UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

Valquíria Macedo da Silva

Morbidade referida por usuários de equipes de Saúde da Família na região Nordeste de Minas Gerais

Montes Claros
2012

Valquíria Macedo da Silva

Morbidade referida por usuários de equipes de Saúde da Família na região Nordeste de Minas Gerais

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências em Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros, como parte das exigências para a obtenção do Título de Mestre em Cuidado Primário em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Antonio Prates Caldeira

Montes Claros

2012

S586m

Silva, Valquíria Macedo da.

Morbidade referida por usuários de equipes de saúde da família na região Nordeste de Minas Gerais [manuscrito] / Valquíria Macedo da Silva. – 2012.

63 f. : il.

Inclui Bibliografia.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde/PPGCS, 2012.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Prates Caldeira.

1. Morbidade – Saúde do trabalhador – Equipes de Saúde da Família (ESF). 2. Atenção primária à saúde (MG). I. Caldeira, Antônio Prates. II. Universidade Estadual de Montes Claros. III. Título.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

João dos Reis Canela
Reitor

Professora Maria Ivete Soares de Almeida
Vice-reitor

Vicente Ribeiro Rocha Júnior
Pró-reitor de Pesquisa

Hercílio Martelli Júnior
Pró-reitor de Pós-graduação

Karen Torres Corrêa Lafetá
Coordenadoria de Acompanhamento de Projetos

Leonardo Monteiro Ribeiro
Coordenadoria de Iniciação Científica

Dario Alves Oliveira
Coordenadoria de Inovação Tecnológica

Augusto Guilherme Silveira Dias
Coordenadoria de Pós-graduação Lato-sensu

Maria Cristina Freire Barbosa
Coordenadoria de Pós-graduação Stricto-sensu

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Alfredo Maurício Batista de Paula
Coordenador

João Felício Rodrigues Neto
Subcoordenador

Dedico este trabalho aos meus pais Maria e Agenor e a todas as pessoas que me apoiaram na realização do mestrado, em especial ao José Nelson que, como sempre, me incentivou e encorajou na busca de meus ideais. Ao nosso filho Gael que no ventre me acompanhou nesta difícil jornada e a minha família que sempre acreditou e me acolheu durante toda realização do curso.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente ao criador que sem ele nada podemos neste mundo.

Aos docentes do mestrado em cuidado primário da UNIMONTES, que contribuíram com o meu crescimento através de seus ensinamentos.

Ao meu orientador Prof. Dr. Antonio Prates Caldeira pelo apoio e dedicação.

A todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para esta conquista.

Aos funcionários e usuários das equipes de Saúde da Família que colaboram com a realização desta pesquisa.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

CANDIDATO (A):) VALQUÍRIA MACEDO DA SILVA

TÍTULO DO TRABALHO: "Morbidade referida por usuários de equipes de saúde da família na região nordeste de Minas Gerais".

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Saúde Coletiva

LINHA DE PESQUISA: Educação em Saúde

BANCA (TITULARES)	**ASSINATURAS**
PROFª. DRª. ANTONIO PRATES CALDEIRA /ORIENTADOR	
PROFª. DRª MAISA TAVARES DE SOUZA LEITE	
PROFª. DRª. MARIA RISONEIDE NEGREIROS DE ARAÚJO	

BANCA (SUPLENTES)

ASSINATURAS

PROF DR. JOÃO FELÍCIO RODRIGUES NETO	
PROFª. DRª. ROSEANE DURÃES CALDEIRA	

☒ **APROVADO(A)** [ ] **REPROVADO(A)**

Hospital Universitário Clemente Farias – HUCF
http://www.unimontes.br / ppgcs@unimontes.br
Telefone: (0xx38) 3224-8372 / Fax: (0xx38) 3224-8372
Av. Cula Mangabeira, 562, Santo Expedito, Montes Claros – MG, Brasil /CEP: 39401-001

RESUMO

Os motivos de busca por atendimento de saúde de uma população são importantes para a gestão em saúde e pode direcionar o planejamento da atenção a saúde. Uma das formas de alcançar tais indicadores é por meio de realização de inquéritos populacionais, que trabalham com as percepções de saúde, fatores de risco e comportamentos pessoais. O objetivo deste estudo foi caracterizar o perfil de morbidade referida por adultos assistidos pelas equipes de Saúde da Família na Macrorregião nordeste de Minas Gerais. Trata-se de um estudo transversal de base populacional desenvolvido junto às equipes de Saúde da Família por meio de um inquérito. O estudo foi realizado por meio de coleta de dados em um dia específico, previamente definido ("*one single day morbidity*"), com uso de questionários semi-estruturados para aferição da morbidade e adaptados para três categorias profissionais das equipes de saúde da família: médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde (ACS). Utilizou-se a Classificação Internacional da Atenção Primária, (CIAP-2) para a codificação dos motivos da busca por atendimento de saúde. No total foram avaliadas informações de 17.988 pessoas assistidas pelos profissionais. O grupo era formado por 10.855 (60,3%) pessoas do sexo feminino. Registrou-se 1.662 (9,2%) questionários referentes ao atendimento do médico, 2.530 (14,1%) do enfermeiro e 13.796 (76,7%) corresponderam às visitas e encontros com o ACS. O perfil de morbidade registrado pelos médicos revelou como principais problemas de saúde as doenças ao aparelho circulatório (especialmente a hipertensão), as doenças músculo/esqueléticas (especialmente as lombalgias) e as doenças do aparelho digestório (especialmente as parasitoses intestinais), que juntas responderam por mais de 40% das consultas médicas. As queixas inespecíficas e atendimentos relacionados à saúde da mulher foram os mais prevalentes nos atendimentos dos enfermeiros. Nos encontros registrados pelos ACS, destacaram-se as queixas referentes a problemas respiratórios, músculo-esqueléticos e cardiovasculares. Os resultados permitiram conhecer as necessidades de saúde das pessoas assistidas pelas equipes de saúde, definindo um padrão de morbidade da atenção primária para a região. Os motivos da busca por atendimento de saúde pela população assistida na região avaliada não difere substancialmente dos registros de outros estudos. A utilização da CIAP-2 revelou-se útil para possibilitar a comparabilidade entre os resultados registrados.

Palavras-chave: Morbidade. Atenção Primária à Saúde. Inquéritos de Saúde. Saúde da Família.

ABSTRACT

The reasons for seeking health care in a population are important for health management and can direct the planning of health care services. One way to achieve these indicators is through population surveys, working with the perceptions of health risk factors and personal behaviors. The objective of this study was to characterize the profile of morbidity by adults assisted by Family Health teams in Macroregion northeastern Minas Gerais. This is a population-based cross-sectional study developed with the Family Health teams through a survey. The study was conducted by collecting data on a specific day, previously defined ("one single day morbidity"), using semi-structured questionnaires for measuring morbidity and adapted for three professional categories of family health teams: doctors, nurses and community health agents (CHA). We used the International Classification of Primary Care, (CIAP-2) for the coding of reasons for seeking health care. A total of 17,988 people assessed information assisted by professionals. The group consisted of 10 855 (60.3%) females. It was recorded 1662 (9.2%) questionnaires regarding doctor's care, 2,530 (14.1%) of nurses and 13 796 (76.7%) corresponded to the visits and meetings with the ACS. The profile of morbidity reported by doctors revealed as major health problems to circulatory diseases (especially hypertension), the musculo / skeletal (especially back pain) and diseases of the digestive tract (especially intestinal parasites), which together accounted for more than 40% of medical consultations. The nonspecific complaints and visits related to women's health were the most prevalent in the care of nurses. In the meetings recorded by the ACS, the highlights were the complaints about respiratory problems, musculoskeletal and cardiovascular diseases. The results allowed to meet the health needs of people assisted by health teams, setting a pattern of morbidity in primary care for the region. The reasons for seeking health care for the population served in the region does not differ substantially evaluated the records of other studies. The use of CIAP-2 proved to be useful to allow comparability between the results recorded.

Keywords: Morbidity. Primary Health Care. Health Surveys. Family Health.

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CIAP-2	Classificação Internacional da Atenção Primária, segunda edição.
ESF	Equipe de Saúde da Família
GRS	Gerencia Regional de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
SIAB	Sistema de informação da Atenção Básica
SRS	Secretaria Regional de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1INTRODUÇÃO 12

2OBJETIVOS 22

2.1 Objetivo Geral 22

2.2 Objetivos Específicos 22

3 PRODUTOS 23

3.1 Artigo 1 24

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS 51

REFERÊNCIAS 53

APENDICE A 55

APENDICE B 56

APENDICE C 57

APENDICE D 58

1 INTRODUÇÃO

As primeiras equipes de saúde da família começaram a ser implantadas no Brasil a partir de 1994, com o objetivo de reorganizar a prática assistencial da Atenção Primária à Saúde (APS), em substituição ao modelo tradicional, centrado na consulta médica, orientado para cura de doenças e realizado principalmente em hospitais. [1]

O fortalecimento da atenção primária e uma boa estruturação do serviço são fundamentais na organização dos sistemas de saúde. [2,3] Nesse contexto, a utilização de processos avaliativos contribui para que gestores e profissionais de saúde adquiram conhecimentos necessários à tomada de decisão voltada ao atendimento das demandas e necessidades de saúde para ampliar a resolubilidade do sistema.

Por meio da forma de utilização dos serviços de saúde de um grupo populacional é possível explicar o seu perfil de necessidades em saúde.[4] O uso de serviços de saúde está condicionado, também, por outros fatores, internos e externos ao setor. A disponibilidade, o tipo, a quantidade de serviços e recursos (financeiros, humanos, tecnológicos), a localização geográfica, a cultura médica local, a ideologia do prestador, são aspectos da oferta que influenciam o padrão de consumo dos indivíduos. [5] Por outro lado, as escolhas individuais também são cruciais, sendo que nem todas as necessidades se convertem em demandas e nem todas as demandas são atendidas. As desigualdades no uso de serviços de saúde refletem as desigualdades individuais no risco de adoecer e morrer. Igualmente, indicam

diferenças no comportamento do indivíduo perante a doença, além das características da oferta de serviços que cada sociedade disponibiliza para seus membros. [6,7,8]

O contexto econômico e social influencia o estado de saúde das pessoas e é mais diretamente determinado por quatro fatores: a biologia humana, o meio ambiente, o estilo de vida e o sistema de atenção à saúde. Os serviços de saúde constituem também a resposta socialmente organizada para fazer face ao estado de saúde prevalente. [9]

Os indicadores considerados confiáveis das condições de saúde populacional são as taxas de morbidade e estas são reveladoras das desigualdades entre os grupos, sejam relativas ao sexo, sejam relativas a outras características desses indivíduos. [20]

Durante muito tempo os indicadores derivados de dados de óbito foram utilizados para a avaliação do estado de saúde das populações, perdendo progressivamente a capacidade de medir a saúde após forte redução das taxas de mortalidade e aumento da sobrevida e da prevalência de doenças crônicas. Com essa mudança, os problemas de saúde passaram a requerer, uma forma adequada de mensuração, a construção de indicadores de incidência e prevalência de doenças de modo geral e também das lesões provocadas por acidentes e violências. [9]

Para a busca de melhores patamares de saúde, a avaliação das políticas e programas de saúde e o monitoramento do estado de saúde das populações são

estratégias fundamentais, sendo de interesse de todos os níveis de governo e também da sociedade em geral e suas organizações.[8]

Muitos países, especialmente os mais desenvolvidos, têm utilizado os inquéritos de base populacional para a definição de morbidade de sua população. Nos países em desenvolvimento, em geral, o uso de inquéritos de morbidade tem sido conduzido por iniciativa e propostas de agências e organizações internacionais. [11] No Brasil, na cidade de Ribeirão Preto, SP, foi realizado na década de 1970, um inquérito pioneiro de base populacional sobre morbidade percebida e uso de serviços de saúde. [12] Esta iniciativa propiciou discussões sobre as diversas questões metodológicas afeitas a este tipo de pesquisa e estimulou o desenvolvimento de alguns projetos subsequentes. [13, 14]

Os inquéritos de saúde mais amplos, ou de base populacional, foram implementados mais efetivamente a partir dos anos 60 e assumiram grande importância para as regiões onde os sistemas rotineiros de registros de dados eram mais precários. [14]

As informações geradas pelos inquéritos deveriam ser complementares, e sem sobreposições desnecessárias de outros sistemas de informação. Os inquéritos de saúde possibilitam a obtenção de informações sobre diferentes dimensões do estado de saúde, sobre determinantes demográficos, sociais, econômicos e culturais da saúde-doença, além de comportamentos relacionados à saúde, muitos dos quais constituem conhecidos fatores de risco de doenças crônicas. Os inquéritos permitem conhecer a realidade do acesso aos múltiplos serviços e atividades da saúde. Em

todas estas dimensões, os inquéritos possibilitam o reconhecimento e a análise do padrão das desigualdades sociais na saúde. [15]

O conjunto de relatos de problemas de saúde de indivíduos é considerado como morbidade referida e esses relatos podem ser obtidos por meio de entrevistas presenciais ou por telefone, Internet ou correio tradicional, referindo-se a problemas ocorridos com a própria pessoa entrevistada ou com integrante de sua família. Os inquéritos populacionais constituem a opção para o conhecimento de problemas de saúde prevalentes na população e de variedades de demanda aos serviços. Podem também verificar se os problemas de saúde, percebidos e relatados pelas pessoas, geraram demanda, e se esta foi atendida. [17,18,19]

A nova organização dos serviços de saúde no Brasil, a partir da implantação da ESF tem o potencial de facilitar a definição de morbidade da população assistida ou mesmo a realização de inquéritos de morbidade ou morbidade referida. As características do modelo proposto podem influenciar muito positivamente a atenção primária à saúde.

A atenção primária organiza o uso de todos os recursos, desde os básicos até os especializados, que são direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde. Também compartilha características com outros níveis dos sistemas de saúde: responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos; atenção à prevenção, bem como ao tratamento e à reabilitação; e trabalho em equipe. A atenção primária não é um conjunto de tarefas ou atividades clínicas exclusivas; todos os tipos de atividades clínicas (como diagnóstico, prevenção, exames e várias estratégias para o monitoramento clínico) são características de todos os níveis de atenção. Em vez

disso, a atenção primária é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde. A atenção primária aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar dos cidadãos. Ela integra a atenção quando há mais de um problema de saúde e lida com o contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde. [3]

As equipes do Programa Saúde da Família (PSF), atualmente também identificado como Estratégia de Saúde da Família, representam uma ferramenta de promoção de equidade na oferta de serviços, sendo uma estratégia de reorganização do sistema de atenção à saúde para o Sistema Único de Saúde (SUS). [1] A proposta caracteriza-se por ter a família como foco principal de atuação dos profissionais de saúde, buscar uma integração com a comunidade na qual se insere, fazer a busca ativa de casos com intervenção oportuna e precoce, e dar ênfase à prevenção e à educação em saúde.[2]

A união dos fatores sociais, individuais e culturais da população são diretamente relacionadas às demandas por serviços de saúde. O conhecimento do padrão de utilização desses serviços se torna essencial, para que as respostas a essas demandas reflitam decisões equânimes e efetivas em relação aos custos, uma vez que esse padrão oferece insumos durante o processo de alocação e geração de recursos. [5]

Os dados de morbidade possuem validade por meio da relação direta com as condições em que a assistência é desenvolvida, considerando os seguintes fatores: atendimento da totalidade da demanda, cobertura significativa da população de referência, recursos (materiais e humanos) adequados e outros. [6]

Nos inquéritos populacionais a auto-avaliação de saúde tem sido amplamente utilizada por ser facilmente aplicada e permitir comparações internacionais. Embora seja medida por uma única pergunta, existem evidências de seu poder para cobrir várias dimensões da saúde, e que ao respondê-la, os indivíduos desenvolvem implicitamente um processo de ponderação destas dimensões[20]. O inquérito populacional é considerado como um indicador forte tanto da morbidade quanto da mortalidade, mesmo quando controlado pela presença de uma doença ou incapacidade. [20,21]

Independente da presença de alguma doença a percepção individual da saúde é considerada importante. O sentimento de bem-estar extrapola a presença de condições objetivas, embora apresente relações bem estabelecidas com as condições clínicas e com os indicadores de morbidade e mortalidade. [22,8]

A percepção de saúde, doenças, incapacidades, comportamentos, fatores de risco, uso de serviços de saúde e características demográficas e sociais são questões levantadas nos inquéritos populacionais que na maioria das vezes não estão disponíveis nos sistemas de informação[23]. Estas características são importantes por explorar várias dimensões de saúde e também para o monitoramento do perfil

epidemiológico da população, das necessidades de investimentos e da avaliação das políticas de saúde. [24]

Esclarecendo a diferença entre a morbidade aferida e referida, Barreto e Grisi destacam:

> Morbidade referida não é o mesmo que "doença". Conforme ensina a antropologia médica, o processo saúde-doença assume significados distintos quando visto a partir do olhar dos indivíduos e de suas famílias em relação à perspectiva do médico. O médico se baseia principalmente em critérios diagnósticos estabelecidos pelas ciências biológicas ao avaliar um paciente que o procura, para rotulá-lo com o diagnóstico de uma "doença"; fundamenta-se nos conhecimentos produzidos por estas disciplinas. No entanto, para indivíduos, famílias e comunidades, o processo saúde-doença tem outros significados relacionados a uma grande multiplicidade de fatores. A forma como as "doenças" são encaradas e abordadas pelos indivíduos, famílias e comunidades sofre forte influência de aspectos tais como a cultura, a crenças, a história e a subjetividade, além da influência dos meios de comunicação de massa"[7, p:43].

A utilização de indicadores de morbidade referida é comum nos inquéritos de saúde de base populacional, pois a informação diagnóstica é difícil de ser coletada, apresentando maior custo e uma padronização rigorosa. Assim, vários indicadores têm sido utilizados para medir as necessidades de saúde a partir de informações fornecidas (referidas) pelos próprios entrevistados ou por outros moradores do domicílio. Variáveis, tais como, auto-avaliação do estado de saúde, presença de doença crônica, referência a sinais e sintomas, e restrição de atividades rotineiras por motivo de saúde retratam dimensões diferentes das condições de saúde de determinado grupo populacional. Estas variáveis são susceptíveis a vários tipos de erros de medida, com destaque para o viés de gênero no relato das informações. Estudos sugerem, por exemplo, que homens são menos propensos a reportar problemas de saúde do que as mulheres. [18,19]

Adquirir informações sobre os motivos da procura por atendimento em serviços de saúde total de uma unidade de atendimento clínico existente nas unidades de saúde é um desafio difícil. A maioria das unidades é composta por pacientes com centenas, se não milhares, de queixas, sintomas e diagnósticos; uma medida resumida que leve todos em consideração é um desafio desanimador. [3]

Os padrões de morbidade podem ser uniformes quando as populações são razoavelmente homogêneas, principalmente nas características etárias e sociais, de forma que a freqüência de diagnósticos individuais pode ser usada para caracterizar o *case-mix*. Em uma população de uma unidade de saúde composta principalmente por idosos, a variabilidade na distribuição de enfermidade será menor do que em uma população de faixa etária mista, porque algumas enfermidades são muito mais comuns em idosos e a variabilidade na susceptibilidade a outras enfermidades (como aquelas para as quais a variabilidade genética terá resultado em morte antes da idade avançada) será menor, de forma a resultar em um padrão mais homogêneo de enfermidades. [3]

A avaliação de saúde e doença serve classicamente para facilitar a prestação de atendimento clínico, documentar as diferenças entre grupos populacionais e definir atividades de saúde pública. [3] É fato que o desvelamento da morbidade de uma população pode interferir favoravelmente no enfrentamento das principais condições de morbidade e tem o potencial de facilitar as intervenções do gestor de saúde.

A falta de instrumentos precisos para mensurar a morbidade é considerada um grande dificultador do procedimento de mensuração da morbidade. A Classificação Internacional da Atenção Primária (CIAP-2) tem sido empregada em vários estudos

ao nível da atenção primária, oferecendo uma possibilidade de classificação e direciona para uma uniformização dos problemas referidos ou diagnosticados na atenção primária. [24,25]

Algumas dificuldades são encontradas em relação à codificação utilizada pela CIAP-2, mas de modo geral, tal classificação apresenta facilidade para o uso, se tornando importante na classificação das queixas e problemas de saúde que não sejam necessariamente um diagnóstico de doença. Porém, é preciso destacar que é uma ferramenta de baixa especificidade para algumas respostas. [24,25]

Para Gusso (2009), a CIAP-2 é adequada e importante, pois envolve a mudança permanente da manifestação e do rótulo dos problemas de saúde ao longo do tempo para a população assistida pelas equipes da APS. O autor destaca que é uma ferramenta dinâmica e que “protege” os pacientes de diagnósticos precipitados e suas consequentes intervenções perigosas e desnecessárias. [25]

Os indicadores de saúde mais frequentemente utilizados em estudos epidemiológicos são os relativos à mortalidade e morbidade. O conhecimento sobre indicadores de saúde tem especial importância para regiões carentes, onde a otimização de recursos da gestão pública deve ser sempre buscada. Algumas regiões do estado de Minas Gerais contemplam a denominação de regiões-problema, pelos parcos recursos econômicos e possuem indicadores sociais mais próximos da região nordeste do País. Este é o caso da macrorregião Nordeste de Minas Gerais. Acredita-se que estudos epidemiológicos em áreas similares possam contribuir para o fortalecimento das ações voltadas para assistência à saúde. A falta

de estudos na região sobre indicadores de mortalidade ou de morbidade define uma grande prioridade para estudos de cunho epidemiológicos, pois possui, em tese, imediato retorno à população.

Assim, a partir das considerações apresentadas, a presente proposta buscou o conhecimento da morbidade referida por usuários dos serviços de atenção primária nas equipes de saúde da família da macrorregião Nordeste de Minas Gerais. Foram assumidos os pressupostos da morbidade ampliada, na percepção do paciente em diversos momentos da atenção primária, o que possibilita maior conhecimento da situação do processo saúde doença em uma das regiões mais pobres do Estado de Minas Gerais. Esse desvelar permitirá o estabelecimento de políticas de promoção à saúde e prevenção da doença de formas mais direcionadas e efetivas por parte dos serviços de atenção primária.

2. OBJETIVOS

2.1 - Geral

Caracterizar o perfil de Morbidades referidas por usuários adultos assistidos pelas de Equipes de Saúde da Família na Macrorregião nordeste de Minas Gerais.

2.2 - Específicos

♦ Identificar os principais problemas de saúde em adultos assistidos por profissionais médicos das equipes de saúde da família da Macrorregião Nordeste de Minas Gerais;

♦ Identificar as principais queixas de saúde/problemas referidos por usuários das equipes de saúde da família aos profissionais Enfermeiros e Agentes comunitários de Saúde dos serviços da atenção primária da Macrorregião Nordeste de Minas Gerais.

3 – PRODUTOS ALCANÇADOS

Seguindo proposta do colegiado do Programa de Pós-graduação em Ciência da Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros, o resultado do presente estudo será apresentado no formato de um artigo científico.

O artigo apresentado, “Morbidade referida por usuários de equipes de Saúde da Família na região Nordeste de Minas Gerais” está formatado segundo as normas da Revista de Saúde Pública, para a qual o mesmo será encaminhado para avaliar publicação.

Artigo 1

Morbidade referida por usuários de equipes de Saúde da Família na região Nordeste de Minas Gerais

Morbidity reported by users of family health teams in the northeast of Minas Gerais

Valquiria Macedo da Silva, Ivelisa Vilela Silva Pereira, Maria de Jesus Loredo Rocha, Antônio Prates Caldeira

Este artigo é parte da dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde – Mestrado Profissional em Cuidado Primário em Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros-MG.

Resumo

Objetivo: Caracterizar o perfil de morbidade referida por adultos assistidos pelas equipes de Saúde da Família na Macrorregião nordeste de Minas Gerais. **Método:** Trata-se de um estudo transversal de base populacional, desenvolvido junto às equipes de Saúde da Família. As entrevistas foram realizadas mediante assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido. O estudo foi realizado através de coleta de dados em equipes de saúde da familia de 43 municípios da região Nordeste de Minas Gerais. Foi realizado em um dia específico, previamente definido ("*one single 24day morbidity*"), sendo no dia 14 novembro de 2010, com uso de

questionários semi-estruturados para aferição da morbidade na população adscrita adaptados para três categorias profissionais das equipes de saúde da família: médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde. Utilizou-se a Classificação Internacional da Atenção Primária (CIAP 2) para a codificação da morbidade referida. **Resultado:** Foram colhidas informações de 17.988 pessoas, sendo 10.855 (60,3%) do sexo feminino; 1.662 (9,2%) questionários foram referentes ao atendimento do médico, 2530 (14,1%) do enfermeiro e 13.796 (76,7%) corresponderam às visitas e encontros com o ACS. O perfil de morbidade registrado revelou como principais problemas de saúde as doenças ao aparelho circulatório (especialmente a hipertensão), as doenças músculo/esqueléticas (especialmente as lombalgias) e as doenças do aparelho digestório (especialmente as parasitoses intestinais), que juntas responderam por mais de 40% das consultas médicas. As queixas inespecíficas e atendimentos relacionados à saúde da mulher foram os mais prevalentes nos atendimentos dos enfermeiros. Nos encontros registrados pelos Agentes Comunitários de Saúde, destacaram-se as queixas referentes a problemas respiratórios, músculo-esqueléticos e cardiovasculares. **Conclusões:** Os motivos de busca por atendimentos à saúde pela população assistida nas ESF da região avaliada não difere substancialmente dos registros de outros estudos. O CIAP 2 revelou-se útil para possibilitar a comparabilidade entre os resultados registrados.

Palavras chave: Morbidade. Atenção Primária à Saúde. Inquéritos de Saúde.

Abstract

Objective: To characterize the profile of morbidity by adults assisted by Family Health teams in Macroregion northeastern Minas Gerais. **Method:** This is a population-based cross-sectional study, carried out with the Family Health teams. The interviews were conducted by signing the consent form. The study was

conducted by collecting data on family health teams from 43 counties of the Northeast of Minas Gerais. Was performed on a specific day, previously defined ("one single day morbidity"), and on November 14, 2010, using semi-structured questionnaires for measuring morbidity in the registered population adjusted for three categories of professional health teams Family doctors, nurses and community health workers. We used the International Classification of Primary Care (CIAP 2) for the coding of morbidity. **Results**: Information was collected from 17,988 people, with 10,855 (60.3%) were female; 1662 (9.2%) questionnaires were related to the care of the physician, in 2530 (14.1%) of nurses and 13 796 (76, 7%) corresponded to the visits and meetings with the ACS. The profile of morbidity registered revealed as major health problems to circulatory diseases (especially hypertension), the musculo / skeletal (especially back pain) and diseases of the digestive tract (especially intestinal parasites), which together accounted for more 40% of medical consultations. The nonspecific complaints and visits related to women's health were the most prevalent in the care of nurses. In the meetings recorded by the Community Health Agents, stood out the complaints about respiratory problems, musculoskeletal and cardiovascular diseases. Conclusions: The reasons for seeking health care for the population served in the region evaluated ESF does not differ substantially from the records of other studies. The CIAP 2 proved to be useful to allow comparability between the results recorded.

Keywords: Morbidity. Primary Health Care. Health Surveys. Family Health.

INTRODUÇÃO

O sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil tem propiciado uma rápida expansão da atenção primária com resultados positivos importantes na oferta de serviços e nos indicadores de acesso à saúde para a população em geral.[15] Apesar dos avanços registrados, ainda existem desafios a serem superados.[23] Na verdade, desde 1994, quando foram implantadas as primeiras equipes de Saúde da Família (ESF), discute-se sobre o fortalecimento das ações de saúde, com ênfase nas atividades de promoção e nas estratégias de mudança do modelo assistencial, até então, hospitalocêntrico e focado na consulta médica.

É natural admitir que a real mudança do modelo assistencial implica em conhecer melhor, entre outros aspectos, as características da demanda assistida. O aumento da oferta dos serviços de atenção primária revela as diversas nuances do processo saúde-doença e registra que, nas unidades da ESF, o usuário assistido não é, muitas vezes, uma pessoa doente, mas traz consigo queixas de diversas categorias e demanda igualmente um atendimento de qualidade e humanizado.[13] A utilização de dados epidemiológicos pode ser bastante útil para o desenho de estratégias de atenção adequada aos usuários da atenção primária, incluindo-se aí as estatísticas de morbidade.[14]

Existem poucos estudos no país sobre o perfil de morbidades que acometem as pessoas assistidas pela atenção primária.[9] O Sistema de Informação da Atenção

Básica (SIAB), que representa o registro oficial das principais morbidades assistidas pelas equipes de saúde da familia ainda possui fragilidades e não fornece informações necessárias e fidedignas para identificação das morbidades.[17]

Em princípio, a realidade acerca da morbidade em usuários da atenção primária demanda, além do desenvolvimento de prontuários eletrônicos padronizados, a capacitação dos trabalhadores das equipes de saúde da familia. A classificação e codificação dos diagnósticos, das queixas e necessidades dos pacientes é uma etapa fundamental desse processo. A Classificação Internacional da Atenção Primária, em sua segunda edição (CIAP-2) representa um importante apoio para se conhecer a morbidade referida nesse nível de cuidado.[24] O sistema de codificação é relativamente simples e fácil e tem sido utilizado em vários países.[3,14,24]

Em face da inexistência de prontuários eletrônicos, os inquéritos baseados em entrevistas ou prontuários de papel podem fornecer informações importantes. Os inquéritos de saúde, que apresentam informações não disponíveis nos sistemas nacionais, podem alcançar informações como percepção de saúde e doenças, incapacidades, comportamentos e outras características demográficas e socioeconômicas. Todas essas informações contribuem para a identificação do perfil epidemiológico da população e das políticas de saúde.[4] A realidade de acesso aos vários serviços de saúde também pode ser identificada pelos inquéritos.[1]

Conhecer mais profundamente a morbidade assistida pelas equipes de saúde da familia parece ser um aspecto fundamental para direcionar ações de fortalecimento da atenção primária em todo o país. No presente estudo objetivou-se caracterizar o

perfil de morbidade referida por adolescentes e adultos assistidos pelas equipes da ESF na Macrorregião Nordeste de Minas Gerais.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal de base populacional. Foi desenvolvido na Macrorregião nordeste de Minas Gerais junto às Equipes da Estratégia Saúde da Família. A região é composta por 63 municípios e representa uma das regiões mais carentes do estado de Minas Gerais e incorpora os vales do Jequitinhonha e Mucuri.

Foram alocadas para este estudo as pessoas que utilizam e que estão adscritas nas áreas de abrangência das equipes de saúde da familia. A coleta de dados foi realizada em um dia específico, previamente definido ("*one single day morbidity*"), após intensiva mobilização dos gestores, coordenadores da atenção primária e profissionais de saúde.

Na coleta de dados foram utilizados questionários semi-estruturados especialmente desenvolvidos pelos pesquisadores, com base em estudos similares na literatura e nos objetivos do estudo. Foram criados instrumentos específicos para aferição da morbidade na população adscrita adaptados para três categorias profissionais das equipes de saúde da família: médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde. Todos os profissionais foram solicitados a preencherem um formulário para cada paciente atendido no dia especificado, com apontamentos de algumas variáveis demográficas, além das informações de saúde.

Antes da realização da pesquisa, foi conduzido um estudo piloto em área sorteada, com o objetivo de testar os instrumentos de coleta de dados e a metodologia proposta para avaliação da morbidade referida. Não foram necessários ajustes nos formulários de coleta de dados e o estudo foi conduzido em equipes de saúde da família pertencentes à Macrorregião Nordeste de Minas Gerais cujos gestores concordaram com a participação e cujos responsáveis técnicos participaram das capacitações. Foram excluídos os instrumentos preenchidos incorretamente ou de forma ilegível, bem como aqueles usuários oriundos de municípios não pertencentes à região previamente determinada.

Os dados coletados foram analisados através do software *SPSS*, versão 16.0. Todas as queixas e problemas de saúde registrados foram classificados segundo a Classificação Internacional da Atenção Primária, segunda versão (CIAP-2) e este procedimento foi realizado por uma única pessoa, previamente capacitada, no sentido de se evitar distorções da classificação. As proporções de diagnósticos, queixas e problemas de saúde nos diferentes sistemas (capítulos do CIAP 2) foram comparadas entre os gêneros através do teste qui-quadrado, assumindo-se um nível de significância de 5% ($p<0,05$).

Todos os aspectos éticos foram observados, sendo o seu projeto previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros (Processo 2314/2010). As entrevistas foram realizadas com autorização dos gestores municipais e trabalhadores das equipes de saúde da família e de todos os respondentes, no âmbito das equipes da Macrorregião Nordeste de Minas Gerais, mediante assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

No total, 17988 pessoas participaram do estudo, sendo 10855 (60,3%) do sexo feminino e 7133 (39,7%) masculino. Destas 1662 (9,2%) correspondem ao atendimento do médico, 2530 (14,1%) do enfermeiro e 13796 (76,7%) correspondem às visitas e encontros com o ACS. A morbidade referida foi distribuída em 'diagnósticos', quando a assistência foi realizada por médicos, em 'queixas ou motivos de consultas', quando o atendimento foi realizado por enfermeiros e em 'problemas de saúde' quando o dado resultou de encontro foi com o Agente Comunitário de Saúde em visita domiciliar. As principais características e padrões de morbidades estão apresentados nas tabelas 1, 2 e 3, segundo o tipo de profissional da ESF e capítulos da CIAP 2.

Registrou-se entre as consultas médicas (tabela 1) maior prevalência de mulheres (67,6%) e da faixa etária de 40 a 59 anos (31,9%). Entre os atendimentos registrados por médicos, 93 pessoas (5,6%) não receberam qualquer diagnóstico após as consultas. Os diagnósticos mais comuns foram referentes a patologias do aparelho circulatório (n=253; 15,2%), afecções do sistema músculo esquelético (n=225; 13,5%) e doenças do aparelho digestório (n=202; 12,1%).

A tabela 2 apresenta as principais características e queixas/motivos de consultas de pacientes adultos assistidos por enfermeiros da ESF. Registra-se maior proporção de atendimentos a população mais jovem, com predomínio da faixa etária entre 20 e 39 anos (n=1048; 41,4%). Também neste grupo as mulheres responderam pelo

maior número de atendimentos (n= 1870; 73,9%). A escolaridade também foi aferida para esta população, o que permitiu identificar que a maioria dos atendimentos era de pessoas que não haviam concluído o 1º grau.

As principais queixas foram relacionadas às “causas gerais e não especificas”, totalizando 590 atendimentos (23,3%), seguindo-se as queixas do aparelho genital feminino (incluindo mamas), com 445 atendimentos (17,6%) e consultas devido à gravidez e planejamento familiar 433 (17,1%).

Na tabela 3 são apresentadas as principais características e problemas de saúde referidos aos Agentes Comunitários de Saúde por adolescentes e adultos assistidos por equipes da ESF. Houve predomínio de pessoas com baixa escolaridade, incluindo 2542 (18,4%) analfabetos. Os problemas de saúde registrados referem-se àqueles apresentados nos 15 dias precedentes à coleta de dados. Entre as pessoas entrevistadas pelos ACS, 3338 (24,2%) relataram alguma queixa ou problema de saúde nos últimos 15 dias. A maior parte dos respondentes compreendia uma população mais jovem, com idade entre 20 e 39 anos (33,7%), sendo em sua maioria mulheres (57,0%). Em relação às queixas/problemas de saúde registrados pelos ACS, os principais foram referentes ao aparelho respiratório (n= 518; 15,5%), sistema músculo/esquelético (n=493; 14,8%) e circulatório (n=449; 13,5%).

A tabela 4 apresenta os principais diagnósticos, queixas e problemas de saúde atribuídos aos usuários participantes do estudo em cada sistema ou capítulo da CIAP 2.

DISCUSSÃO

O presente estudo caracterizou o perfil de morbidade referida por adolescentes e adultos assistidos por equipes da ESF na Macrorregião Nordeste de Minas Gerais, possibilitando o conhecimento de uma realidade até então não revelada. Embora não tenha sido considerada a demanda por medicamentos e imunizações e também não tenham sido focadas atividades preventivas e de promoção da saúde, o estudo identifica os principais problemas de saúde que alcançam as equipes da ESF na região estudada e demandam maior atenção.

Os resultados registrados revelaram os principais diagnósticos das pessoas assistidas pelos médicos das equipes avaliadas, salientando a importância das doenças ao aparelho circulatório (especialmente a hipertensão), as doenças músculo/esqueléticas (especialmente as lombalgias) e as doenças do aparelho digestório (especialmente as parasitoses intestinais), que juntas respondem por mais de 40% das consultas. As afecções respiratórias e endócrinas representaram também importantes causas de morbidade na avaliação médica da população atendida. Esses resultados são diferentes daqueles observados no estudo de Gusso, que apontou na distribuição de morbidade por capítulos do CIAP-2 as doenças circulatórias, as queixas gerais e inespecíficas e as doenças respiratórias como os três principais grupos de causas mais frequentes.[9] Entretanto, uma análise mais ampliada da relação de problemas mais frequentes no referido estudo permite identificar maior similaridade. O estudo de Gusso representa o mais recente e amplo estudo nacional acerca da demanda na atenção primária, ainda que tenha sido restrita a apenas uma cidade. Outros estudos nacionais são restritos à

caracterização da demanda de uma única unidade,[16,18] de grupos específicos[19] ou são mais antigos. [5,6,11]

Mesmo considerando que os padrões de morbidade são altamente sensíveis ao contexto social, ambiental e econômico,[22] é notório registrar que os estudos internacionais também apontam entre suas maiores demandas as doenças do aparelho circulatório,[8,14] as doenças respiratórias,[3,8,14] os problemas músculo-esqueléticos [3,14] e as afecções do sistema digestório,[3,8] o que é consoante com os resultados do presente estudo.

As queixas ou motivos de consultas registradas pelos enfermeiros das equipes de saúde avaliadas destacaram, sobretudo, os sinais e sintomas gerais e não específicos e os atendimentos referentes à assistência à saúde da mulher. Os primeiros refletem, provavelmente, a função acolhedora e gerencial do profissional enfermeiro, que acaba sendo referência para as pessoas que não conseguiram atendimento médico.[25] A elevada proporção de pacientes sem diagnóstico definido ou mesmo sem um sistema alvo definido é comum na atenção primária, onde grande parte das condições clínicas é mal definida.[9]

Os atendimentos referentes às queixas ginecológicas e ao planejamento familiar também são compatíveis com a função do enfermeiro da ESF, que tradicionalmente compartilha com o médico as atividades de exames preventivos do câncer de colo uterino e de acompanhamento da gestação de risco habitual, além das orientações do planejamento familiar. [7]

Em relação aos registros dos ACS, é relevante destacar que os problemas mais apontados pelos usuários correspondem aos principais grupos de problemas ou queixas registrados também por médicos e enfermeiros. Os cinco principais problemas de saúde registrados pelos ACS respondem por mais 60% de todos os problemas referidos. Essa tendência de poucos diagnósticos representarem importante contingente da demanda na atenção primária, já foi registrada em outros estudos.[8,9,14]

Esse dado ressalta a importância da utilização da CIAP-2 na classificação dos problemas assistidos na atenção primária. Os códigos utilizados podem facilitar a comunicação de dados entre toda a equipe da ESF e a troca de informações entre as equipes. A CIAP-2 trabalha com um sistema de codificação simples em dois níveis, o primeiro define o sistema orgânico (representado por 17 capítulos) e o segundo define sete componentes (representados por números), que discriminam: (1) queixas e sintomas, (2) diagnósticos de triagem e preventivos, (3) medicações, tratamentos e procedimentos terapêuticos, (4) resultados de exames, (5) componente administrativo, (6) acompanhamento e outros motivos de consulta e (7) diagnósticos e doenças.[3,24] Existe ainda a possibilidade de inserção da gravidade no código, o que amplia um pouco a complexidade da classificação. Naturalmente, um mesmo problema de saúde pode ser classificado de diferentes formas, segundo a percepção do profissional de saúde que realiza a codificação, seu grau de certeza acerca do diagnóstico e da sua familiaridade com o processo de codificação.

Diferentes codificações para um mesmo episódio de cuidado na atenção primária não implica em inadequação do sistema de codificação e não compromete o

reconhecimento do perfil de morbidade de um grupo populacional. [20] Esse aspecto tende a ser mais bem apreciado a partir de análises informatizadas, o que ainda não é uma realidade no país. É preciso destacar que embora a CIAP-2 seja utilizada em vários países,[3,8,14] ainda sofre críticas sobre o seu processo de simplificação e alguns autores sugerem sua inadequação em atender toda a complexidade dos problemas clínicos.[2,3]

A precisão diagnóstica não foi uma preocupação deste estudo. Ainda que houvesse o zelo de uma única pessoa classificando as respostas registradas, a codificação foi feita a partir dos dados do formulário de pesquisa e não diretamente a partir do contato com os pacientes. Entretanto, os autores entendem que a definição dos principais capítulos e dos principais problemas de saúde dentro de cada capítulo são menos susceptíveis a erros grosseiros e são suficientes para a caracterização da demanda. A constatação de que até 60% dos principais problemas de saúde referidos pelos usuários das equipes da ESF estão restritos a apenas alguns capítulos da CIAP-2 pode auxiliar o processo de organização da demanda para essas equipes e alertar os gestores de saúde sobre a importância de capacitação dos profissionais de saúde mais orientada para essa demanda.

Após a implantação do Programa de Saúde da Família, que posteriormente foi alçado ao status de Estratégia Saúde da Família, houve a necessidade de criação de um sistema para acompanhamento de suas ações, sendo criado o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Embora apresente alguns aspectos positivos em relação à interface com o usuário e elaboração de relatórios, o SIAB possui algumas limitações e não tem conseguido atingir seus objetivos. Alguns estudos

destacam os problemas desse sistema, que não oferece uma análise crítica da morbidade e não sofre crítica quantitativa ou qualitativa do processo de sua análise, servindo, muitas vezes, apenas de instrumento burocrático de registro de funcionamento das equipes. [12,17]

A carência de dados nacionais, mais amplos ou mais recentes sobre a morbidade registrada pelas equipes da ESF prejudica análises mais detalhadas dos dados observados. Seguramente a falta de um sistema informático é um limitante para tais estudos, diferentemente do que ocorre em outros países. [20]

De modo geral, a estrutura da população assistida pelas equipes avaliadas é semelhante ao que registra outros estudos nacionais e internacionais que destacam a maior prevalência de mulheres e de indivíduos mais jovens na demanda da atenção primária.[8] Embora não tenha sido objetivo específico deste trabalho conduzir uma análise a partir de um recorte de gêneros, é importante observar que nos registros de todas as categorias profissionais, as mulheres apresentaram mais queixas ou problemas de saúde.

Em relação aos atendimentos médicos, observou-se homogeneidade para os diferentes diagnósticos entre homens e mulheres, exceto em relação às doenças da pele e para queixas gerais e não específicas, que foram mais comuns para os homens. Nos registros de enfermagem, além dos dois capítulos assinalados, os homens também apresentaram maiores proporções de queixas em relação aos problemas do aparelho circulatório, digestivo, músculo-esquelético e nervoso. Considerando a grande demanda para a enfermagem em relação às condições de saúde da mulher (problemas ginecológicos, relacionados à gestação e planejamento

familiar), não razoável estabelecer qualquer inferência sobre esses dados. Nos registros dos ACS apenas as doenças da pele foram mais prevalentes nos homens, não se registrando outras diferenças de gênero para os demais capítulos da CIAP-2. Assim, de modo geral, pequenas diferenças são observadas no registro de morbidade entre homens e mulheres, o que é compatível com a observação de Laurenti e colaboradores.[10] Esses autores observaram que na avaliação de morbidade entre os gêneros, medida pelas internações e excluindo-se as causas ligadas à gestação, parto e puerpério, há um equilíbrio entre o número de hospitalizações masculinas e femininas. Registrou-se ainda que as distribuições das altas segundo os motivos de internação, para ambos os sexos, apresentam semelhanças, exceto para as causas externas, transtornos mentais e comportamentais.

A similaridade de alguns resultados do presente estudo com resultados de estudos internacionais, especialmente em relação à prevalência de problemas circulatórios (com ênfase na hipertensão arterial), problemas musculo-esqueléticos (com ênfase nas lombalgias) e problemas respiratórios (com ênfase nas infecções de vias aéreas superiores) salienta a universalidade destes problemas e a acelerada transição nosológica/epidemiológica vivenciada pelo país. [3,14] Para além das semelhanças, as diferenças observadas também devem ser pontuadas como notórias e dignas de contínuas análises. A elevada proporção de doenças do aparelho digestivo (com ênfase nas parasitoses intestinais) denota a persistência de condições inadequadas de vida. A baixa prevalência das afecções do capítulo de problemas psicológicos, como ansiedade, depressão, abuso de álcool e outras drogas, pode denotar a invisibilidade desses problemas para a equipe de saúde ou a dificuldade de

reconhecimento ou manejo para os mesmos. Estas representam apenas algumas das diferenças que reforçam a necessidade de inquéritos regulares, com o potencial de revelar, em abordagens mais profundas o papel das desigualdades socioeconômicas sobre o processo saúde-doença. [22] Em verdade, o conjunto dos resultados observados apontam a relevância dos estudos de morbidade em base populacional. Para Barros, este seria um componente essencial para a geração de informações necessárias à definição e novas políticas de intervenção e avaliações de impacto das mesmas na área da saúde. [1]

Os inquéritos de saúde de base populacional são importantes para o conhecimento da realidade de afecções ocorridas na população, incluindo desde as muito bem definidas até os sintomas ou sinais pouco característicos, que muitas vezes podem desaparecer sem nenhuma interferência. [6]

É relevante salientar que a região abordada no presente estudo constitui uma das mais carentes do estado de Minas Gerais, com baixos indicadores socioeconômicos. Uma medida indireta desse quadro se reflete nos elevados percentuais observados de pessoas analfabetas ou de baixa escolaridade. Esse aspecto é um forte influenciador da carga de morbidade e não deve ser negligenciado. Em um inquérito de saúde na grande São Paulo, Barros e colaboradores verificaram que havia um significativo impacto da desigualdade social sobre a presença de condições crônicas referidas. O segmento de menor escolaridade da população apresentou 62% a mais de prevalência de doenças crônicas, se comparado aos de melhor nível. [1]

As características da atenção primária e a relevância que tem assumido no país nos últimos anos destacam a necessidade de novos estudos nessa área. É desejável que esse nível de atenção determine o trabalho dos outros níveis dos sistemas de saúde, abordando os problemas mais comuns na comunidade e integrando a atenção quando existem vários problema de saúde. [21] Para fortalecer a atenção primária é preciso conhecer suas particularidades, fortalecer as potencialidades e assegurar os recursos necessários para uma implementação efetiva. Nesse contexto se inserem as pesquisas de morbidade e avaliativas nos serviços da ESF.

Os resultados deste estudo devem ser interpretados à luz de algumas limitações. O fato de a pesquisa ser realizada em um único dia é um dos fatores limitadores, pois algumas morbidades podem sofrer efeitos da sazonalidade (doenças respiratórias são, por exemplo, mais comuns durante o inverno). A agenda de demanda programada das unidades de saúde (com grupos de hipertensos, gestantes, etc.) pode também interferir nos resultados coletados em um único dia. Entretanto, a dificuldade logística de coletas múltiplas e o fato da metodologia já apresentar respaldo da literatura internacional foram fatores que propiciaram a seleção da estratégia empregada.

Outra limitação identificada foi em relação à baixa participação do médico, apresentando um quantitativo pequeno em relação à quantidade de municípios participantes deste estudo. Este fato influenciou de forma negativa no estudo, pois dificultou uma abrangência maior nos resultados com diagnósticos, visto que, somente este profissional pode fornecer o diagnóstico do paciente.

Embora o instrumento de coleta de dados seja de fácil assimilação, com poucas variáveis e sua aplicação tenha ocorrido após capacitação dos gestores, a multiplicidade de atores envolvidos na coleta de dados pode ser também uma variável a comprometer a validade dos resultados finais. Esta representa uma limitação inerente ao método, pela virtual impossibilidade de um número restrito de coletadores em estudos similares. Compensando, ainda que parcialmente, as limitações apresentadas, este estudo registra um elevado contingente de participantes.

Concluindo, os resultados permitiram conhecer as necessidades de saúde das pessoas assistidas pelas equipes da ESF, definindo um padrão de morbidade da atenção primária para a região avaliada. Indiretamente, os dados permitiram ainda conhecer a carga de trabalho diária para as equipes avaliadas em relação aos principais problemas de saúde. Resultados de estudos similares devem ser utilizados no processo de planejamento das atividades e programas de educação continuada para os trabalhadores dos serviços de atenção primária.

REFERÊNCIAS

1. Barros MBA. Inquéritos domiciliares de saúde: potencialidades e desafios**.** *Rev Bras Epidemiol*. 2008; 11(supl 1): 6-19.

2. Botsis T, Bassoe CF, Hartvigsen G. *BMC Medical Informatics and Decision Making* 2010, 10:11. Avaliable in: http://www.biomedcentral.com/1472-6947/10/11

3. 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.

4. Bruim A, Picavet HSJ, Nossikov A. editors. Health Interview Surveys: towards international harmonization of methods and instruments. Geneva: World Health Organization; 1996. *World Health Organization Regional Publications*, European Series, 58.

5. César CLG , Figueiredo GM, Westphal MF, Cardoso MRA, Costa MZA, Gattás VL. Morbidade referida e utilização de serviços de saúde em localidades urbanas brasileiras: metodologia. *Rev Saúde Pública.* 1996; 30(2):153-160.

6. Cesar CLG, Laurenti R, Buchala CM, Figueredo G M, Carvalho WO,Carantin CVS. Uso da Classificação Internacional de Doenças em inquéritos de saúde. *Rev Bras Epidemiol.* 2001; 4(2):120-129

7. Duarte SJH, Andrade SMO. Assistência pré-natal no programa saúde da família. *Esc Anna Nery R Enferm*. 2006; 10 (1):121-5.

8. Gataa R, Ajmi TN, Bougmiza I, Mtiraoui A. Morbidity patterns in general practice settings of the province of Sousse, Tunísia. *Pan African Med Journal.* 2009; 3:11. Available at: http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/3/11/full

9. Gusso, GDF. Diagnóstico de demanda em Florianópolis utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária: 2ª edição (CIAP-2). [Tese] USP: São Paulo; 2009.

10. Laurenti R, Jorge MHPM, Gotlieb SLD. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. *Rev C S Col*. 2005; 10(1):35-46.

11. Lebrão ML, Carandina l, Magaldi C. Análise das condições de saúde e de vida da população urbana de Botucatu, São Paulo (Brasil). IV – Morbidade referida em entrevistas domiciliares, 1983-1984”. . *Rev Saúde Pública.* 1991; 25(6):453-460.

12. Marcolino JS, Scochi MJ. Informações em saúde: o uso do SIAB pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família. *Rev gaúch enferm.* 2010; 31(2):314-320.

13. Marques RM, Mendes A. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento**.** *Rev C S Col.* 2003; 8(2):403-15.

14. Minas M, Koukosias N, Zintzaras E, Kostikas K, Gourgoulianis K. Prevalence of chronic diseases and morbidity in primary health care in central Greece: an epidemiological study. *BMC Health serv Research*. 2010: 252. Avaliable in: http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/252

15. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011; 377(9779):1778-97.

16. Pimentel IRS, Coelho BC, Lima JC, Ribeiro FG, Sampaio FPC, Pinheiro RP, et al.Caracterização da demanda em uma Unidade de Saúde da Família. Florianópolis. *Rev bras med fam com*. 2011; 6(20):175-81.

17. Silva AS, Laprega MR. Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil*. Cad Saúde Pública*. 2005; 21(6):1821-1828.

18. Silva AS, Oliveira N. Diagnóstico de saúde de uma população atendida pelo Programa de Saúde da Família em Alfenas – MG. *Rev APS*. 2010; 13(2):182-189.

19. Silva DMPP, Tomanik EA. Morbidade referida por moradores ribeirinhos de Porto Rico, PR, Brasil. *Rev Bras Enferm.* 2010; 63(3):452-458.

20. Soler JK, Okkesb I, Woodc M, Lambertsb H. The coming of age of ICPC: celebrating the 21st birthday of the International Classification of Primary Care. *Family Practice Advance*. 2008; Avaliable at: http://fampra.oxfordjournals.org/

21. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.

22. Szwarcwald CL, Leal MC, Gouveia GC, Souza WV. Desigualdades socioeconômicas em saúde no Brasil: resultados da Pesquisa Mundial de Saúde, 2003. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2005; 5(Supl 1):S11-S22.

23. Victora CG, Barreto ML, Carmo LM, Monteiro CA, Schmidt MI, Paim J, et al. Lancet Brazil Series Working Group. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. *Lancet*. 2011; 377(9782):2042-53.

24. WONCA (Organização Mundial dos Médicos da Família): Classificação internacional de atenção primária, CIAP-2, Sociedade Brasileira de Medicina da Família, Florianópolis, 2009.

25. Ximenes Neto, FRG. Sampaio JJC. Gerentes do território na Estratégia Saúde da Família: análise e perfil de necessidades de qualificação. *Rev Bras Enferm.* 2007; 60(6):687-95.

TABELAS

Tabela 1: Principais características e diagnósticos de usuários assistidos por médicos da ESF na macrorregião nordeste de Minas Gerais, Brasil, 2011.

Variáveis	Homens		Mulheres		p-valor
	(n)	(%)	(n)	(%)	
Idade (anos)					
11-19	66	12,2	137	12,2	
20-39	144	26,7	338	30,1	
40-59	163	30,2	368	32,8	
≥ 60	166	30,8	280	24,9	
Procedência					
Urbana	328	60,9	684	60,9	
Rural	200	37,1	432	38,5	
Sem informação	11	2,0	7	0,6	
Principais grupos diagnósticos (Capítulos da CIAP-2)					
K - Aparelho Circulatório	74	13,7	179	15,9	0,270
L - Sistema músculo/esquelético	74	13,7	151	13,4	0,935
D - Aparelho digestório	78	14,5	124	11,0	0,055
R - Aparelho respiratório	43	8,0	80	7,1	0,601
T- Endócrino, metabólico e nutricional	32	5,9	85	7,6	0,265
S – Pele	45	8,3	54	4,8	0,006
A- Geral e não especifico	41	7,6	52	4,6	0,018
X - Genital feminino (incluindo mamas)	0	0,0	87	7,7	nsa
P – Psicológico	30	5,6	51	4,5	0,430
W - Gravidez e planejamento familiar	0	0,0	78	6,9	nsa
N - Sistema Nervoso	25	4,6	45	4,0	0,639
U - Aparelho Urinário	18	3,3	48	4,3	0,436
H – Ouvidos	8	1,5	16	1,4	0,901
B - Sangue, Órgãos hematopoiéticos e linfáticos	5	0,9	15	1,3	0,636
Y - Aparelho genital masculino	17	3,2	0	0,0	nsa
F – Olhos	6	1,1	8	0,7	0,401
Nenhum diagnóstico	43	8,0	50	4,5	0,005

(nsa = Não se aplica)

Tabela 2: Principais características e queixas de usuários assistidos por enfermeiros da ESF na macrorregião nordeste de Minas Gerais, Brasil, 2011.

Variáveis	Homens		Mulheres		p-valor
	(n)	(%)	(n)	(%)	
Idade (anos)					
11-19	74	11,2	225	12,0	
20-39	185	28,0	863	46,1	
40-59	205	31,1	463	24,8	
≥ 60	196	29,7	319	17,1	
Procedência					
Urbana	380	57,6	1146	61,3	
Rural	268	40,6	693	37,1	
Sem informação	12	1,8	31	1,7	
Escolaridade					
Analfabetos	159	24,1	295	15,8	
1º grau incompleto	277	42,0	717	38,3	
1º grau completo	92	13,9	287	15,3	
2º grau incompleto	57	8,6	210	11,2	
2º grau completo	56	8,5	301	16,1	
Superior	3	0,5	39	2,1	
Sem informação	16	2,4	21	1,1	
Principais grupos diagnósticos (Capítulos da CIAP-2)					
A - Geral e não específico	220	33,3	370	19,0	0,000
X - Aparelho genital feminino/incluindo mamas	00	0,0	445	24,0	nsa
W - Gravidez e planejamento familiar	00	0,0	433	23,4	nsa
K - Aparelho Circulatório	138	20,9	156	8,4	0,000
S – Pele	79	12,0	69	3,7	0,000
D- Aparelho digestório	48	7,3	77	4,2	0,002
L - Sistema músculo esquelético	40	6,1	74	4,0	0,033
T - Endócrino, metabólico e nutricional	35	5,3	77	4,2	0,245
R - Aparelho respiratório	32	4,8	59	3,2	0,059
N - Sistema Nervoso	26	3,9	40	2,1	0,019
P - Psicológico	18	2,7	30	1,6	0,098
U - Aparelho urinário	05	0,7	22	1,2	0,496
Y - Aparelho Genital Masculino	14	2,1	00	00	nsa
F – Olhos	04	0,6	06	0,3	0,298
H – Ouvidos	01	0,2	07	0,4	0,689
B - Sangue, Órgãos hematopoiéticos e linfáticos	00	00	03	0,2	0,572
Z - Problemas sociais	00	00	02	0,1	1,000

(nsa = Não se aplica)

Tabela 3: Principais características e problemas de saúde referidos aos Agentes Comunitários de Saúde por adultos assistidos por equipes da ESF na macrorregião nordeste de Minas Gerais, Basil, 2011.

Variáveis	Homens		Mulheres		p-valor
	(n)	(%)	(n)	(%)	
Idade (anos)					
11-19	1198	20,2	1391	17,7	
20-39	1973	33,2	2682	34,1	
40-59	1554	26,2	2024	25,7	
≥ 60	1209	20,4	1765	22,4	
Escolaridade					
Analfabetos	999	16,8	1543	19,6	
1º grau incompleto	3317	55,9	3724	47,4	
1º grau completo	322	5,4	395	5,0	
2º grau incompleto	282	4,8	440	5,6	
2º grau completo	748	12,6	1295	16,5	
Superior	90	1,5	232	3,0	
Sem informação	176	3,0	233	3,0	
Principais grupos diagnósticos (CIAP 2)*					
R - Aparelho respiratório	191	16,3	327	15,1	0,388
L - Sistema músculo/esquelético	174	14,8	319	14,7	0,967
K - Aparelho circulatório	166	14,2	283	13,1	0,404
D - Aparelho digestivo	132	11,3	267	12,3	0,396
A - Geral e não especifico	141	12,0	243	11,2	0,519
N - Sistema nervoso	115	9,8	248	11,4	0,164
P – Psicológico	53	4,5	80	3,7	0,282
U - Aparelho urinário	40	3,4	90	4,2	0,335
S – Pele	48	4,1	57	2,6	0,027
T - Endócrino, metabólico e nutricional	38	3,2	62	2,9	0,611
X - Aparelho genital feminino/incluindo mamas	0	0,0	71	3,3	nsa
H – Ouvidos	27	2,3	34	1,6	0,169
F – Olhos	26	2,2	31	1,4	0,125
W - Gravidez e planejamento familiar	0	0,0	38	1,8	nsa
B - Sangue, órgãos hematopoiéticos e linfáticos	5	0,4	15	0,7	0,474
Y - Aparelho genital masculino	15	1,3	0	0,0	nsa
Z - Problemas sociais	1	0,1	1	0,0	1,000

(*) Refere-se às pessoas que referiram algum problema de saúde nos últimos 15 dias (n=3338)
(nsa = Não se aplica)

Tabela 4: Principais diagnósticos, queixas e problemas de saúde atribuídos aos usuários participantes do estudo, assistidos por equipes da ESF na macrorregião nordeste de Minas Gerais, 2011.

Capítulos da CIAP-2	**(n)**	**(%)**
Registros dos médicos		
Aparelho circulatório (n=253)		
K85/K86: Hipertensão Arterial	230	90,9
K95: Varizes em membros inferiores	6	2,4
K91: Seqüela de AVC	4	1,6
Outros	13	5,1
Sistema músculo-esquelético (n=225)		
L03: Lombalgia	98	43,6
L18/L19/L20: Sinais e sintomas musculares não especificados	46	20,4
L14 a L17 e L29: Sinais e sintomas membros inferiores e outros inespecíficos	35	15,6
Outros	46	20,4
Aparelho Digestório (n=202)		
D96: Parasitoses não especificadas	86	42,6
D87: Gastrite	43	21,3
D01/D02: Dor abdominal	40	19,8
Outros	33	16,3
Registros dos enfermeiros		
Geral e não específico (n=590)		
A30: Exames/consultas de rotina	259	43,9
A62: Procedimentos administrativos	66	11,2
A03: Febre	62	10,5
A11: Dor torácica	62	10,5
A04: Mal estar e fadiga	60	10,2
Outros	81	13,8
Gravidez e Planejamento familiar (n=445)		
W 78: Pré-natal	320	71,9
W 14: Planejamento familiar	111	24,9
W 18: Puerpério	14	3,1
Aparelho Genital Feminino/mamas (n=433)		
X46: Exame preventivo com profissional da APS	361	83,4
X05 a X09: Transtornos da menstruação	29	6,7
X14: Leucorréias	19	4,4
Outros	24	5,5
Registro dos ACS		
Aparelho respiratório (n=518)		
R80: Gripe	291	56,2
R78: Bronquite	68	13,1
R74: Problemas relacionados a garganta	67	12,9
R75: Sinusite	60	11,6
Outros	32	6,2
Sistema Músculo/esquelético (n=493)		
L01/L02/L03: Problema da coluna	200	40,6
L18/L19/L20: Dor muscular e membros	187	37,9
L29: Traumas músculos-esqueléticos e outras	40	8,1

manifestações não específicas		
Outros	66	13,4
Aparelho Circulatório (n=449)		
K85/K86: HAS	375	83,5
K29: Problemas ao coração não especificados	38	8,5
Outros	36	8,1

4 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A utilização da CIAP-2 permitiu o conhecimento da morbidade da população assistida pelas equipes de saúde da familia e deve ser incentivada, ainda que exija capacitação e maior desprendimento de tempo para os profissionais de saúde. A classificação da morbidade através da queixa do usuário, que é feita através da CIAP -2 e também a escuta de um profissional de saúde é ferramenta importante para a fidedignidade dos dados alcançados neste estudo. Os resultados obtidos podem contribuir muito no direcionamento das políticas de saúde, bem como nas das ações preventivas e de tratamento das principais morbidades que acometem a população assistida.

As morbidades identificadas não diferem de forma significante dos dados de outras pesquisas nacionais e internacionais e este fato deve alertar os gestores sobre a necessidade de maior investimento nos temas identificados, em atividade de capacitação para os profissionais da atenção primária. Também é importante a conscientização da população em relação aos principais problemas identificados e formas preventivas para estas questões.

Apesar das várias dificuldades para realização do estudo, com limitações em relação a baixa participação de médicos, por exemplo, os resultados são expressivos e alertam para algumas morbidades que devem receber maior atenção. Por outro lado, outros aspectos pouco aparentes neste estudo, como a baixa procura do sexo masculino nas ESF e a invisibilidade dos problemas psicológicos demandam novas investigações. Podendo estar relacionado com a incompatibilidade de horário de

funcionamento da unidade e disponibilidade do trabalhador, que ainda, é focado na figura masculina.

REFERÊNCIAS

1. Marques RM, Mendes A. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2003; (8): 403-15.

2. Santana ML, Carmagnani MI. Programa de saúde da família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. *Saúde Soc.* 2001; (10): 33-54.

3. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

4. Goldbaum M., Gianini RJ, Novaes HMD, César C LG. Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família (Qualis) no Município de São Paulo. *Rev. Saúde Pública.* 2005; 39 (1): 90-99.

5. Sawyer D O, Leite I C, Alexandrino R. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2002; 7(4): 757-776.

6. Yazlle R, J.S, Nogueira, J.L. Padrões de morbidade em assistência primária na Região de Ribeirão Preto, SP. *Rev. Saúde públ*. 198; 19: 215-24.

7. Barreto ICHC, Grisi S JFE. Morbidade referida e seus condicionantes em crianças de 5 a 9 anos em Sobral, CE, Brasil. *Rev. bras. epidemiol*. 2010; 13(1): 35-48.

8. Viacava F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. *Cien. Saude Coletiva*. 2002; 7(4):607-21.

9. Charlson ME, Szatrowski TP, Peterson J, Gold J. Validation of a combined comorbidity index. *J Clin Epidemiol* 1994; 47(11): 1245-51.

10. Gomes KRO, Tanaka AC d'A. Morbidade referida e uso dos serviços de saúde por mulheres trabalhadoras, município de São Paulo. *Rev. Saúde Pública*. 2003; 37(1): 7582.

11. Barros MBA,César CLG, Carandina L, Alves MCGP, Goldbaum M. Saúde e condição de vida em São Paulo: inquérito multicêntrico de saúde no Estado de São Paulo. São Paulo: USP/FSP, 2005.

12. Carvalheiro JR. Levantamento de condições de saúde por entrevistas domiciliárias. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP; 1975.

13. Carandina L, Sanches O, Carvalheiro J.R. Análise das condições de saúde e de vida da população urbana de Botucatu, SP. Descrição do plano amostral e avaliação da amostra. *Rev. Saúde Pública* 1986; 20(6): 465-74.

14. Cesar CLG, Carandina L, Alves MCGP, Barros MBA, Goldbaum M. organizadores Saúde e condição de vida em São Paulo. Inquérito multicêntrico de saúde no Estado de São Paulo- ISA-SP. (1ª ed.) São Paulo: FSP/ USP; 2005.

15. Barros MBA. Inquéritos domiciliares de saúde: potencialidades e desafios. *Rev. Bras Epidemiol*.2008; 11(1): 6-19.

16. Viacava F, Dachs N, Travassos C. Os inquéritos domiciliares e o sistema Nacional de Informações em Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11(4): 863-9.

17. Boerma T, stansfield SK. Health statistics now: are we making the right investments? *Lancet* 2007; 369: 779-86.

18. Verbrugge LM, Wingard DL. Sex differentials in health and mortality. Women & Health, 1987;12(2):103- 145.

19. Macintyre S, Ford G, Hund K. Do women "over- report" morbidity? Men's and women's responses to structured prompting on a standard question on long standing illness. *Social Science and Medicine* 1999; 48:89- 98.

20. Molarius A, Janson S. Self-rated health, chronic diseases, and symptoms among middle-agedand elderly men and women. *J Clin Epidemiol.* 2002; 55(4):364-70.

21. Sundquist J, Johanson SE. Self reported poor health and low education level predictors for mortality: a population based follow up study of 39,156 people in Sweden. *J Epidemiol Community Health*. 1997; 51(1):35-40.

22. Franks P, Gold MR, Fiscella K. Sociodemographics, self-rated health, and mortality in US. *Soc Sci Med*. 2003;56(12):2505-14.

23. Theme-filha M.M, Szwarcwald CL, Souza Júnior PRB. Medidas de morbidade referida e inter-relações com dimensões de saúde. *Rev. Saúde Pública* 2008; 42(1): 73-81.

24. Sampaio M M A. Confiabilidade interobservador da Classificação Internacional de Cuidados Primários. *Rev. Saúde Pública*. 2008;42 (3): 536-541.

25. Gusso GDF. Diagnóstico de demanda em Florianópolis utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária: 2ª edição (CIAP-2). [Tese] USP: São Paulo; 2009.

APENDICE A

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS DA SAÚDE – CCBS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO EM CUIDADOS PRIMÁRIOS EM SAÚDE

Formulário de Avaliação **Médica** de Morbidade na Atenção Primária na Macrorregião Nordeste de Minas Gerais

1- Sexo:
( ) Masculino
( ) Feminino

2- Idade:
_____ Anos

3- Procedência
( ) Urbana
( ) Rural

4- Principal problema de saúde (diagnóstico):
_____

Tempo do início do problema:
( ) menos que 1 semana
( ) 15 dias a 1 mês
( ) 1 a 3 meses
( ) mais que 3 meses

APENDICE B

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS DA SAÚDE – CCBS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO EM CUIDADOS PRIMÁRIOS EM SAÚDE

Formulário de Avaliação do **atendimento pelo Enfermeiro** dos usuários das equipes de saúde da familia na Macrorregião Nordeste de Minas Gerais

1- Sexo:
( ) Masculino
( ) Feminino

2- Idade:
_____ Anos

3- Procedência
( ) Urbana
( ) Rural

4- Escolaridade (para maiores de 15 anos):
( ) Analfabeto
( ) 1º Grau Incompleto
( ) 1º Grau Completo
( ) 2º Grau Incompleto
( ) 2º Grau Completo
( ) Ou mais

5- Motivos da procura da Unidade de Saúde:
_____
_____
_____

APENDICE C

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS DA SAÚDE – CCBS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO EM CUIDADOS PRIMÁRIOS EM SAÚDE

Formulário de Avaliação do ACS na visita domiciliar aos usuários das equipes de saúde da família na Macrorregião Nordeste de Minas Gerais pelo **Agente Comunitário de Saúde**

Número do Prontuário Familiar:					
1º Nome	Sexo	Idade	Escolaridade	Teve algum problema de saúde nos últimos 15 dias?	
				Não	Sim. Qual?

APÊNDICE D

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

Título da pesquisa: Perfil de Morbidade na Atenção Primária na Macrorregião Nordeste de Minas Gerais

Instituição promotora: Universidade Estadual de Montes Claros

Patrocinador: Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais

Coordenador: Prof. Dr. Antonio Prates Caldeira

Atenção:
Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que você leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o objetivo, metodologia/procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve os procedimentos alternativos que estão disponíveis a você e o seu direito de sair do estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

1- Objetivo
Este estudo tem objetivo de identificar o perfil de morbidade na área de abrangência dos serviços de atenção primária à saúde da Macrorregião Nordeste de Minas Gerais, incluindo usuários e trabalhadores da saúde.

2- Metodologia/procedimentos
Este estudo será desenvolvido na Macrorregião nordeste de Minas Gerais nas Equipes de Saúde da família. A região é composta por três Gerencias Regionais de Saúde (GRS) constituídas por 08 Microrregiões de Saúde e 63 municípios, sendo que 32 pertencem a GRS Teófilo-Otoni, 25 a GRS de Pedra Azul e 06 à GRS de Diamantina. Na coleta de dados serão utilizados questionários semi-estruturados

especialmente desenvolvidos pelos pesquisadores, com base nos objetivos do estudo e na literatura vigente.

3- Justificativa

O levantamento de dados através de pesquisa e vivências voltados para a identificação, direcionamento e planejamento na Atenção Primária a Saúde é de extrema importância, pois fortalece e viabiliza ações de forma concisa baseando-se em dados precisos. Nesse sentido, essa pesquisa contribuirá no direcionamento no processo de trabalho de rede/SUS da Macrorregião Nordeste de Minas Gerais que foquem ações voltadas para a redução de morbidades que acometem as populações assistidas na Atenção Primária à Saúde.

4- Benefícios

O levantamento de dados contribuirá para diagnóstico e compreensão das morbidades referidas na atenção primária na Macrorregião Nordeste de Minas Gerais, auxiliando na definição dos serviços e fortalecimento das políticas públicas de saúde.

5- Desconfortos e riscos

Não há desconforto ou risco além daqueles inerentes ao atendimento de uma entrevista, que podem incluir o constrangimento pessoal.

6- Danos

A pesquisa trabalhará com dados informados, não apresentando danos para as pessoas envolvidas.

7- Confidencialidade das informações

Assegura-se aos entrevistados a confidencialidade e o sigilo sobre as informações coletadas.

8- Compensação/indenização

Não existe.

9- Consentimento:

Eu,....., li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Fui esclarecido do meu direito de abandonar a pesquisa a qualquer momento, sem qualquer prejuízo. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para participar da pesquisa. Receberei uma cópia assinada deste consentimento.

_____ _____

Nome do entrevistado Assinatura do entrevistado

Data

_____ _____

Nome da testemunha Assinatura da testemunha

Data

Prof. Dr.Antonio Prates Caldeira

_____ _____

Nome do coordenador da pesquisa Assinatura do coordenador da pesquisa

Data

Nome das pesquisadoras: Ivelisa Vilela Silva Pereira
Maria de Jesus Loredo Rocha
Valquiria Macedo da Silva

Endereço das Pesquisadoras:

- Rua Benedito Oliveira, 490, Jardim Iracema, Teófilo-Otoni, MG, CEP: 39800-101 Telefone: 33-99052105.
- Rua Jequitinhonha, 36, Centro, Araçuai, MG, CEP: 39600-000. Tel: 33-99029967
- Rua Rio de Janeiro, 116, Grâ-Bretanha, Araçuai, MG, Cep: 39600-000 Tel: 33-99821498