized into acute ($N=3222$, 40.0%) and chronic ($N=1545$, 19.3%); this categorization did not apply to 3275 (40.7%) RFEs.

Table 2 shows the 30 most common RFEs according to ICPC-2 codes. Seven reasons accounted for 50% of all RFEs. Of the 10 most common RFEs, 3 were related to longitudinal follow-up. The first was related to Results Tests/Procedures (code _60), the second to Medicat-Script/Reqst/Renew/Inject (code _50), and the third to unspecified follow-up encounter (code A63). Hypertension and diabetes mellitus were also listed among the 10 most common RFEs, as well as low back pain and headache.

Table 3 shows only RFEs related to health problems, excluding the following administrative reasons: Results Tests/Procedures (code _60), Medicat-Script/Reqst/Renew/Inject (code _50), and administrative procedures (code A62). From this new perspective, 44 reasons accounted for 50% of all RFEs.

ICPC-2 chapters for which codes were most commonly recorded were general/unspecified (46%), musculoskeletal (9.9%), pregnancy/childbirth/family planning (7.1%), circulatory (6.5%), and respiratory (5.5%). The psychological (P) and social problems (Z) chapters had a rate of 2.1% and 0.1%, respectively. Regarding ICPC-2 components, the most common was complaints/symptoms (30.8%), followed by diagnosis and diseases (28.5%), test results (17.7%), medication/treatment and therapeutic procedures (12.8%), follow-up/other reasons (4.4%), diagnostic and preventive procedures (3.8%), and administrative procedures (2.0%). No association was found between the variability of RFEs per

physician (number of different reasons or comprehensiveness of care) and patients' PCATool-Brazil score.

Each user had a mean of 1.30 RFEs. The mean recorded RFEs per user did not vary significantly by sex or geographic region, but it did by age group. Patients aged >65 years had a mean of 1.39 RFEs ($P<0.001$). Figures 1 and 2 show RFEs according to sex, age group, and geographic region of Brazil, respectively. Other analyses were performed by race, socioeconomic status, type of encounter, and location of the PHC unit (rural or urban), but no significant differences were observed in RFEs.

Discussion

The main finding of this study was that only 7 reasons accounted for 50% of all RFEs in PHC in Brazil when administrative reasons were included. This result suggests that PHC in Brazil provides a narrow range of health services and benefits those with clinical-administrative or follow-up issues, suggestive of a selected population with access to these services. This feature limits the comprehensiveness of care, with a negative impact on the resolution expected from PHC providers for common problems faced by the Brazilian population. Also, this result is very different from those reported in the national literature, where regional surveys (Florianópolis/SC, Porto Alegre/RS, Betim/MG, and Fortaleza/CE) have found that a mean of 30 reasons account for 50% of all RFEs in PHC (14-16), including clinical-administrative reasons.

The RFE related to the analysis of additional tests (ICPC-2 code _60 Results Tests/ Procedures) was the most commonly recorded code in the present study and also in all Brazilian studies (14-18). It is also found in the list of RFEs of international studies, but at a lower rate (19-22). Likewise, 'medication-script/ request/ renewal/ injection' (ICPC-2 code _50) is among the top 3 RFEs listed in all national surveys (14-18), but it is less common in the international literature, being reported in only 6 studies, always at a lower rate (19-21, 23-25). This finding may be associated with Brazilian standards on prescription validity. These results indicate that FHS teams still make use of face-to-face encounters with a physician for issues that could be resolved more dynamically by using available technology or by other health professionals, which would make it possible to expand access to PHC medical visits for clinical reasons related to the main health problems of the Brazilian population. These data may be overestimated resulting from the fact that patients were at least on their second visit.

Women accounted for the majority of people seeking health care, a result consistent with the literature (14-19, 25-29) and suggestive of limited access to services by men. Another important finding was that ‘health maintenance/prevention’ (ICPC-2 code A98) was among the most common RFEs, which is in agreement with the national literature (14, 16), but is in contrast to the international literature, where only a Greek study recorded this code (28). This finding indicates that healthy users have greater access to health services than sick people (vulnerable), supporting the inverse care law (30). This practice raises concerns because, in addition to taking the place of sick people, it leads to further depletion of the already scarce resources for preventive measures, increasing the inequities in health care provided by the Brazilian Unified Health System (31).

When comparing the data from the present study with morbidity and mortality data from the Global Burden of Disease Study-Brazil (32), in which depression and anxiety were the fifth and sixth leading causes of morbidity, an unexpected finding was the low rate of RFEs related to psychological problems (chapter P). This demonstrates that the practice of FHS teams is still far from meeting the actual health needs of the population. However, low back pain, headache, and diabetes, reported as leading causes of morbidity, were also present in our study as the most common RFEs (32). In addition, the fact that RFEs related to social problems (chapter Z) were almost nonexistent contradicts the social reality of the country.

Regarding the frequency distribution of ICPC-2 codes according to age, sex, and geographic region, there were differences and similarities that deserve a case-by-case analysis. We draw attention to the little difference in RFEs between the 5 geographic regions, considering that Brazil is a heterogeneous country with large differences in regional morbidity data. This suggests that PHC units follow a national standard of care regardless of the local needs of the population under care. It is worth noting that our study described RFEs within the FHS rather than RFEs of the general Brazilian population.

Regarding the mean of 1.3 RFEs per patient, this is consistent with the results from national and international studies, which report a mean of 1-2 RFEs per patient (14, 15, 17, 19, 20, 22-27, 29, 33, 34). The rate of referrals (21.3%), however, was much higher than the rates reported in the national and international literature, ranging from 4 to 12% (14, 23, 26, 27, 29, 35-39). Only one study conducted in India found a similarly high rate (40). This finding suggests a low case-solving capacity in PHC in Brazil, which can be related to management barriers such as: 1) impossibility of ordering some tests by FHS teams (e.g., echocardiogram); 2) poor infrastructure in PHC units; and 3) lack of basic inputs for quality

PHC services, forcing teams to refer users. As for prescriptions and requests for examinations, these rates are reported in a variety of ways in the literature and calculated by different methods, thereby hindering a proper comparison with the results obtained in the present study. These results can be used as a reference for future research.

The main limitations of this study are its cross-sectional design and the period of only 2-3 days for interviews in each PHC unit, which hinders the analysis of seasonal variation in RFEs. Also, the method of data collection may have led to measurement bias for 3 reasons: 1) users were interviewed by an unknown person rather than by their primary care provider and, because of that, they may have not reported all their reasons (e.g., psychosocial problems); 2) the interview was performed shortly after the medical visit, and the reported reasons may have been influenced by the diagnosis made, and 3) users were second visit patients, not any patient who seeks PHC services, which may have expanded the reasons for follow-up. A strength of this study is the random sample selection up to the level of PHC unit; only from that point forward the sample was selected consecutively, according to available patients. The major strength, however, is its novelty, as it is the first study to examine at a national level RFEs in PHC in Brazil. Also, to the best of our knowledge, this is the first time a study of such magnitude is conducted in Latin America.

Conclusion

This study opened the “black box” of RFEs in PHC in Brazil. Its main finding of only a few ICPC-2 codes accounting for half of the number of RFEs recorded as well as the high rate of referrals and an excess of clinical-administrative and preventive codes highlight the inequities, limited comprehensiveness and low resolution of PHC in Brazil. Moreover, the homogeneity observed for health needs does not reflect the regional and socioeconomic diversity of the country.

The results may serve as a basis for changes in the national policy on PHC, as they can foster discussions about the work processes of FHS teams and the urgent need to define the scope of health services in PHC, in addition to contributing to the current debate on the quality of medical training necessary to provide this level of care. It is essential to expand coverage and improve the clinical performance of Brazilian PHC teams. Further research is warranted to clarify the similarity of RFEs across the different regions of the country and to address the reasons why healthy Brazilians are seeking

medical care. Transforming these findings into responses that can effectively reduce inequities, through public policies, will be the mission of national managers.

Ethical approval: The study was approved by the Research Ethics Committee of Hospital de Clínicas de Porto Alegre (approval number 1.219.926). Eligible participants were informed of the study purpose and procedures, and those interested in participating provided written informed consent prior to the interview.

Financial disclosure: This study was funded by the Pan American Health Organization (PAHO).

Conflict of Interest: The author Erno Harzheim is current member of the management board of the primary care division of the Brazilian Ministry of Health.

References

1. [Brasil. Ministério da Saúde. Informação e gestão da atenção básica](#). Accessed July 9, 2019.
2. Barreto ML, Rasella D, Machado DB, Aquino R, Lima D, Garcia LP, et al. Monitoring and evaluating progress towards Universal Health Coverage in Brazil. *PLoS Med*. 2014;11(9):e1001692.
3. Afonso MPD, Shimizu HE, Merchan-Hamann E, Ramalho WM, Afonso T. Association between hospitalisation for ambulatory care-sensitive conditions and primary health care physician specialisation: a cross-sectional ecological study in Curitiba (Brazil). *BMJ Open*. 2017;7:e015322.
4. Rasella D, Aquino R, Barreto ML. Reducing childhood mortality from diarrhea and lower respiratory tract infections in Brazil. *Pediatrics*. 2010;126(3):e534-540.
5. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 2005;83(3):457-502.
6. Starfield B. Is patient-centered care the same as person-focused care? *Perm J*. 2011;15(2):63-69.
7. Medina MG. Dialogando com os autores: concordâncias e controvérsias sobre atenção primária à saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2018;34(8):e00116118.
8. White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. *N Engl J Med*. 1961;265:885-892.
9. [Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística \(IBGE\). Pesquisa Nacional de Saúde 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação](#). Accessed July 8, 2019.
10. Lamberts H, Meads S, Wood M. Results of the international field trial with the Reason for Encounter Classification. *Soz Praventivmed*. 1985;30(2):80-87.
11. Harzheim E, Oliveira MMCD, Agostinho MR, Hauser L, Stein AT, Gonçalves MR, et al. Validation of the Primary Care Assessment Tool: PCATool-Brazil for adults. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013;8(29):274-284.
12. WONCA International Classification Committee. ICPC-2: International classification of primary care. Oxford: Oxford University Press; 1998.
13. [Brasil. Ministério da Saúde. Datasus](#). Accessed June 9, 2019.

14. Gusso GDF. Patient demand evaluation in Florianópolis, Brazil, using International Classification of Primary Care 2nd edition (ICPC-2) [dissertation]. São Paulo: Universidade de São Paulo (USP); 2009.
15. Landsberg GAP, Savassi LCM, de Sousa AB, de Freitas JMR, Nascimento JLS, Azagra R. Analysis of demand for family medical care in Brazil using the International Classification of Primary Care. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012;17:3025-3036.
16. Santos KPB, Ribeiro MTAM. Motivos de consulta mais comuns das pessoas atendidas por uma equipe de saúde da família em Fortaleza - CE. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2015;10(37):1-11.
17. Radaelli SM, Takeda SM, Gimeno LID, Wagner MB, Kanter FJ, Mello VMD, et al. The demand for community health services in the metropolitan periphery area. *Revista de Saúde Pública*. 1990;24(3):232-240.
18. Torres Rde C, Marques KS, Leal Kde N, Rocha-Filho PA. Main reasons for medical consultations in family healthcare units in the city of Recife, Brazil: a cross-sectional study. *Sao Paulo Med J*. 2015;133(4):367-370.
19. Rahman SM, Angeline RP, Cynthia S, David K, Christopher P, Sankarapandian V, et al. International classification of primary care: an Indian experience. *J Family Med Prim Care*. 2014;3(4):362-367.
20. Barreiro D, Santiago LM. Motivos de consulta em Medicina Geral e Familiar no distrito de Coimbra no ano de 2010. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*. 2013;29(4):236-243.
21. Molony D, Beame C, Behan W, Crowley J, Dennehy T, Quinlan M, et al. 70,489 primary care encounters: retrospective analysis of morbidity at a primary care centre in Ireland. *Ir J Med Sci*. 2016;185(4):805-811.
22. Young RA, Burge S, Kumar KA, Wilson J. The full scope of family physicians' work is not reflected by current procedural terminology codes. *J Am Board Fam Med*. 2017;30(6):724-732.
23. Loh L, Jaye C, Dovey S. Why do patients attend Dunedin's free clinic? An audit of general practice activity using the ICPC-2 classification system. *New Zealand Medical Journal*. 2015;128(1410):40-49.
24. Liu Y, Chen C, Jin G, Zhao Y, Chen L, Du J, et al. Reasons for encounter and health problems managed by general practitioners in the rural areas of Beijing, China: A cross-sectional study. *PLoS One*. 2017;12(12):e0190036.

25. Lamberts HWM, Hofmans-Okkes I. The international classification of primary care in the european community: with a multi-language layer (Oxford Medical Publications). Oxford: Oxford University Press; 1993.
26. Tandjung R, Hanhart A, Bartschi F, Keller R, Steinhauer A, Rosemann T, et al. Referral rates in Swiss primary care with a special emphasis on reasons for encounter. *Swiss Med Wkly*. 2015;145:w14244.
27. Mansson J, Nilsson G, Strender LE, Bjorkelund C. Reasons for encounters, investigations, referrals, diagnoses and treatments in general practice in Sweden--a multicentre pilot study using electronic patient records. *Eur J Gen Pract*. 2011;17(2):87-94.
28. Klinis S, Markaki A, Kounalakis D, Symvoulakis EK. Monitoring reasons for encounter via an electronic patient record system: the case of a rural practice initiative. *Int J Med Sci*. 2012;9(8):704-707.
29. Gataa R, Ajmi TN, Bougmiza I, Mtiraoui A. Morbidity patterns in general practice settings of the province of Sousse, Tunisia. *Pan Afr Med J*. 2009;3:11.
30. Hart JT. The inverse care law. *Lancet*. 1971;1(7696):405-412.
31. Starfield B, Hyde J, Gervas J, Heath I. The concept of prevention: a good idea gone astray? *J Epidemiol Community Health*. 2008;62(7):580-583.
32. Marinho F, Passos VMA, Malta DC, França EB, Daisy M XAbreu DMX, Araújo VEM, et al. Burden of disease in Brazil, 1990-2016: a systematic subnational analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2018;392(10149):760-775
33. Mash B, Fairall L, Adejayan O, Ikpefan O, Kumari J, Mathee S, et al. A morbidity survey of South African primary care. *PLoS One*. 2012;7(3):e32358.
34. Olagundoye OA, van Boven K, van Weel C. International Classification of Primary Care-2 coding of primary care data at the general out-patients' clinic of General Hospital, Lagos, Nigeria. *J Family Med Prim Care*. 2016;5(2):291-297.
35. Takeda S. A organização de serviços de atenção primária à saúde. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 76-87.
36. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.

37. Brueton V, Yogeswaran P, Chandia J, Mfenyana K, Modell B, Modell M, et al. Primary care morbidity in Eastern Cape Province. *S Afr Med J*. 2010;100(5):309-312.
38. Moth G, Olesen F, Vedsted P. Reasons for encounter and disease patterns in Danish primary care: changes over 16 years. *Scand J Prim Health Care*. 2012;30(2):70-75.
39. Aboulghate A, Abel G, Lyratzopoulos G, Abdelmohsen A, Hamed AR, Roland M. Patterns of disease presentation and management in Egyptian primary care: findings from a survey of 2458 primary care patient consultations. *BMC Fam Pract*. 2013;14:161.
40. Swain S, Pati S, Pati S. A chart review of morbidity patterns among adult patients attending primary care setting in urban Odisha, India: An International Classification of Primary Care experience. *J Family Med Prim Care*. 2017;6(2):316-322.

TABLES

Table 1. Characteristics of the study population in the five Brazilian regions, July 2016 (*N*=6160).

Variable	<i>N</i> (%)
Sex	
Female	4667 (75.8)
Male	1493 (24.2)
Race	
Non-white	4105 (66.6)
White	2055 (33.4)
Socioeconomic status*	
A, B, C	3528 (57.3)
D, E	2632 (42.7)
Region of the country	
North	722 (11.7)
Northeast	2194 (35.6)
Southeast	1826 (29.6)
South	1043 (16.9)
Midwest	375 (6.1)
Age group	
18-24 years	677 (11.0)
25-44 years	2008 (32.6)
45-64 years	2291 (37.2)
65-79 years	1015 (16.5)
80 years or more	169 (2.7)

* Classes as defined by the Brazilian Institute for Geography and Statistics: A, upper class (elite); B, upper middle class; C, lower middle class; D, working class; and E, poor and unemployed.

Table 2. Top 30 reasons for encounter in primary health care as coded by the International Classification of Primary Care, Second Edition (Brazil, July-December 2016).

Order	Code/Reason	N (%)	Cumulative %
1	_60 Results Tests/ Procedures	1329 (16.5)	16.5
	General/Unspecified (A60)	1221 (15.2)	
	Female Genital (X60)	53 (0.7)	
	Endocrine/Metabolic and Nutritional (T60)	32 (0.4)	
	Circulatory (K60)	23 (0.3)	
2	_50 Medicat-Script/ Reqst/ Renew/ Inject	955 (11.9)	28.4
	General/Unspecified (A50)	859 (10.7)	
	Psychological (P50)	51 (0.6)	
	Circulatory (K50)	45 (0.6)	
3	A98 Health maintenance/prevention	583 (7.2)	35.6
4	W78 Pregnancy	471 (5.9)	41.5
5	K86 Hypertension uncomplicated	317 (3.9)	45.4
6	L02 Back symptom/complaint	263 (3.3)	48.7
7	N01 Headache	186 (2.3)	51.0
8	T90 Diabetes non-insulin dependent	151 (1.9)	52.9
9	A62 Administrative procedure	147 (1.8)	54.7
10	A63 Follow-up encounter unspecified	131 (1.6)	56.4
11	L14 Leg/thigh symptom/complaint	128 (1.6)	57.9
12	R21 Throat symptom/complaint	104 (1.3)	59.2
13	D02 Abdominal pain epigastric	103 (1.3)	60.5
14	R80 Influenza	103 (1.3)	61.8
15	D01 Abdominal pain/cramps general	100 (1.2)	63.0
16	A01 Pain general/multiple sites	92 (1.1)	64.2
17	A67 Referral to	86 (1.1)	65.3

Order	Code/Reason	N (%)	Cumulative %
	physician/specialist/clinic/hospital		
18	N17 Vertigo/dizziness	83 (1.0)	66.3
19	A92 Allergy/allergic reactions NOS	82 (1.0)	67.3
20	R05 Cough	69 (0.9)	68.2
21	L15 Knee symptom/complaint	59 (0.7)	68.9
22	L09 Arm symptom/complaint	53 (0.7)	69.6
23	A29 General symptom/complaint other	50 (0.6)	70.2
24	U71 Cystitis/urinary infection other	48 (0.6)	70.8
25	A04 Weakness/tiredness general	47 (0.6)	71.4
26	K31 Medical examination/health evaluation- partial/pre-op check	47 (0.6)	71.9
27	A11 Chest pain NOS	46 (0.6)	72.5
28	P01 Feeling anxious/nervous/tense	43 (0.5)	73.0
29	T93 Lipid disorder	43 (0.5)	73.6
30	A03 Fever	41 (0.5)	74.1
	Total	5960	

NOS, not otherwise specified.

Table 3. Reasons accounting for 50% of all reasons for encounter in primary health care, excluding administrative reasons, as coded by the International Classification of Primary Care, Second Edition (Brazil, July-December 2016).

Order	Code/Reason	N (%)	Cumulative (%)
1	A98 Health maintenance/prevention	583 (7.2)	7.2
2	W78 Pregnancy	471 (5.9)	13.1
3	K86 Hypertension uncomplicated	317 (3.9)	17.0
4	L02 Back symptom/complaint	263 (3.3)	20.3
5	N01 Headache	186 (2.3)	22.6
6	T90 Diabetes non-insulin dependent	151 (1.9)	24.5
7	A63 Follow-up encounter unspecified	131 (1.6)	26.1
8	L14 Leg/thigh symptom/complaint	128 (1.6)	27.7
9	R21 Throat symptom/complaint	104 (1.3)	29.0
10	D02 Abdominal pain epigastric	103 (1.3)	30.3
11	R80 Influenza	103 (1.3)	31.6
12	D01 Abdominal pain/cramps general	100 (1.2)	32.8
13	A01 Pain general/multiple sites	92 (1.1)	34.0
14	A67 Referral to physician/specialist/clinic/hospital	86 (1.1)	35.0

Order	Code/Reason	N (%)	Cumulative (%)
15	N17 Vertigo/dizziness	83 (1.0)	36.1
16	A92 Allergy/allergic reactions NOS	82 (1.0)	37.1
17	R05 Cough	69 (0.9)	37.9
18	L15 Knee symptom/complaint	59 (0.7)	38.7
19	L09 Arm symptom/complaint	53 (0.7)	39.3
20	A29 General symptom/complaint other	50 (0.6)	39.9
21	U71 Cystitis/urinary infection other	48 (0.6)	40.5
22	A04 Weakness/tiredness general	47 (0.6)	41.1
23	K31 Medical examination/health evaluation-partial/pre-op check	47 (0.6)	41.7
24	A11 Chest pain NOS	46 (0.6)	42.3
25	P01 Feeling anxious/nervous/tense	43 (0.5)	42.8
26	T93 Lipid disorder	43 (0.5)	43.4
27	A03 Fever	41 (0.5)	43.9
28	L29 Symptom/complaint musculoskeletal other	41 (0.5)	44.4
29	A05 Feeling ill	38 (0.5)	44.8
30	U14 Kidney symptom/complaint	34 (0.4)	45.3

Order	Code/Reason	N (%)	Cumulative (%)
31	P76 Depressive disorder	33 (0.4)	45.7
32	R02 Shortness of breath/dyspnea	33 (0.4)	46.1
33	L17 Foot/toe symptom/complaint	32 (0.4)	46.5
34	A34 Blood Test	30 (0.4)	46.9
35	A99 General disease NOS	30 (0.4)	47.2
36	S04 Lump/swelling localized	28 (0.3)	47.6
37	D11 Diarrhea	27 (0.3)	47.9
38	D87 Stomach function disorder	27 (0.3)	48.2
39	L67 Referral to physician/specialist/clinic/hospital	27 (0.3)	48.6
40	A48 Clarification/discuss patient's RFE	26 (0.3)	48.9
41	L08 Shoulder symptom/complaint	26 (0.3)	49.2
42	F67 Referral to physician/specialist/clinic/hospital	25 (0.3)	49.5
43	K29 Cardiovascular symptom/complaint other	23 (0.3)	49.8
44	R75 Sinusitis acute/chronic	23 (0.3)	50.1

Total 4032

NOS, not otherwise specified.

FIGURE LEGENDS

Figure 1. Top 20 reasons for encounter in primary care according to sex, as coded by the International Classification of Primary Care, Second Edition (Brazil, July-December 2016).

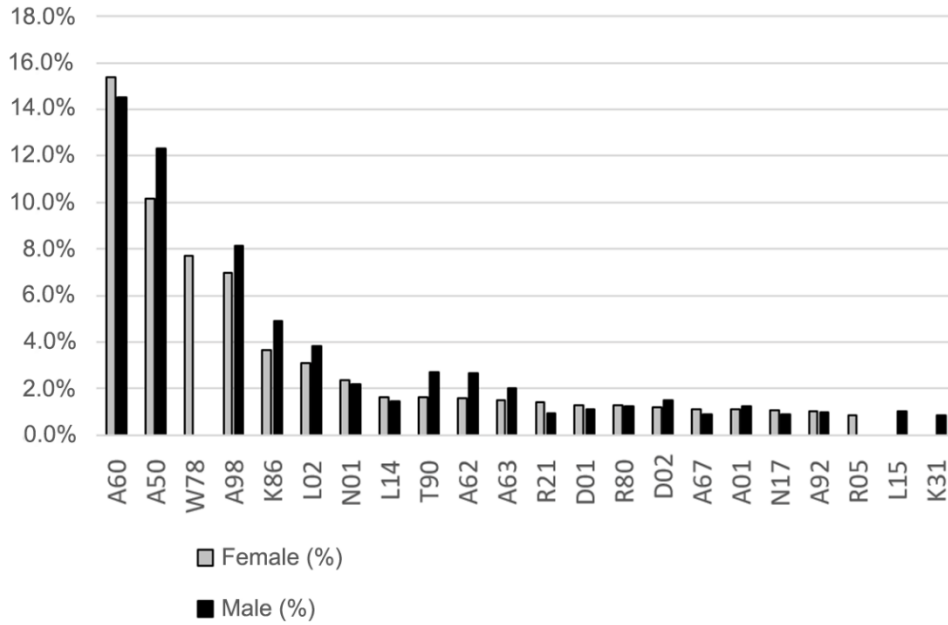
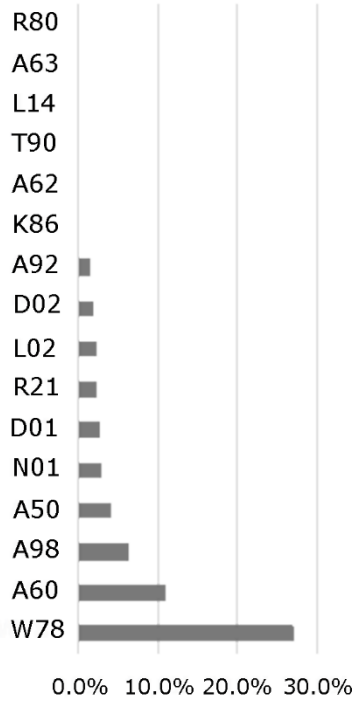
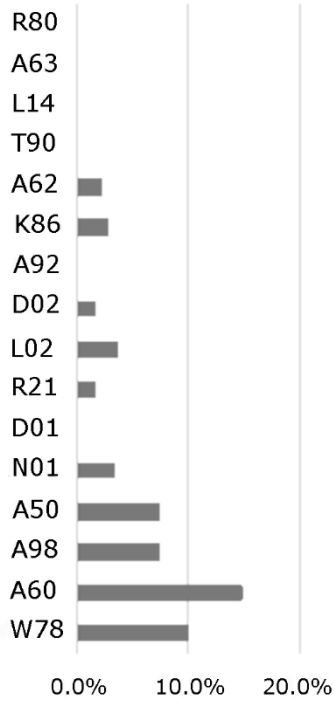


Figure 2. Top 10 reasons for encounter in primary care according to age group, as coded by the International Classification of Primary Care, Second Edition (Brazil, July-December 2016).

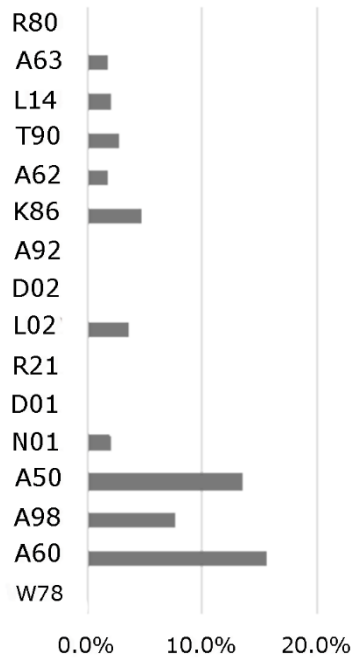
18-24 years of age



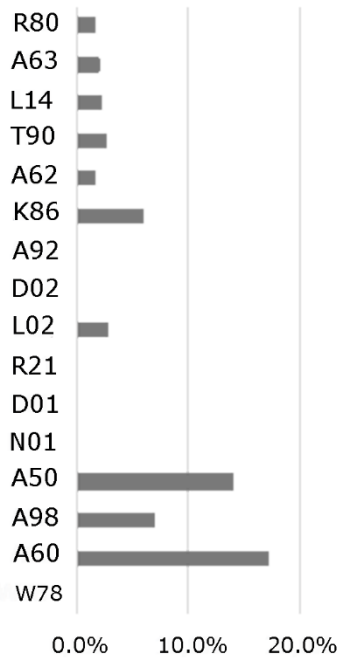
25-44 years of age



45-64 years of age



>65 years of age



8. ARTIGO 2

**Inquérito nacional sobre o rastreamento do câncer na população que
acessa a Estratégia Saúde da Família: mais risco de sobrediagnóstico
que proteção.**

National survey on cancer screening in Brazilian primary care: more risk of
overdiagnosis than protection

Patricia Sampaio Chueiri, Doutoranda em Epidemiologia pela UFRGS;

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS)

A ser enviado ao Periódico: Revista de Saúde Pública

Inquérito nacional sobre o rastreamento do câncer na população que acessa a Estratégia Saúde da Família: mais risco de sobrediagnóstico que proteção.

Título resumido: Inquérito nacional sobre rastreamento do câncer na APS

Categoria: Artigo original

Autores: Patrícia Sampaio Chueiri^{1*}, Marcelo Rodrigues Gonçalves², Lisiane Hauser³, Lucas Wollmann⁴, Sotero Serrate Mengue², Rudi Roman^{2,3}, Milena Rodrigues Agostinho Rech⁵, Rodrigo Aquino Martins da Silva², Anna Claudia Dilda², Erno Harzheim⁶

¹ Escola de Medicina, Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein, São Paulo/SP- Brazil; ² Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Porto Alegre/RS – Brazil; ³ TelessaudeRS Programa de Pós Graduação de Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Porto Alegre/RS, ⁴ grupo Hospitalar Conceição, ⁵ Universidade de Caxias do Sul, ⁶ Ministério da Saúde e Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Porto Alegre/RS – Brazil

Autor para correspondência

P. S. Chueiri,

Escola de Medicina, Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein, São Paulo, Brasil.

R. Luiz Galhanone, 378

05654-010 – São Paulo, SP

Brazil

patriciachueiri@gmail.com; patriciachueiri@einstien.br

Tel.: +55-11-93021.8424

Inquérito nacional sobre o rastreamento do câncer na população que acessa a Estratégia Saúde da Família: mais risco de sobrediagnóstico que proteção

Resumo

Introdução: As neoplasias representam a segunda causa de morte no país. Os programas de rastreamentos organizados podem ser benéficos. O Brasil não possui programas organizados, apesar das práticas preventivas fazerem parte do dia a dia da Estratégia Saúde da Família (ESF). O objetivo desta pesquisa é verificar a adequação das intervenções de prevenção às principais neoplasias definidas pelo governo para a ESF. **Metodologia:** É uma pesquisa transversal de 2016 com usuários e médicos da ESF de todo Brasil, entrevistados por profissionais treinados. A amostra foi sistemática, estratificada por número de médicos de APS por região do país, com cálculo amostral de 6.193 usuários. Foram incluídos médicos que trabalhavam há pelo menos 1 ano na mesma unidade básica de saúde. Para cada médico foram relacionados 12 pacientes, desde que já tivessem realizado no mínimo 2 consultas. Neste artigo, avaliou-se as questões sobre práticas preventivas. Calculou-se a cobertura, o foco, os erros de rastreamento e a razão de rastreio. Como parâmetro de comparação utilizou-se as diretrizes nacionais e as evidências sobre o tema. **Resultados:** Os dados indicam que as recomendações para o rastreamento do câncer de colo de útero, de mama e próstata e para o tratamento do tabagismo não são adequadamente seguidas. A cobertura de rastreamento para câncer de mama e colo apresenta viés de sobrediagnóstico, estando acima do esperado, 50% e 9% respectivamente. O foco dos exames também é inadequado: 24%, 47% e 54% dos rastreamentos para os 3 cânceres foram feitos fora da faixa etária recomendada. Apenas 30% dos tabagistas são abordados para tratamento. **Conclusão:** O estudo indica que a população brasileira está submetida a intervenções inadequadas e iatrogênicas na ESF. Novas políticas baseadas em critérios mais rígidos de adequação assim como, o uso do conceito prevenção quaternária, poderiam ampliar a efetividade e a equidade do sistema de saúde.

Palavras Chaves: Atenção Primária à Saúde, Programas de Rastreamento, Qualidade, Estratégia Saúde da Família, Brasil.

Introdução

As neoplasias são a segunda causa de morte no país e para o ano de 2019 estima-se a ocorrência de 640 mil casos novos¹. Nesta área, o Brasil enfrenta desafio semelhante ao da tripla carga de doenças, pois entre os cânceres mais incidentes estão os típicos de países desenvolvidos, porém, ainda apresentamos altas taxas de câncer do colo de útero, estômago e esôfago, mais comuns em países de média e baixa renda. Excetuando-se os cânceres de pele não melanoma, os cinco mais incidentes entre as mulheres são: mama, intestino, colo do útero, pulmão e tireoide. Já entre os homens, a ordem de incidência é: próstata, pulmão, intestino, estômago e cavidade oral¹.

Programas de rastreamento organizados podem ter impacto positivo na mortalidade por câncer específico e na melhora da qualidade de vida para alguns tipos de câncer². Porém a efetividade de um programa organizado depende da qualidade de cada etapa dele: seleção da população alvo, escolha do método e intervalo temporal de rastreamento definidos pelas melhores evidências, estabelecimento e auditoria de padrões de qualidade, monitoramento e avaliação contínuos, além de infraestrutura e financiamentos adequados. Sem essas condições a oferta de rastreamento apresenta potencial risco de sobrediagnóstico e sobretratamento para as pessoas, e é ineficiente para o sistema de saúde³. Entre os programas organizados com efeito positivo destacam-se o rastreamento para câncer de colo de útero, do câncer de cólon e, de forma menos robusta, o rastreamento para câncer de mama^{3–5}.

O Brasil tem hoje dois programas de rastreamento de cânceres, não organizados, o do câncer do colo do útero e do câncer de mama. Não organizados porque cumprem parcialmente os requisitos sistematizados pela Agência Internacional para Pesquisa de Câncer da Organização Mundial da Saúde (IARC – OMS), pois falham principalmente nas ações de monitoramento e avaliação.

Além dos programas de rastreamento, o país implantou ao longo dos últimos 25 anos outras políticas públicas, a maioria isolada, relacionadas ao combate ao câncer. Entre elas destacam-se as intervenções relacionadas ao tabagismo, as quais foram responsáveis pela queda da prevalência de fumantes de 35%(1989) para 11% (2014) e espera-se que nas próximas décadas ocorra redução da incidência do câncer de pulmão^{1,6}. Nos últimos anos, além das ações populacionais, o país intensificou o tratamento do tabagismo na Atenção Primária à Saúde (APS), através da ampliação da compra e distribuição dos medicamentos usados no tratamento do tabagismo, da publicação de diretrizes clínicas e de incentivo financeiro para o tratamento⁶. O tratamento do tabagismo é uma das intervenções mais custo efetivas na saúde⁷ e tem relação direta com a prevenção do câncer de pulmão, das doenças cardiovasculares e pulmonares.

Em pesquisa recente, encontrou-se que o terceiro motivo de consulta na APS brasileira é a busca por consulta de prevenção, portanto as intervenções de caráter preventivo fazem parte do dia a dia das equipes de saúde da família, entre elas os programas de rastreamento de cânceres e a oferta do tratamento do tabagismo. Por outro lado, o excesso de intervenções preventivas também tem suas consequências, que vão desde a geração de iniquidades nos sistemas de saúde até danos aos usuários do sistema^{8,9}, gerando resultados falso positivo, sobrediagnóstico e sobretratamento^{10,11}.

Atualmente o país enfrenta uma crise econômica, há a estimativa de diminuição do financiamento público na área da saúde, além do aumento contínuo dos gastos em saúde, agravando o quadro crônico de subfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Neste cenário, mais do que nunca, é importante que o governo priorize políticas públicas efetivas e eficientes baseadas nas melhores evidências disponíveis.

Frente ao contexto de grande magnitude do câncer no perfil de morbimortalidade do país, à alta frequência de consulta para prevenção na APS, às evidências sobre intervenções de detecção precoce do câncer e de tratamento do tabagismo, assim como ao cenário de crise econômica do país, esta pesquisa

teve como objetivo avaliar a acurácia das solicitações de exames de rastreamento em relação às diretrizes clínicas do governo brasileiro e a oferta do tratamento do tabagismo pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Metodologia

Esta pesquisa compõe o “Projeto de Avaliação do Programa Mais Médicos”, um estudo transversal de caráter nacional realizado entre julho e dezembro de 2016, cujo objetivo primário foi avaliar a orientação das equipes para a APS, medida pelo instrumento “Primary Care Assessment Tool- Brasil” (PCATool-Brasil), com o tipo de formação e forma de contratação do médico.

Foram entrevistados médicos e usuários dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS). Todos os participantes foram informados sobre a metodologia e objetivos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no momento anterior a entrevista. O estudo foi submetido e aprovado junto ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (parecer 1.219.926).

A seleção dos médicos foi aleatória e dividida proporcionalmente nas cinco regiões do país de acordo com a distribuição das diferentes formas de contratação dos médicos. O cálculo amostral foi feito com poder estatístico de 80% para detectar a diferença de 0,3 ponto no escore geral do PCATool- Brasil, e considerou-se uma perda de até 20%. O tamanho final da amostra estabelecido foi de 6.193 usuários adultos.

O critério de inclusão dos profissionais era trabalhar no serviço de APS há pelo menos 12 meses e dos usuários foi ser maior de 18 anos e ter passado por no mínimo duas consultas com o profissional entrevistado. Para cada profissional incluído na pesquisa foram entrevistados 12 indivíduos, de forma consecutiva.

Os entrevistadores foram treinados pela equipe da pesquisa e utilizaram um dispositivo eletrônico para armazenamento dos dados. O questionário dos usuários incluiu perguntas sobre: características socioeconômicas, estado de saúde, o serviço de APS (formas de utilização e cuidados recebidos). Em um segundo momento aplicou-se a versão reduzida para usuários do PCATool- Brasil. As perguntas que geraram os dados analisados neste artigo estão descritas no Quadro 1. Estas foram formuladas com base em formulários nacionais utilizados previamente em grandes pesquisas (ex.: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios).

Quadro 1. Perguntas do questionário de usuários utilizadas neste artigo.

- Nos últimos 12 meses, o(a) "nome do(a) médico(a)" coletou ou perguntou se você fez exame preventivo do colo uterino ou Papanicolau?
- Nos últimos 12 meses, o(a) "nome do(a) médico(a)" solicitou exame de mamografia?
- Nos últimos 12 meses, o(a) "nome do(a) médico(a)" solicitou ecografia (ultrassom) transvaginal?
 - Se sim, quando foi solicitada a ecografia transvaginal você tinha alguma queixa de saúde de saúde como dor ou sangramento vaginal?
- Nos últimos 12 meses, o(a) "nome do(a) médico(a)" solicitou o exame de sangue da próstata, o PSA?
 - Se sim, quando foi solicitado o PSA, você apresentava algum sintoma urinário como jato urinário fraco, esforço para urinar ou sensação de esvaziamento incompleto da bexiga?
 - Se sim, você faz uso de medicamento para próstata (ex.: doxazosina/carduran/duomo ou finasterida/calvin/flaxin)?
- Nos últimos 12 meses, o(a) "nome do(a) médico(a)" perguntou se você fuma?
- Você fuma?
 - Se sim, o(a) "nome do(a) médico(a)" lhe recomendou para você parar de fumar?

Para avaliar a adequação das intervenções relacionadas ao rastreamento dos cânceres de colo do útero, de mama, de ovário e de próstata calculou-se os seguintes indicadores: (1) Cobertura (proporção de indivíduos rastreados entre aqueles com indicação – idade definida para o rastreio), (2) Foco (proporção de indivíduos com indicação de acordo com a faixa etária entre o total de rastreados), (3) Erros de rastreio: sobrerastreamento (exames em indivíduos sem indicação sobre o total de indivíduos fora da população de rastreio) e sub-rastreamento

(exames não pedidos para indivíduos com critérios sobre o total de indivíduos com critério) e (4) Razão de rastreios (percentual de rastreio solicitado para pessoas com critério sobre percentual de rastreio solicitado para quem não atendia os critérios)^{12,13}.

Realizou-se uma revisão das diretrizes oficiais do Brasil e das evidências descritas na literatura sobre o rastreamento destes 4 tipos de cânceres e sobre o rastreamento e o tratamento do tabagismo. A partir desta revisão foram definidos os parâmetros populacionais que foram utilizados para avaliação da adequação dos resultados encontrados. O resumo destes parâmetros está descrito no Quadro 02.

Quadro 2: Parâmetros para a realização de atividades preventivas relacionadas às neoplasias na APS brasileira conforme diretrizes nacionais e melhores evidências científicas, Brasil, 2019.

	Câncer de colo de útero	Câncer de mama	Câncer de ovário	Câncer de próstata	Tabagismo	Tratamento do tabagismo
Indicação de rastreamento/ Tratamento	Sim, organizado	Sim, organizado	Não	Apenas quando solicitado pelo paciente com decisão compartilhada /informada	Sim, oportunista	Sim
Faixa etária	Mulheres entre 25 e 64 anos (incluídos)	Mulheres entre 50 e 69 anos (incluídos)	Não se aplica	Homens entre 55 e 69 anos (incluídos)	Toda população	Toda população tabagista
Periodicidade	A cada três anos	A cada dois anos	Não se aplica	Não se aplica	Em todas as oportunidades	Em todas as oportunidades
Fonte	INCA ¹⁴ , CTFPHC, USPSTF, Cochrane*	INCA ¹⁵ , CTFPHC, USPSTF, Cochrane*	INCA ¹⁶ , CTFPHC, USPSTF*	INCA ¹⁷ , CTFPHC, USPSTF, Cochrane*	MS ¹⁸ , OMS ¹⁹ , CTFPHC, Cochrane*	MS ¹⁸ , OMS ¹⁹ , CTFPHC, Cochrane*

* Instituto Nacional do Câncer (INCA), Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC), United States Preventive Service Task Force (USPSTF), Cochrane Database of Systematic Reviews (Cochrane), Ministério da Saúde do Brasil (MS), Organização Mundial da Saúde (OMS).

Foi realizada análise descritiva utilizando o PAWS versão 18, as tabelas e gráficos foram criados no Excel Office 2010. As pessoas cujas informações não estavam completas foram excluídas da análise.

Resultados

Foram entrevistados 6.160 pacientes. A Tabela 1 descreve as características gerais da população do estudo. Do total de mulheres avaliadas em relação ao rastreamento de câncer do colo do útero, mama e ovário, foram excluídas das análises por falta de informações dezoito, treze e seis mulheres, respectivamente. Entre os homens avaliados em relação ao câncer de próstata, quinze foram excluídos. Sobre as questões relativas ao tabagismo, 54 pessoas não tinham informações completas.

Tabela 1. Características da população da pesquisa, Brasil, 2016.

		Amostra	
Sexo		Frequência	%
	Feminino	4667	75,8
	Masculino	1493	24,2
	Total	6160	100
Raça/cor			
	Não		
	Branca	4105	66,6
	Branca	2055	33,4
	Total	6160	100
Estrato Social			
	A, B, C	3528	57,3
	D e E	2632	42,7
	Total	6160	100
Região do País			
	Norte	722	11,7
	Nordeste	2194	35,6
	Sudeste	1826	29,6
	Sul	1043	16,9
	Centro-oeste	375	6,1
	Total	6160	100
Faixa etária			
	18-24	677	11
	25-44	2008	32,6
	45-64	2291	37,2
	65-79	1015	16,5
	80 ou mais	169	2,7
	Total	6160	100

As Tabelas 2 e 3 descrevem os resultados em relação ao câncer de colo de útero, de mama e de próstata. Destacam-se os resultados das coberturas de exames na faixa etária correta para os cânceres de colo de útero e mama que

estão acima do padrão esperado de 33% e 50%, respectivamente, revelando um excesso de exames de rastreamento na faixa etária correta. No câncer de próstata o resultado foi de 62%, não há parâmetro de comparação, pois não há indicação de rastreamento populacional. O foco de rastreio (idade correta) está inadequado para os três cânceres. No câncer de colo de útero, 76% dos exames realizados estão adequados quanto a idade, no câncer de mama esse número é de apenas 53% e no de próstata é ainda pior, 46%, utilizando como periodicidade de realização do exame um ano antes da pesquisa. Se calcularmos o foco utilizando a periodicidade orientada pelas diretrizes nacionais os resultados são menores, e seriam de 38%, 45% e 37% para câncer do colo do útero, mama e próstata, respectivamente.

Quando observamos a população que não está dentro do perfil de rastreamento quanto a idade e periodicidade (o soberrastreamento), os resultados demonstram que em média se solicita exames para 33,5% desta população. Em nenhum dos tipos de câncer houve sub-rastreamento.

Os resultados da razão de rastreio identificados foram inferiores ao esperado. Em relação ao câncer de colo do útero, os resultados demonstram que a probabilidade de uma mulher rastreada atender ao critério faixa etária é de apenas 1,3 maior que não atender.

Tabela 2. Descrição dos números absolutos relacionados a população e aos exames, Brasil, 2016.

	Câncer de colo de útero	Câncer de mama	Câncer de próstata
	(n / %)	(n / %)	(n / %)
Total de mulheres/homens*	4649	4654	1209
Mulheres/Homens na faixa etária*	3336	1585	369
Mulheres/Homens fora da faixa etária*	1313	3069	840
Total de exames	2885	1759	496
Total de exames na faixa etária	2217(76%)	943 (53,6%)	232(46,8%)
Total de exames fora da faixa etária	668 (24%)	816 (46,4%)	264(53,2%)

*Homens que não relataram sintomas urinários ou uso de medicações relacionadas a problemas de próstata.

Tabela 3. Descrição dos indicadores de adequação do rastreamento de neoplasias nas equipes de Saúde da Família, Brasil, 2016.

Tipo de Rastreamento	Indicador	Percentual de Pacientes	IC 95%
----------------------	-----------	-------------------------	--------

Câncer de colo de útero	Cobertura	66%	64,4-67,6%
	Foco	76%	74,4-77,5%
	Sobrerastreamento	50%	48,3-51,6%
	Razão de rastreamento	1,3	0,81 - 1,79
Câncer de mama	Cobertura	59%	56,6-61,4%
	Foco	53%	50,6-55,3%
	Sobrerastreamento	25%	23,6-26,4%
	Razão de rastreamento	2,4	1,84 - 2,96
Câncer de próstata	Cobertura	62%	57,1-66,9%
	Foco	46%	41,6-50,3%
	Sobrerastreamento	26%	23,5-28,5%
	Razão de rastreamento	2,4	1,3 – 3,5

Em relação ao câncer de ovário, como não há evidência para seu rastreamento não se calculou as medidas de avaliação. O resultado encontrado é que em 49,5% do total de ultrassons transvaginais solicitados a mulher negou qualquer queixa ginecológica como dor ou sangramento vaginal, ou seja, há solicitação de exame para mulheres assintomáticas.

Em relação ao rastreamento do tabagismo, 33% das pessoas entrevistadas não foram interrogadas sobre o hábito de fumar nos últimos 12 meses, constatando-se neste caso o sub-rastreamento. Quando considerado o grupo de pessoas tabagistas, 31% delas não receberam recomendações para parar de fumar (subtratamento).

Discussão

O principal resultado desta pesquisa é que as recomendações do Ministério da Saúde (MS) do Brasil para o rastreamento do câncer de colo de útero, de mama e próstata, assim como para o tratamento do tabagismo não estão sendo seguidas de forma adequada pelas equipes da ESF. Este também é um achado da literatura internacional quando avalia programas em países de baixa e média renda²⁰. Há excesso de exames na população alvo dos rastreamentos de câncer de colo de útero e mama, erro no foco dos exames realizados, com grande parte destes feitos em pessoas sem os critérios pré-estabelecidos, população não alvo exposta a sobrerastreamento e baixa orientação quanto ao tratamento do tabagismo.

Em relação ao câncer de mama os resultados são compatíveis com alguns dados de literatura como o estudo de Tomazelli et al.²¹ e de Junior et al.²², que descrevem que apenas 51% e 54%, respectivamente, das mamografias de rastreamento realizadas no Brasil estavam na faixa etária recomendada, achado semelhante ao desta pesquisa (53%). Porém, quando o resultado comparado é foco completo (idade e periodicidade adequadas) os resultados são divergentes. Esta pesquisa encontrou que 45% dos exames de rastreamento eram adequados quanto a idade e a periodicidade. Já Tomazelli et al. descrevem um dado de 32%²¹. Como a periodicidade deste estudo foi calculada de forma estimada, isso pode justificar a diferença.

Quando se compara os resultados em relação ao exame de rastreamento de câncer do colo de útero os achados são um pouco diferentes da literatura. Nela encontrou-se um déficit de exames realizados na faixa etária^{23,24} enquanto este estudo encontrou excesso, diferença que também pode ser explicada pela forma de cálculos diferentes, tanto em relação a periodicidade quanto a necessidade e também estratégia de coleta de dados, que teve como público alvo pacientes

frequentavam a unidade de saúde. Em relação ao percentual de exames realizados na faixa etária correta a recomendação da Organização Mundial da Saúde é de 80%³, o dado oficial é de 79%²⁵ e o resultado encontrado está um pouco abaixo (76%), semelhante ao encontrado por pesquisas internacionais 26,27. Sobre o indicador cobertura dos exames de rastreamento do câncer de mama e colo de útero, não foi possível a comparação pois o conceito de cobertura deste artigo é diferente do conceito utilizado mais comumente no país¹³.

Sobre o câncer de Próstata apesar de não haver a orientação de rastreamento, os dados da pesquisa demonstram que ele vem sendo feito, resultado corroborado pelo boletim nacional sobre o câncer de próstata²⁸ e pela pesquisa de Santiago et al²⁹. Além disso, quando realizado, não segue a faixa etária de melhor benefício pois mais de 50% dos exames foram feitos fora da faixa etária. O percentual de homens (52%), independente da idade e de sintomas, que havia feito o exame foi semelhante a pesquisa de Amorim et al.³⁰. É importante lembrar que existem no Brasil inúmeras diretrizes (do poder executivo, do poder legislativo e das sociedades médicas), muitas contraditórias entre si, relacionadas ao rastreamento de cânceres o que dificulta a decisão do profissional e das pessoas.

Outro achado importante é que em média 33% da população que não é população alvo das diretrizes nacionais de rastreamento é submetida a exames desnecessários ou de baixo valor. Ter incidência sobre a população alvo é parte das ações para diminuir o sobrediagnóstico e seus malefícios em programas de rastreamento assim como é meta para obter melhores resultados dos programas. Além disto, quase 50% das solicitações de ultrassom transvaginal foram feitas para mulheres assintomáticas. Estes achados são corroborados pela literatura internacional que trata dos excessos das intervenções na saúde e seus riscos, entre eles: o falso positivo, o sobrediagnóstico e o sobretratamento^{31,32}, explicitando também a ausência das práticas de prevenção quaternária e de segurança do paciente no cuidado dos pacientes.

O excesso de exames desencadeia uma cascata diagnóstica que tem implicações individuais e sistêmicas⁸. Para o sistema de saúde implica em menor efetividade, pois há uso de recurso financeiro e técnico com atividades que não geram benefícios. Já para a população, além do uso ineficiente de recursos, há perda de tempo realizando exames desnecessários e exposição a riscos, tangíveis e intangíveis, relacionados ao sobrerastreamento e consequentes sobrediagnóstico e sobretratamento²¹. Essa constatação também tem impacto para a população que precisa fazer exames diagnósticos (sintomática) e não de rastreamento, pois estes acabam competindo entre si por recursos que são escassos e mal regulados. O uso inadequado de recursos finitos, diminui a oferta de exames para aqueles que realmente necessitam provocando ineficiência no sistema de saúde.

O estudo indica que a população que é atendida pela ESF está submetida a intervenções excessivas e potencialmente iatrogênicas. Neste sentido, o estímulo a práticas relacionadas à prevenção quaternária pelas equipes de APS é essencial para evitar danos e ampliar a efetividade e a equidade do sistema de saúde⁸.

Em relação ao tabagismo a Pesquisa Nacional de Saúde descreve uma prevalência de fumantes de 14,5%, já este estudo, apresenta dados um pouco menores, de 11%, porém essa pesquisa não tem base populacional e sim de serviços. A literatura demonstra que o tabaco está relacionado a um terço das mortes por câncer e que o controle populacional do tabaco e o cuidado individual são ações essenciais, pelo impacto e custo efetividade no controle do câncer, das doenças cardiovasculares e pulmonares crônicas⁷. Frente a esta evidência, chama atenção que 30% dos tabagistas não são abordados pelas equipes de saúde da família para o tratamento, apontando que há espaço para qualificação das equipes e ampliação do acesso ao tratamento do tabagismo considerando que a política nacional determina que essa responsabilidade é da APS.

Os resultados evidenciam que as condutas relacionadas aos rastreamentos estão na discricionabilidade da consulta médica e não na definição

do serviço, a decisão tem caráter individual e não populacional, independente das características individuais estarem fora ou dentro dos critérios do MS.

As limitações da pesquisa estão relacionadas ao delineamento transversal e a impossibilidade de realizar-se análises estatísticas da relação dos achados com características individuais das pessoas, do profissional ou do serviço pois os resultados avaliaram padrões populacionais. Além disso, o método de coleta de dados pode ter causado viés de memória, devido ao intervalo de tempo usado para interrogar as realizações de exames. Em relação aos cânceres de colo e mama houve limitação devido à ausência de informações sobre sintomas relacionadas as neoplasias e ao intervalo utilizado na pesquisa. A validade externa deve ser relativizada pois o estudo se limita a população que tem acesso as equipes da ESF. A fortaleza do estudo é a apresentação de resultados inéditos para o país.

Conclusão

O resultado desta primeira pesquisa nacional, que aborda a qualidade do rastreamento na população atendida pela ESF, alerta que o primeiro passo dos programas de rastreamento organizados, foco na população alvo, é realizado de forma inadequada. Portanto, existe menor chance de impacto na mortalidade por câncer, assim como há menor efeito protetor contra possíveis danos causados pelas intervenções³.

A inadequação das solicitações de exames de rastreamento e a baixa oferta do tratamento do tabagismo indicam uma baixa qualidade do cuidado na ESF e revelam o potencial iatrogênico das intervenções preventivas. Considerando que a consulta por prevenção é o terceiro motivo mais comum de procura do serviço de APS é essencial que estas ações sejam alvo de mais pesquisas para melhor compreensão desta prática e dos seus efeitos.

Neste sentido, é também um imperativo ético que o país reavalie os programas relacionados a detecção precoce de câncer¹⁰. Buscar ampliar o monitoramento e a avaliação destes programas, são passos chave para adequada implementação de programas organizados de rastreamento²⁰, com coleta sistemática e contínua de informações originadas diretamente das atividades clínicas das equipes de saúde da família. Assim como, também deve induzir a qualificação das intervenções preventivas, utilizando, por exemplo, incentivos financeiros relacionados à qualidade e ao resultado das ações. Outras duas estratégias como a educação permanente dos profissionais e a adequada comunicação com a população também podem ajudar a superar esse desafio.

O impacto econômico da baixa qualidade do cuidado encontrada precisa ser igualmente investigado, para que os gestores do Sistema Único de Saúde tenham evidências suficientes para priorizarem ações mais custo efetivas. No atual contexto brasileiro, as ações de diagnóstico precoce e tratamento oportuno podem ser mais custo efetivas que programas de rastreamento oportunistas.

Referências

1. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2018. Incidência de câncer no Brasil. 2017.
2. Rabeneck L, Lansdorp-Vogelaar I. Assessment of a cancer screening program [Internet]. *Best Pract. Res. Clin. Gastroenterol.* 2015;29(6):979–985. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpg.2015.09.009>
3. World Health Organization. Early Detection, Cancer Control Knowledge into Action Early Detection. 2007.
4. Jorgensen K, Gotzsche P. Screening for breast cancer with mammography (Review). *Cochrane Database Syst. Rev.* 2013;(6).
5. Holme O, Bretthauer M, Fretheim A, Odgaard-Jensen J, Hoff G. Flexible sigmoidoscopy versus faecal occult blood testing for colorectal cancer screening in asymptomatic individuals. *Cochrane Database Syst. Rev.*

- 2013;2013(9).
6. Silva ST da, Martins MC, Faria FR de, Cotta RMM. Combate ao Tabagismo no Brasil: a importância estratégica das ações governamentais. *Cien. Saude Colet.* 2014;19(2):539–552.
 7. Kahende JW, Loomis BR, Adhikari B, Marshall L. A review of economic evaluations of tobacco control programs. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2009;6(1):51–68.
 8. Norman AH, Tesser CD. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. *Cad. Saude Publica.* 2009;25(9):2012–2020.
 9. Jung M. Breast, prostate, and thyroid cancer screening tests and overdiagnosis. *Curr. Probl. Cancer* [Internet]. 2017;41(1):71–79. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.currproblcancer.2016.11.006>
 10. Jacklyn G, Bell K HA. Assessing the Efficacy of Cancer Screening. *Radiology.* 2017;238(2):398–401.
 11. Shieh Y, Eklund M, Sawaya GF, Black WC, Kramer BS. Population-based screening for cancer: Hope and hype. *Nat. Rev. Clin. Oncol.* [Internet]. 2016;13(9):550–565. Available from: <http://www.medvik.cz/link/access.do?source=ebSCO&url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=123324440&lang=cs%0Ahttp://www.nature.com/nrclinonc/archive/index.html%0Ahttp://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emexa&NEWS=>
 12. Luciano N D, Maria Cecília A, Juvenal Soares Dias da C, Iná S S. Desempenho da solicitação do perfil lipídico entre os setores público e privado\rPerformance of lipid profile request between public and private sectors. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2008;42(1):82–88. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000100011&lng=pt&tlng=pt%0A/scielo.php?script=sci_arttext&pid=&lang=pt
 13. Instituto Nacional do Câncer. Ficha técnica de indicadores das ações de controle do câncer do colo do útero [Internet]. 2014. Available from: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/84f26080469faa79859bed5120665fa8/FICHA+TÉCNICA+Indicadores+Colo+14.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=84f26080469faa79859bed5120665fa8>
 14. Instituto Nacional do Câncer. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do cancer do colo do utero. [Internet]. 2º, ed. ed. Ministério da Saúde; 2016. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/control_cancer
 15. Instituto Nacional do Câncer. Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil [Internet]. 2015;168. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000807001&lng=pt&tlng=pt
 16. Instituto Nacional do Câncer. Câncer de ovário [Internet]. 2018;1–5. Available from: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-ovario/profissional-de-saude>
 17. Instituto Nacional do Câncer. Rastreamento do Câncer de Próstata- Nota Técnica- Nota Técnica. 2013.
 18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : o cuidado da pessoa tabagista. *Cadernos de Atenção Básica n. 40.* Brasília: Ministério da Saúde.; 2015.
 19. World Health Organization. Policy Recommendations for Smoking Cessation and Treatment of Tobacco Dependence.
 20. Sivaram S, Majumdar G, Perin D, Nessa A, Broeders M, Lynge E, et al. Population-based cancer screening programmes in low-income and middle-income countries: regional consultation of the International Cancer Screening Network in India. *Lancet Oncol.* 2018;19(2):e113–e122.
 21. Tomazelli JG, Migowski A, Ribeiro CM, Assis M de, Abreu DMF de. Avaliação das ações de detecção precoce do câncer de mama no Brasil

- por meio de indicadores de processo: estudo descritivo com dados do Sismama, 2010-2011. *Epidemiol. e Serviços Saúde* [Internet]. 2017;26(1):61–70. Available from: http://revista.iec.gov.br/template_doi_ess.php?doi=10.5123/S1679-49742017000100061&scielo=S2237-96222017000100061
22. Junior RF, Rodrigues DCN, Corrêa R da S, Peixoto JE, Oliveira HVCG de, Rahal RMS. Contribution of the Unified Health Care System to mammography screening in Brazil, 2013. *Radiol. Bras.* 2016;49(5):305–310.
 23. Ribeiro CM, Silva GA e. Avaliação da produção de procedimentos da linha de cuidado do câncer do colo do útero no Sistema Único de Saúde do Brasil em 2015*. *Epidemiol. e Serviços Saúde* [Internet]. 2018;27(1):1–10. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222018000100304&lng=pt&nrm=iso
 24. Oliveira MM de, Andrade SSC de A, Oliveira PPV de, Silva GA e, Silva MMA da, Malta DC. Cobertura de exame Papanicolaou em mulheres de 25 a 64 anos, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde e o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, 2013. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2018;21(0):1–11.
 25. Instituto Nacional do Câncer. Boletim de Monitoramento das ações do controle dos Cânceres de colo ce útero e mama. 2018.
 26. Basu P, Nessa A, Majid M, Rahman JN, Ahmed T. Evaluation of the National Cervical Cancer Screening Programme of Bangladesh and the formulation of quality assurance guidelines. *J. Fam. Plan. Reprod. Heal. Care.* 2010;36(3):131–134.
 27. Parham GP, Mwanahamuntu MH, Kapambwe S, Muwonge R, Bateman AC, Blevins M, et al. Population-level scale-up of cervical cancer prevention services in a low-resource setting: Development, implementation, and evaluation of the cervical cancer prevention program in Zambia. *PLoS One.* 2015;10(4):1–19.
 28. Instituto Nacional de Câncer. Boletim de monitoramento das ações de controle do câncer de próstata. Rio de Janeiro: 2017.
 29. Santiago LM, Luz LL, Silva JFS da, Mattos IE. Prevalência e fatores associados à realização de exames de rastreamento para câncer de próstata em idosos de Juiz de Fora, MG, Brasil. *Cien. Saude Colet.* 2013;18(12):3535–3542.
 30. Amorim VMSL, Barros MB de A, César CLG, Goldbaum M, Carandina L, Alves MCGP. Fatores associados à realização dos exames de rastreamento para o câncer de próstata: um estudo de base populacional. *Cad. Saude Publica.* 2011;27(2):347–356.
 31. Morgan DJ, Dhruva SS, Coon ER, Wright SM, Korenstein D. 2018 Update on Medical Overuse. *JAMA Intern. Med.* 2019;179(2):240–246.
 32. Peer RF, Shabir N. Iatrogenesis: A review on nature, extent, and distribution of healthcare hazards. *J Fam. Med Prim Care* [Internet]. 2018;7:309–14. Available from: <http://www.jfmpc.com/article.asp?issn=2249-4863;year=2017;volume=6;issue=1;spage=169;epage=170;aulast=Faizi>

9. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O resultado da pesquisa é inédito, pela primeira vez foi possível conhecer o que leva as pessoas a buscarem cuidado nas equipes de saúde da família de todo o país. Até o momento só tínhamos estudos regionais, em geral em locais onde a APS é mais fortalecida como o município de Florianópolis, de Fortaleza e em alguns municípios de Minas Gerais.

Apesar de ser inédito, o resultado revela que a abrangência (integralidade) da APS do país ainda é baixa (restrita) e que a população procura mais frequentemente a estratégia saúde da família para medidas preventivas e solicitação de ações administrativas, em geral relacionadas ao acompanhamento de condições crônicas.

Essa constatação pode estar relacionada a construção histórica da APS no país, se considerarmos a tradição dos programas verticais na APS brasileira e da cultura preventivista associada às equipes de saúde da família. Além disso, ainda existem normas no país que dificultam que as ações administrativas (por exemplo renovação de receitas), sejam feitas de forma mais simplificada e direta, que possam prescindir da consulta médica presencial.

É essencial que a sociedade brasileira, e todos os atores envolvidos com o SUS, principalmente gestores e profissionais discutam os motivos dos resultados encontrados em busca de soluções.

Estas devem passar obrigatoriamente pela revisão das legislações relacionadas a renovação de receitas e revisão de resultados de exames, de forma a se inibir normas subnacionais e buscando a construção de uma norma nacional, a fim de desburocratizar a resposta as essas necessidades de saúde, usando-se das tecnologias de informação e da internet para essa solução, como o uso de e-mail e telefone para essas ações.

Outras características que também podem restringir a abrangência da APS brasileira são sua fragilidade estrutural, dificuldade de acesso a insumos e materiais médicos hospitalares básicos (por exemplo: para

realizar pequenas cirurgias) e a impossibilidade de solicitar por exemplo exames para acompanhamento de doenças prevalentes, como por exemplo espirometria. Para solucionar essa questão é essencial a implementação de políticas públicas que visem ampliar a estrutura das unidades básicas de saúde assim como ampliar a compreensão de que APS exige uma infraestrutura adequada para que atinja o potencial de responder a 90% das necessidades de saúde da população sobre sua responsabilidade.

Ainda em relação a baixa abrangência é importante lembrar que a formação de profissionais médicos para a APS ainda é deficitária no país, tanto em qualidade quanto em quantidade. Portanto é essencial que o Brasil invista na residência médica de medicina de família e comunidade, e discuta políticas de incentivo para esta especialidade a fim de solucionar mais esse entrave para o fortalecimento da APS.

Outro dado da pesquisa é que a qualidade (1) das intervenções preventivas, relacionado aos cânceres, e (2) da abordagem terapêutica da pessoa que fuma, realizadas pelas equipes de saúde da família estão inadequadas quando comparadas às evidências científicas e às diretrizes governamentais.

A baixa qualificação destas ações, somadas a grande magnitude dos motivos de consulta relacionados a prevenção, terceiro motivo de consulta mais comum neste estudo, podem gerar impactos negativos importantes, tanto para o indivíduo (cidadão) a partir principalmente da perspectiva de segurança do paciente e iatrogenias, quanto para o sistema de saúde no aspecto econômico (eficiência).

O financiamento de pesquisas que busquem entender os motivos e significados da busca pelo serviço de saúde por brasileiros saudáveis, também é parte da solução para qualificarmos as condutas preventivas. Neste mesmo campo, é importante que os gestores e as universidades invistam na formação do profissional de saúde nesta área, que façam cursos e produzam conteúdos para uso no cotidiano das equipes, que sirvam de apoio para a tomada de decisão sobre exames preventivos nos consultórios.

Outra ação possível seria tirar do âmbito do cuidado individual as decisões que envolvam rastreamento populacional, e tornar estas ações de fato populacionais, usando de outras estratégias que não as consultas individuais para atingir a população alvo (ex.: e-mail/cartas/mensagens de textos que avisassem da necessidade de realização do exame periodicamente). Estas ações devem sempre ser acompanhadas de monitoramento e avaliação do programa a fim de garantir resultados mais favoráveis a saúde populacional.

Frente aos resultados relacionados aos programas semi-organizados que o país tem para rastreamento de câncer de mama e de colo do útero, o país pode escolher dois caminhos. Um deles seria transformá-los em programas organizados, para isso precisará investir em monitoramento e avaliação intensos e educação do profissional e dos usuários. O outro, mais radical, seria repensar as estratégias de rastreamento populacional, neste contexto de irracionalidade de solicitação de exames e restrição financeira, e talvez optar por deixar de realizá-los, e focar as ações em diagnóstico precoce e tratamento oportuno. Talvez essa mudança possa produzir mais impacto nos indicadores de mortalidade.

Relembrando que os objetivos dos sistemas de saúde são melhorar os indicadores de saúde, satisfazer o cidadão e diminuir as iniquidades, e retomando a justificativa desta pesquisa que termina com a pergunta: porque não fomentar a renovação da estratégia saúde da família a partir da análise dos motivos de consulta e da qualidade do cuidado prestado da APS brasileira?

Os dados apresentados podem ser uma pequena parte do substrato necessário para provocar as reflexões, as ações e as políticas públicas que levarão a estratégia saúde da família, atenção primária genuinamente brasileira, a um novo ciclo.

E quem sabe esse novo ciclo possa se caracterizar por uma atenção primária mais forte, resolutiva, qualificada e respondente as necessidades de saúde da população, assumindo cada vez mais o seu papel essencial no

sistema de saúde, possibilitando assim uma maior consolidação do SUS e sua definitiva sustentabilidade social e conseqüentemente financeira.

10. ANEXOS

- A) Aprovação pelo Comitê da Ética e Pesquisa
- B) Aspectos Metodológicos
- C) Questionários para Médicos(as)
- D) Questionário para usuários adultos
- E) Padronização utilizada para codificação do CIAP
- F) Formulário de avaliação das fotografias, de prescrições e solicitações de exames e regras gerais para o preenchimento
- A) Planilhas que resumem os artigos sobre motivos de consulta nacionais e internacionais
- G) Tabela da CIAP 2 (Resumida)

Anexo A – Aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA /
UFRGS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Pesquisa de Avaliação do Projeto Mais Médicos

Pesquisador: Erno Harzheim

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 48653615.6.0000.5327

Instituição Proponente: HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE

Patrocinador Principal: ORGANIZACAO PAN-AMERICANA DA SAUDE/ORGANIZACAO MUNDIAL DA SAUDE - OPAS/OMS

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.219.926

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto proposto pelo Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e apoiado pela Organização Pan-americana da Saúde (OPAS/OMS).

A Atenção Primária à Saúde (APS), como uma estratégia populacional, é o comprometimento dos governos para atender às necessidades em saúde da população por meio de serviços de atenção primária e sua relação com outros serviços de saúde e serviços – e/ou políticas – sociais. A APS vista como o primeiro nível de atenção é definida como o primeiro nível de acesso de um sistema de saúde (acesso de primeiro contato), caracterizando-se, principalmente, pela longitudinalidade, integralidade (abrangência) da atenção e a coordenação do cuidado dentro do próprio sistema de saúde, podendo contar com características complementares como a orientação familiar e comunitária e a competência cultural.

De acordo com o pesquisadores, uma das causas da heterogeneidade da qualidade apresentada pela APS no Brasil se deve ao número reduzido de médicos com formação especializada para trabalhar em APS (no Brasil, especialidade chamada Medicina de Família e Comunidade) e à dificuldade de fixação de médicos em Unidades Básicas de Saúde. Estes dois fatores fragilizam a qualidade do cuidado médico na APS, limitando sua potencial efetividade. Historicamente a

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F

Bairro: Bom Fim

CEP: 90.035-903

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3359-7640

Fax: (51)3359-7640

E-mail: cephcpa@hcpa.edu.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA /
UFRGS



Continuação do Parecer: 1.219.926

distribuição geográfica dos médicos no território brasileiro segue uma tendência de concentração em determinadas regiões e, dentro das diferentes regiões, de preponderância da alocação nas capitais em detrimento do interior dos estados.

Diversas estratégias já foram aplicadas a fim de reduzir a dificuldade de oferta de cuidado médico qualificado na APS brasileira, tais como o Projeto Rondon (1968), o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS, em 1976), o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS, em 1993) e o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS, em 2001). Por fim, em 2013, outra estratégia para aumentar a oferta de trabalho médico no SUS em cidades ou regiões com escassez de médicos foi criada pelo Governo Federal, unindo Ministério da Saúde e Ministério da Educação. O Programa Mais Médicos do Brasil (PMM) tem duas estratégias principais. A primeira é a alocação emergencial de médicos brasileiros ou estrangeiros em áreas desassistidas. A segunda é uma mudança na matriz de formação do profissional médico, em nível de graduação e, também, residência médica. O Programa Mais Médicos tem como finalidade formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde (SUS). Em parceria com o Ministério da Educação, o programa prevê a abertura de 11,5 mil vagas nos cursos de medicina no país até 2017 e 12 mil vagas para formação de especialistas até 2020.

Novos cursos de medicina deverão ser abertos, com foco nas regiões prioritárias do SUS. Além disso, a oferta de novos programas de residência médica será balizada de acordo com as especialidades prioritárias para o SUS.

O presente projeto visa avaliar a qualidade do cuidado médico ofertado aos usuários adultos da Estratégia Saúde da Família de todo o Brasil, na perspectiva do Projeto Mais Médicos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral

Avaliar a qualidade do cuidado médico ofertado aos usuários adultos da Estratégia Saúde da Família de todo o Brasil, comparando médicos cubanos e brasileiros do Programa Mais Médicos (PMM) com médicos brasileiros que não atuam junto ao PMM.

Objetivos específicos

1. Avaliar o grau de orientação para APS desde a experiência dos usuários adultos das equipes de Saúde da Família de todo o Brasil;

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Bom Fim **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cephcpa@hcpa.edu.br

Continuação do Parecer: 1.219.926

2. Comparar o grau de orientação para APS desde a experiência dos usuários adultos das equipes de Saúde da Família de todo o Brasil entre equipes com ou sem a presença de médicos cubanos e brasileiros do PMM;
3. Avaliar a qualidade do cuidado ofertado por médicos da ESF de todo o Brasil em relação a condições de saúde prevalentes na população adulta brasileira;
4. Comparar a qualidade do cuidado ofertado por médicos da ESF de todo o Brasil em relação a condições de saúde prevalentes na população adulta brasileira entre equipes de Saúde da Família com ou sem a presença de médicos cubanos e brasileiros do PMM.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não são conhecidos riscos, mas poderá haver desconforto pelo tempo dedicado às entrevistas e o conteúdo de algum questionário. Como potenciais benefícios estão a avaliação do Programa e possíveis subsídios para políticas públicas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo transversal com uma amostra sistemática de Unidades de Saúde da Família, estratificadas por número de equipes de ESF, com ou sem a presença de médicos que atuam no PMM de todas as regiões brasileiras. Em cada unidade, serão entrevistados, por meio de seleção consecutiva após consulta médica com médico previamente selecionado, cerca de 25 usuários adultos. Estes usuários responderão ao Instrumento de Avaliação da Atenção Primária – PCATool-Brasil 15, versão curta, que mede o grau de orientação a APS dos serviços de saúde e algumas perguntas estruturadas em questionário acerca de variáveis sociodemográficas, de morbidade e de qualidade do cuidado recebido. Serão entrevistados por meio de questionário estruturado, todos os médicos selecionados. Este será um questionário reduzido com questões sociodemográficas e sobre a formação do profissional. Serão realizadas fotografias da Unidade de Saúde da Família, assim como preenchido um check list sobre estrutura física da Unidade. O Coordenador da Atenção Básica – ou cargo equivalente - de todos os municípios selecionados serão entrevistados por via telefônica ou por questionário online que incluirá o PCATool-Brasil, versão gerente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram adicionados TCLEs para usuários e médicos e uma folha informativa que será lida aos

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Bom Fim **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cephcpa@hcpa.edu.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA /
UFRGS



Continuação do Parecer: 1.219.926

gerentes, no momento da entrevista, via telefônica.

Recomendações:

Verificou-se que o título do projeto não foi modificado no registro do mesmo na Plataforma Brasil, apenas nos arquivos do projeto. Portanto, em uma próxima oportunidade, caso o projeto receba alguma emenda, o título poderá ser atualizado na Plataforma Brasil.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências emitidas para o projeto no parecer 1.211.545 foram adequadamente respondidas pelos pesquisadores, conforme carta de respostas e nova versão de projeto adicionada em 08/09/2015. Não apresenta novas pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos que a presente aprovação (versão projeto e TCLEs de 08/09/2015, e demais documentos que atendem às solicitações do CEP) refere-se apenas aos aspectos éticos e metodológicos do projeto. Para que possa ser realizado o mesmo deve estar cadastrado no sistema WebGPPG em razão das questões logísticas e financeiras.

O projeto somente poderá ser iniciado após aprovação final da Comissão Científica, através do Sistema WebGPPG.

Qualquer alteração nestes documentos deverá ser encaminhada para avaliação do CEP. Informamos que obrigatoriamente a versão do TCLE a ser utilizada deverá corresponder na íntegra à versão vigente aprovada.

A comunicação de eventos adversos classificados como sérios e inesperados, ocorridos com pacientes incluídos no centro HCPA, assim como os desvios de protocolo quando envolver diretamente estes pacientes, deverá ser realizada através do Sistema GEO (Gestão Estratégica Operacional) disponível na intranet do HCPA.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	QuestUsuariosAdultos15AGO26.docx	26/08/2015 19:08:48	Erno Harzheim	Aceito
Outros	QuestGerentes15AGO26.docx	26/08/2015 19:09:17	Erno Harzheim	Aceito

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F

Bairro: Bom Fim

CEP: 90.035-903

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3359-7640

Fax: (51)3359-7640

E-mail: cephcpa@hcpa.edu.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA /
UFRGS



Continuação do Parecer: 1.219.926

Outros	QuestMedicos15AGO26.docx	26/08/2015 19:09:46	Erno Harzheim	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto_pesq_pmm.pdf	26/08/2015 19:27:44	Erno Harzheim	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DelegacaoTarefas.pdf	27/08/2015 16:03:25	Erno Harzheim	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	respostas_pendencias_cep_gppg_parecer_02set15.docx	08/09/2015 22:41:42	Erno Harzheim	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	novo_projeto_pesq_pmm_15set08.docx	08/09/2015 22:42:24	Erno Harzheim	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_gerente_pmm_telefone.docx	08/09/2015 22:43:29	Erno Harzheim	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_medico_pmm_revisado.docx	08/09/2015 22:44:09	Erno Harzheim	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_usuario_pmm_revisado.docx	08/09/2015 22:44:33	Erno Harzheim	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_579565.pdf	08/09/2015 22:44:52		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 09 de Setembro de 2015

Assinado por:
Marcia Mocellin Raymundo
(Coordenador)

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Bom Fim **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cephcpa@hcpa.edu.br

Anexo B – Aspectos metodológicos

Em relação a pesquisa transversal

Essa pesquisa é parte de uma pesquisa guarda chuva “Projeto de Avaliação do Programa Mais Médicos Brasil”, cujo objetivo primário era comparar a qualidade do cuidado na APS brasileira e sua relação com a formação e tipo de contratação do médico da APS. Assim os dados analisados são de um banco de dados construído a partir desta pesquisa de caráter nacional, pois incluiu todas as regiões do país, de delineamento transversal realizada no período de julho a dezembro de 2016.

Foram entrevistados profissionais médicos das equipes da Estratégia de Saúde da Família e usuários adultos que utilizavam as Unidades Básicas de Saúde onde estes profissionais trabalhavam.

O cálculo amostral foi realizado para estimar e comparar o grau de orientação à APS na experiência dos usuários e sua associação com os três grupos de médicos que a pesquisa avaliou (médicos cubanos e brasileiros vinculados ao Programa Mais Médicos e médicos brasileiros não vinculados ao programa). Assumiu-se uma diferença de 0,3 ponto no Escore Geral da APS entre os grupos, medido através do PCATool – Brasil para usuários. O escore varia de 0 a 10. Com desvio padrão de 1,7 e poder estatístico de 80%, nível de significância de 5% e efeito de delineamento (DEFF) de 3,4. Baseada nesses parâmetros, a amostra foi estimada em 5.161 usuários. Considerando uma perda de 20%, o tamanho de amostra foi estabelecido em 6.193 usuários adultos.

A amostra de médicos foi feita de forma sistemática em cada região do país e proporcional a distribuição regional das Unidades Básicas com ESF, um médico por unidade de saúde. Os usuários foram distribuídos de forma igual entre os três grupos de médicos, e cada médico teve 12 pacientes entrevistados.

O critério de inclusão para entrevista dos médicos era trabalhar na Unidade Básica de Saúde a pelo menos 12 meses. Eles responderam um questionário estruturado que abordava na primeira parte aspectos socioeconômicos, da formação profissional e do trabalho médico. Na segunda parte o questionário versava sobre o processo de trabalho e sobre aspectos daquele serviço de saúde, e da também sobre características rede da saúde municipal. Veja o instrumento no anexo C (Questionário para Médicos(as)).

Os critérios para que os usuários fossem entrevistados eram: ser pacientes dos médicos participantes, ter passado em no mínimo duas consultas com esse profissional e terem 18 anos ou mais de idade (adultos). Alguns questionários foram respondidos por acompanhantes que eram responsáveis pelos pacientes, caso estes estivessem impossibilitados de responder e que o acompanhante se declarasse apto a responder pelos cuidados recebidos pelo usuário.

Os usuários foram entrevistados, na própria UBS, logo após a consulta médica. O questionário utilizado era estruturado e incluía questões relacionadas as características sócio econômicas e de saúde do usuário, a forma de uso dos serviços de saúde, características do serviço de saúde de APS e dos cuidados já recebidos na UBS, aspectos específicos da consulta realizada no próprio dia da entrevista, além da aplicação da versão reduzida do instrumento PCATool- Brasil (usuário), associado a itens da versão expandida dos componentes de Acesso e Longitudinalidade. Veja o instrumento no anexo D (Questionário para Usuários Adultos).

As entrevistas foram realizadas por entrevistadores treinados, que utilizaram um dispositivo eletrônico (tablets) para armazenamento dos dados. Após a entrevista o entrevistador solicitava ao usuário se ele permitia tirar fotos dos exames, da receita médica e do encaminhamento, caso o usuário respondesse que tinha recebido uma ou mais destas condutas na consulta daquele dia.

Todos os participantes foram informados sobre as características e

objetivos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no momento anterior a entrevista. O estudo foi submetido e aprovado junto ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e seguiu todos os preceitos éticos vigentes, através no número 1.219.926.

Em relação a classificação dos motivos de consulta.

A lista dos motivos de consulta dos usuários foi feita a partir do questionário estruturado utilizado. Uma das perguntas aplicadas aos usuários das equipes de saúde da família era: Qual(is) o(s) motivo(s) da sua consulta de hoje com o “nome do(a) médico(a)? (pergunta AC2 do Anexo anexo D (Questionário para Usuários Adultos). A resposta era anotada pelo entrevistador utilizando as palavras ditas pelo usuário, sem qualquer tipo de interpretação. Os usuários poderiam falar quantos motivos de consulta desejassem, sem número máximo que restringisse a resposta.

Para a codificação dessas respostas os pesquisadores definiram a Classificação Internacional de Atenção Primária 2 (CIAP 2) como forma de classificar os motivos de consulta elencados pelos usuários. A figura abaixo descreve o passo a passo utilizado para classificação, que foi feita pela pesquisadora principal. As dúvidas ou diferenças de conceitos que persistiram depois de percorrido todo o percurso metodológico eram definidas em reunião entres os pesquisadores. Foram necessárias três reuniões para definição de todos dos motivos de consulta.

Na reunião inicial foram definidas algumas regras gerais a partir das primeiras dúvidas que surgiram no processo de classificação dos motivos de consulta e nas duas reuniões seguintes foram definidos os códigos dos motivos de consulta que não foram encontrados nas fontes de pesquisa ou que geraram dúvidas. O anexo E – Padronização para codificação do CIAP detalha as regras gerais utilizadas assim como descreve os códigos definidos quando havia dúvida

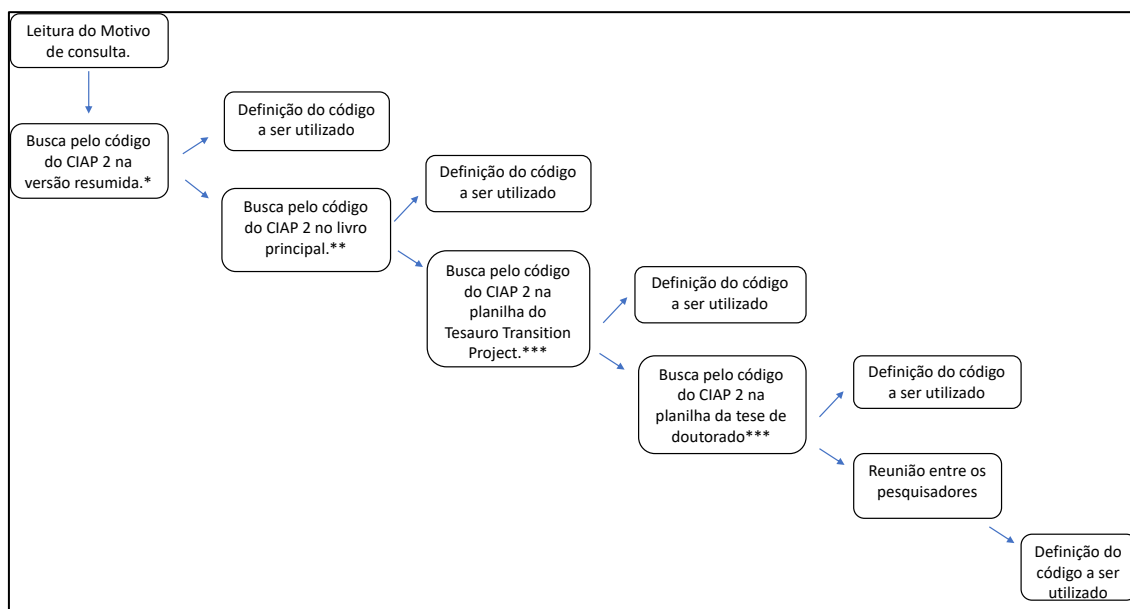


Figura 6. Passo a passo da codificação pelo CIAP dos motivos de consulta. Fonte: autoria própria. *Versão resumida do CIAP (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009b), ** Livro CIAP Brasil (COMITÊ INTERNACIONAL DE CLASSIFICAÇÃO DA WONCA, 2009), *** Tesauro Transition Project (BRASIL, 2008), **** Tese: Diagnóstico de demanda em Florianópolis utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária: 2ª edição (CIAP-2) (GUSSO, 2009).

Em relação a avaliação das fotografias

A avaliação das fotografias das prescrições e solicitação de exames foi feita por uma equipe composta por 7 estudantes de medicina e pela pesquisadora principal.

A equipe foi treinada pela pesquisadora em três momentos distintos, utilizando amostras do banco de fotos que seria avaliado. O principal objetivo do treinamento era permitir que as análises fossem feitas a partir de um mesmo método, buscando que as classificações e respostas fossem realizadas a partir das mesmas premissas e regras, permitindo que análise não fosse diferente quando feita por diferentes avaliadores. Esse processo de treinamento foi avaliado através de testes estatísticos (Kappa e Krippendorff), utilizando o software SPSS versão 18.

Além do treinamento, o grupo realizou reuniões periódicas para discutir dúvidas eventuais que surgiam durante o processo de análise e para feedback em relação ao cumprimento das metas pactuadas. O formulário utilizado para análise das fotos e as regras gerais pactuadas pela equipe estão descritos no Anexo F – Formulário de avaliação das fotografias, das prescrições e solicitações de exames. A coleta destes dados foi feita através do SurveyMonkey.

A análise das fotos dos encaminhamentos foi realizada por outra equipe. Esta análise foi mais simples, onde os estagiários do grupo de pesquisa avaliaram e descreveram apenas qual era a especialidade solicitada no encaminhamento, sem qualquer julgamento.

Anexo C – Questionário para Médicos(as)

Questionário para Médicos(as)

DA. DADOS ADMINISTRATIVOS

DA1. Data da entrevista (DD/MM/AAAA): __/__/____

DA2. Hora do início da entrevista (HH:MM): __:__

DA3. Nome do entrevistador(a):

EL. ELEGIBILIDADE

EL1. Selecione a UF da unidade de saúde:

(12)AC; (27)AL; (16)AP; (13)AM; (29)BA; (23)CE; (53)DF; (32)ES; (52)GO; (21)MA; (51)MT; (50)MS;
(31)MG; (15)PA; (25)PB; (41)PR; (26)PE; (22)PI; (33)RJ; (24)RN; (43)RS; (11)RO; (14)RR; (42)SC;
(35)SP; (28)SE; (17)TO

EL2. Selecione o município da unidade de saúde:

(Lista de todos os municípios)

EL3. Qual o nome (completo) da unidade de saúde em que o(a) senhor(a) trabalha?

(Lista de unidades de saúde)

EL3.1. Outra. Qual? _____

EL4. Qual o seu nome completo?

EL5. Há quanto tempo (em meses) o(a) senhor(a) atua/trabalha nesta unidade de saúde? _____

INSTRUÇÃO:

- Se o(a) médico(a) atua nesta unidade de saúde há **menos de 12 meses**, encerre a **entrevista** e agradeça a sua atenção.
- Se o(a) médico(a) atua nesta unidade de saúde há **12 meses ou mais**, prossiga com a **entrevista**.

EL6. Doutor(a), o(a) senhor(a) participa do Programa Mais Médicos?

(1) Sim (0) Não

DI. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Entrevistador(a): Vamos continuar a entrevista falando um pouco sobre o(a) senhor(a).

DI1. Data de nascimento (DD/MM/AAAA): ____/____/_____

DI2. Sexo: (0) Feminino (1) Masculino

DI3. Nacionalidade:

(1) Brasileiro(a)

(2) Cubano(a) **(Pule para a questão DI6)**

(3) Outra **(Pule para a questão DI6)**

DI4. Qual a Unidade da Federação (Estado) em que o(a) senhor(a) nasceu? _____

(12)AC; (27)AL; (16)AP; (13)AM; (29)BA; (23)CE; (53)DF; (32)ES; (52)GO; (21)MA; (51)MT; (50)MS;
(31)MG; (15)PA; (25)PB; (41)PR; (26)PE; (22)PI; (33)RJ; (24)RN; (43)RS; (11)RO; (14)RR; (42)SC;
(35)SP; (28)SE; (17)TO

DI5. Em que cidade senhor(a) nasceu?

(Lista de todos os municípios)

DI6. Doutor(a), o(a) senhor(a) vive em companhia de cônjuge ou de companheiro(a) neste momento?

(1) Sim (2) Não, mas já viveu antes (3) Nunca viveu

FO. FORMAÇÃO

Entrevistador(a): Neste momento vamos conversar sobre a formação do(a) senhor(a).

FO1. Em que ano o(a) senhor(a) concluiu a graduação em Medicina? _____

FO2. Em qual instituição o(a) senhor(a) concluiu a graduação em Medicina?

FO3. Em que país fica essa instituição?

(1) Brasil (2) Outro. FO3.1 Qual? _____

FO4. [Se FO3=1, somente país = Brasil] Em que Estado fica essa instituição? _____
(12)AC; (27)AL; (16)AP; (13)AM; (29)BA; (23)CE; (53)DF; (32)ES; (52)GO; (21)MA; (51)MT; (50)MS;
(31)MG; (15)PA; (25)PB; (41)PR; (26)PE; (22)PI; (33)RJ; (24)RN; (43)RS; (11)RO; (14)RR; (42)SC;
(35)SP; (28)SE; (17)TO

FO5. Doutor(a), o(a) senhor(a) fez alguma residência médica?

(1) Sim (0) Não (**Pule para a questão FO10**)

FO6. Qual(is)?

FO6.1. Medicina de Família e Comunidade (1) Sim (0) Não

FO6.2. Medicina Interna (ou Clínica Médica) (1) Sim (0) Não

FO6.3. Pediatria (1) Sim (0) Não

FO6.4. Ginecologia/obstetrícia (1) Sim (0) Não

FO6.5. Cirurgia geral (1) Sim (0) Não

FO6.6. Outra (1) Sim (0) Não

FO6.7.Qual? _____ FO7.7. _____

FO6.8.Qual? _____ FO7.8. _____

FO7. Ano de conclusão:

FO7.1. _____

FO7.2. _____

FO7.3. _____

FO7.4. _____

FO7.5. _____

FO8. Em que país fica a instituição em que senhor(a) concluiu a residência médica?

(1) Brasil (2) Outro. FO8.1 Qual? _____

FO9. [Se FO8=1, somente país = Brasil] Em que Estado fica a instituição em que o(a)senhor(a) concluiu a residência médica?

(12)AC; (27)AL; (16)AP; (13)AM; (29)BA; (23)CE; (53)DF; (32)ES; (52)GO; (21)MA; (51)MT; (50)MS;
(31)MG; (15)PA; (25)PB; (41)PR; (26)PE; (22)PI; (33)RJ; (24)RN; (43)RS; (11)RO; (14)RR; (42)SC;
(35)SP; (28)SE; (17)TO

FO10. Doutor(a), o(a) senhor(a) fez alguma especialização médica?

(1) Sim (0) Não (**Pule para a questão FO15**)

FO11. Qual(is)?

FO11.1. Medicina de Família e Comunidade (1) Sim (0) Não

FO11.2. Medicina Interna (ou Clínica Médica) (1) Sim (0) Não

FO11.3. Pediatria (1) Sim (0) Não

FO11.4. Ginecologia/obstetrícia (1) Sim (0) Não

FO11.5. Cirurgia geral (1) Sim (0) Não

FO11.6. Outra (1) Sim (0) Não

FO11.7.Qual? _____ FO12.7. _____

FO11.8.Qual? _____ FO12.8. _____

FO12. Ano de conclusão:

FO12.1. _____

FO12.2. _____

FO12.3. _____

FO12.4. _____

FO12.5. _____

FO13. Em que país fica a instituição em que o(a) senhor(a) concluiu a especialização médica?

(1) Brasil (2) Outro. FO13.1 Qual? _____

FO14. **[Se FO13=1, somente país = Brasil]** Em que Estado fica a instituição em que o(a) senhor(a) concluiu a especialização médica?

(12)AC; (27)AL; (16)AP; (13)AM; (29)BA; (23)CE; (53)DF; (32)ES; (52)GO; (21)MA; (51)MT; (50)MS; (31)MG; (15)PA; (25)PB; (41)PR; (26)PE; (22)PI; (33)RJ; (24)RN; (43)RS; (11)RO; (14)RR; (42)SC; (35)SP; (28)SE; (17)TO

FO15. O serviço em que o(a) senhor(a) trabalha possibilita/oferece educação continuada?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe

INSTRUÇÃO:

- Se o(a) médico(a) entrevistado(a) **não participa** do Programa Mais Médicos [EL6 = Não], **pule para a próxima seção (SE. SERVIÇO).**
- Se o(a) médico(a) entrevistado(a) **participa** do Programa Mais Médicos [EL6 = Sim], **siga com a entrevista.**

FO16. Com qual frequência o seu supervisor visita e acompanha o trabalho do(a) senhor(a) na unidade de saúde?

- (1) Nunca (**Pule para a questão FO18**)
(2) Menos de uma vez por mês
(3) Uma vez por mês
(4) Duas ou mais vezes por mês

FO17. Qual a data da última visita (DD/MM/AAAA)? ___/___/_____

FO18. O seu supervisor está disponível por telefone para discutir dúvidas a respeito dos casos clínicos quando o(a) senhor(a) pensa que é necessário?

(1) Sim (0) Não

FO19. Doutor(a), o(a) senhor(a) pode entrar em contato por e-mail com seu supervisor a qualquer momento?

(1) Sim (0) Não

FO20. Doutor(a), o(a) senhor(a) pode entrar em contato por whatsapp ou torpedo (mensagem de texto ou voz) com o seu supervisor a qualquer momento?

(1) Sim (0) Não

FO21. Entre as opções abaixo, marque as **duas atividades** mais frequentes que o seu supervisor exerce com o(a) senhor(a):

FO21.1. Discute as políticas do Sistema Único de Saúde

(1) Sim (0) Não

FO21.2. Discute os problemas no processo do trabalho da sua unidade

(1) Sim (0) Não

FO21.3. Ajuda com as suas dificuldades em relação ao idioma ou a cultura local

(1) Sim (0) Não

FO21.4. Discute as suas dúvidas sobre casos clínicos que o(a) senhor(a) está atendendo

(1) Sim (0) Não

FO21.5. Assiste e avalia as suas consultas

(1) Sim (0) Não

FO21.6. Outra

(1) Sim (0) Não

FO21.6.1. Qual (outra atividade)? _____

FO22. Entre as opções abaixo, escolha somente uma que o(a) senhor(a) acredita que o seu supervisor mais lhe ajuda:

(1) Questões relacionadas ao Sistema Único de Saúde

(2) Questões relacionadas ao processo do trabalho da sua unidade

(3) Questões relacionadas ao idioma ou a cultura local

(4) Questões relacionadas ao atendimento clínico dos pacientes

(5) Outra

FO22.1. Qual? _____

SE. SERVIÇO

Entrevistador(a): Agora vamos conversar sobre as atividades profissionais do(a) senhor(a).

SE1. Nesta unidade de saúde, qual a sua carga horária semanal? (Por favor, indique um valor aproximado) _____

SE2. Dentro dessa carga horária semanal, qual a porcentagem (%) do seu tempo é dedicada ao atendimento direto de pacientes (consultas médicas, visitas domiciliares)? _____

SE3. Quanto tempo (em minutos) o(a) senhor(a) leva para se deslocar de sua residência até o seu local de trabalho? _____

SE4. Qual o número médio de consultas que o(a) senhor(a) atende em um turno de 4 horas nesta unidade de saúde? _____

SE5. Por favor, indique o percentual(%) aproximado de consultas que o(a) senhor(a) atende nesta unidade de saúde que são:

SE5.1. Agendadas(%): _____

SE5.2. Espontâneas(%): _____

SE6. Por favor, indique o percentual (%) aproximado de consultas que o(a) senhor(a) atende nesta unidade de saúde para cada grupo etário. Caso não realize atendimento para algum grupo, digite 0.

SE6.1. Crianças(%): _____

SE6.2. Adultos(%): _____

SE6.3. Idosos(%): _____

SE7. Nesta unidade de saúde:

SE7.1. Doutor(a), o(a) senhor(a) realiza visita domiciliar?

(1) Sim (0) Não (**Pule para a questão SE7.2**)

SE7.1.1. Com que frequência o(a) senhor(a) faz visitas domiciliares:

(1) Menos de uma vez por semana

(2) Uma ou mais vezes por semana

SE7.1.2. Doutor(a), o(a) senhor(a) tem um turno fixo na semana para realizar a visita domiciliar?

(1) Sim (0) Não

SE7.2. Doutor(a), o(a) senhor(a) realiza atividades de grupo com pacientes:

(1) Sim (0) Não (**Pule para a questão SE7.3**)

SE7.2.1. Aproximadamente quantas horas por semana o(a) senhor(a) fica envolvido com atividades de grupos dos pacientes? _____

SE7.3. Doutor(a), o(a) senhor(a) faz o exame citopatológico de colo uterino (exame Papanicolau ou preventivo do câncer de colo do útero)?

(1) Sim (**Pule para a questão SE7.4**) (0) Não

SA1. Instalações da sua unidade de saúde:

- (7) Extremamente satisfeito
- (6) Muito satisfeito
- (5) Moderadamente satisfeito
- (4) Não tenho certeza
- (3) Moderadamente insatisfeito
- (2) Muito insatisfeito
- (1) Extremamente insatisfeito

SA2. A liberdade para trabalhar do seu jeito:

- (7) Extremamente satisfeito
- (6) Muito satisfeito
- (5) Moderadamente satisfeito
- (4) Não tenho certeza
- (3) Moderadamente insatisfeito
- (2) Muito insatisfeito
- (1) Extremamente insatisfeito

SA3. Com seus colegas de trabalho:

- (7) Extremamente satisfeito
- (6) Muito satisfeito
- (5) Moderadamente satisfeito
- (4) Não tenho certeza
- (3) Moderadamente insatisfeito
- (2) Muito insatisfeito
- (1) Extremamente insatisfeito

Indique qual é o seu nível de satisfação:

SA4. O reconhecimento que o(a) senhor(a) recebe quando faz um bom trabalho:

- (7) Extremamente satisfeito
- (6) Muito satisfeito
- (5) Moderadamente satisfeito
- (4) Não tenho certeza
- (3) Moderadamente insatisfeito
- (2) Muito insatisfeito
- (1) Extremamente insatisfeito

SA5. A quantidade de responsabilidade que o(a) senhor(a) tem:

- (7) Extremamente satisfeito
- (6) Muito satisfeito
- (5) Moderadamente satisfeito
- (4) Não tenho certeza
- (3) Moderadamente insatisfeito
- (2) Muito insatisfeito
- (1) Extremamente insatisfeito

SA6. Sua remuneração:

- (7) Extremamente satisfeito
- (6) Muito satisfeito
- (5) Moderadamente satisfeito
- (4) Não tenho certeza
- (3) Moderadamente insatisfeito
- (2) Muito insatisfeito
- (1) Extremamente insatisfeito

Indique qual é o seu nível de satisfação com:

SA7. Com o aproveitamento de suas habilidades:

- (7) Extremamente satisfeito
- (6) Muito satisfeito
- (5) Moderadamente satisfeito
- (4) Não tenho certeza
- (3) Moderadamente insatisfeito
- (2) Muito insatisfeito
- (1) Extremamente insatisfeito

SA8. Suas horas de trabalho:

- (7) Extremamente satisfeito
- (6) Muito satisfeito
- (5) Moderadamente satisfeito
- (4) Não tenho certeza
- (3) Moderadamente insatisfeito
- (2) Muito insatisfeito
- (1) Extremamente insatisfeito

SA9. O quanto seu trabalho é diversificado:

- (7) Extremamente satisfeito
- (6) Muito satisfeito
- (5) Moderadamente satisfeito
- (4) Não tenho certeza
- (3) Moderadamente insatisfeito
- (2) Muito insatisfeito
- (1) Extremamente insatisfeito

SA10. Agora, levando tudo isso em consideração, como o(a) senhor(a) se sente em relação ao seu trabalho como um todo:

- (7) Extremamente satisfeito
- (6) Muito satisfeito
- (5) Moderadamente satisfeito
- (4) Não tenho certeza
- (3) Moderadamente insatisfeito
- (2) Muito insatisfeito
- (1) Extremamente insatisfeito

ME. MEDICAMENTOS

ME1. Na rotina do seu trabalho, existe quantidade suficiente desses medicamentos para atender os seus pacientes com qualidade?

ME1.1. Medicamentos para hipertensão

- (1) Sim (0) Não

ME1.2. Medicamentos orais para diabetes mellitus

- (1) Sim (0) Não

ME1.3. Insulina

- (1) Sim (0) Não

ME1.4. Antidepressivos

- (1) Sim (0) Não

ME1.5. Ansiolíticos

- (1) Sim (0) Não

ME1.6. Antibióticos

- (1) Sim (0) Não

ME1.7. Analgésicos

- (1) Sim (0) Não

ME1.8. Medicamentos para tratamento farmacológico do tabagismo

(1) Sim (0) Não

ME1.9. Beta-agonista inalatório de curta ação (como salbutamol)

(1) Sim (0) Não

ME1.10. Corticóide inalatório

(1) Sim (0) Não

ME2. Na rotina do seu trabalho, as opções disponíveis dentro de cada classe de medicamentos a seguir, são suficientes para atender com qualidade os seus pacientes?

ME2.1. Medicamentos para hipertensão

(1) Sim (0) Não

ME2.2. Medicamentos orais para diabetes mellitus

(1) Sim (0) Não

ME2.3. Insulina

(1) Sim (0) Não

ME2.4. Antidepressivos

(1) Sim (0) Não

ME2.5. Ansiolíticos

(1) Sim (0) Não

ME2.6. Antibióticos

(1) Sim (0) Não

ME2.7. Analgésicos

(1) Sim (0) Não

ME2.8. Medicamentos para tratamento farmacológico do tabagismo

(1) Sim (0) Não

ME2.9. Beta-agonista inalatório de curta ação (como salbutamol)

(1) Sim (0) Não

ME2.10. Corticóide inalatório

(1) Sim (0) Não

EX. EXAMES

EX1. Na rotina do seu trabalho, existe oferta suficiente desses **exames** para atender com qualidade os seus pacientes?

EX1.1. Hemoglobina glicosilada (hemoglobina glicada ou Hba1c ou teste A1c)
(1) Sim (0) Não

EX1.2. Creatinina
(1) Sim (0) Não

EX1.3. Microalbuminúria (albuminúria)
(1) Sim (0) Não

EX1.4. Anti-HIV sérico
(1) Sim (0) Não

EX1.5. Teste rápido para detecção HIV
(1) Sim (0) Não

EX1.6. Sorologia para sífilis (como VDRL)
(1) Sim (0) Não

EX1.7. Teste rápido para sífilis
(1) Sim (0) Não

EX1.8. Sorologia para hepatites virais
(1) Sim (0) Não

EX1.9. Teste rápido para hepatites virais
(1) Sim (0) Não

EX1.10. Teste rápido para gravidez
(1) Sim (0) Não

EX1.11. Urocultura (cultura da urina)
(1) Sim (0) Não

EX1.12. BAAR no escarro (baciloscopia para diagnóstico de tuberculose)
(1) Sim (0) Não

EX1.13. Radiografias
(1) Sim (0) Não

EX1.14. Ecografias obstétricas (ultrassonografias obstétricas)
(1) Sim (0) Não

EX1.15. Ecografias (ultrassonografias)
(1) Sim (0) Não

EX1.16. Eletrocardiograma
(1) Sim (0) Não

EX1.17. Teste ergométrico (teste de esforço)

(1) Sim (0) Não

EX1.18. Mamografia

(1) Sim (0) Não

EX1.19. Exame citopatológico do colo uterino (exame Papanicolau ou preventivo do câncer de colo do útero)

(1) Sim (0) Não

RE. REFERÊNCIA

RE1. Na rotina do seu trabalho, existe oferta suficiente de consultas em serviços especializados com essas especialidades médicas para atender com qualidade os seus pacientes?

RE1.1. Serviços de urgência / emergência

(1) Sim (0) Não

RE1.2. Psiquiatria

(1) Sim (0) Não

RE1.3. Oftalmologia

(1) Sim (0) Não

RE1.4. Cardiologia

(1) Sim (0) Não

RE1.5. Endocrinologia

(1) Sim (0) Não

RE1.6. Pré-natal de alto risco

(1) Sim (0) Não

RE1.7. Nefrologia

(1) Sim (0) Não

RE1.8. Cirurgião Vascular

(1) Sim (0) Não

RE1.9. Pediatria

(1) Sim (0) Não

RE1.10. Ginecologia

(1) Sim (0) Não

RE1.11. Oncologia

(1) Sim (0) Não

RE1.12. Infectologia

(1) Sim (0) Não

RE1.13. Outra

(1) Sim (0) Não

RE1.14. Se outra, qual(is)?

AP. APOIO CLÍNICO

AP1. Doutor(a), o(a) senhor(a) conhece o serviço de apoio clínico telefônico do TelessaúdeRS, o 0800 644 6543?

(1) Sim

(0) Não (**Pule para a questão SU1**)

AP2. Doutor(a), o(a) senhor(a) já utilizou esse serviço de apoio clínico telefônico do TelessaúdeRS?

(1) Sim

(0) Não (**Pule para a questão SU1**)

AP3. Com qual frequência o(a) senhor(a) utiliza esse serviço de apoio clínico telefônico do TelessaúdeRS?

(1) Menos de uma vez por mês

(2) De uma a duas vezes por mês

(3) Três ou mais vezes por mês

AP4. Doutor(a), o(a) senhor(a) recomendaria para um colega esse serviço de apoio clínico telefônico do TelessaúdeRS?

(1) Sim

(0) Não

AP5. Qual a satisfação do(a) senhor(a) sobre esse serviço de apoio clínico telefônico do TelessaúdeRS?

(5) Muito satisfeito

(4) Satisfeito

(3) Indiferente

(2) Insatisfeito

(1) Muito insatisfeito

SU. SUGESTÕES

SU1. Qual a sugestão do(a) senhor(a) para a melhoria para o trabalho na sua unidade de saúde?

SU2. Qual a sugestão do(a) senhor(a) para a melhoria no sistema de saúde?

Muito obrigado pela sua participação nesta pesquisa!

DA4. Hora do fim da entrevista (HH:MM): _____

Observações:

- a) Todas as inserções ao longo do questionário que iniciam com: “Entrevistador(a):” indicam uma fala do(a) entrevistador(a) com o(a) paciente que está sendo entrevistado(a).
- b) Orientações e esclarecimentos são apresentados ao longo do questionário nos tópicos de ‘Instrução’ ou entre parênteses na própria questão.
- c) As condicionais (pulos) estão explícitos nas opções de respostas das questões, em sua maioria. Para alguns, entre colchetes no início da questão. Devem ser suprimidos no layout do questionário porque serão automatizados no preenchimento do questionário.
- d) Os títulos das seções podem ser suprimidos na elaboração do questionário.

Anexo D – Questionário para usuários adulto

QUESTIONÁRIO PARA USUÁRIOS ADULTOS

Entrevistador(a),

Aborde os(as) pacientes e fale sobre os objetivos gerais da pesquisa:

Olá, meu nome é _____. Nós somos entrevistadores da empresa CP2 Pesquisas de Belo Horizonte-MG.

Estamos realizando uma pesquisa da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em parceria com o Ministério da Saúde e dirigida por pesquisadores da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). O objetivo desta pesquisa é avaliar a assistência prestada pelos(as) médicos(as) que atendem nas Equipes de Saúde da Família de todo Brasil.

Queremos ouvir a sua opinião!

Convide-o (a) para participar da pesquisa!

DA. DADOS ADMINISTRATIVOS

DA1. Data da entrevista (DD/MM/AAAA): __/__/____

DA2. Hora do início da entrevista (HH:MM): __:__

DA3. Nome do entrevistador(a):

DA4. Selecione a UF da unidade de saúde:

(12)AC; (27)AL; (16)AP; (13)AM; (29)BA; (23)CE; (53)DF; (32)ES; (52)GO; (21)MA; (51)MT; (50)MS; (31)MG; (15)PA; (25)PB; (41)PR; (26)PE; (22)PI; (33)RJ; (24)RN; (43)RS; (11)RO; (14)RR; (42)SC; (35)SP; (28)SE; (17)TO

DA5. Selecione o município da unidade de saúde:

(Lista de todos os municípios)

DA5.1 Outra. Qual? _____

DA6. Selecione o nome da unidade de saúde:

(Lista de unidades de saúde)

DA6.1. Outra. Qual? _____

DA7. Nome (completo) do(a) médico(a):

(Lista de médicos amostrados)

(Somente se DA6 = Outro) D7.1 Outro

Qual? _____

DA8. Grupo do(a) médico(a):

- (1) Intercambista Cooperado (PMM Cubano)
- (2) CRM Brasil Mais Médicos (PMM Brasileiro)
- (3) ESF no Brasil (Não participante PMM)

DI. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Entrevistador(a): Vou iniciar fazendo algumas perguntas sobre o(a) senhor(a).

DI1. O(A) entrevistado(a) é:

- (0) o(a) responsável pelos cuidados de saúde do(a) paciente
- (1) o(a) próprio(a) paciente

DI2. [Se DI1 = 0] Como o(a) paciente gosta de ser chamado(a)?

[Se DI1 = 1] Como você gosta de ser chamado(a)?

DI2R. [Se DI1 = 0] Como você gosta de ser chamado(a)?

DI3. [Se DI1=0] Qual é o seu parentesco com o(a) paciente?

- (1) Mãe
- (2) Pai
- (3) Madrasta
- (4) Padrasto
- (5) Irmã
- (6) Irmão
- (7) Avó(ô)
- (8) Tio(a)
- (9) Filha
- (10) Filho
- (11) Guardião(ã) legal
- (12) Amigo(a)
- (13) Outro

DI3.1 Qual? _____

DI3. [Se DI1 = 0] Sexo do(a) paciente:

[Se DI1 = 1] Sexo:

- (0) Feminino (1) Masculino

DI3R. [Se DI1 = 0] Sexo:

- (0) Feminino (1) Masculino

DI4. [Se DI1 = 0] Qual é a data de nascimento do(a) paciente (DD/MM/AAAA): __/__/____

[Se DI1 = 1] Qual é a sua data de nascimento (DD/MM/AAAA): __/__/____

DI4R. [Se DI1 = 0] Qual é a sua data de nascimento (DD/MM/AAAA): __/__/____

DI5. [Se DI1 = 0] O(A) paciente consultou com o(a) "nome do(a) médico(a)" hoje?

[Se DI1 = 1] Você consultou com o(a) "nome do(a) médico(a)" hoje?

(1) Sim (0) Não

DI6. [Se DI1 = 0] O(A) paciente consultou alguma vez com o(a) "nome do(a) médico(a)" antes do dia de hoje?

[Se DI1 = 1] Você consultou alguma vez com o(a) "nome do(a) médico(a)" antes do dia de hoje?

(1) Sim (0) Não

INSTRUÇÕES PARA A CONTINUIDADE DA ENTREVISTA:

- Se o(a) paciente tem **menos de 18 anos**, encerre a entrevista e agradeça a sua atenção.
- Se o(a) paciente tem **18 anos ou mais** e respondeu **NÃO à pergunta DI4 ou à pergunta DI5**, encerre a entrevista e agradeça a sua atenção.
- Se o(a) paciente tem **18 anos ou mais** e respondeu **SIM às perguntas DI4 e DI5**, prossiga com a entrevista.

Entrevistador(a):

[Se DI1 = 1] Convide o(a) paciente para prosseguir na pesquisa, leia o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Enfatize que as respostas serão mantidas em sigilo e serão utilizadas com propósitos de avaliação dos serviços de saúde. Peça para o(a) paciente assinar o TCLE e entregue ao(à) paciente a sua via do TCLE.

[Se DI1 = 0] Convide o(a) responsável pelos cuidados de saúde do(a) paciente para prosseguir na pesquisa, leia o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Enfatize que as respostas serão mantidas em sigilo e serão utilizadas com propósitos de avaliação dos serviços de saúde. Peça para o(a) paciente assinar o TCLE e entregue ao(à) paciente a sua via do TCLE.

Entrevistador(a):

[Se DI1 = 1] Agora, vou continuar fazendo mais algumas perguntas sobre o(a) senhor(a). [Se DI1 = 0] Agora, vou continuar fazendo mais algumas perguntas sobre o(a) paciente.

DI7. [Se DI1 = 0] A cor ou raça do(a) paciente é:

[Se DI1 = 1] A sua cor ou raça é:

(1) Branca (2) Preta (3) Amarela (4) Parda (5) Indígena

DI7R. [Se DI1 = 0] A sua cor ou raça é:

DI8. [Se DI1 = 1] Você vive em companhia de cônjuge ou companheiro(a)?

[Se DI1 = 0] O(A) paciente vive em companhia de cônjuge ou companheiro(a)?

(1) Sim (2) Não, mas já viveu antes (3) Nunca viveu

DI9. [Se DI1 = 1 ou Se DI1 = 0] Em qual número de telefone (com DDD) a nossa equipe pode entrar em contato com você, se for necessário?

() _____

DS. DEMOGRÁFICAS E SOCIOECONÔMICAS

DS1. [Se DI1 = 1] Neste momento você está:

[Se DI1 = 0] Neste momento o(a) paciente está:

- (1) Trabalhando
- (2) Aposentado(a)/Em benefício doença/Impossibilitado(a) de trabalhar por motivo de doença
- (3) Não está trabalhando, mas procurando emprego
- (4) Não está trabalhando, nem procurando emprego

DS2. [Se DI1 = 0] Até que ano o(a) paciente completou na escola ou faculdade/universidade (número de anos completados com aprovação)? **(Some os anos da escola aos anos de faculdade, se necessário)** (marque 00 caso o entrevistado não saiba ler, nem escrever)

[Se DI1 = 1] Até que ano você completou na escola ou faculdade/universidade (número de anos completados com aprovação)? **(Some os anos da escola aos anos de faculdade, se necessário)** (marque 00 caso o entrevistado não saiba ler, nem escrever) _____

DS2R. [Se DI1 = 0] Até que ano você completou na escola ou faculdade/universidade (número de anos completados com aprovação)? **(Some os anos da escola aos anos de faculdade, se necessário)** (marque 00 caso o entrevistado não saiba ler, nem escrever) _____

Entrevistador(a): [Se DI1 = 1] Agora, vamos falar um pouco sobre a sua casa e sobre as características da sua família.

[Se DI1 = 0] Agora, vamos falar um pouco sobre a casa do(a) paciente e sobre as características da família dele(a).

DS3. Qual é o grau de instrução do chefe da família? (Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio - pode ser o próprio informante)

- (1) Analfabeto/Fundamental I incompleto
- (2) Fundamental I completo/Fundamental II incompleto
- (3) Fundamental II completo/Médio incompleto
- (4) Médio completo/Superior incompleto
- (5) Superior completo

Entrevistador(a): Vou fazer algumas perguntas sobre itens do domicílio. Todos os itens de eletroeletrônicos que vou citar devem estar funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não estejam funcionando, considere apenas se tiver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses.

INSTRUÇÃO: Todos os itens devem ser perguntados pelo (a) entrevistador (a) e respondidos pelo (a) entrevistado (a).

DS4. [Se DI1 = 1] No domicílio tem:

[Se DI1 = 0] No domicílio em que o(a) paciente vive tem:

DS4.1. [Se DI1 = 1 e DI1 = 0] Automóvel

(0) Não Possui (1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) 4 ou mais

DS4.2. [Se DI1 = 1 e DI1 = 0] Empregados mensalistas (*Trabalham pelo menos 5 dias por semana*)

(0) Não Possui (1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) 4 ou mais

DS4.3. [Se DI1 = 1 e DI1 = 0] Máquina de lavar roupa (*Excluído tanquinho*)

(0) Não Possui (1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) 4 ou mais

DS4.4. [Se DI1 = 1 e DI1 = 0] Banheiro

(0) Não Possui (1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) 4 ou mais

DS4.5. [Se DI1 = 1 e DI1 = 0] DVD (*Incluindo qualquer dispositivo que leia DVD, desconsiderando DVD de automóvel*)

(0) Não Possui (1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) 4 ou mais

DS4.6. [Se DI1 = 1 e DI1 = 0] Geladeiras

(0) Não Possui (1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) 4 ou mais

DS4.7. [Se DI1 = 1 e DI1 = 0] Freezers independentes

(0) Não Possui (1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) 4 ou mais

DS4.8. [Se DI1 = 1 e DI1 = 0] Microcomputadores (*Considerar computador de mesa, laptop, notebooks e netbooks. Desconsiderar tablets, palms e smartphones*)

(0) Não Possui (1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) 4 ou mais

DS4.9. [Se DI1 = 1 e DI1 = 0] Lavadora de louça

(0) Não Possui (1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) 4 ou mais

DS4.10. [Se DI1 = 1 e DI1 = 0] Forno de micro-ondas

(0) Não Possui (1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) 4 ou mais

DS4.11. [Se DI1 = 1 e DI1 = 0] Motocicletas (*Desconsidere as usadas exclusivamente para uso profissional*)

(0) Não Possui (1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) 4 ou mais

DS4.12. [Se DI1 = 1 e DI1 = 0] Máquinas secadoras de roupas (*Considerando lava e seca*)

(0) Não Possui (1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) 4 ou mais

DS5. [Se DI1 = 1] A água utilizada na casa onde você reside é proveniente de:

[Se DI1 = 0] A água utilizada na casa onde o(a) paciente reside é proveniente de:

(1) Rede geral de distribuição (2) Poço ou nascente

DS6. [Se DI1 = 1] A rua onde sua casa se encontra é:

[Se DI1 = 0] A rua onde se encontra a casa em que o(a) paciente vive é:

(0) Asfaltada/pavimentada (1) Terra/cascalho

DS7. [Se DI1 = 1] Você possui Bolsa Família?

[Se DI1 = 0] O(a) paciente possui Bolsa Família?

(1) Sim (0) Não

DS8. [Se DI1 = 1] Atualmente você possui plano de saúde (ou convênio médico)?

[Se DI1 = 0] Atualmente o(a) paciente possui plano de saúde (ou convênio médico)?

(1) Sim (0) Não

Instrução: para a próxima questão use o Cartão Resposta XX.

DS9. [Se DI1 = 1] Em qual faixa de renda mensal a sua família se encaixa?

[Se DI1 = 0] Em qual faixa de renda mensal a família do(a) paciente se encaixa?

(1) Faixa 1 (até R\$ 77,00)

(2) Faixa 2 (entre R\$ 77,01 e R\$478,49)

(3) Faixa 3 (entre R\$ 478,50 e R\$879,99)

(4) Faixa 4 (entre R\$ 880,00 e 1.760,00)

(5) Faixa 5 (entre R\$ 1.760,01 e 2.640,00)

(6) Faixa 6 (entre R\$ 2.640,01 e 3.520,00)

(7) Faixa 7 (entre R\$ 3.520,01 e 5.280,00)

(8) Faixa 8 (entre R\$ 5.280,01 e 7.920,00)

(9) Faixa 9 (entre R\$ 7.920,01 e 11.440,00)

(10) Faixa 10 (entre R\$ 11.440,01 e 22.880,00)

(11) Faixa 11 (acima de 22.880,01)

(12) Não sabe / Não quis informar

A. EXTENSÃO DA AFILIAÇÃO COM UM SERVIÇO DE SAÚDE

Entrevistador(a):

[Se D11 = 1] Esclareça ao entrevistado(a) que a partir de agora, TODAS AS PERGUNTAS SERÃO SOBRE O(A) MÉDICO(A) que LHE ATENDEU HOJE na unidade básica de saúde EM QUE VOCÊ ESTÁ AGORA.

[Se D11 = 0] Esclareça ao entrevistado(a) que a partir de agora, TODAS AS PERGUNTAS SERÃO SOBRE O(A) MÉDICO(A) que ATENDEU O(A) PACIENTE HOJE na unidade básica de saúde EM QUE VOCÊ ESTÁ AGORA.

A1. [Se D11 = 1] Você geralmente procura o(a) "nome do(a) médico(a)" quando fica doente ou precisa de conselhos sobre a sua saúde?

[Se D11 = 0] Você geralmente procura o(a) "nome do(a) médico(a)" quando o(a) paciente fica doente ou precisa de conselhos sobre a sua saúde?

(1) Sim (0) Não

A2. [Se D11 = 1] O(A) "nome do(a) médico(a)" é o(a) médico(a) que o(a) conhece melhor como pessoa?

[Se D11 = 0] O(A) "nome do(a) médico(a)" é o(a) médico(a) que conhece melhor o(a) paciente como pessoa?

(1) Sim (0) Não

A3. [Se D11 = 1] O(A) "nome do(a) médico(a)" é o(a) médico(a) mais responsável por seu atendimento de saúde?

[Se D11 = 0] O(A) "nome do(a) médico(a)" é o(a) médico(a) mais responsável pelo atendimento de saúde do(a) paciente?

(1) Sim (0) Não

A4. [Se D11 = 1] Qual(is) o(s) motivo(s) ou doença(s) que o(a) faz(em) consultar habitualmente com este(a) médico(a)?

[Se D11 = 0] Qual(is) o(s) motivo(s) ou doença(s) que fazem o(a) paciente consultar habitualmente com este(a) médico(a)? _____

A5. [Se D11 = 1] Cite os nomes de todos os remédios que você está tomando regularmente?

[Se D11 = 0] Cite os nomes de todos os remédios que o(a) paciente está tomando regularmente?

B. ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – UTILIZAÇÃO

Instrução: para a próxima questão use o Cartão Resposta XX.

Entrevistador (a): Por favor, indique a melhor opção:

B1. [Se DI1 = 1] Quando você tem um novo problema de saúde, você vem ao(à) "nome do(a) médico(a)" antes de ir a outro serviço de saúde?

[Se DI1 = 0] Quando o(a) paciente tem um novo problema de saúde, você vem ao(à) "nome do(a) médico(a)" antes de ir a outro serviço de saúde?

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|-------------------------|
| (4) Com certeza sim | (3) Provavelmente sim | |
| (2) Provavelmente não | (1) Com certeza não | (9) Não sabe/Não lembra |

C. ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – ACESSIBILIDADE

Instrução: para as próximas questões use o Cartão Resposta XX.

Entrevistador (a): Por favor, indique a melhor opção:

C1. [Se DI1 = 1 e Se DI1 = 0] O(A) "serviço de saúde" fica aberto(a) no sábado e/ou no domingo?

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|-------------------------|
| (4) Com certeza sim | (3) Provavelmente sim | |
| (2) Provavelmente não | (1) Com certeza não | (9) Não sabe/Não lembra |

C2. [Se DI1 = 1 e Se DI1 = 0] O(A) "serviço de saúde" fica aberto(a) pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas?

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|-------------------------|
| (4) Com certeza sim | (3) Provavelmente sim | |
| (2) Provavelmente não | (1) Com certeza não | (9) Não sabe/Não lembra |

C3. [Se DI1 = 1] Quando o(a) "serviço de saúde" está aberto(a) e você adoece, alguém deste serviço de saúde atende você no mesmo dia?

[Se DI1 = 0] Quando o(a) "serviço de saúde" está aberto(a) e o(a) paciente adoece, alguém deste serviço de saúde atende o(a) paciente no mesmo dia?

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|-------------------------|
| (4) Com certeza sim | (3) Provavelmente sim | |
| (2) Provavelmente não | (1) Com certeza não | (9) Não sabe/Não lembra |

C4. [Se DI1 = 1] Quando o(a) "serviço de saúde" está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?

[Se DI1 = 0] Quando o(a) "serviço de saúde" está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone para o(a) paciente se precisar?

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|-------------------------|
| (4) Com certeza sim | (3) Provavelmente sim | |
| (2) Provavelmente não | (1) Com certeza não | (9) Não sabe/Não lembra |

C11. [Se DI1 = 1] É difícil para você conseguir atendimento médico no(a) "serviço de saúde" quando pensa que é necessário?

[Se DI1 = 0] É difícil para você conseguir atendimento médico para o(a) paciente no(a) "serviço de saúde" quando pensa que é necessário?

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|-------------------------|
| (4) Com certeza sim | (3) Provavelmente sim | |
| (2) Provavelmente não | (1) Com certeza não | (9) Não sabe/Não lembra |

C12. [Se DI1 = 1] Quando você necessita ir ao(à) "serviço de saúde", você precisa faltar ao trabalho ou à escola?

[Se DI1 = 0] Quando o(a) paciente necessita ir ao(à) "serviço de saúde", você precisa faltar ao trabalho ou à escola?

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|-------------------------|
| (4) Com certeza sim | (3) Provavelmente sim | |
| (2) Provavelmente não | (1) Com certeza não | (9) Não sabe/Não lembra |

D. LONGITUDINALIDADE

Instrução: para as próximas questões use o Cartão Resposta XX.

Entrevistador(a): Por favor, indique a melhor opção:

D1. [Se DI1 = 1] Quando você vem ao(à) "serviço de saúde", é o(a) mesmo(a) médico(a) que atende você todas as vezes?

[Se DI1 = 0] Quando o(a) paciente vem ao(à) "serviço de saúde", é o(a) mesmo(a) médico(a) que o(a) atende todas as vezes?

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|-------------------------|
| (4) Com certeza sim | (3) Provavelmente sim | |
| (2) Provavelmente não | (1) Com certeza não | (9) Não sabe/Não lembra |

D2. [Se DI1 = 1] Você acha que o(a) "nome do(a) médico(a)" entende o que você diz ou pergunta?

[Se DI1 = 0] Você acha que o(a) "nome do(a) médico(a)" entende o que você diz ou pergunta?

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|-------------------------|
| (4) Com certeza sim | (3) Provavelmente sim | |
| (2) Provavelmente não | (1) Com certeza não | (9) Não sabe/Não lembra |

D3. [Se DI1 = 1 e Se DI1 = 0] O(A) "nome do(a) médico(a)" responde as suas perguntas de maneira que você entenda?

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|-------------------------|
| (4) Com certeza sim | (3) Provavelmente sim | |
| (2) Provavelmente não | (1) Com certeza não | (9) Não sabe/Não lembra |

D4. [Se DI1 = 1] Se você tiver uma pergunta sobre a sua saúde, pode telefonar e falar com o(a) médico(a) que melhor conhece você?

[Se DI1 = 0] Se você tiver uma pergunta sobre a saúde do(a) paciente, pode telefonar e falar com o(a) médico(a) que melhor conhece o(a) paciente?

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|-------------------------|
| (4) Com certeza sim | (3) Provavelmente sim | |
| (2) Provavelmente não | (1) Com certeza não | (9) Não sabe/Não lembra |

D5. [Se DI1 = 1] O(A) “nome do(a) médico(a)” lhe dá tempo suficiente para falar sobre as suas preocupações ou problemas?

[Se DI1 = 0] O(A) “nome do(a) médico(a)” lhe dá tempo suficiente para falar sobre as suas preocupações ou problemas com o(a) paciente?

- (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim
(2) Provavelmente não (1) Com certeza não (9) Não sabe/Não lembra

D6. [Se DI1 = 1] Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao(à) “nome do(a) médico(a)”?

[Se DI1 = 0] Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas sobre o(a) paciente ao(à) “nome do(a) médico(a)”?

- (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim
(2) Provavelmente não (1) Com certeza não (9) Não sabe/Não lembra

D7. [Se DI1 = 1] O(A) “nome do(a) médico(a)” conhece você mais como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?

[Se DI1 = 0] O(A) “nome do(a) médico(a)” conhece o(a) paciente mais como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?

- (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim
(2) Provavelmente não (1) Com certeza não (9) Não sabe/Não lembra

D8. [Se DI1 = 1] O(A) “nome do(a) médico(a)” sabe quem mora com você?

[Se DI1 = 0] O(A) “nome do(a) médico(a)” sabe quem mora com o(a) paciente?

- (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim
(2) Provavelmente não (1) Com certeza não (9) Não sabe/Não lembra

D9. [Se DI1 = 1] O(A) “nome do(a) médico(a)” sabe quais problemas são mais importantes para você?

[Se DI1 = 0] O(A) “nome do(a) médico(a)” sabe quais problemas são mais importantes para o(a) paciente e a família dele(a)?

- (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim
(2) Provavelmente não (1) Com certeza não (9) Não sabe/Não lembra

D10. [Se DI1 = 1] O(A) “nome do(a) médico(a)” conhece a sua história clínica (história médica) completa?

[Se DI1 = 0] O(A) “nome do(a) médico(a)” conhece a história clínica (história médica) completa do(a) paciente?

- (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim
(2) Provavelmente não (1) Com certeza não (9) Não sabe/Não lembra

D11. [Se DI1 = 1] O(A) "*nome do(a) médico(a)*" sabe a respeito do seu trabalho ou emprego?
[Se DI1 = 0] O(A) "*nome do(a) médico(a)*" sabe a respeito do trabalho ou emprego dos familiares do(a) paciente?

- (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim
(2) Provavelmente não (1) Com certeza não (9) Não sabe/Não lembra

D12. [Se DI1 = 1] De alguma forma, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" saberia se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que você precisa?

[Se DI1 = 0] De alguma forma, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" saberia se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que o(a) paciente precisa?

- (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim
(2) Provavelmente não (1) Com certeza não (9) Não sabe/Não lembra

D13. [Se DI1 = 1] O(A) "*nome do(a) médico(a)*" sabe a respeito de todos os medicamentos que você está tomando?

[Se DI1 = 0] O(A) "*nome do(a) médico(a)*" sabe a respeito de todos os medicamentos que o(a) paciente está tomando?

- (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim
(2) Provavelmente não (1) Com certeza não (9) Não sabe/Não lembra

D14 [Se DI1 = 1] Você mudaria do(a) "*nome do(a) médico(a)*" para outro(a) médico(a) se isto fosse muito fácil de fazer?

[Se DI1 = 0] Você mudaria o(a) paciente do(a) "*nome do(a) médico(a)*" para outro(a) médico(a) se isto fosse muito fácil de fazer?

- (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim
(2) Provavelmente não (1) Com certeza não (9) Não sabe/Não lembra

E. COORDENAÇÃO – INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

E1. [Se DI1 = 1] Você já foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que você está em acompanhamento com o(a) "*nome do(a) médico(a)*"?

[Se DI1 = 0] O(A) paciente já foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que o(a) paciente está em acompanhamento com o(a) "*nome do(a) médico(a)*"?

- (1) Sim
(0) Não (**Pule para o item F1**)
(9) Não sabe/Não lembra (**Pule para o item F1**)

Instrução: para as próximas questões use o Cartão Resposta XX.

Entrevistador(a): Por favor, indique a melhor opção:

E2. [Se DI1 = 1] O(A) "nome do(a) médico(a)" sugeriu (indicou, encaminhou) que você fosse consultar com esse especialista ou serviço especializado?

[Se DI1 = 0] O(A) "nome do(a) médico(a)" sugeriu (indicou, encaminhou) que o(a) paciente fosse consultar com esse especialista ou serviço especializado?

- (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim
(2) Provavelmente não (1) Com certeza não (9) Não sabe/Não lembra

E3. [Se DI1 = 1] O(A) "nome do(a) médico(a)" escreveu alguma informação para o especialista, a respeito do motivo dessa consulta?

[Se DI1 = 0] O(A) "nome do(a) médico(a)" escreveu alguma informação sobre o(a) paciente para o especialista, a respeito do motivo dessa consulta?

- (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim
(2) Provavelmente não (1) Com certeza não (9) Não sabe/Não lembra

E4. [Se DI1 = 1] O(A) "nome do(a) médico(a)" sabe quais foram os resultados dessa consulta?

[Se DI1 = 0] O(A) "nome do(a) médico(a)" sabe quais foram os resultados dessa consulta do(a) paciente?

- (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim
(2) Provavelmente não (1) Com certeza não (9) Não sabe/Não lembra

E5. [Se DI1 = 1] O(A) "nome do(a) médico(a)" pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado no especialista ou serviço especializado (perguntou se você foi bem ou mal atendido pelo especialista ou no serviço especializado)?

[Se DI1 = 0] O(A) "nome do(a) médico(a)" pareceu interessado na qualidade do cuidado que foi dado ao(à) paciente no especialista ou serviço especializado (perguntou se o(a) paciente foi bem ou mal atendido pelo especialista ou no serviço especializado)?

- (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim
(2) Provavelmente não (1) Com certeza não (9) Não sabe/Não lembra

F. COORDENAÇÃO – SISTEMA DE INFORMAÇÃO

Instrução: para a próxima questão use o Cartão Resposta XX.

Entrevistador(a): Por favor, indique a melhor opção:

F1. [Se DI1 = 1] Se quisesse, você poderia ler (consultar) o seu prontuário no(a) "serviço de saúde"?

[Se DI1 = 0] Se quisesse, você poderia ler (consultar) o prontuário do(a) paciente no(a) "serviço de saúde"?

- (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim
(2) Provavelmente não (1) Com certeza não (9) Não sabe/Não lembra

G. INTEGRALIDADE – SERVIÇOS DISPONÍVEIS

Instrução: para as próximas questões use o Cartão Resposta XX.

[Se DI1 = 1] A seguir, apresentamos uma lista de serviços/orientações que você e a sua família ou as pessoas que utilizam esse serviço podem necessitar em algum momento.

[Se DI1 = 0] A seguir, apresentamos uma lista de serviços/orientações que o(a) paciente e a sua família ou as pessoas que utilizam esse serviço podem necessitar em algum momento.

Indique, por favor, se no(a) "serviço de saúde" esses serviços ou orientações estão disponíveis.

G1. [Se DI1 = 0 e Se DI1 = 1] Aconselhamento para problemas de saúde mental (ex.: ansiedade, depressão)

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|-------------------------|
| (4) Com certeza sim | (3) Provavelmente sim | |
| (2) Provavelmente não | (1) Com certeza não | (9) Não sabe/Não lembra |

G2. [Se DI1 = 0 e Se DI1 = 1] Aconselhamento sobre como parar de fumar

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|-------------------------|
| (4) Com certeza sim | (3) Provavelmente sim | |
| (2) Provavelmente não | (1) Com certeza não | (9) Não sabe/Não lembra |

G3. [Se DI1 = 0 e Se DI1 = 1] Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex.: diminuição da memória, risco de cair)

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|-------------------------|
| (4) Com certeza sim | (3) Provavelmente sim | |
| (2) Provavelmente não | (1) Com certeza não | (9) Não sabe/Não lembra |

H. INTEGRALIDADE – SERVIÇOS PRESTADOS

Instrução: para as próximas questões use o Cartão Resposta XX.

[Se DI1 = 1] A seguir, apresentamos uma lista de serviços que você pode ter recebido em consulta com o "nome do(a) médico(a)".

[Se DI1 = 0] A seguir, apresentamos uma lista de serviços que o(a) paciente pode ter recebido em consulta com o "nome do(a) médico(a)".

Em consultas com o(a) "nome do(a) médico(a)" algum dos seguintes assuntos já foi ou é discutido (conversado) com você?

Entrevistador(a): Por favor, indique a melhor opção:

H1. [Se DI1 = 0 e Se DI1 = 1] Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|-------------------------|
| (4) Com certeza sim | (3) Provavelmente sim | |
| (2) Provavelmente não | (1) Com certeza não | (9) Não sabe/Não lembra |

- H2. [Se DI1 = 1] Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados para você
 [Se DI1 = 0] *Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados para o(a) paciente*
 (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim
 (2) Provavelmente não (1) Com certeza não (9) Não sabe/Não lembra
- H3. [Se DI1 = 1] Verificar e discutir os medicamentos que você está tomando
 [Se DI1 = 0] *Verificar e discutir os medicamentos que o(a) paciente está tomando*
 (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim
 (2) Provavelmente não (1) Com certeza não (9) Não sabe/Não lembra
- H4. [Se DI1 = 0 e Se DI1 = 1] Como prevenir quedas
 (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim
 (2) Provavelmente não (1) Com certeza não (9) Não sabe/Não lembra

I – ORIENTAÇÃO FAMILIAR

Instrução: para as próximas questões use o Cartão Resposta XX.

[Se DI1 = 1] As perguntas a seguir são sobre a relação do(a) "nome do(a) médico(a)" com a sua família.

[Se DI1 = 0] *As perguntas a seguir são sobre a relação do(a) "nome do(a) médico(a)" com a família do(a) paciente.*

Entrevistador(a): Por favor, indique a melhor opção:

I1. [Se DI1 = 1] O(A) "nome do(a) médico(a)" lhe pergunta sobre as suas ideias e opiniões (sobre o que você pensa) ao planejar o tratamento e o cuidado para você ou para um membro da sua família?

[Se DI1 = 0] *O(A) "nome do(a) médico(a)" lhe pergunta sobre as suas ideias e opiniões (sobre o que você pensa) ao planejar o tratamento e o cuidado para o(a) paciente ou para um membro da sua família?*

- (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim
 (2) Provavelmente não (1) Com certeza não (9) Não sabe/Não lembra

I2. [Se DI1 = 1] O(A) "nome do(a) médico(a)" se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário?

[Se DI1 = 0] *O(A) "nome do(a) médico(a)" se reuniria com membros da família do(a) paciente se você achasse necessário?*

- (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim
 (2) Provavelmente não (1) Com certeza não (9) Não sabe/Não lembra

J. ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

Instrução: para a próxima questão use o Cartão Resposta XX.

A seguir é apresentada uma forma de avaliar a qualidade de serviços de saúde.

Entrevistador (a): Por favor, indique a melhor opção:

J1. [Se DI1 = 0 e Se DI1 = 1] O(A) "serviço de saúde" faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?

- (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim
(2) Provavelmente não (1) Com certeza não (9) Não sabe/Não lembra

AC. AVALIAÇÃO DA CONSULTA REALIZADA NO DIA

[Se DI1 = 1] Entrevistador(a): Agora, vamos falar um pouco sobre a sua consulta de hoje.

[Se DI1 = 0] Entrevistador(a): Agora, vamos falar um pouco sobre a consulta de hoje do(a) paciente

AC1. [Se DI1 = 0 e Se DI1 = 1] A consulta de hoje com o(a) "nome do(a) médico(a)" foi agendada previamente ou você a conseguiu hoje?

- (0) Agendada (1) Obtida no mesmo dia

AC2. [Se DI1 = 1] Qual(is) o(s) motivo(s) da sua consulta de hoje com o "nome do(a) médico(a)"?

[Se DI1 = 0] Qual(is) o(s) motivo(s) da consulta de hoje do(a) paciente com o "nome do(a) médico(a)"?

AC3. [Se DI1 = 1] Na consulta de hoje, você recebeu alguma "receita/prescrição"?

[Se DI1 = 0] Na consulta de hoje, o(a) paciente recebeu alguma "receita/prescrição"?

- (1) Sim (0) Não (Pule para a questão AC4)

AC3.1. Peça para tirar uma foto da prescrição. Código da foto: _____.

AC4. [Se DI1 = 1] Na consulta de hoje, você recebeu alguma solicitação para fazer exames?

[Se DI1 = 0] Na consulta de hoje, o(a) paciente recebeu alguma solicitação para fazer exames?

- (1) Sim (0) Não (Pule para a questão AC5)

AC4.1 Peça para tirar uma foto da solicitação de exames. Código da foto: _____.

AC5. [Se DI1 = 1] [Somente se “E1” = Sim ou “E1” = Não sei/Não lembro] Na consulta de hoje, você foi encaminhado(a) a outro(a) médico(a)?

[Se DI1 = 0] [Somente se “E1” = Sim ou “E1” = Não sei/Não lembro] Na consulta de hoje, o(a) paciente foi encaminhado(a) a outro(a) médico(a)?

(1) Sim (0) Não (**Pule para a questão AC7**)

AC5.1. Peça para tirar uma foto do encaminhamento. Código da foto: _____.

AC6. [Se DI1 = 0 e Se DI1 = 1] Para qual especialista é esse encaminhamento?

AC7. [Se DI1 = 1] Qual(is) outra(s) orientação(ões) você recebeu na consulta de hoje? Caso o(a) paciente informe que não recebeu outras orientações, escreva: Nenhuma.

[Se DI1 = 0] Qual(is) outra(s) orientação(ões) o(a) paciente recebeu na consulta de hoje? Caso o(a) entrevistado(a) informe que não recebeu outras orientações, escreva: Nenhuma.

HC. HISTÓRICO DE CONSULTAS E INTERNAÇÕES

[Se DI1 = 1] Entrevistador(a): A partir de agora, vamos conversar sobre o seu histórico de consultas e também de internações.

[Se DI1 = 0] Entrevistador(a): A partir de agora, vamos conversar sobre o histórico do(a) paciente de consultas e também de internações

HC1. [Se DI1 = 1] Durante os últimos 12 meses, você foi alguma vez internado(a) no hospital por uma noite ou mais?

[Se DI1 = 0] Durante os últimos 12 meses, o(a) paciente foi alguma vez internado(a) no hospital por uma noite ou mais?

(1) Sim (0) Não (**Pule para a questão HC3**)

HC2. [Se DI1 = 0 e Se DI1 = 1] Qual(is) foi/foram o(s) motivo(s) desta internação?

HC3. [Se DI1 = 1] Qual o total de consultas médicas que você realizou nos últimos 12 meses, incluindo essa unidade de saúde, emergências, hospitais, ambulatorios? Por favor, indique o número aproximado. ____

[Se DI1 = 0] Qual o total de consultas médicas que o(a) paciente realizou nos últimos 12 meses, incluindo essa unidade de saúde, emergências, hospitais, ambulatorios? Por favor, indique o número aproximado. ____

HC4. [Se DI1 = 0 e Se DI1 = 1] Quantas dessas consultas, nos últimos 12 meses, foram nesta unidade de saúde? Por favor, indique o número aproximado. ____

HC5. [Se DI1 = 0 e Se DI1 = 1] Quantas das consultas nesta unidade de saúde, nos últimos 12 meses foram com “nome do(a) médico(a)”? Por favor, indique o número aproximado. ____

CR. CUIDADOS RECEBIDOS

[Se DI1 = 1] Entrevistador(a): Vamos conversar sobre cuidados de saúde que **VOCÊ** pode ter recebido neste serviço de saúde.

[Se DI1 = 0] Entrevistador(a): Vamos conversar sobre cuidados de saúde que O(A) PACIENTE pode ter recebido neste serviço de saúde.

CR1. [Se DI1 = 1] Nos últimos 12 meses, o(a) "nome do(a) médico(a)" ou a sua equipe pesou você?

[Se DI1 = 0] Nos últimos 12 meses, o(a) "nome do(a) médico(a)" ou a sua equipe pesou o(a) paciente?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

CR2. [Se DI1 = 1] Nos últimos 12 meses, o(a) "nome do(a) médico(a)" ou a sua equipe mediu a sua altura?

[Se DI1 = 0] Nos últimos 12 meses, o(a) "nome do(a) médico(a)" ou a sua equipe mediu a altura do(a) paciente?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

CR3. [Se DI1 = 1] Nos últimos 12 meses, o(a) "nome do(a) médico(a)" ou a sua equipe mediu a sua pressão arterial?

[Se DI1 = 0] Nos últimos 12 meses, o(a) "nome do(a) médico(a)" ou a sua equipe mediu a pressão arterial do(a) paciente?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

CR4. [Se DI1 = 1] Nos últimos 12 meses, o(a) "nome do(a) médico(a)" recomendou manter uma alimentação saudável, com frutas e vegetais?

[Se DI1 = 0] Nos últimos 12 meses, o(a) "nome do(a) médico(a)" recomendou que o(a) paciente mantivesse uma alimentação saudável, com frutas e vegetais?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

CR5. [Se DI1 = 1] Nos últimos 12 meses, o(a) "nome do(a) médico(a)" recomendou manter o peso adequado?

[Se DI1 = 0] Nos últimos 12 meses, o(a) "nome do(a) médico(a)" recomendou que o(a) paciente mantivesse o peso adequado?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

CR6. [Se DI1 = 1] Nos últimos 12 meses, o(a) "nome do(a) médico(a)" recomendou ingerir menos sal?

[Se DI1 = 0] Nos últimos 12 meses, o(a) "nome do(a) médico(a)" recomendou que o(a) paciente ingerisse menos sal?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

CR7. [Se DI1 = 1] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" recomendou ingerir menos gordura?

[Se DI1 = 0] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" recomendou que o(a) paciente ingerisse menos gordura?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

CR8. [Se DI1 = 1] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" recomendou praticar atividade física regular?

[Se DI1 = 0] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" recomendou que o(a) paciente praticasse atividade física regular?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

CR9. [Se DI1 = 1] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" perguntou se você fuma?

[Se DI1 = 0] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" perguntou se o(a) paciente fuma?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

CR10. [Se DI1 = 1] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" recomendou não beber em excesso?

[Se DI1 = 0] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" recomendou que o(a) paciente não bebesse em excesso?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

CR11. [Se DI1 = 1] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" solicitou o exame de glicemia de jejum, açúcar no sangue?

[Se DI1 = 0] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" solicitou o exame de glicemia de jejum, açúcar no sangue, para o(a) paciente?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

CR12. [Se DI1 = 1] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" solicitou o exame de colesterol?

[Se DI1 = 0] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" solicitou o exame de colesterol para o(a) paciente?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

CR13. [Se DI1 = 1] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" solicitou o exame de urina?

[Se DI1 = 0] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" solicitou o exame de urina para o(a) paciente?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

CR14. [Se DI1 = 1] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" solicitou exame para hepatites?

[Se DI1 = 0] 'Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" solicitou o exame para hepatites para o(a) paciente?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

CR15. [Se DI1 = 1] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" solicitou o teste para HIV/AIDS?

[Se DI1 = 0] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" solicitou o teste para HIV/AIDS para o(a) paciente?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

CR16. Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" forneceu orientações para evitar doenças que são transmitidas através do sexo?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

CR17. [Se DI1 = 1] Nos últimos 12 meses, você fez a vacina contra gripe?

[Se DI1 = 0] Nos últimos 12 meses, o(a) paciente fez a vacina contra gripe?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

CRM. CUIDADOS RECEBIDOS - SÓ PARA MULHERES

CRM1. [Se DI1 = 1] *Apenas para mulheres com idade < 45 anos*] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" orientou você sobre métodos anticoncepcionais ou planejamento familiar?

[Se DI1 = 0] *Apenas para mulheres com idade < 45 anos*] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" orientou o(a) paciente sobre métodos anticoncepcionais ou planejamento familiar?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

CRM2. [Se DI1 = 1] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" coletou ou perguntou se você fez exame preventivo do colo uterino ou papanicolau?

[Se DI1 = 0] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" coletou ou perguntou se o(a) paciente fez exame preventivo do colo uterino ou papanicolau?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

CRM3. [Se DI1 = 1] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" solicitou exame de mamografia?

[Se DI1 = 0] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" solicitou o exame de mamografia para a paciente?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

CRM4. [Se DI1 = 1] Nos últimos 12 meses, o(a) "nome do(a) médico(a)" solicitou exame de densitometria para osteoporose?

[Se DI1 = 0] Nos últimos 12 meses, o(a) "nome do(a) médico(a)" solicitou o exame de densitometria para osteoporose para o(a) paciente?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

CRM5. [Se DI1 = 1] Nos últimos 12 meses, o(a) "nome do(a) médico(a)" solicitou ecografia (ultrassom) transvaginal?

[Se DI1 = 0] Nos últimos 12 meses, o(a) "nome do(a) médico(a)" solicitou a ecografia (ultrassom) transvaginal para a paciente?

(1) Sim (0) Não **(Pule para a questão CRM7)** (9) Não sabe/Não lembra **(Pule para a questão CRM7)**

CRM6. [Se DI1 = 1] Quando foi solicitada a ecografia transvaginal você tinha alguma queixa de saúde como dor ou sangramento vaginal?

[Se DI1 = 0] Quando foi solicitada a ecografia transvaginal a paciente tinha alguma queixa de saúde como dor ou sangramento vaginal?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

CRM7. [Se DI1 = 1] Nos últimos 12 meses, o(a) "nome do(a) médico(a)" perguntou alguma vez se você tem problemas no relacionamento com seu parceiro ou se sofre de violência doméstica?

[Se DI1 = 0] Nos últimos 12 meses, o(a) "nome do(a) médico(a)" perguntou alguma vez se o(a) paciente tem problemas no relacionamento com seu parceiro ou se sofre de violência doméstica?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

CRH. CUIDADOS RECEBIDOS - SÓ PARA HOMENS

CRH1. [Se DI1 = 1] Nos últimos 12 meses, o(a) "nome do(a) médico(a)" solicitou o exame de sangue da próstata, o PSA?

[Se DI1 = 0] Nos últimos 12 meses, o(a) "nome do(a) médico(a)" solicitou o exame de sangue da próstata, o PSA para o paciente?

(1) Sim (0) Não **(Pule para a questão DS1)** (9) Não sabe/Não lembra **(Pule para a questão DS1)**

CRH2. [Se DI1 = 1] Quando foi solicitado o PSA, você apresentava algum sintoma urinário como jato urinário fraco, esforço para urinar ou sensação de esvaziamento incompleto da bexiga?

[Se DI1 = 0] Quando foi solicitado o PSA, o(a) paciente apresentava algum sintoma urinário como jato urinário fraco, esforço para urinar ou sensação de esvaziamento incompleto da bexiga?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

CRH3. [Se DI1 = 1] Você faz uso de medicamento para próstata (ex.: doxazosina/carduran/duomo ou finasterida/calvin/flaxin)?

[Se DI1 = 0] O(A) paciente faz uso de medicamento para próstata (ex.: doxazosina/carduran/duomo ou finasterida/calvin/flaxin)?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

DS. DEMANDAS DE SAÚDE

Entrevistador(a): A partir de agora, vamos falar sobre serviços disponíveis ou prestados nesta unidade de saúde e situações de saúde.

DS1. [Se DI1 = 1 e Se DI1 = 0] O(A) "nome do(a) médico(a)" faz sutura de um corte que necessite de pontos?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

DS2. [Se DI1 = 1 e Se DI1 = 0] O(A) "nome do(a) médico(a)" faz remoção de unha encravada?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

DS3. [Se DI1 = 1 e Se DI1 = 0] O(A) "nome do(a) médico(a)" faz imobilização (ex.: para tornozelo torcido)?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

DS4. [Se DI1 = 1 e Se DI1 = 0] (A) "nome do(a) médico(a)" faz lavagem de ouvido?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

DS5. [Se DI1 = 1 e Se DI1 = 0] O(A) "nome do(a) médico(a)" faz visitas domiciliares?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

DS6. [Se DI1 = 1 e Se DI1 = 0] [Apenas para mulheres com idade < 45 anos] O(A) "nome do(a) médico(a)" faz consultas de pré-natal para acompanhamento das gestantes?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

DS7. [Se DI1 = 1 e Se DI1 = 0] [Apenas para mulheres com idade ≥ 45 anos] O(A) "nome do(a) médico(a)" orienta ou faz tratamento para menopausa?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

DS8. [Se DI1 = 1] Se você estivesse resfriado ou com ou gripado e precisasse de atendimento médico, procuraria primeiro o(a) "nome do(a) médico(a)"?

[Se DI1 = 0] Se o(a) paciente estivesse resfriado ou com ou gripado e precisasse de atendimento médico, você procuraria primeiro o(a) "nome do(a) médico(a)"?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

DS9. [Se DI1 = 1] Se você estivesse com tosse há três semanas e precisasse de atendimento médico, procuraria primeiro o(a) "nome do(a) médico(a)"?

[Se DI1 = 0] Se o(a) paciente estivesse com tosse há três semanas e precisasse de atendimento médico, você procuraria primeiro o(a) "nome do(a) médico(a)"?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

DS10. [Se DI1 = 1] Se você estivesse com vômito ou diarreia e precisasse de atendimento médico, procuraria primeiro o(a) "nome do(a) médico(a)"?

[Se DI1 = 0] Se o(a) paciente estivesse com vômito ou diarreia e precisasse de atendimento médico, você procuraria primeiro o(a) "nome do(a) médico(a)"?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

DS11. [Se DI1 = 1] Se você estivesse com dor nas costas e precisasse de atendimento médico, procuraria primeiro o(a) "nome do(a) médico(a)"?

[Se DI1 = 0] Se o(a) paciente estivesse com dor nas costas e precisasse de atendimento médico, você procuraria primeiro o(a) "nome do(a) médico(a)"?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

DS12. [Se DI1 = 1] Se você ou alguém da sua família apresentasse ardência ou dor para urinar e precisasse de atendimento médico, procuraria primeiro o(a) "nome do(a) médico(a)"?

[Se DI1 = 0] Se o(a) paciente ou alguém da família do(a) paciente apresentasse ardência ou dor para urinar e precisasse de atendimento médico, você procuraria primeiro o(a) "nome do(a) médico(a)"?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

DS13. [Se DI1 = 1] Se você ou alguém da sua família apresentasse corrimento vaginal ou pelo canal do pênis e precisasse de atendimento médico, procuraria primeiro o(a) "nome do(a) médico(a)"?

[Se DI1 = 0] Se o(a) paciente ou alguém da família do(a) paciente apresentasse corrimento vaginal ou pelo canal do pênis e precisasse de atendimento médico, você procuraria primeiro o(a) "nome do(a) médico(a)"?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

DS14. [Se DI1 = 1] [Apenas para mulheres] Se você ou alguém de sua família estivesse com sangramento vaginal diferente do normal e precisasse de atendimento médico, procuraria primeiro o(a) "nome do(a) médico(a)"?

[Se DI1 = 0] [Apenas para mulheres] Se a paciente ou alguém da família da paciente estivesse com sangramento vaginal diferente do normal e precisasse de atendimento médico, você procuraria primeiro o(a) "nome do(a) médico(a)"?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

DS15. [Se DI1 = 1] Se você ou alguém de sua família estivesse com medo de ter sido contaminado pelo HIV e precisasse de atendimento médico, procuraria primeiro o(a) "nome do(a) médico(a)"?

[Se DI1 = 0] ' Se o(a) paciente ou alguém da família do(a) paciente estivesse com medo de ter sido contaminado pelo HIV e precisasse de atendimento médico, você procuraria primeiro o(a) "nome do(a) médico(a)"?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

DS16. [Se DI1 = 1] Se você ou alguém de sua família tivesse problemas com álcool ou drogas e precisasse de atendimento médico, procuraria primeiro o(a) "nome do(a) médico(a)"?

[Se DI1 = 0] 'Se o(a) paciente ou alguém da família do(a) paciente tivesse problemas com álcool ou drogas e precisasse de atendimento médico, você procuraria primeiro o(a) "nome do(a) médico(a)"?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

CS. CONDIÇÕES DE SAÚDE

[Se DI1 = 1] Entrevistador(a): Neste próximo conjunto de questões vamos conversar um pouco sobre a sua saúde.

[Se DI1 = 0] Entrevistador(a): Neste próximo conjunto de questões vamos conversar um pouco sobre a saúde do(a) paciente.

CS1. [Se DI1 = 1] Qual é o seu peso atual (em Kg)? _____

[Se DI1 = 0] Qual é o peso atual do(a) paciente (em Kg)?

CS2. [Se DI1 = 1] Qual é a sua altura atual (em cm)? _____

[Se DI1 = 0] Qual é a altura atual do(a) paciente(em cm)?

CS3. [Se DI1 = 1] Você fuma?

[Se DI1 = 0] O(a) paciente fuma?

(1) Sim (0) Não (**Pule para a questão DC1**)

CS4. [Se DI1 = 1] O(A) "nome do(a) médico(a)" lhe recomendou para você parar de fumar?

[Se DI1 = 0] O(A) "nome do(a) médico(a)" recomendou que o(a) paciente pare de fumar?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

DC. DOENÇAS CRÔNICAS

Hipertensão

DC1. [Se DI1 = 1] Algum médico já lhe disse que você tem hipertensão ou pressão alta?

[Se DI1 = 0] Algum médico já disse para você ou para o(a) paciente que ele(a) tem hipertensão ou pressão alta?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

DC2. [Se DI1 = 1] Algum médico já disse que você precisava usar algum remédio para pressão alta?

[Se DI1 = 0] Algum médico já disse para você ou ao paciente que ele(a) precisava usar algum remédio para pressão alta?

(1) Sim (0) Não **(Pule para a questão DC4)** (9) Não sabe/Não lembra **(Pule para a questão DC4)**

DC3. [Se DI1 = 1] Você está usando o(s) remédio(s) prescrito(s)?

[Se DI1 = 0] O(A) paciente está usando o(s) remédio(s) prescrito(s)?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

Diabetes

DC4. [Se DI1 = 1] Algum médico já lhe disse que você tem diabetes ou açúcar alto no sangue?

[Se DI1 = 0] Algum médico já disse para você ou para o(a) paciente que ele(a) tem diabetes ou açúcar alto no sangue?

(1) Sim (0) Não **(Pule para a questão DC14)** (9) Não sabe/Não lembra **(Pule para a questão DC14)**

DC5. [Se DI1 = 1] Algum médico já disse que você precisava usar algum remédio oral (comprimidos) para diabetes ou açúcar alto no sangue?

[Se DI1 = 0] Algum médico já disse para você ou para o(a) paciente que ele(a) precisava usar algum remédio oral (comprimidos) para diabetes ou açúcar alto no sangue?

(1) Sim (0) Não **(Pule para a questão DC7)** (9) Não sabe/Não lembra **(Pule para a questão DC7)**

DC6. [Se DI1 = 1] Você está usando o(s) remédio(s) (comprimidos) prescrito(s)?

[Se DI1 = 0] O(A) paciente está usando o(s) remédio(s) (comprimidos) prescrito(s)?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

DC7. [Se DI1 = 1] Algum médico já disse que você precisava usar insulina?

[Se DI1 = 0] Algum médico já disse para você ou para o(a) paciente que ele(a) precisava usar insulina?

(1) Sim (0) Não **(Pule para a questão DC10)** (9) Não sabe/Não lembra **(Pule para a questão DC10)**

DC8. [Se DI1 = 1] Você está usando insulina?

[Se DI1 = 0] O(A) paciente está usando insulina?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

DC9. O(A) "nome do(a) médico(a)" explicou o que fazer no caso da hipoglicemia/insulina baixar muito o açúcar no sangue?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

DC10. [Se DI1 = 1] O(A) "nome do(a) médico(a)" recomendou para você cuidados regulares com os seus pés?

[Se DI1 = 0] O(A) "nome do(a) médico(a)" recomendou cuidados regulares com os pés do(a) paciente?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

DC11. [Se DI1 = 1] O(A) "nome do(a) médico(a)" examinou os seus pés nos últimos 12 meses?

[Se DI1 = 0] O(A) "nome do(a) médico(a)" examinou os pés do(a) paciente nos últimos 12 meses?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

DC12. [Se DI1 = 1] O(A) "nome do(a) médico(a)" encaminhou você ao oftalmologista nos últimos 12 meses?

[Se DI1 = 0] O(A) "nome do(a) médico(a)" encaminhou o(a) paciente ao oftalmologista nos últimos 12 meses?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

DC13. Nos últimos 6 meses, o(a) "nome do(a) médico(a)" solicitou o exame de hemoglobina glicosada (exame de sangue que mede a média de açúcar no sangue e usualmente varia de 5,0 a 13,9)?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

Doença pulmonar crônica

DC14. [Se DI1 = 1] Algum médico já lhe disse que você tem asma, bronquite crônica ou enfisema?

[Se DI1 = 0] Algum médico já disse para você ou para o(a) paciente que ele(a) tem asma, bronquite crônica ou enfisema?

(1) Sim (0) Não **(Pule para a questão DC18)** (9) Não sabe/Não lembra **(Pule para a questão DC18)**

DC15. [Se DI1 = 1] O(A) "nome do(a) médico(a)" forneceu para você orientações escritas do que fazer em caso de uma crise de falta de ar?

[Se DI1 = 0] O(A) "nome do(a) médico(a)" forneceu orientações escritas do que fazer em caso de uma crise de falta de ar do(a) paciente?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

DC16. [Se DI1 = 1] O(A) "*nome do(a) médico(a)*" receitou para você medicamento em pó ou bombinha para tratamento diário da asma, enfisema ou bronquite crônica?

[Se DI1 = 0] O(A) "*nome do(a) médico(a)*" receitou medicamento em pó ou bombinha para tratamento diário da asma, enfisema ou bronquite crônica do(a) paciente?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

DC17. [Se DI1 = 1] O(A) "*nome do(a) médico(a)*" demonstrou para você a técnica para usar o medicamento em pó ou bombinha para tratamento da asma, enfisema ou bronquite crônica?

[Se DI1 = 0] O(A) "*nome do(a) médico(a)*" demonstrou a técnica para usar o medicamento em pó ou bombinha para tratamento da asma, enfisema ou bronquite crônica do(a) paciente?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

Depressão

DC18. [Se DI1 = 1] Algum médico já lhe disse que você tem depressão?

[Se DI1 = 0] Algum médico já disse para você ou para o(a) paciente que ele(a) tem depressão?

(1) Sim (0) Não **(Pule para a questão MP1)** (9) Não sabe/Não lembra **(Pule para a questão MP1)**

DC19. [Se DI1 = 1] O(A) "*nome do(a) médico(a)*" prescreveu para você algum(ns) medicamento(s) para depressão?

[Se DI1 = 0] (A) "*nome do(a) médico(a)*" prescreveu algum(ns) medicamento(s) para depressão para o(a) paciente?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

DC20. [Se DI1 = 1] Você está usando o(s) medicamento(s) prescrito(s)?

[Se DI1 = 0] O(A) paciente está usando o(s) medicamento(s) prescrito(s)?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

DC21. [Se DI1 = 1] O(A) "*nome do(a) médico(a)*" lhe encaminhou você para acompanhamento com psiquiatra e/ou psicólogo?

[Se DI1 = 0] O(A) "*nome do(a) médico(a)*" encaminhou o(a) paciente para acompanhamento com psiquiatra e/ou psicólogo?

(1) Sim (0) Não **(Pule para a questão MP1)** (9) Não sabe/Não lembra **(Pule para a questão MP1)**

DC22. [Se DI1 = 1] Você conseguiu consultar com esse profissional?

[Se DI1 = 0] O(A) paciente conseguiu consultar com esse profissional?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

MP. RELAÇÃO MÉDICO PACIENTE

[Se DI1 = 1] Entrevistador(a): Agora farei algumas afirmações sobre a sua relação com o(a) "nome do(a) médico(a).

INSTRUÇÃO:

[Se DI1 = 1] Peça para o(a) paciente escolher o quanto concorda com cada afirmação considerando a sua relação com o(a) "nome do(a) médico(a)".

[Se DI1 = 1] Peça para o(a) responsável pelos cuidados de saúde do(a) paciente escolher o quanto concorda com cada afirmação considerando a sua relação com o(a) "nome do(a) médico(a)".

Instrução: para as próximas questões use o Cartão Resposta XX.

MP1. [Se DI1 = 1] Meu médico me ajuda

[Se DI1 = 0] O médico ajuda ele(a)

- (1) Não concordo
- (2) Concordo um pouco
- (3) Concordo
- (4) Concordo muito
- (5) Concordo totalmente

MP2. [Se DI1 = 1] Meu médico tem tempo suficiente para mim

[Se DI1 = 0] O médico tem tempo suficiente pra ele(a)

- (1) Não concordo
- (2) Concordo um pouco
- (3) Concordo
- (4) Concordo muito
- (5) Concordo totalmente

MP3. [Se DI1 = 1] Eu confio no meu médico

[Se DI1 = 0] Eu confio no médico dele(a)

- (1) Não concordo
- (2) Concordo um pouco
- (3) Concordo
- (4) Concordo muito
- (5) Concordo totalmente

MP4. [Se DI1 = 1] Meu médico me entende

[Se DI1 = 0] O médico dele(a) me entende

- (1) Não concordo
- (2) Concordo um pouco
- (3) Concordo
- (4) Concordo muito
- (5) Concordo totalmente

MP5. [Se DI1 = 1] Meu médico se dedica a me ajudar

[Se DI1 = 0] O médico se dedica a ajudar ele(a)

- (1) Não concordo
- (2) Concordo um pouco
- (3) Concordo
- (4) Concordo muito
- (5) Concordo totalmente

MP6. [Se DI1 = 1] Meu médico e eu concordamos sobre a natureza dos meus sintomas

[Se DI1 = 0] O médico e eu concordamos sobre a natureza dos sintomas dele(a)

- (1) Não concordo
- (2) Concordo um pouco
- (3) Concordo
- (4) Concordo muito
- (5) Concordo totalmente

MP7. [Se DI1 = 1] Eu consigo conversar com o meu médico

[Se DI1 = 0] Eu consigo conversar com o(a) médico(a) dele(a)

- (1) Não concordo
- (2) Concordo um pouco
- (3) Concordo
- (4) Concordo muito
- (5) Concordo totalmente

MP8. [Se DI1 = 1] Eu me sinto contente com o tratamento que o meu médico me oferece

[Se DI1 = 0] Eu me sinto contente com o tratamento que o médico oferece

- (1) Não concordo
- (2) Concordo um pouco
- (3) Concordo
- (4) Concordo muito
- (5) Concordo totalmente

MP9. [Se DI1 = 1] Eu acho fácil ter acesso ao meu médico

[Se DI1 = 0] Eu acho fácil ter acesso ao médico dele(a)

- (1) Não concordo
- (2) Concordo um pouco
- (3) Concordo
- (4) Concordo muito
- (5) Concordo totalmente

PO. PESQUISA DE OPINIÃO

Entrevistador(a): Para finalizar queremos saber a sua opinião sobre alguns aspectos.

PO1. [Se D11 = 1 e D11 = 0] Você sabe se o(a) "nome do(a) médico(a)" faz parte do Programa Mais Médicos?

(1) Sim, sei. Ele faz parte (0) Sim, sei. Ele **NÃO** faz parte (9) Não sei

PO2. [Se D11 = 1 e D11 = 0] Você recomendaria o(a) "nome do(a) médico(a)" para um familiar ou amigo(a)?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não respondeu

PO3. [Se D11 = 1 e D11 = 0] Cite os principais aspectos **negativos** do(a) médico(a):

PO4. [Se D11 = 1 e D11 = 0] Cite os principais aspectos **positivos** do(a) médico(a):

PO5. [Se D11 = 1 e D11 = 0] Cite os principais aspectos **negativos** da unidade de saúde:

PO6. [Se D11 = 1 e D11 = 0] Cite os principais aspectos **positivos** da unidade de saúde:

PO7. [Se D11 = 1 e D11 = 0] Quais são as suas principais sugestões para a unidade de saúde?

Muito obrigado pela sua participação nesta pesquisa!

DA8. Hora do fim da entrevista (HH:MM): ____

Anexo E – Padronização utilizada para codificação do CIAP

Definições realizadas para padronização interna durante o processo de codificação dos motivos de consulta.

A) Regras Gerais

1. Consultas em nome de familiar, ou seja, que não era por motivos do próprio usuário foram definidas como perda de amostra.
2. Caso o motivo descrito pelo entrevistador não fosse possível de ser compreendido foram definidas como perda de amostra. Estas poderiam ser completas caso houvesse apenas um motivo de consulta ou parciais caso houvessem mais motivos de consulta e que fossem de compreensão para o pesquisador.
3. Quando o motivo inclui uma doença e um processo ou ação serão incluídos dois motivos de consultas. (ex.: injeção para anticoncepção – W14 + W50, injeção para dor de cabeça N01 + N50).
4. Quando o usuário vinha mostrar exame e falava a doença/motivo da solicitação do exame o código usado era específico, caso o usuário não descrevesse o motivo/diagnóstico a classificação era feita com código inespecífico. (Ex.: mostrar o exame do diabetes - T60, mostrar exames – A60).
5. Quando o motivo inclui mostrar diversos exames e alguns eram especificados e outros não, classificava-se como dois motivos de consulta. (Ex.: Mostrar exames de imagem, endoscopia, ultrassonografia – D40 + A41).
6. Quando o motivo de consulta era mostrar algo feito por outro médico optou-se pelo código _61, considerando como contra-referência.
7. Quando o motivo de consulta era a solicitação para outras profissões da área da saúde que não fossem médicos optou-se por usar o código _66 (ex.: pedido de fisioterapia - A66, solicitação de nutricionista – T66).
8. Quando o motivo de consulta era solicitar encaminhamento sem especificações optou-se pelo código A67.
9. Quando o motivo de consulta era pegar receita/remédio/medicação optou-se pelo código _50. (ex.: vim pegar receita A50, pegar receita de medicação controlada P50).
10. Quando o motivo de consulta era suspeita de uma doença definiu-se que o código utilizado seria o da doença.
11. Caso o motivo de consulta envolvesse orientação/aconselhamento a codificação seria _45, se envolvesse esclarecimento/tirar dúvidas/discutir sobre alguma coisa, saber se os remédios estavam fazendo mal, seria codificado com _48. Cabendo a escolha da letra caso o motivo incluísse especificidades (ex.: dúvidas se o medicamento de Diabetes está fazendo mal -T48), se não tivesse especificidade a letra deveria ser A do capítulo geral e inespecífico).
12. Definiu-se que resultado de exame seria _60.
13. Quando o usuário vem para pedir exames, e não especifica o porque ou a causa optou-se por usar o código A98, caso o usuário especifique o código deve ser o mais específico possível. (ex.: pedir exames – A98, pedir exame de sangue e urina – A34+A35, pedir exame de PSA - Y34).
14. Quando o usuário vem marcar exames e não especifica o porque ou a causa optou-se por usar o código A62, caso o usuário especifique o código deve ser o mais específico possível. (ex.: marcar exame – A62, marcar exame da próstata – Y62).
15. Quando o usuário relatava que veio fazer acompanhamento e não especificava o motivo optou-se pelo código A98, caso tivesse motivo específico a codificação deveria ser específica. (ex.: vim fazer acompanhamento – A98, vim acompanhar o Diabetes – T90).

B) Quadro das padronizações realizadas

Motivo descrito	CIAP Padronizado	ID que apareceu pela 1a. Vez
1	Abalo emocional	P02
2	Ácido úrico	A91
3	Acompanhamento da pressão	K86
4	Açúcar alto no sangue / Glicose alta	A91
5	Afta	D83
6	Alergia a lactose	T99
7	Alergia na axila	S06
8	Alergias	A92
9	Alteração dos exames de fígado	A91
10	Alteração dos exames de sangue do colesterol	T93
11	Amigdalite	R76
12	Anemia na gestação	W99
13	Ansiedade	P01
14	Anticoncepcional	W14
15	Apresentar PCCU/ Citopatológico do útero	X60
16	As doenças crônicas.	A63
17	Atestado medico	A62
18	Bactéria no estômago.	D87
19	Calor / Sinto calor no corpo	A29
20	Caroço no ouvido	H29
21	Catarro	R25
22	Cirurgia no braço	A52
23	Cisto	A29
24	Cisto no ovário	X99
25	Cisto no punho	L11
26	Colesterol / Colesterol Alto	T93
27	Cólicas	A29
28	Conjuntivite	F70
29	Consulta especial	A63
30	Coração acelerado	K04
31	Corrimento	X14
32	Cravo, cisto no dedo.	S04
33	Crise de asma	R96
34	Crise de dores	A01
35	Crise de rim com cólica renal	U14
36	Curativo	S56
37	Depressão/ problema de depressão	P76
38	Diabetes / problema de diabetes / Controle do diabetes	T90
39	Disenteria	D73
40	Dor	A01
41	Dor atrás dos olhos.	F01
42	Dor de baixo das costelas/ Dor na costela	L29
43	Dor de cabeça	N01
44	Dor forte lado esquerdo.	A29

Motivo descrito	CIAP Padronizado	ID que apareceu pela 1a. Vez
45	Dor na barriga	D01
46	Dor na coluna / coluna / dor nas costas / Problema de coluna	L02
47	Dor na junta	L20
48	Dor na nuca	L01
49	Dor na perna	L14
50	Dor na virilha	A29
51	Dor no braço	L09
52	Dor no estomago	D02
53	Dor no maxilar	D20
54	Dor no peito	A11
55	Dor no útero	X17
56	Dor nos nervos / Problema de nervos	N29
57	Dor nos ossos / Dor óssea	L29
58	Dor nos Rins	U14
59	Dormência	N06
60	Dormência nas pernas/ Formigamento nas pernas	N06
61	Dormência na mão	N05
62	Encaminhamento para exames / Pegar solicitação de exames de rotina / Reequisição para exames / Pedido para exames/ Pedir pedido de exames / Marcar exames / Pegar requisição para exames / Receita para exames / Renovar exames	A62
63	Esporão	L87
64	Está com um abscesso.	S10
65	Estou sentindo dor na perna amputada.	N94
66	Exame de rotina e secreção.	A98+A29
67	Exame próstata / Exame sobre próstata./ Prevenção de próstata	Y31
68	Exames de sangue e urina	A34 +A35
69	Exames para cirurgia	A31
70	Fazer exame e me consultar para ver minha pressão era baixa hoje e alta.	A98+K31
71	Fazer pedido de exames por causa da glicose.	T34
72	Ferida no pé	S18
73	Fístula	A99
74	Formigação no lado esquerdo.	N06
75	Formigamento	N06
76	Fraqueza	A04
77	Fungo alérgico.	A29
78	Garganta	R21
79	Gastrite	D87
80	Gripada	R80
81	Gripe alérgica	R97
82	Hernia	D91
83	Hernia de Disco	L86
84	Hidratação, tomar soro	A50
85	Hipotensão	K88
86	Inchaço na barriga	D25
87	Infecção	A99
88	Infecção na garganta	R21
89	Infecção no ouvido	H29
90	Inflamação no útero.	X17

Motivo descrito	CIAP Padronizado	ID que apareceu pela 1a. Vez
91	Inflamação	A99
92	Injeção anticoncepcional	W14+W50
93	Injecao para dor de cabeça.	N01 + N50
94	Intoxicação	A99
95	Labirintite	H82
96	Lavagem de ouvido	H51
97	Machucado no pé/ Machucado no ombro	L17/L08
98	Mal estar / Passou Mal	A05
99	Manchas na pele	S08
100	Marcar Cesárea /Marcar cirurgia / Marcar exames	A62
101	Medir glicose	T34
102	Mostrar exame / Entrega de exames/ Sobre exames/ Controle de exames/ Resultados de exames	_60
103	Mostrar exames hemograma	B60
104	Mostrar remédio do psiquiatra	P61
105	Nervos	P01
106	Nodulo na costela.	L29
107	Nódulo no fígado	D97
108	Nodulo nos rins	U29
109	Olhar colesterol	T34
110	Ontem passou mal e não sentia a perna esquerda e o braço esquerdo.	A05+N06
111	Ovário policístico direito.	X99
112	Passou mal com uma carne gordurosa.	D29
113	Pedido de fisioterapia / Nutricionista	A66 / T66
114	Pedir encaminhamento	A67
115	Pedir exame de mama	X31
116	Pedir exames / Fazer exames / Exames / Solicitar exames / Controle dos exames / Pedido de exames	A98
117	Pedir exames anemias.	B34
118	Pedir mamografia/ Mamografia	X41
119	Pedra nos rins	U95
120	Pegar alimentos de soja, receita.	D50 +A62
121	Pegar autorização para raio x.	A62
122	Pegar guias para exames que perdi.	A62
123	Pegar receita de medicação controlada	P50
124	Peito cheio.	R25
125	Perda de líquido	W29
126	Perda de sangue	A10
127	Peso baixo	A29
128	Pós parto / puerpério	W31
129	Pre diabetes	T90
130	Pre natal / acompanhamento da gestação	W78
131	Pressão alta / problema de pressão / controle da pressão / acompanhamento da pressão / Pressão	K86
132	Pressão baixa / Pressão caiu	K29
133	Problema de coracao	K29
134	Problema na uretra (mulher)	U07
135	Problema nos rins	U29
136	Próstata	Y06

Motivo descrito	CIAP Padronizado	ID que apareceu pela 1a. Vez
137	Queda/ Caiu	A29
138	Queloide	S99
139	Raiva (sentimento)	P01
140	Receita de anticoncepcional	W50
141	Receita para encaminhamento de remédio	A62
142	Reclamar de demora nos exames	A62
143	Remédio para dormir	P50
144	Renovação de receita/Pegar receita/ Troca receita / Vencimeto da receita	_50
145	Resfriado	R74
146	Respiração	R02
147	Retirada de pontos	A99
148	Retirada de unha	S52
149	Retorno / Revisão / controle	_63
150	Reumatismo	L29
151	Rinite	R97
152	Rotina / Checage / Fazer prevenção / Rotineiro / Exames preventivos / Preventivo / Fazer acompanhamento	A98
153	Sequela de acidente	A82
154	Síndrome do pânico	P74
155	Sintomas de medo. trauma neurológico.	P01
156	Sistema nervoso	P01
157	Solicitar exame PSA	Y34
158	Sonolência	P06
159	Suspeita de diabetes	T90
160	Suspeita de gravidez	W78
161	Suspeita de pressão alta	K86
162	Tiroide	T86
163	Tontura/ Vertigem / Falta de equilíbrio / Tonteira	N17
164	Torção	L79
165	Trêmula, ressecamento.	A29
166	Trocar anticoncepcional	W14
167	Trocar comprimido de anticoncepcional	W11
168	US pre natal	W41
169	Verificar a pressão / medir pressão / ver pressão / mapeamento da pressão	K31
170	Virose	A77
171	Virose alérgica forte.	A29
172	Zueira na cabeça	N29

Quadro 3: Quadro de Padronizações Realizadas. Fonte: a Autora

Anexo F – Formulário de avaliação das fotografias de prescrições e solicitações de exames

Parte I – Geral

1. Qual o número de identificação da foto que será avaliada? (Digite somente números)
2. Nome do município em que houve o registro da foto:
3. Nome do(a) responsável pelas informações:
4. Assinale se o documento que está sob avaliação é:
 - Impresso
 - Manuscrito
5. Qual o tipo de formulário que você está avaliando?
 - Solicitação de exames
 - Prescrições

Parte II – Solicitação de exames

6. A qualidade da foto permite análise/leitura?
 - Sim
 - Não (impossibilita a análise)
7. Qual o grau de legibilidade da solicitação?
 - Claramente legível (significa que o leitor não tem dificuldade de ler na primeira tentativa o conteúdo completo da solicitação)
 - Legível com esforço (o leitor precisa de: mais de uma leitura ou se esforçar ou interpretar para entender o conteúdo completo da solicitação)
 - Parcialmente legível (apenas parte da solicitação é possível de compreensão)
 - Ilegível
8. A solicitação apresenta qual(is) dos itens listados abaixo? (Marque todos que encontrar)
 - Nome do paciente
 - Nome do(s) exame(s)
 - Tem data da solicitação
 - Tem identificação do solicitante (Nome+número do registro legível)
9. Exames de sangue:
 - Hemograma
 - Colesterol Total
 - HDL
 - LDL
 - Triglicerídeos
 - Glicemia de jejum/Glicose/Glicemia
 - Teste de tolerância oral (glicose)
 - Hemoglobina Glicada
 - TSH
 - T4 livre
 - FSH
 - LH
 - PSA
 - Vitaminas B
 - Vitamina D
 - Fator Reumatoide
 - VHS
 - Creatinina
 - Ureia

- Sódio
 - Potássio
 - TGO (Aspartato Aminotransferase)
 - TGP (Alanina Aminotranferase)
 - TP ou INR
 - Beta HCG
 - Tipagem sanguínea (ABO/ RH)
 - Ferro / Ferritina
 - Eletroforese de hemoglobina
 - Outra. Digite no campo abaixo.
10. Sorologias:
- VDRL
 - Hepatite B (HbsAG, AntiHBS)
 - Hepatite C
 - Escarro para BAAR (tuberculose)
 - HIV
 - Outra. Digite no campo abaixo.
11. Exames de urina:
- EQU / Urina I / EAS
 - Microalbuminúria / Albuminúria Creatinúria
 - Pesquisa de hemácias dismórficas
 - Cultura
 - Outra. Digite no campo abaixo.
12. Anátomo patológico / Culturas
- Citopatológico do colo do útero
 - De Biopsias ou pequenas peças cirúrgicas
 - Cultura de secreção vaginal
 - Outra. Digite no campo abaixo.
13. Fezes
- Protoparasitológico (PPF) Cultura
 - Pesquisa de sangue oculto
 - Outra. Digite no campo abaixo.
14. Imagem
- RX (Radiografias)
 - Tomografia
 - RNM
 - Eletrocardiograma
 - Ecocardiograma
 - US simples ou com doppler Endoscopia
 - Colonoscopia
 - Mamografia
 - Densitometria óssea
 - Espirometria
 - Outra. Digite no campo abaixo.
15. Você teve alguma dúvida durante a avaliação?
- Sim
 - Não
16. Em qual(is) pergunta(s) teve dúvida?
- 7 (Grau de Legibilidade)
 - 8 (Itens presentes na solicitação) 9 (Exames de sangue)
 - 10 (Sorologias)
 - 11 (Exames de urina)
 - 12 (Anatomopatológico / Culturas) 13 (Fezes)
 - 14 (Imagem)
17. Descreva abaixo a dúvida que teve:

Parte III – Prescrição

18. A qualidade da foto permite análise/leitura?
Sim
Não (impossibilita a análise)
19. Qual o grau de legibilidade de prescrição?
Claramente legível (significa que o leitor não tem dificuldade de ler na primeira tentativa o conteúdo completo da prescrição)
Legível com esforço (o leitor precisa de: mais de uma leitura ou se esforçar ou interpretar para entender o conteúdo completo da prescrição)
Parcialmente legível (apenas parte da receita é possível de compreensão) Ilegível
20. Qual a quantidade de produtos prescritos nas receitas ilegíveis?
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
Mais de 10. Digite quantos:
21. A prescrição apresenta qual(is) dos itens listados abaixo? (Marque todos que encontrar)
Nome do paciente (não precisa estar completo)
Nome(s) do medicamento(s)
Tem orientações sobre o uso (não importa a qualidade)
Tem data da prescrição
Tem identificação do prescritor (Nome+número do registro legível)
22. Qual a qualidade da orientação descrita na prescrição para o correto uso da medicação?
Está completamente adequada (é possível entender o que, como e o tempo que vai usar todas as medicações prescritas)
Está parcialmente adequada (as informações estão incompletas de um ou mais medicamentos porém não impossibilita o uso)
Está inadequada (informações essenciais ausentes ou muito incompletas)
23. Quais os medicamentos Prescritos ? Descreva abaixo: nome(s), apresentação(ex.:mg,mg/ml), qual a dose e frequência (ex: 8/8h, 6/6h, 1x/dia)
Medicamento 1
Medicamento 2
Medicamento 3
Medicamento 4
Medicamento 5
Medicamento 6
Medicamento 7
Medicamento 8
Medicamento 9
Medicamento 10
24. Caso tenha mais medicamentos, descreva na caixa de texto abaixo:
25. Você teve alguma dúvida durante a avaliação?
Sim
Não
26. Em qual(is) pergunta(s) teve dúvida?
19 (Grau de legibilidade)
20 (Número de itens)
21 (Itens presentes na prescrição)

22 (Qualidade da orientação da prescrição) 23 (Lista de medicamentos)
24 (Descrição de medicamentos - extra)

27. Descreva abaixo a dúvida que teve:

Parte IV – Regras gerais pactuadas no treinamento para análise/classificação das fotos

A- Em relação ao tipo de formulário, o documento será classificado como:

- Solicitação de exames: fotos de formulários contendo pedidos de exames
- Prescrições: fotos de receituários (branco, branco especial, azul ou amarelo)

B- Em relação a foto da prescrição ou da solicitação de exame devem ser classificadas como: impressa ou manuscrita.

- Será considerada impressa: quando o total do conteúdo estiver impresso, qualquer palavra manuscrita fará com que a foto seja classificada como manuscrita ex.: quando uma lista de exames em papel impresso for acrescida de exames em letra corrida, está será classificada como manuscrita.
- Será considerada manuscrita: quando todo o conteúdo ou parte dele estiver descrito de forma manual.

C- Em relação à qualidade da foto, classificaremos se ela permite análise/leitura:

- Sim, será considerada toda foto que possibilite análise completa ou parcial do seu conteúdo
- Não (impossibilita a análise), será considerada toda a foto que não seja possível a leitura completa do seu conteúdo, exemplo: Fotos sem foco que não permitem a leitura do conteúdo mesmo com esforço ou fotos cortadas que não permitem a análise (cortes de partes importantes da foto ex.: nome do exame, nome da prescrição, dose, orientação).
Atenção: se for possível análise de parte do conteúdo (deixa a foto passar como boa = sim, e ser qualificada depois).

D- Em relação ao grau de legibilidade da solicitação de exames ou da prescrição, consideraremos como (avaliação de forma):

- Claramente legível: quando o leitor não tiver nenhuma dificuldade de ler na primeira tentativa o conteúdo completo da foto, ou seja, o leitor deve conseguir ler todas as palavras sem esforço.
- Legível com esforço: quando o leitor precisar de mais de uma leitura,

ou precisar se esforçar ou interpretar para entender o conteúdo completo da solicitação, o leitor deve conseguir ler todas as palavras apesar do esforço, entendendo todo o conteúdo.

- Parcialmente legível quando apenas parte da foto é possível de ser compreendida, quando o leitor consegue ler apenas parte do conteúdo.
- Ilegível, quando não é possível compreender qualquer conteúdo da foto, quando, apesar de a foto estar boa, não é possível ler devido a letra.

E- Em relação a descrição/presença dos itens mínimos necessários para uso da solicitação ou da prescrição, o avaliador deve marcar todos os itens que encontrar (avaliação de forma):

- Nome do paciente
- Nome do(s) exame(s)
- Tem data da solicitação
- Tem identificação do solicitante (Nome+número do registro legível)
- Orientações de uso (quando a foto for de prescrição)

- Caso algum item esteja ausente por problema na foto (cortou, ou a imagem tem um pedaço ruim) marquem também a última opção (não é possível analisar parte dos itens por problema da própria foto: borramento ou cortes).

F- Em relação ao conteúdo das fotos classificadas como prescrição, avaliou-se também a qualidade da orientação descrita na prescrição para o correto uso da medicação? (avaliação de conteúdo)

- Está completamente adequada (é possível entender o que, como e o tempo que a pessoa vai usar de todas as medicações prescritas). A orientação está completamente adequada, quando está 100% correta, ou seja, possui nome da medicação, dose, quanto tempo deve tomar e como deve tomar.
 - As receitas azuis não precisam ter tempo de tratamento, pois isso não é exigido no receituário.
 - As duplas brancas carbonadas (especiais) devem ter o tempo de uso descrito para serem consideradas completamente adequadas.
- Está parcialmente adequada (as informações estão incompletas de um ou mais medicamentos porem não impossibilita o uso). A orientação está parcialmente adequada, quando algum dos itens (nome da medicação, dose, tempo de uso e como deve ser usado) não está presente, mas não impossibilita o uso pelo paciente.
- Está inadequada (informações essenciais ausentes ou muito

incompletas). A orientação está inadequada quando as orientações são insuficientes e não possibilitam o uso. Atenção toda prescrição ilegível deve ser considerada inadequada.

E- Descrição do conteúdo: descrever o conteúdo da solicitação de exames marcando um X nos itens presentes nas fotos, a descrição das fotos de prescrição deve ser integral, utilizando o nome genérico da medicação prescrita, e descrevendo todos os itens da orientação: dose, forma de uso e tempo de uso.

F- Não vamos usar as fotos repetidas, quando isso acontecer o avaliador deve escolher a foto de melhor qualidade.

G- Se as fotos apresentarem siglas entrar em contato com a pesquisadora principal caso não conheçam a sigla utilizada.

Anexo G – Planilhas que resumem os artigos revisados sobre motivos de consulta no Brasil e no Mundo

A) Brasil

Brasil									
Ano	1985	1990	1999	2009	2012	2014	2015	2015	
Autor Principal	Lebrão	Radaelli	GHC	Gusso	Landsberg	Caldeira	Ribeiro	Torres	
Estado	SP	RS	RS	SC	MG	MG	CE	PE	
Resultados									
Média do motivos	NA	1,3	NA	1,6	2,1	NA	NA	NA	NA
Qta de motivos = 50%	NA	10 (20=63 %)	30	30	32	NA	30	NA	NA
Percentual de mulheres	57%	67%	72%	66%	68%	67,60 %	68%	71%	
Número de motivos diferentes	NA	278	NA	NA	305	NA	NA	NA	NA
Percentual de prescrição	NA	NA	NA	73,40%	NA	NA	NA	NA	NA
Percentual de solicitação de exames	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Percentual de encaminhamentos	NA	NA	11%	12,56	NA	NA	NA	NA	NA
Códigos CIAP mais frequentes									
1	NA	_50	_60	A98	A60	NA	W78	L18,N01,D01,A11	
2	NA	_62	_63	R05	A50	NA	N01	_60	
3	NA	K31	_50	K50	N01	NA	A98	_50	
4	NA	A03	D19	A03	A03	NA	K86	K86	
5	NA	A55	A03	W78	R05	NA	S06	R_	
6	NA	S54	A98	N01	A01	NA	T90	S_	
7	NA	T31	W78	K86	K50	NA	R05	P_	
8	NA	A44	R05	D01	P50	NA	A03	D10/11	
9	NA	A60	_34	P50	L14	NA	R80	S04	
10	NA	R21	A98	A60	A85	NA	D50	N29	
11	NA	R05	X60	L02	L03	NA	K50	A04	
12	NA	R80	R21	D10	S02	NA	R21	N17	
13	NA	N01	N01	D11	A04	NA	L03	X_	
14	NA	S11	A67	R21	R03	NA	D11	A08	
15	NA	A63	L02	P01	D01	NA	K60	U71	
16	NA	W11	W11	K31	D10	NA	X14	A92	
17	NA	D10	R80	T50	F05	NA	X60	A80	
18	NA	R07	S06	S29	R02	NA	S08	W78	
19	NA	W30	D11	T60	S04	NA	D01	F_	
20	NA	D11	A45	R02	U01	NA	L15	OUTROS	
Capítulos mais frequentes									
1	A	NA	A	A	A	K	A	A	
2	R	NA	X	L	R	L	R	L	
3	D	NA	D	K	D	D	D	N	
4	X	NA	R	R	L	R	L	D	
5	S	NA	S/P	D	S	T	K	K	

Brasil								
Ano	1985	1990	1999	2009	2012	2014	2015	2015
Autor Principal	Lebrão	Radaelli	GHC	Gusso	Landsberg	Caldeira	Ribeiro	Torres
Estado	SP	RS	RS	SC	MG	MG	CE	PE
2 componentes mais frequentes	1(70,8%) e 2(9,8%)	NA	NA	NA	NA	NA	1(51,1%) e 7(24,8%)	NA
Outras informações	25 % eram de consultas seguiu-se. Quando comparado por sexo não houve mudanças. E por idade maior do X na faixa entre 15-44, e >45 ap. Segunda mais freq. K	Menos de 1% de Z.	53% atendimento do dia. Encaminhamentos: GO, Oftalmologia, Hospital, Dermatologia, ORL	38% atendimentos do dia. Pouca variação quando analisada por sexo e por idade (exceto crianças/adolescentes). Encaminhamentos: oft., emergência, ortopedia, ginecologia, dermatologia, cardiologia.	Algumas mudanças de acordo com faixa etária. Leve mudança na média dos motivos de consulta de acordo com a faixa etária e com o sexo	NA	Houve variação de acordo com sexo.	NA

Quadro 4: Motivos de Consultas, dados do Brasil. Fonte: a Autora

B) Mundo

Mundo (1991 – 2012)														
Ano	1991	1993	1998	2002	2004	2010	2011	2011	2012	2012	2012	2012		
Autor Principal	O'tool e	Lamberts	Mendis	Okkes	Beasley	Brueton	Mansson	Mimi	Mash	Olesen	Klinis	JEAN/SOLER		
Estado	Austrália	Multicentrico	Sri Lanka	Multicentrico	EUA	África do Sul	Suécia	Malásia	África do Sul	Dinamarca	GRÉCIA	Multicentrico - Holanda	Multicentrico - Malta	Multicentrico - Sérvia
Resultados														
Média do motivos	NA	1,9	1,6	NA	3	NA	1,3	NA	1,65-1,69	NA	NA	NA	NA	NA
Qta de motivos = 50%	NA	NA	NA	35	NA	NA	NA	NA	NA	NA	20	20 motivos-66%	NA	20 motivos - 80%
Percentual de mulheres	NA	64%	53%	NA	62%	53%	59%	54%	66%	NA	70%	NA	NA	NA
Número de motivos diferentes	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	585	NA	NA	NA
Percentual de prescrição	NA	NA	NA	NA	NA	NA	57% das consultas, 2,8/consulta	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Percentual de solicitação de exames	NA	NA	NA	NA	NA	NA	1,3 exames/enc onto, 7,5% radiologia	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Percentual de encaminhamentos	NA	NA	NA	NA	NA	4-7%	12,30%	NA	NA	12,70%	NA	NA	NA	NA
Códigos CIAP mais frequentes														
1	NA	R05	A03	ND	NA	NA	NA	K63	R05	NA	A98	R05	R05	R05
2	NA	A04	R05	ND	NA	NA	NA	T63	N01	NA	K86	A03	R21	R21
3	NA	R21	R07	ND	NA	NA	NA	A03	A03	NA	T93	S06	R07	R01
4	NA	A03	N01	ND	NA	NA	NA	R05	R07/08	NA	D02	R21	A03	L01
5	NA	K31	R02	ND	NA	NA	NA	W30	R21	NA	K76	A04	D10	L02
6	NA	K50	R03	ND	NA	NA	NA	R07	L02/03	NA	L95	S04	D11	N01
7	NA	L15	D11	ND	NA	NA	NA	N01	A01	NA	T90	L03	D06	D01
8	NA	N01	A01	ND	NA	NA	NA	R21	D11	NA	R74	D06	H01	P01
9	NA	R02	D10	ND	NA	NA	NA	S02	D01	NA	N17	H01	N01	U01
10	NA	L14	D06	ND	NA	NA	NA	R74	U01	NA	D84	N01	S06	D02
11	NA	P50	S29	ND	NA	NA	NA	NA	T03	NA	R05	R02	D01	S02
12	NA	A62	S06	ND	NA	NA	NA	NA	D10	NA	L84	L08	L02	A03
13	NA	L01	L02	ND	NA	NA	NA	NA	L14	NA	P76	L17	D09	D11
14	NA	L02	S02	ND	NA	NA	NA	NA	S07	NA	R78	L15	A04	L03
15	NA	L03	D01	ND	NA	NA	NA	NA	X14	NA	P74	S02	N17	U02
16	NA	A30	A29	ND	NA	NA	NA	NA	N17	NA	L90	R74	L04	H01
17	NA	D01	R21	ND	NA	NA	NA	NA	S06	NA	Y85	L01	S07	A04
18	NA	D06	L17	ND	NA	NA	NA	NA	H01	NA	D12	L14	L01	P01
19	NA	H01	K39	ND	NA	NA	NA	NA	A04	NA	R95	H02	S02	K02
20	NA	R74	L14	ND	NA	NA	NA	NA	S02	NA	A97	L04	S04	A05
Capítulos mais frequentes														
1	R	NA	R	D	NA	R	L	R	R	A	NA	NA	NA	NA
2	A	NA	A	K	NA	S	R	A	A	L	NA	NA	NA	NA
3	L	NA	D	L	NA	A	K	K	K	R	NA	NA	NA	NA
4	K	NA	L	R	NA	N	P	T	D	P	NA	NA	NA	NA
5	D	NA	S	S	NA	L	T	D	L	S	NA	NA	NA	NA
2 componentes mais frequentes	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	2-6 30%	2-6 20%	2-6 57%
Outras	NA	NA	NA	NA	NA	NA	54% eram	NA	Baixa	NA	Popula	NA	NA	NA

Mundo (1991 – 2012)														
Ano	1991	1993	1998	2002	2004	2010	2011	2011	2012	2012	2012	2012		
Autor Principal	O'tool e	Lamberts	Mendis	Okkes	Beasley	Brueton	Mansson	Mimi	Mash	Olesen	Klinis	JEAN/SOLER		
Estado	Austrália	Multicentrico	Sri Lanka	Multicentrico	EUA	África do Sul	Suécia	Malásia	África do Sul	Dinamarca	GRÉCIA	Multicentrico - Holanda	Multicentrico - Malta	Multicentrico - Sérvia
informações							retornos. Houveram diferenças em relação ao MDC em relação a sexo, urbano /rural e classe social		freq da P apesar da alta incidência. Pouca diferença entre homens e mulheres.		ção Rural da Grécia.			

Quadro 5: Motivos de Consultas, dados do Mundo (1991 – 2012). Fonte: a Autora

Mundo (2013 – 2018)													
Ano	2013	2013	2013	2013	2014	2017	2015	2015	2016	2016	2017	2017	2018
Autor Principal	Gataa	Diogo	Salisbury	Aboulhate	Rahman	Swain	Loh	Tandjung	Olagundoye	Molony	Liu	Young	Finley
Estado	Tunisia	Portugal	Inglaterra	Egito	Índia	Índia	Nova Zelândia	Suiça	Nigéria	Irlanda	China	EUA	Multicentrico
Resultados													
Média do motivos	1,9	0,48	2,5	NA	1,2	NA	1,2	1,7	2,3	NA	1,37	5,4	NA
Qta de motivos = 50%	NA	NA	NA	NA	NA	7	NA	NA	10 primeiros= 30%	NA	30 (73%)	NA	NA
Percentual de mulheres	62%	NA	NA	63%	70%	44,80%	NA	53%	54%	NA	NA	61,40%	NA
Número de motivos diferentes	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	830	NA	NA	NA	517	NA
Percentual de prescrição	NA	NA	NA	97%	70% das intervenções	NA	69% das intervenções	NA	86%	NA	NA	4,6/consulta	NA
Percentual de solicitação de exames	NA	NA	NA	15%	NA	NA	19,2% das intervenções	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Percentual de encaminhamentos	5,50%	NA	NA	4,90%	NA	20%	11,90%	9,4% por consulta, por motivo 5,6%	NA	NA	NA	NA	NA
Códigos CIAP mais frequentes													
1	NA	A60	NA	NA	T64	A03	_50	K86	N01	A50	R05	K86	R05
2	NA	A63	NA	NA	K64	D03	A62	K34	A03	R05	K50	T90	L02
3	NA	W31	NA	NA	R05	N17	S07	T90	A01	A98	R21	A69	D01
4	NA	A50	NA	NA	T50	L18	R05	P76	F05	A34	T50	A60	R21
5	NA	A30	NA	NA	K50	L03	_62	L29	D01	A44	R07	P01	S06
6	NA	R05	NA	NA	A03	A04	P02	NA	R05	A62	A03	N01	A03
7	NA	A31	NA	NA	R07	D11	D01	NA	K86	R21	N17	L03	N01
8	NA	A61	NA	NA	K63	R05	P45	NA	S04	R29	R25	A45	L14.
9	NA	L03	NA	NA	T63	D19	N01	NA	L03	K85	K50	R05	A04
10	NA	R21	NA	NA	T60	N01	S59	NA	N06	L02	D01/02/06	A62	P76/P03
11	NA	A03	NA	NA	N01	L02	NA	NA	NA	S21	T50	P76	L20
12	NA	K60	NA	NA	R03	L01	NA	NA	NA	L17	D03	A67	R75
13	NA	W78	NA	NA	A04	D01	NA	NA	NA	A60	L03/03/86	N17	K-
14	NA	K50	NA	NA	R02	X05	NA	NA	NA	S03	P06	T45	H71
15	NA	K63	NA	NA	L15	L17	NA	NA	NA	L15	N01	R02	U71
16	NA	NA	NA	NA	D01	D20	NA	NA	NA	S06	L15	A30	N17
17	NA	NA	NA	NA	R64	L08	NA	NA	NA	D01	_30/31	P06	S29
18	NA	NA	NA	NA	D07	NA	NA	NA	NA	A04	D08	A60	NA
19	NA	NA	NA	NA	D02	NA	NA	NA	NA	H01	U02	T60	NA
20	NA	NA	NA	NA	S02	NA	NA	NA	NA	A50	K04	D02	NA
Capítulos mais frequentes													
1	NA	A	L	NA	NA	A	A	L	A	A	R	NA	R
2	NA	L	A	NA	NA	R	Z	K	F	R	K	NA	N
3	NA	K	S	NA	NA	D	P	R	N	L	L	NA	K
4	NA	W	D	NA	NA	L	S	NA	D	S	T	NA	S
5	NA	R	R	NA	NA	K	L	NA	L	D	D	NA	L
2 componentes mais frequentes	NA	1 (30,8%) e 2(20%)	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Outras informações	13,5 seguim	NA	O número	O número	Ausência P e Z	NA	NA	Motivos de consulta	NA	Motivo	Com a idade o	NA	Pequenas diferenças

Mundo (2013 – 2018)													
Ano	2013	2013	2013	2013	2014	2017	2015	2015	2016	2016	2017	2017	2018
Autor Principal	Gataa	Diogo	Salisbury	Aboulhate	Rahman	Swain	Loh	Tandjung	Olagundoye	Molony	Liu	Young	Finley
Estado	Tunisia	Portugal	Inglaterra	Egito	Índia	Índia	Nova Zelândia	Suiça	Nigéria	Irlanda	China	EUA	Multicentrico
	ento de doença crônica		o de motivos de consulta aumentou com a idade	de consultas caia com a idade	nos motivos de consulta			variou com a idade. Encaminhamentos Radiologis, Gastro e ortopedista		os de consulta aumentou com a idade. Os motivos de consulta variaram pouco em relação a idade.	número de motivos caiu.		em motivos de consulta em países em desenvolvimento e desenvolvidos.

Quadro 6: Motivos de Consultas, dados do Mundo (2013 – 2018). Fonte: a Autora

Anexo H – Tabela Ciap 2 (resumida)

	A94 Mortalidade perinatal, outra A95 Mortalidade perinatal A96 Morte A97 Sem doença A98 Medicina preventiva/manutenção da saúde A99 Outras doenças perinatais NE	D98 Colelitíase D99 Outra doença do aparelho digestivo	K88 Hipertensão postural K89 Injúria cerebral K90 Injúria cerebral vascular transitória K91 Doença vascular cerebral K92 Atrofia/enfermeira vascular periférica K93 Embolia pulmonar K94 Flebite/tromboflebite K95 Vessia varicosas da perna K96 Hemorroidas K99 Outras doenças do aparelho circulatório
	SANGUE, SISTEMA HEMATOPOIÉTICO, LINFÁTICO E BAÇO B	802 Gânglio linfático aumentado/doloroso 804 Sinais/sintomas sangue 825 Medo de VIH/ HIV/AIDS 826 Medo de câncer no sangue/linfático 827 Medo de outras doenças do sangue /sistema linfático 828 Limitação funcional/incapacidade 829 Outros sinais/ sintomas do sangue/sistema linfático/ baço NE 870 Linfadenite aguda 871 Linfadenite crônica NE 872 Doença de Hodgkin/linfomas 873 Leucemia 874 Outra neoplasia maligna no sangue 875 Neoplasia benigna NE 876 Rotura traumática do baço 877 Outros lesões traumáticas do sangue/linfático/ baço 878 Anemia hemolítica hereditária 879 Outra malformação congênita do sangue/ linfático 880 Anemia por deficiência de ferro 881 Anemia perniciosa/deficiência de folato 882 Outras anemias NE 883 Fatores/defeitos de coagulação 884 Globulinas lincoas/anormais 887 Esplenomegalia 890 Infecção por VIH/ HIV/AIDS 899 Outra doença do sangue/linfático/baço	OLHO F
PROCEDIMENTOS	PROCEDIMENTOS	OUVIDO H	PROCEDIMENTOS
-30 Exame médico/análise de saúde - completo -31 Exame médico/análise de saúde - parcial -32 Teste de sensibilidade -33 Exame microbiológico/immunológico -34 Análise de sangue -35 Análise de urina -36 Análise de fezes -37 Citologia esfoliativa/histologia -38 Outros análises laboratoriais NE -39 Teste de função física -40 Endoscopia diagnóstica -41 Radiologia diagnóstica -42 Eletrocardiograma -43 Outros procedimentos diagnósticos -44 Vacinação/medicação preventiva -45 Educação em saúde/comelhamento/dieta -46 Consulta com profissional de APS -47 Consulta com especialista -48 Estabelecimento da motivação de motivo da consulta -49 Outros procedimentos preventivos -50 Medicação/injeção/renovação/injeção -51 Inserção/drenagem/aspiração/remoção -52 Exatulo /biopsia/remoção/debridamento/ cauterização -53 Catecterização/intubação -54 Reparação/sutura/gesso/prótese -55 Injeção local/infiltração -56 Ligadura/compresão /flaponamento -57 Medicina física/reabilitação -58 Acompanhamento/escuta terapêutica -59 Outros procedimentos terapêuticos/pequena cirurgia NE -60 Resultados de análise/procedimentos -61 Contra referência de outro prestador - resultado de exames/teste/ análise -62 Procedimento administrativo -63 Consulta de seguimento não especificada -64 Episódio /problema iniciado pelo prestador -65 Episódio /problema iniciado por outro NE -66 Referenciado a outro prestador /enfermeiro /assistente social/terapeuta -67 Referenciado para médico/especialista/ clínica/hospital -68 Outras referências NE -69 Outro motivo de consulta NE	PROCEJIMENTOS SINAIS/SINTOMAS INFECÇÕES NEOPLASIAS TRAUMATIZADOS ANOMALIAS CONGÊNITAS OUTROS DIAGNÓSTICOS	H01 Dor de ouvido H02 Problemas de audição H03 Acúfeno zumbido, ruído, assabias H04 Secreção no ouvido H05 Hemorragia no ouvido H13 Sinais/ sintomas de ouvido tapado H15 Preocupação com a aparência das orelhas H22 Medo de doença do ouvido H28 Limitação funcional/incapacidade H29 Outras sinais/sintomas ouvido H70 Osteíte externa H71 Osteíte média aguda/otite aguda H72 Osteíte média crônica H74 Infecção de trompa de Eustáquio H75 Osteíte média crônica H76 Neoplasia do ouvido H77 Corpo estranho do ouvido H78 Perfuração do tímpano H79 Fixação/flutuação auricular/otite H79 Outros traumatismos do ouvido H80 Malformações congênitas do ouvido H81 Carcinoma no ouvido em estágio H82 Síndrome vertiginosa H83 Otite externa H84 Pneumotímpano H85 Lesão acústica H86 Surdez H99 Outra doença do ouvido/mastóide	L01 Sinais/sintomas de peleção L02 Sinais/sintomas da região dorsal L03 Sinais/sintomas da região lombar L04 Sinais/sintomas do tórax L05 Sinais/sintomas da axila L07 Sinais/sintomas da mandíbula L08 Sinais/sintomas das orelhas L09 Sinais/sintomas dos braços L10 Sinais/sintomas dos cotovelos L11 Sinais/sintomas dos punhos L12 Sinais/sintomas das mãos e dedos L13 Sinais/sintomas do quadril L14 Sinais/sintomas da coxa/gamela L15 Sinais/sintomas do joelho L16 Sinais/sintomas do tornozelo L17 Sinais/sintomas do pé/dedos pé L18 Doras musculares L19 Sinais/sintomas musculares NE L20 Sinais/sintomas das articulações NE L26 Medo de câncer no aparelho músculo-esquelético L27 Medo de doença no aparelho músculo-esquelético, outro L28 Limitação funcional/incapacidade L29 Outros sinais/sintomas do aparelho músculo-esquelético L70 Infecção do aparelho músculo-esquelético L71 Neoplasia maligna do aparelho músculo-esquelético L72 Fratura rídica/óbto L73 Fratura - Osteoporose/fíbula L74 Fratura - ossa da mão/pé L75 Fratura - fêmur L76 Outras fraturas L77 Entorses e distensões do tornozelo L78 Entorses e distensões do joelho L79 Entorses e distensões das articulações NE L80 Luxação/subluxação L81 Traumatismos do aparelho músculo-esquelético NE L82 Malformações congênitas do aparelho músculo-esquelético L83 Dor nos membros da coluna cervical L84 Dor nos membros da coluna lombar sem irradiação de dor L85 Deformação adquirida da coluna L86 Síndrome cervical com irradiação dor L87 Burso/tenosiotenossíto NE L88 Artrite neuromuscular/osteoartrite L89 Osteoartrite do joelho L90 Osteoartrite do joelho L91 Síndrome do ombro doloroso L92 Costeela de torção L93 Ostecondrose L95 Osteoporose L96 Lesão por tensão aguda do joelho L97 Neoplasia benigna/incerta L98 Malformação adquirida de um membro L99 Outra doença do aparelho músculo-esquelético
GERAL E INESPECÍFICO A	DIGESTIVO D	CIRCULATORIO K	NEUROLÓGICO N
A01 Dor generalizada/múltipla A02 Anorexia/calafrios A03 Febre A04 Debilidade/cansaço geral/fadiga A05 Senti-se doente A06 Diarreia/vômito A07 Cansaço A08 Inchaço A09 Problemas de sudorese A10 Sangramento/hemorragia NE A11 Dorres torácicas NE A13 Recusa/medo do tratamento A16 Coarção intestinal A18 Preocupação com aparência A20 Pedido/diálogo euthansia A21 Fator de risco de malignidade A23 Fator de risco NE A25 Medo de morte/medo da morte A26 Medo de câncer NE A27 Medo de outra doença NE A28 Limitação funcional/incapacidade NE A30 Outros sinais/sintomas gerais A70 Tuberculose A71 Sarampo A72 Varicela A73 Malária A74 Rubéola A75 Mononucleose infecciosa A76 Outro esantema viral A77 Dengue e outras doenças virais NE A78 Hantavírus e outras doenças infecciosas NE A79 Carcinomatosa (localização primária desconhecida) A80 Lesão traumática/lesão NE A81 Politraumatismo/ferimentos múltiplos A82 Efeito secundário de lesão traumática A84 Intoxicação por medicamentos A85 Efeito adverso de fármaco dose conhecida A86 Efeito tóxico de substância não medicinal A87 Complicações de tratamento médico A88 Efeito adverso de fator físico A89 Efeito da prótese B00 Malformação congênita/NT/malplasia B91 Investigação com resultado anormal NE B92 Alergização alérgica NE B93 Recém-nascido prematuro	D01 Dor abdominal generalizada/cólicas D02 Dorres abdominais, epigástricas D03 Anorexia/Quemadura D04 Dor anal/retal D05 Irritação perianal D06 Outras dores abdominais localizadas D07 Diarreia/diárrhea D08 Flatulência /gases/eructações D09 Náusea D10 Vômito D11 Diarreia D12 Obstipação D13 Ictericidade D14 Hematêmese/vômito sangue D15 Melena D16 Hemorragia retal D17 Incontinência fecal D18 Alterações nas fezes/mex. intestinais D19 Sinais/sintomas das dentas/gengivas D20 Sinais/sintomas da boca/língua/lábios D21 Problemas de deglutição D22 Hepatomegalia D24 Mastax abdominal NE D25 Distensão abdominal D26 Medo de câncer no aparelho digestivo D27 Medo de outras doenças aparelho digestivo D28 Limitação funcional/incapacidade D29 Outros sinais/sintomas digestivos D70 Infecção gastro intestinal D71 Causas/epidemiologia D72 Hepatite viral D73 Gastroenterite, presumível infecção D74 Neoplasia maligna do esôfago D75 Neoplasia maligna do colon/reto D76 Neoplasia maligna do pâncreas D77 Neoplasia maligna do aparelho digestivo NE D78 Neoplasia benigna do aparelho digestivo/incerta D79 Corpo estranho no aparelho digestivo D80 Outras lesões traumáticas D81 Malformações congênitas do aparelho digestivo D82 Doença dos dentes/gengivas D83 Doença da língua/lábios D84 Doença do esôfago D85 Úlcera do duodeno D86 Úlcera péptica, outra D87 Alterações funcionais esôfago D88 Apendicite D89 Hêmia inguinal D90 Hêmia de híalo -idiagnóstica D91 Hêmia abdominal, outras D92 Doença diverticular intestinal D93 Síndrome do colon irritável D94 Enterite crônica / colite ulcerosa D95 Fissura anal / abcesso perianal D96 Lombalgia / outros parasitas D97 Doença do fígado NE	K01 Dor atribuída ao coração K02 Sensação de pressão/aperto atribuída ao coração K03 Dorres atribuídas ao aparelho circulatório NE K04 Palpações/percepção dos batimentos cardíacos K05 Outras irregularidades dos batimentos cardíacos K06 Vessia premortentes K07 Tormozelos inchados/edema K22 Fator de risco para doença cardiovascular K24 Medo de doença cardíaca K25 Medo de hipertensão K27 Medo de outra doença cardiovascular K28 Limitação funcional/incapacidade K29 Outros sinais/sintomas cardiovasculares K70 Doença infecciosa do aparelho circulatório K71 Febre reumática/cardiopatia K72 Neoplasia do aparelho circulatório K73 Malformações congênitas do aparelho circulatório K74 Doença cardíaca isquêmica com angina K75 Infarto ou Esmarto agudo miocárdio K76 Doença cardíaca isquêmica sem angina K77 Insuficiência cardíaca K78 Fibrilação/fúter auricular/brútil K79 Taquicardia Paroxística K81 Arritmia cardíaca NE K82 Sopro cardíaco/arterial NE K83 Doença cardiopulmonar K84 Doença valvular cardíaca NE K86 Outras doenças cardíacas K85 Pressão arterial elevada K86 Hipertensão sem complicações K87 Hipertensão com complicações	N01 Cefaléia N03 Dorres do face N04 Síndrome das pernas inquietas N05 Formigamentos/parestesia nos dedos das mãos/pés N06 Outras alterações da sensibilidade N07 Conativos/ataques N08 Movimentos involuntários anormais N16 Alterações do olhar/gosto N17 Vertigem/tonturas N18 Paralisia/trapézio N19 Perturbação da fala N20 Medo de câncer do sistema neurológico N27 Medo de outras doenças neurológicas N28 Limitação funcional/incapacidade N29 Sinais/sintomas do sistema neurológico, outros N70 Poliomielite N71 Meningite/meningocefalia N72 Tétano N73 Outra infecção neurológica N74 Neoplasia maligna do sistema neurológico N75 Neoplasia benigna do sistema neurológico N76 Neoplasia do sistema neurológico de natureza incerta N79 Convulsões N80 Outros lesões cranianas N81 Dorralússia do sistema neurológico N85 Malformações congênitas N86 Esclerose múltipla N87 Parkinsonismo N88 Epilepsia N89 Esquizofrenia

N93 Cefaléia de duto	503 Vemijas	U29 Sinais/síntomas aparelho urinário, outros	X81 Neoplasia genital feminina, outra/NE
N95 Foliculite/impetigo de Bell	504 Tumores/nódulos localizados	U70 Peritonite	X82 Lesão traumática genital feminina
N92 Nevralgia do trigêmeo	505 Tumores/nódulos generalizados	U71 Cistite/outra infecção urinária	X83 Malformações congênitas genitais
N93 Síndrome do túnel do carpo/ Síndrome do canal carpo	506 Erupção cutânea localizada	U72 Uvrite	X84 Vaginite/vulvite/NE
N94 Neuroma/ Neuroma/neuropatia periférica	507 Erupção cutânea generalizada	U75 Neoplasia maligna do rim	X85 Doença do colo NE
N95 Cefaléia tensional	508 Alterações da cor da pele	U76 Neoplasia benigna do rim	X86 Etfegaço de Papavir/cóla/colpocitolgia incórtico animal
N99 Outras doenças do sistema neurológico	509 Infecção dos dedos das mãos/pés	U78 Neoplasia maligna do aparelho urinário, outra	X87 Prolapso ateto vaginal
	510 Função do carínulo	U79 Neoplasia do aparelho urinário/NE	X88 Doença fibrocística de mama
PSICOLOGICO	511 Infecção pós-traumática da pele	U80 Lesão traumática do aparelho urinário	X89 Síndrome da tensão pré-menstrual
F01 Sensação de ansiedade/nervosismo/tenso	512 Picada ou mordedura de inseto	U85 Malformação congênita do aparelho urinário	X90 Hérpes genital/feminino
F02 Reação aguda ao estresse	513 Mordedura animal/humana	U88 Gonorreia/efeito/ síndrome nefrítica	X91 Condição acunada feminina
F03 Tísicos/ Sensação de depressão	514 Queimadura/escaldão	U90 Albuminúria/proteinúria ortostática	X99 Doença genital feminina, outra
F04 Sentir/comportar-se de forma irritado/angustiada	515 Corpo estranho na pele	U95 Cálculo urinário	GENITAL MASCULINO
F05 Sensação/comportamento anormal	516 Traumatismo/comunção	U96 Análise de urina anormal/NE	Y01 Dor no pênis
F06 Perturbação do sono	517 Abrasão/arranhão/cotilha	U99 Outras doenças urinárias	Y02 Dor no escroto/testículos
F07 Diminuição do desejo sexual	518 Outra lesão cutânea	GRAVIDEZ, PARTO E PLANEJAMENTO FAMILIAR	Y03 Secreção uretral
F08 Diminuição da satisfação sexual	520 Calos/calosidades	W01 Questão sobre gravidez	Y04 Sinais/síntomas do pênis, outros
F09 Preservação com a preferência sexual	521 Sinais/síntomas da textura da pele	W02 Medo de estar grávida	Y05 Sinais/síntomas do escroto/ testículos, outros
F10 Gagueio/bolbucar/biques	522 Sinais/síntomas das unhas	W03 Hemorragia antes do parto	Y06 Sinais/síntomas da próstata
F11 Problemas de alimentação da criança	523 Queda de cabelo/aloécia	W05 Vômitos/núusas durante a gravidez	Y07 Impotência NE
F12 Morder a cama/surrose	524 Sinais/síntomas do cabelo/couro cabeludo	W10 Contracepção pós-coital	Y08 Sinais/síntomas da função sexual masculina, outros
F13 Encoprese/ouros problemas de incontinência fecal	526 Medo de câncer de pele	W11 Contracepção oral	Y09 Infertilidade/subfertilidade masculina
F15 Abuso crônico de álcool	527 Medo de outra doença da pele	W12 Contracepção intra-uterina/ Dispositivo Intrauterino/DIU	Y13 Esterilização masculina
F16 Abuso agudo de álcool	528 Limitação funcional/incapacidade	W13 Esterilização	Y14 Planejamento familiar, outros
F17 Abuso do tabaco	529 Sinais/síntomas da pele, outros	W14 Contracepção/ouros	Y16 Sinais/síntomas do mama masculina
F18 Abuso de medicação	530 Hérpes zoster	W15 Infertilidade/subfertilidade	Y24 Medo de disfunção sexual masculina
F19 Abuso de drogas	531 Hérpes simples	W17 Hemorragia pós-parto	Y25 Medo de doença sexualmente transmissível
F20 Alterações da memória	532 Pediculus/outras acanetas	W18 Sinais/síntomas pós-parto	Y26 Medo de câncer genital masculino
F22 Sinais/síntomas relacionados ao comportamento da criança	533 Dematofitose	W19 Sinais/síntomas da mama lactação	Y27 Medo de doença genital masculina, outra
F23 Sinais/síntomas relacionados ao comportamento do adolescente	535 Monilíase onícolíndica na pele	W21 Preocupação com a imagem corporal/na gravidez	Y28 Limitação funcional/incapacidade
F24 Dificuldades específicas de aprendizagem	536 Outras infecções da pele	W22 Medo de complicações na gravidez	Y29 Sinais/síntomas, outros
F25 Problemas da fase de vida de adulto	537 Neoplasias malignas da pele	W27 Medo de complicações na gravidez	Y30 Sfilis masculina
F27 Medo de perturbações mentais	538 Ceratose/ Queratose solar/queratose solar	W28 Limitação funcional/incapacidade	Y31 Gonoréia masculina
F28 Limitação funcional/incapacidade	539 Hemangioma/fimangioma	W29 Sinais/síntomas da gravidez, outros	Y32 Hérpes genital
F29 Sinais/síntomas psicológicos, outros	540 Abcissões da pele	W30 Sepsis/infecção puerperal	Y33 Prostatite/benignidade seminal
F30 Demência	541 Lesões da pele congênitas, outras	W71 Infecções que complicam a gravidez	Y34 Onquite epididíate
F71 Outras doenças genitais NE	544 Impetigo	W72 Neoplasia maligna relacionada com gravidez	Y35 Balanite/Balanopostite
F72 Equivocidade	545 Cistoplântida/fitida	W73 Neoplasia benigna/incerta relacionada com a gravidez	Y36 Condição acunada
F73 Fissura aftiva	546 Dermatite sebóica	W75 Lesão traumática que complica a gravidez	Y37 Neoplasia maligna da próstata
F74 Distúbio ansiosotado de ansiedade	547 Dermatite atópico	W78 Malformação congênita do conplexo gravidez	Y38 Neoplasia maligna genital masculina, outra
F75 Somatização	548 Dermatite de contatológica	W79 Gravidez não desejada	Y39 Traumatismo genital masculino, outros
F76 Perturbação depressiva	549 Atrofia rosácea	W80 Gravidez ectópica	Y81 Finiose/prepúcio redundante
F77 Suicídio/tentativa de suicídio	551 Piorria	W81 Toxemia gravídica/ DHEG	Y82 Hipertúdios
F78 Neurastenia	552 Doença das glândulas sudoríparas	W82 Aborto espontâneo	Y83 Testículo não descido/ Criptorquídica/ Testículo ectópico
F79 Fobia/perturbação compulsiva	553 Ceto sebóico	W83 Aborto provocado	Y84 Malformação genital congênita masculina, outra
F80 Perturbação de personalidade	554 Lesão encaivada	W84 Gravidez de alto risco	Y85 Hipertúbia benigna da próstata/ hipertúbia prostática benigna
F81 Perturbação hipercinética	555 Molusco contagioso	W85 Doletos gestacional	Y86 Hidrocele
F82 Estresse pós-traumático	556 Azma	W90 Parto sem complicações de nascido vivo	Y89 Doença genital masculina, outra
F85 Retardo/ Abuso mental	557 Úlcera crônica da pele	W91 Parto sem complicações de nascimento	
F86 Ansiedade nervosa, bulimia	558 Úlcera	W92 Parto com complicações de nascido vivo	
F89 Outras doenças NE	559 Outras doenças da pele	W93 Parto com complicações de nascimento	
F99 Outras perturbações psicológicas		W94 Múltiplo puerperal	
		W95 Outros problemas da mama durante gravidez/puerpério	
		W96 Outras complicações do puerpério	
		W99 Outras complicações da gravidez/parto	
RESPIRATORIO	ENDOCRINO/METABOLICO	GENITAL FEMININO	PROBLEMAS SOCIAIS
R01 Dor atribuída ao aparelho respiratório	E01 Sede excessiva	X01 Dor genital	Z01 Pobreza/problemas econômicos
R02 Dificuldade respiratória, dispnéia	T02 Apetite excessivo	X02 Dor mensutruais	Z02 Problemas relacionados a água/alimentação
R03 Respiração ruidosa	T03 Pédiá de apetite	X03 Doves intermenstruais	Z03 Problemas de habitação/vizinhança
R04 Outros problemas respiratórios	T04 Problemas alimentares de lactante/criança	X04 Relação sexual dolorosa na mulher	Z04 Problema socio-cultural
R05 Tosse	T05 Problemas alimentares do adulto	X05 Menstruação irregular/ausente	Z05 Problemas com condições de trabalho
R06 Hemorragia nasal/epistaxe	T07 Ausência de peso	X06 Menstruação excessiva	Z06 Problemas de desemprego
R07 Epitórax/congestão nasal	T08 Pédiá de peso	X07 Menstruação irregular/freqüente	Z07 Problemas relacionados com educação
R08 Outros sinais/síntomas nasais	T10 Atraso do crescimento	X08 Hemorragia intermenstrual	Z08 Problema relacionado com sistema de segurança social
R09 Sinais/síntomas dos seios paranasais	T11 Desidratação	X09 Sinais/síntomas pré-menstruais	Z09 Problema de ordem legal
R21 Sinais/síntomas da garganta	T26 Medo de câncer do sistema endócrino	X10 Desejo de abortar a dita menstruação	Z10 Problema relacionado com sistema de saúde
R22 Sinais/síntomas da voz	T27 Medo de outra doença endócrina/metabólica	X11 Sinais/síntomas da menopausa/ climatério	Z11 Problema relacionado com este docente
R24 Hemoptise	T28 Limitação funcional/incapacidade	X12 Hemorragia pós-menopausa	Z12 Problema de relacionamento com parceiro/ conjugal
R25 Expectoração/inconvidade anormal	T29 Sinais/síntomas endócrinos/metabólicos/nutricionais, outros	X13 Hemorragia pós-coital	Z13 Problema comportamental do parceiro/ companheiro
R26 Medo de câncer do aparelho respiratório	T70 Infecção endócrina	X14 Secreção vaginal	Z14 Problema por odivia do parceiro/companheiro
R27 Medo de outras doenças respiratórias	T71 Neoplasia maligna da tireóide	X15 Sinais/síntomas da vagina	Z15 Paria ou falecimento do parceiro/companheiro
R28 Limitação funcional/incapacidade	T72 Neoplasia benigna da tireóide	X16 Sinais/síntomas da vulva	Z16 Problema de relacionamento com criança
R29 Sinais/síntomas do aparelho respiratório, outros	T73 Outra neoplasia endócrina NE	X17 Sinais/síntomas da pelvis feminina	Z18 Problema com criança doente
R71 Tosse convulsiva/ pertosse	T78 Cistite/canal litigioso	X18 Dor na mama feminina	Z19 Paria ou falecimento de criança
R72 Infecção estrepitocóca da orofaringe	T80 Malformação congênita endócrina/metabólica	X19 Tumor ou nódulo na mama feminina	Z20 Problema de relacionamento com familiares
R73 Abscesso/furúnculo no nariz	T81 Bocio	X20 Sinais/síntomas do mamilo da mulher	Z21 Problema comportamental de familiar
R74 Infecção aguda do aparelho respiratório superior (PWS)	T82 Obezidade	X21 Sinais/síntomas da mama feminina, outros	Z22 Problema por doença familiar
R75 Sinais/síntomas aguda	T83 Excesso de peso	X22 Preocupação com a aparência da mama feminina	Z23 Paria/falecimento de familiar
R76 Arredilidade aguda	T85 Hipertensão arterial/sistólica	X23 Medo de doença de transmissão sexual	Z24 Problema de relacionamento com amigos
R77 Laringite/traqueíte aguda	T86 Hipotensão/sistólica	X24 Medo de disfunção sexual	Z25 Ato ou acontecimento violento
R78 Bronquite/bronquite aguda	T87 Hipoglicemia	X25 Medo de câncer genital	Z27 Medo de problema social
R79 Bronquite crônica	T89 Diabetes insulino-dependente	X26 Medo de câncer na mama	Z28 Limitação funcional/incapacidade
R80 Gripes	T90 Diabetes não insulino-dependente	X27 Medo de outra doença genital/mama	Z29 Problema social/NE
R81 Pneumonia	T91 Deficiência vitamínica/nutricional	X28 Limitação funcional/incapacidade	
R82 Pleurite/derrame pleural	T92 Gotá	X29 Sinais/síntomas do aparelho genital feminino, outros	
R83 Outra infecção respiratória	T93 Abuso do sistema metabólico/metabólicocanabólicos	X70 Sfilis feminina	PROCEDIMENTOS
R84 Neoplasia maligna dos brônquios/pulmão	T99 Outras doenças endócrinas/metabólicas/nutricionais	X71 Gonoréia feminina	SINAIS/SINTOMAS
R85 Outra neoplasia respiratória maligna	URINARIO	X72 Candidíase genital feminina	INFECÇÕES
R86 Neoplasia benigna respiratória	U01 Distúria/micção dolorosa	X73 Tricomoníase genital feminina	NEOPLASIAS
R87 Corpo estranho nariz/laringe/brônquios	U02 Mção freqüente/húlgida urinária/polaciúria	X74 Doença inflamatória pélvica	TRAUMATISMOS
R88 Outra lesão respiratória	U04 Incontinência urinária	X75 Neoplasia maligna do colo	ANOMALIAS CONGÊNITAS
	U05 Outros problemas com a micção	X76 Neoplasia maligna de mama feminina	OUTROS DIAGNOSTICOS
	U06 Hematuria	X77 Neoplasia maligna genital feminina, outra	
	U07 Outros sinais/síntomas urinários	X78 Fibromioma uterino	
	U08 Retenção urinária	X79 Neoplasia benigna da mama feminina/ fibroadenoma	
	U13 Sinais/síntomas da bexiga, outros	X80 Neoplasia benigna genital	
	U14 Sinais/síntomas dos rns		
	U26 Medo de câncer no aparelho urinário		
	U27 Medo de outra doença urinária		
	U28 Limitação funcional/incapacidade		
S01 Dor/sensibilidade dolorosa da pele			
S02 Prurido			