

IZABELA DOS SANTOS FERRO

**ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE QUESTIONÁRIO PARA ANÁLISE DO USO
DE SERVIÇOS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA E RELAÇÃO COM FATORES
DE RISCO À SAÚDE**

FISIOTERAPIA

Presidente Prudente

2018

IZABELA DOS SANTOS FERRO

**ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE QUESTIONÁRIO PARA ANÁLISE DO USO
DE SERVIÇOS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA E RELAÇÃO COM FATORES
DE RISCO À SAÚDE**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (FCT/UNESP) – Presidente Prudente, para obtenção do título de mestre no Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Fisioterapia.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Jamile Sanches Codogno

Co-orientadora: Prof.^a Dr.^a Denise Rodrigues Bueno

Presidente Prudente

2018

FICHA CATALOGRÁFICA

Ficha catalográfica elaborada pela Seção Técnica de Aquisição e Tratamento da Informação - Diretoria Técnica de Biblioteca e Documentação - UNESP, Campus de Presidente Prudente

F452e Ferro, Izabela dos Santos.
Elaboração e validação de questionário para análise do uso de serviços de saúde da atenção básica e relação com fatores de risco à saúde / Izabela dos Santos Ferro. – 2018.
68 f. : il.

Orientador: Jamile Sanches Codogno
Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências e Tecnologia, Presidente Prudente, 2018.
Inclui bibliografia

1. Validação. 2. Gastos com saúde. 3. Indicadores de saúde. I. Codogno, Jamile Sanches. II. Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências e Tecnologia. III. Título.

Claudia Adriana Spindola
CRB-8ª/5790



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

Câmpus de Presidente Prudente

CERTIFICADO DE APROVAÇÃO

TÍTULO DA DISSERTAÇÃO: Elaboração e Validação de Questionário para Análise do Uso de Serviços de Saúde da Atenção Básica e Relação com Fatores de Risco à Saúde.

AUTORA: IZABELA DOS SANTOS FERRO

ORIENTADORA: JAMILE SANCHES CODOGNO

COORIENTADORA: DENISE RODRIGUES BUENO

Aprovada como parte das exigências para obtenção do Título de Mestre em FISIOTERAPIA, área: Avaliação e Intervenção em Fisioterapia pela Comissão Examinadora:


Prof. Dra. DENISE RODRIGUES BUENO

UTFPR / Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Câmpus Apucarana


Prof. Dr. CARLOS MARCELO PASTRE

Departamento de Fisioterapia / Faculdade de Ciências e Tecnologia de Presidente Prudente


Prof. Dra. MANUELA DE ALMEIDA ROEDIGER

USP / Universidade de São Paulo

Presidente Prudente, 22 de fevereiro de 2018

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Irene e Reginaldo, e aos meus irmãos, Gabriel e Matheus.

AGRADECIMENTOS

Essa trajetória não poderia chegar até aqui sem o precioso apoio de muitas pessoas. Então eu agradeço...

...à Deus, por sempre me escutar e me mostrar que tudo tem seu tempo certo. Por me dar discernimento nas tomadas de decisões e ser meu apoio nos momentos difíceis. Pela benção de ter pessoas especiais em minha vida e, por ter me concedido a oportunidade de chegar até aqui.

...à minha família, meus pais e meus irmãos. Obrigada por todo o apoio, compreensão e carinho. Por terem entendido os meus propósitos e acreditado junto comigo na construção desse sonho, mesmo com os percalços. Eu não chegaria até aqui sem vocês.

...à minha tia Olivia. Obrigada por ser amiga e tia ao mesmo tempo e por todo o apoio durante o meu caminho.

...à Jéssica Kirsch Micheletti. Obrigada por ser tão especial, por estar ao meu lado, por ser a calma e a força em todos os momentos, por tornar essa trajetória mais leve. Você é essencial e muito importante para mim.

...à Jamile Sanches Codogno. Que há cinco anos me deu a oportunidade de trabalhar ao seu lado, por ter acreditado no meu trabalho e por todo conhecimento concedido. Obrigada por me inspirar e espero que sigamos juntas nessa jornada.

...à Denise Rodrigues Bueno. Pela co-orientação e suporte.

...aos membros da banca examinadora, professor Carlos Marcelo Pastre e professora Manuela de Almeida Roediger. Vocês foram excepcionais, agradeço pela paciência e atenção dada, além da disponibilidade, sou admiradora do trabalho de vocês e fico honrada por tê-los comigo nesta etapa.

...a todos os integrantes do Grupo de Estudo em Saúde, Atividade Física e Economia. Agradeço a TODOS, cada pedaço desse trabalho tem um pouco de vocês. Vocês além de colegas

de trabalho são meus amigos. Obrigada pelo convívio do dia a dia, rimos, reclamamos, nos ajudamos, e isso só me fortaleceu ainda mais.

...ao professor Rômulo Araújo Fernandes, pelas ajuda e contribuição em muitas fases desse processo.

...aos funcionários da FCT/UNESP, André Trindade Meira e Aparecida Tamae Otsuka, por toda a atenção e paciência.

...aos pacientes participantes deste trabalho, que além de voluntários se tornaram nossa família aqui. Agradeço também a Secretaria de Saúde de Presidente Prudente, pela confiança e disponibilidade.

E agradeço a todos que direta ou indiretamente contribuíram para que essa conquista fosse alcançada. **MUITO OBRIGADA!**

“Todos vamos morrer. Não podemos escolher como ou quando. Mas podemos decidir como iremos viver. Então, faça isso. Decida! Essa é a vida que você quer viver? Essa é a pessoa que quer amar? Esse é o melhor que você pode ser? Você consegue ser mais forte? Mais gentil? Ter mais compaixão? Decida! Inspire. Expire. E decida.”

(Autor desconhecido)

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. OBJETIVOS	15
2.1 Geral.....	15
2.2 Específicos	16
3. REVISÃO DE LITERATURA	16
3.1 Atenção Básica – Sistema Único de Saúde	16
3.2 Análise de gastos e associação com indicadores de saúde	18
3.3 Validação.....	21
4. MATERIAIS E MÉTODOS	24
4.1 Local do estudo e amostra	24
4.2 Delineamento do estudo	25
4.3 Procedimentos	27
4.3.1 Elaboração do questionário	27
4.3.2 Análise do prontuário clínico	28
4.3.3 Validade e confiabilidade	28
4.3.4 Conversão do uso de serviços de saúde em moeda corrente: reais (R\$).....	29
4.3.5 Busca de métodos de conversão	31
4.3.6 Nível de Atividade Física	31
4.3.7 Composição Corporal e Índice de Massa Corporal	31
4.3.8 Histórico de Doenças.....	32
4.3.9 Condição Econômica e Escolaridade.....	32
4.3.10 Pressão Arterial	32
4.4 Análise Estatística	32
5. RESULTADOS	34
5.1 Resultados referentes à 2ª Etapa – Validação do questionário proposto	37
5.3. 4ª Etapa - Métodos de conversão do uso de serviços de saúde em moeda corrente: reais (R\$)	45
6. DISCUSSÃO	46
7. CONCLUSÃO.....	52
8. REFERÊNCIAS.....	54
ANEXOS	63
Anexo 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	63
Anexo 2 – Questionário de Análise do Uso de Serviços de Saúde.....	66

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Metodologia adotada para a confiabilidade do questionário sobre uso de serviços de saúde da atenção básica.....	29
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características gerais da amostra, variáveis descritivas, expressas em mediana e diferença interquartil.....	34
Tabela 2. Características gerais da amostra, variáveis categóricas.....	35
Tabela 3. Correlação entre quantidade total reportada no questionário e variáveis analisadas, retroagindo 30 e 60 dias.....	36
Tabela 4. Correlação entre questionário e prontuário, retroagindo 30 e 60 dias.....	38
Tabela 5. Confiabilidade intra e inter-avaliadores, retroagindo 30 e 60 dias.....	39
Tabela 6. Gastos com saúde do prontuário e do questionário, retroagindo 30 e 60 dias e, média das diferenças.....	41
Tabela 7. Correlação das diferenças entre valores reportados nos questionários e valores apresentados nos prontuários com as variáveis descritivas (idade, condição econômica e escolaridade).....	42
Tabela 8. Correlação entre questionário e prontuário, com variáveis descritivas, retroagindo 60 dias.....	44

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

- AB – Atenção Básica
- AFH – Atividade Física Habitual
- AIH – Autorização de Internação Hospitalar
- ANVISA – Agência de Vigilância Sanitária
- BPS – Banco de Preços em Saúde
- CCI – Coeficiente de Correlação Intraclasse
- CID-10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Agravos à Saúde
- DATASUS – Departamento de Informática do SUS
- ESF – Equipes de Saúde da Família
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- ICMS – Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços
- IMC – Índice de Massa Corporal
- IPAQ – The International Physical Activity Questionnaire
- NAF – Nível de Atividade Física
- OMS – Organização Mundial da Saúde
- PGC – Percentual de Gordura Corporal
- PIB – Produto Interno Bruto
- QALY – Quality Adjusted Life Year
- QualiAB – Questionário da Avaliação da Qualidade de Serviços da Atenção Básica
- R\$ - Reais
- SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais
- SIGTAP – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos
- SIH – Sistema de Informações Hospitalares
- SMS – Secretaria Municipal de Saúde
- SUS – Sistema Único de Saúde
- UBS – Unidades Básicas de Saúde
- α – Cronbach's Alfa

RESUMO

Introdução: Investigações referentes à avaliação dos gastos com saúde são importantes, entretanto os métodos existentes apresentam limitações em suas aplicações, como subestimação dos valores e divergência, erros de preenchimento, limitações de ordem burocrática e falta de validação científica em relação a questionários. **Objetivo:** Elaborar e verificar a validade e a confiabilidade de um questionário para a avaliação do uso de serviços de saúde na atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS) em adultos com idade ≥ 50 anos. **Métodos:** Amostra composta por 64 usuários do SUS da cidade de Presidente Prudente – SP. O questionário proposto avaliou a utilização de serviços de saúde da atenção básica considerando as variáveis exames, consultas e medicamentos, nos períodos de 30 e 60 dias retroativos à data da coleta, e sua validade foi testada segundo informações contidas nos prontuários dos participantes. Para a confiabilidade foi utilizado o método “teste-reteste”, considerando um intervalo de 7 dias após a primeira avaliação. Posteriormente, os resultados foram convertidos em valores monetários e comparados segundo indicadores de saúde: idade, sexo, atividade física, composição corporal, condição econômica e escolaridade, ademais as formas de conversão foram apresentadas. Quanto à análise estatística, para observar a validade, confiabilidade, concordância numérica e consistência interna entre os dados, bem como comparação com indicadores de saúde foram utilizados os seguintes testes: Coeficiente de Correlação Intraclasse (CCI), técnica de alfa (α) de Cronbach, correlação de Spearman (ρ) e teste de Wilcoxon. Para a relação entre subitens do questionário proposto e produto final foi utilizada a correlação de Pearson (r). Sendo os valores de significância estatística considerados significativos quando inferiores a 5% e o software utilizado foi o BioEstat (versão 5.0). **Resultados:** Quando analisada a correlação entre a quantidade total de gastos reportados através do questionário com as variáveis analisadas, consultas, exames e medicamentos, foram observados valores de correlação fraca para consultas ($r=0,305$) quando retroagidos 30 dias e correlação perfeita para medicamentos ($r=1,00$) para os dois períodos retroativos. Para a correlação entre questionário e prontuário foi observado para o período de 30 dias e 60 dias valores de CCI de fraco a moderado para consultas (CCI=0,429; CCI=0,576) exames (CCI=0,181; CCI= 0,020) e medicamentos (CCI=0,505; CCI= 0,642). Para a correlação da diferença entre valores reportados nos questionários e valores de prontuários com as variáveis descritivas, foi observada diferença estatisticamente significativa para “Medicamentos 60 dias” e idade ($\rho=0,267$) e condição econômica ($\rho=-0,386$). Foi observada correlação fraca entre atividade física ocupacional e exames ($r=0,259$) somente

para questionário, para o período retroativo de 60 dias. Para diferença entre os valores brutos de gastos reais do questionário proposto e do prontuário, houve diferença estatisticamente significativa para a variável medicamentos, quando retroagidos 30 e 60 dias (p -valor=0,016; p -valor=0,001). Para a confiabilidade intra-avaliador, retroagindo 30 dias foi observado valores de CCI excelente para consultas (CCI=0,805) e fraco (CCI=0,257) para medicamentos, e para 60 dias, foi observado CCI moderado para consultas (CCI=0,543), e fraco para exames e medicamentos (CCI=-0,104 e CCI=0,338). Para a confiabilidade inter-avaliadores retroagindo 30 ou 60 dias foram observados valores de CCI fraco para todas as variáveis analisadas. **Conclusão:** O questionário proposto apresentou validade moderada, porém não obteve resultados consistentes para a análise de confiabilidade. Mesmo existindo limitações no seu processo de elaboração, há uma relevância prática no instrumento no que diz respeito a sua facilidade de aplicação no âmbito da saúde e ainda, uma maior efetividade na análise da variável “consultas”.

Palavras chaves: Validação, gastos com saúde, indicadores de saúde.

ABSTRACT

Introduction: Investigations related to the evaluation of health spending are important, however, existing methods present limitations in their applications, such as underestimation of values and divergence, errors of filling, bureaucratic limitations and lack of scientific validation regarding questionnaires. **Aim:** To elaborate and verify the validity and reliability of a questionnaire for the evaluation of the use of health services in primary care of the Unified Health System (UHS) in adults aged ≥ 50 years. **Methods:** Sample composed of 64 UHS users from the city of Presidente Prudente - SP. The questionnaire proposed evaluated the use of basic health care services considering the variables exams, consultations and medications, in the periods of 30 and 60 days retroactive to the date of collection, and their validity was tested according to information contained in the participants' medical records. For reliability, the "test-retest" method was used, considering an interval of 7 days after the first evaluation. Subsequently, the results were converted into monetary values and compared according to health indicators: age, sex, physical activity, body composition, economic condition and schooling, in addition the forms of conversion were presented. In order to observe the validity, reliability, numerical concordance and internal consistency between the data, as well as comparison with health indicators, the following tests were used: Intraclass Correlation Coefficient (ICC), Cronbach's alpha (α) technique, Spearman correlation (ρ) and Wilcoxon's test. For the relationship between sub items of the proposed questionnaire and final product, the Pearson correlation (r) was used. Statistical significance's values were considered significant when less than 5% and the software used was BioEstat (version 5.0). **Results:** When analyzing the correlation between the total amount of expenses reported through the questionnaire with the analyzed variables, consultations, exams and medications, low correlation values were observed for consultations ($r=0.305$) when retroactive 30 days and perfect correlation for medications ($r=1.00$) for the two retroactive periods. For the correlation between the questionnaire and the medical record, it was observed for the period of 30 days and 60 days the values of low to moderate ICC for consultations (ICC=0,429; ICC=0.576), exams (ICC=0,181; CCI=0,020) and medications (ICC=0.505, ICC=0.642). For the correlation of the difference between the values reported in the questionnaires and the values of the medical records with the descriptive variables, a statistically significant difference was observed for "Medications 60 days" and age ($\rho=0.267$) and economic condition ($\rho=-0.386$). There was a low correlation between occupational physical activity and exams ($r=0.259$) for questionnaire only, for the retroactive period of 60 days. For the

difference between the raw data of the actual spending of the proposed questionnaire and the medical record, there was a statistically significant difference for the variable drugs, when 30 and 60 days retrograde (p -value=0.016, p -value=0.001). For the intra-rater reliability, 30 days were observed values of ICC excellent for consultations (ICC=0.805) and low for medications (ICC=0.257), and for 60 days, moderate ICC was observed for consultations (ICC=0.543), and low for exams and medications (ICC=-0.104 and ICC=0.338). For the inter-rater reliability of 30 or 60 days, low ICC values were observed for all variables analyzed.

Conclusion: The proposed questionnaire had a moderate validity, but did not obtain consistent results for the reliability analysis. Although there are limitations in its elaboration process, there is a practical relevance in the instrument regarding its ease of application in the health area and also, a greater effectiveness in the analysis of the variable "consultations".

Keywords: Validation, healthcare expenditures, health indicators.

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) controla o cuidado com a saúde em diferentes níveis de complexidade, variando entre alta, média e baixa, sendo o último composto pela atenção básica (AB) a qual envolve ações como promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnósticos, tratamento e reabilitação de doenças¹.

Destacam-se, entre as formas de atendimento disponíveis nesse nível, as Unidades Básicas de Saúde (UBS), que desempenham papel central na garantia do atendimento aos pacientes². Adicionalmente, em termos de gestão, a Atenção Primária se atenta a mudanças segundo as necessidades da população^{3,4}.

A legislação brasileira, (especialmente a Lei nº 8.080/1990 e a PEC 55/2016), determina os gastos mínimos em saúde bem como os critérios de transferências entre os governos e a aplicação dos recursos financeiros². No entanto, os resultados apresentados em estudo realizado em 20 Secretarias Municipais de Saúde do Estado de Santa Catarina mostraram que a maioria delas não possuem dados referentes aos gastos gerados pelos serviços prestados, dispondo apenas de informações básicas e que não são inteiramente úteis na tomada de decisão, entretanto, os gestores reconhecem a importância dessa informação⁵.

Considerando que no Brasil, os gastos com saúde têm aumentado anualmente, principalmente quando se trata de despesas com doenças crônicas⁶, é fundamental estudos referentes à análise de gastos e a contribuição deles para a melhoria do controle dos recursos financeiros⁷, uma vez que são finitos e escassos.

Alguns estudos têm analisado gastos com saúde por meio de diferentes métodos, como prontuários clínicos^{8,9}, banco de dados de acesso público do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) – utilizando dados secundários do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) ou do Sistema de Informações Ambulatoriais (SAI) que tem origem na

Autorização de Internação Hospitalar (AIH)^{6,10-13}, e questionários^{14,15}. Porém, alguns dos métodos apresentam limitações de ordem burocrática, subestimação dos valores e divergência entre eles, erros de preenchimento, e ainda, se tratando de questionários, todos apresentaram falta de validação científica, o que torna interessante a elaboração de método confiável e de fácil aplicação.

Neste sentido, acredita-se ser necessária a identificação de um método válido e de fácil aplicabilidade, que seja submetido a um processo validação e confiabilidade, que permita estimar o uso de serviços de saúde e possibilite, posteriormente, a conversão de indicadores quantitativos sobre o uso dos serviços de saúde em valores de moeda corrente.

Adicionalmente, a literatura tem apresentado correlação entre gastos públicos e sua relação com o nível de atividade física (NAF)^{13,16-18} e obesidade geral e/ou abdominal^{16,17,19-21}, e observaram que quando é adotada maior prática de atividade física, bem como na ausência de obesidade, ocorrem menores gastos com saúde^{17,20}. E, na presença de índices de adiposidade como percentual de gordura (PG) e índice de massa corporal (IMC) os gastos com saúde se tornam elevados^{16,17,20}.

Assim, não apenas a proposta de questionário para análise do uso de serviços de saúde bem como sua submissão ao processo de validação e confiabilidade se torna interessante, mas também a correlação dos dados obtidos por esse instrumento com indicadores de saúde, já evidenciados na literatura, como determinantes no aumento dos gastos.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Elaborar e testar a validade e a confiabilidade de um questionário de avaliação do uso de serviços de saúde na atenção primária do SUS em adultos com idade ≥ 50 anos.

2.2 Específicos

- i) Verificar se o questionário proposto para avaliar o uso de serviços de saúde é mais preciso para discriminar este tipo de informação dentro de um período de 30 ou 60 dias;
- ii) Descrever os métodos para a conversão do uso de serviços de saúde em valores de moeda corrente (R\$), com base em serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde.
- iii) Identificar se os valores de moeda corrente computados por meio do instrumento e aqueles extraídos dos prontuários dos pacientes são influenciados da mesma forma por indicadores de saúde.
- iv) Identificar a consistência deste questionário na conversão dos valores quantitativos em moeda corrente;

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Atenção Básica – Sistema Único de Saúde

A Atenção Básica (AB), o primeiro nível de atenção do SUS, se caracteriza como conjunto de ações de saúde no contexto individual e coletivo, visando abranger a promoção da saúde, proteção, prevenção de agravos, diagnóstico, reabilitação, diminuição de danos e manutenção da saúde, com a finalidade de desenvolver uma atenção integral que influencie na situação de saúde das pessoas².

Na formação dessa atenção integral, a AB é responsável por funções para cooperação com o funcionamento das Redes de Atenção a Saúde, as quais são: i) ser suporte, agindo em um grau elevado de descentralização, ii) ser resolutiva, detectando riscos, necessidades de saúde e gerando intervenções clínicas e sanitariamente efetivas, iii) gerenciar o cuidado bem como organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção, iv) ordenar as redes, assegurando as necessidades da população sob sua responsabilidade²².

A AB deve ser a primeira opção de contato dos usuários com a Rede de Atenção a Saúde a qual é considerada como sistema organizado composto por ações e serviços de saúde com configurações distintas e estruturado de forma complementar e eixo territorial, e que se orienta por meio de princípios da universalidade, acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social².

As UBS, uma das estruturas de atendimento disponíveis na AB², devem receber todos os pacientes que procuram atendimento, de modo universal e sem exclusões²³. Concedem consultas, exames, medicamentos, vacinas, radiografias dentre outros procedimentos aos usuários, desempenhando papel central na garantia do atendimento^{2,24}.

Especificamente, os procedimentos médicos e de enfermagem realizados nas UBS são os seguintes: vacinação, inalação, medicação e curativo, teste imunológico de gravidez, coleta de Papanicolau, coleta de material para análises clínicas, coleta de material para detecção dos erros inatos do metabolismo, aferição de pressão arterial, verificação de temperatura, glicemia capilar, retirada de pontos, suturas, lavagem de ouvido, atendimento odontológico e psico-social. Além da distribuição de medicamentos pela farmácia de cada unidade²³.

Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) entre agosto de 2013 e fevereiro de 2014, 71,1% da população procurou por unidades públicas de saúde para atendimento, sendo que, deste total, 47,9% apontaram as UBS como principal meio de acesso aos serviços do SUS²⁵.

Tal demanda de atendimentos do SUS, que cobre grande parte da população gera gastos em saúde. Segundo dados do IBGE, no ano de 2016 o aumento dos preços com saúde chegou a 11,05%, a maior alta desde 2001. O custo com doenças alcançou 10% do Produto Interno Bruto (PIB) e ainda, segundo projeções do Ministério do Planejamento, o Brasil pode

chegar a gastar R\$10 trilhões em saúde em 2050, o que torna ainda mais importante a análise de gastos públicos nessa área.

3.2 Análise de gastos e associação com indicadores de saúde

Economia da saúde é definida por Del Nero (2002)²⁶ como ramo do conhecimento que tem por objetivo a otimização das ações em saúde, ou seja, o estudo das melhores condições de distribuição dos recursos disponíveis para garantir a população a melhor assistência à saúde e o melhor estado de saúde, levando em consideração a existência de meios e recursos limitados. O termo “economia da saúde” tem origem nas várias ligações que existem entre saúde e economia e da aplicação de questões operacionais, estratégicas e econômicas no setor da saúde.

Há utilização de vários termos, dependendo da especificidade teórica de cada grupo de estudo dessa área, como por exemplo, saúde e economia, economia política da saúde, porém a forma mais usualmente encontrada é economia da saúde, por ser mais precisa na denominação²⁶.

Entre os elementos que compõem a gestão do SUS, as análises relativas ao seu financiamento são historicamente importantes, pois determinam sua eficiência. Tratando-se de economia em desenvolvimento e de recursos limitados, a compreensão dos determinantes de gastos torna-se fundamental. Diante disso, os estudos referentes à análise dos gastos públicos em saúde (Custo-Benefício; Custo-Efetividade e Custo-Utilidade) e seus determinantes podem fornecer informações que contribuem para administração mais inteligente dos recursos financeiros⁷.

Estudos têm investigado a relação dos gastos públicos com o nível de atividade física (NAF)^{13,16-18,27} e obesidade^{16,17,19,20,28}. Sabe-se que, o NAF influencia na ocorrência de agravos à saúde, estabelecendo relação inversamente proporcional, em que quanto menor a

prática de atividade física maior o acometimento de doenças metabólicas, cardiovasculares e osteoarticulares²⁹⁻³⁴.

Relação essa que constitui paralelo importante com gastos em saúde. Estudos têm encontrado maiores despesas em indivíduos que possuem quaisquer dessas doenças ou que apresentam baixo nível de atividade física^{17,20,35}. No que se refere à composição corporal, indivíduos que apresentam obesidade total e/ou obesidade abdominal também possuem maior tendência ao acometimento de doenças crônicas, como a hipertensão arterial^{36,37}. E ainda, na presença de índices de adiposidade, como IMC e PG, estudos indicam a influência destes no aumento de gastos com saúde^{16,17,20}.

Assim, estabelecendo associação entre essas duas variáveis, estudos apontam que indivíduos que são inativos fisicamente e possuem em conjunto obesidade abdominal compram mais medicamentos¹⁷, possuem maiores gastos de saúde ambulatoriais, com internações e medicamentos³⁸ e tendem a ser acometidos por doenças crônicas^{36,37}. Pesquisa realizada na cidade de Bauru-SP mostra que os praticantes de caminhada, como modalidade de atividade física no lazer, apresentam menores gastos com medicamentos e menor ocorrência de obesidade abdominal, 25,9% e 66,3% respectivamente¹⁷. Codogno et al., 2015²⁰, observaram que a obesidade abdominal e a inatividade física foram diretamente relacionadas a maiores gastos com distribuição de medicamentos e despesas totais por paciente.

Dentre as diferentes formas de se analisar gastos, há a utilização de prontuários clínicos, que são documentos de registro do estado de saúde e atendimento de pacientes pelas equipes de saúde, que promovem a comunicação entre os integrantes da equipe multiprofissional e da assistência ao paciente^{39,40}.

Alguns estudos que analisaram gastos o fizeram com esse método, em que foram obtidas informações sobre exames laboratoriais, medicamentos e número de consultas

realizadas, retroagindo um ano à data da avaliação^{8,9,18,41}, e também em estudo que mesmo utilizando dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH), utilizou o prontuário clínico para motivo de correção e comparação dos dados obtidos⁴².

Prontuários clínicos também foram utilizados como método para analisar gasto de tratamento de doenças^{43,44}, gastos relacionados a estado nutricional e procedimento cirúrgico⁴⁵.

Apesar de ter como objetivo mostrar com clareza todos os procedimentos realizados na assistência a saúde, visando melhoria, por vezes apresenta preenchimentos detalhados em algumas áreas de atendimento e em outras com falta de detalhes, incoerência de diagnósticos, com siglas ou códigos incompreensíveis, o que dificulta a leitura dos mesmos e descaracteriza a propriedade comunicativa dos registros^{46,47}. Além disso, é método considerado burocrático e demorado, por exigir a permissão prévia da secretaria de saúde do município, do paciente, e pela dificuldade de leitura dos dados⁹.

Outros estudos analisaram gastos por meio do banco de dados de acesso público do DATASUS, utilizando dados secundários do SIH ou do SAI, que tem origem na AIH^{6,10-13,42,48-52}.

Este tipo de método para estimativa de custo, embora bastante importante, pode apresentar falhas devido ao preenchimento dos registros e diagnósticos, valores subestimados, divergência entre valores pagos pelo SUS e os custos reais dos serviços. Além disso, este tipo de base de dados apresenta informações generalizadas (como por exemplo, por grupo etário ou demográfico), não sendo possível a identificação dos participantes, o que inviabiliza a inferência com informações mais pessoais, que são determinantes para análise da saúde dos atendidos pelo serviço público de saúde, como indicadores de obesidade, perfil lipídico, entre outros, sem contar que usualmente apresenta defasagem em sua alimentação e não podem ser analisados no contexto clínico, apenas epidemiológico.

Por outro lado, o método indireto de análise por meio de questionário e entrevistas dirigidas, questionando sobre a frequência de uso dos serviços de saúde^{14,53,54}, de medicamentos^{27,53,55} e tratamentos cirúrgicos ou clínicos¹⁵ pode ser mais barato e exequível em pesquisas epidemiológicas, bem como, mais aplicável no contexto clínico. Porém, além de resultarem de valores estimados a partir de auto-referência, os questionários empregados, em nosso conhecimento, não apresentam validação científica.

Desta forma, diante das limitações dos métodos de análise de gastos apresentados anteriormente, a identificação de um método de estimativa de fácil aplicabilidade e confiável torna-se interessante para o uso em pesquisas epidemiológicas. Uma vez que, a obtenção de informação do uso de serviços de saúde de forma direta (prontuário clínico), secundária (banco de dados) e indireta (questionários) por vezes dificulta a execução de pesquisas com amostras abrangentes.

3.3 Validação

Partindo do pressuposto de que há diferentes instrumentos de avaliação na coleta de dados em pesquisas, é necessário que esses instrumentos sejam válidos e confiáveis⁵⁶.

Na confiabilidade, as análises das variáveis medidas devem apresentar consistência, serem replicáveis e fornecerem resultados muito próximos à primeira avaliação e que estejam livres de erro de mensuração⁵⁷⁻⁶² quando aplicados no mesmo sujeito em momentos distintos⁶³. Os coeficientes de confiabilidade variam de 0,00 a 1,00, o que significa que quanto maior o coeficiente, maior a confiabilidade⁵⁹.

A confiabilidade verifica a capacidade de se reproduzir resultados através de dois modos de análise: a análise inter-avaliador e a intra-avaliador. A primeira analisa a consistência de informações entre dois avaliadores, em que os dois avaliam os mesmos

sujeitos. Já a análise intra-avaliador, verifica a consistência de informações do mesmo avaliador analisando os mesmos pacientes em diferentes momentos^{59,61-63}.

As estimativas a respeito dessa característica geram informações sobre o grau de erro de mensuração dos resultados, influenciada por variações na situação de medida, como características do avaliador e da amostra, tipo de teste ou instrumento, tipo de análise estatística, método de amostragem e se o processo de randomização foi cego⁶¹.

Além da confiabilidade, é importante que métodos de avaliação sejam submetidos ao processo de validação, o qual é definido como a magnitude em que o método mensura o que pretende, no que se refere à sua utilização para fim específico, que necessita de diversas fontes de comprovação e a avaliação dessa característica deve ser um processo constante. Essas fontes são evidências fundamentadas em cinco características: i) conteúdo do teste, ii) processos de resposta, iii) estrutura interna, iv) relações com outras variáveis, v) consequências do teste^{57-59,62,64,65-67}. A validade pode ser analisada através das seguintes técnicas: validade de conteúdo, validade de critério e validade de constructo⁶⁸.

A validade de conteúdo analisa o quanto o instrumento é efetivo no que se refere à abordagem de determinado tema^{60,62,68}, ou seja, se é representativo dentro de todas as possibilidades que poderiam ser elaboradas para avaliar esse tema, o quanto cada elemento – que são todos os tópicos que podem influenciar a coleta de dados - desse instrumento é importante na avaliação. Especificamente se tratando de questionário, os elementos seriam as orientações, o modelo das respostas e cada tópico individualmente⁶⁸. A validade de conteúdo está intimamente ligada à elaboração do instrumento⁶⁴.

Já a validade de critério analisa o quanto o instrumento é eficiente em avaliar o desempenho de um sujeito em um teste, como em testes físicos, por exemplo, em que o resultado de desempenho se torna o critério como base para avaliar a medida obtida pelo teste e assim analisar se o instrumento reflete o padrão-ouro. Sendo que há dois tipos de validade

de critério: a validade preditiva e a validade concorrente, que se diferem basicamente pelo tempo de coleta de dados do teste a ser validado^{59,60,64}.

Por fim, a validade de constructo analisa o perfil de um instrumento enquanto ocorre a medida e o que teoricamente se espera como resultado, no que diz respeito a relações internas, relações com outros instrumentos ou diferenças entre grupos^{59,60,64}, por exemplo, espera-se que medida de qualidade de vida aponte escores mais baixos para indivíduos inativos fisicamente do que para indivíduos ativos fisicamente.

A validade também analisa a consistência interna, que é definida como o grau de inter-relação entre os itens do instrumento a ser validado, que devem se correlacionar^{59,60,62}.

O processo de validação envolve, primeiramente, processo teórico de elaboração do instrumento e conseqüentemente a coleta de informações e análise⁶⁴. Quanto ao processo de elaboração há que se atentar ao nível de entendimento do indivíduo sobre o que está sendo perguntado/avaliado, além disso, há de ser considerada a praticabilidade, que se refere a aspectos da utilização dos instrumentos, como análise de resultados, custos empregados⁶⁹, a capacidade de resposta ou responsividade, que é a capacidade de se identificar alterações ao longo do tempo na mensuração^{59,60,62} e a interpretabilidade, que é o grau em que se pode conceder significado qualitativo as características quantitativas de um instrumento^{60,62}. Outras técnicas também utilizadas nesse processo de elaboração são: a análise fatorial que é a redução de uma quantidade grande de variáveis observadas em um número inferior de fatores (combinação linear das variáveis)¹⁰⁵ e a técnica de Delphi a qual envolve a obtenção de opinião de especialista na área em busca de consenso sobre o conteúdo¹⁰⁶.

No âmbito da saúde, existem importantes trabalhos de validação, como, por exemplo, o instrumento para registro e acompanhamento de pacientes da rede pública por equipes da Saúde da Família (ESF), que se trata de ficha elaborada para o registro e acompanhamento das visitas domiciliares realizadas pelas equipes, com perguntas

relacionadas à condição do paciente, condições higiênicas, situação socioeconômica, dentre outras⁷⁰.

Na mesma linha, estudo de Junges et al.⁷¹, realizou a construção e a validação de instrumento com o objetivo de identificar conflitos éticos na qualidade da assistência da atenção primária em saúde, trata-se de questionário, aplicado à profissionais da saúde, que avalia problemas éticos em três áreas: usuário-profissional, equipes da saúde da família e sistema de saúde.

Outro importante trabalho de validação, foi realizado na AB de 115 cidades do estado de São Paulo, em que foi desenvolvido e validado o Questionário da Avaliação da Qualidade de Serviços da Atenção Básica (QualiAB), composto de 85 questões distribuídas em 5 blocos, dentre eles, registro de dados e informações em saúde, organização da atenção à saúde, sendo o formato das questões de múltipla escolha⁷².

Apesar desses questionários citados, não foi encontrado nenhum validado que pudesse analisar o uso de serviços de saúde.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Local do estudo e amostra

Estudo conduzido na cidade de Presidente Prudente, localizada no interior do estado de São Paulo, distante em 558 quilômetros da capital. No ano de 2015 a população total estimada na cidade era de 222.192 habitantes e o índice de desenvolvimento humano de 0,806 (considerado alto) segundo dados do IBGE⁷³.

A amostra da presente pesquisa foi composta por adultos de ambos os sexos com idade ≥ 50 anos - grupo etário com maior prevalência de doenças crônicas não transmissíveis^{74,75} - atendidos por duas UBS escolhidas devido ao grande número de pessoas

cadastradas (UBS Parque Cedral e UBS Vila Real), segundo dados da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) da cidade.

Embora não exista unanimidade, a literatura tem indicado que escores de confiabilidade são satisfatórios quando superiores a 0.80⁷⁶. Assim, o cálculo amostral empregado neste estudo foi estruturado para poder detectar coeficientes de correlação de até $r=0.40$, com poder de 80% e significância estatística de 5%. Assim, a amostra mínima necessária para a realização do referido estudo foi fixada em 48 pessoas (64 pacientes participaram da pesquisa). Para estes adultos, foram adotados os seguintes critérios de inclusão: i) Cadastro de, no mínimo, um ano na UBS; ii) Ter registro ativo no serviço de saúde, sendo necessário ter realizado pelo menos uma consulta clínica nos últimos seis meses.

Através de uma lista de pacientes cadastrados em projetos de pesquisa em desenvolvimento nessas UBS, que contam atualmente com 512 inscritos, foi realizado sorteio aleatório, em que 64 pacientes foram convidados a participar do presente estudo. Posteriormente, destes 64 pacientes, 20 foram convidados a participar da 2ª etapa da presente pesquisa, após processo de sorteio e randomização de forma aleatória.

Os participantes que cumpriram todos os critérios de inclusão, acima definidos, receberam as informações a respeito do projeto, bem como, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 1). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Estadual Paulista (CAAE: 60787716.3.0000.5402).

4.2 Delineamento do estudo

Estudo de validação e confiabilidade, sendo realizado em quatro etapas, cujos procedimentos serão detalhados no capítulo a seguir:

1ª Etapa – Elaboração do questionário proposto: nesta etapa foram estabelecidas as questões necessárias para se avaliar os gastos em saúde bem como os períodos recordatórios estabelecidos (30 e 60 dias anterior à data da 1ª avaliação).

2ª Etapa – Validação do questionário proposto: Nesta etapa e foram observadas a validade (de conteúdo e de critério) e a confiabilidade. Para o processo de validade, participaram todos os pacientes escolhidos aleatoriamente (n=64), em que os mesmos responderam ao questionário proposto, tendo as respostas confrontadas com a versão eletrônica do prontuário (considerado como padrão ouro no presente estudo). Logo após, foram aplicados questionários para estimar o nível de atividade física⁷⁷, histórico de doenças⁷⁸ e referentes à condição econômica e escolaridade⁷⁹. Além disso, na mesma ocasião houve uma avaliação da pressão arterial e avaliação da gordura corporal e massa magra. Para a confiabilidade, após um período de uma semana da 1ª avaliação, após processo de sorteio e randomização de forma aleatória, 30% destes pacientes (n=20) foram submetidos novamente à aplicação do questionário proposto para análise do uso de serviços de saúde, com objetivo de avaliar a confiabilidade inter e intra-avaliadores.

3ª Etapa – Associação com (fatores de risco ou indicadores de saúde): foi realizada correlação entre o questionário proposto e o prontuário, em quantidade e valores reais (após conversão), e sua relação com as variáveis descritivas e categóricas.

4ª Etapa – Métodos de conversão do uso de serviços de saúde em moeda corrente: reais (R\$): foram apresentadas as formas disponíveis para conversão da informação quantitativa sobre o uso de serviços de saúde em valor de moeda corrente (R\$).

Vale salientar que, não houve recusas ou desistências, tanto durante a fase de seleção dos participantes quanto na fase de coleta de dados.

4.3 Procedimentos

4.3.1 Elaboração do questionário

A criação foi motivada pela necessidade de se formular questionário específico, utilizando entrevista estruturada, com questões fechadas para maior facilidade de utilização⁸⁰. O questionário foi baseado em estudos prévios do presente grupo de pesquisa que levantou dados de prontuários em diferentes momentos.^{8,18,41}

Este foi composto por três grupos de perguntas referentes ao: i) número de consultas, ii) número de exames laboratoriais realizados e iii) uso de medicamentos (o paciente foi orientado previamente a levar os medicamentos que utilizava). Estes tipos de serviço foram elencados devido ao fato de comporem a parte mais substancial dos gastos com saúde na atenção primária^{8,18}. Com base nos estudos prévios, as opções de respostas para os itens “consultas” e “exames” foram criadas considerando os serviços de saúde utilizados com maior frequência em UBS^{8,18,41}; nesses itens foi acrescentada a opção de “outros serviços”, caso o serviço utilizado pelo paciente não estivesse abordado entre as questões fechadas. Para o item medicamento não foi possível formular opções de resposta, uma vez que o tipo e a dosagem do mesmo apresenta grande variação, dessa forma, esse item é apresentado no questionário como uma questão aberta, sem opção prévia de resposta (ANEXO 2).

O período recordatório utilizado foi de dois meses. Entretanto, a aplicação do questionário foi feita de forma que, primeiramente o paciente indicasse as informações sobre uso dos serviços de saúde sobre o mês imediatamente anterior a entrevista, e em seguida sobre o mês anterior a esse. Dessa forma, foi possível obter informações para um período de 30 e 60 dias, retroagidas à data da avaliação. Com essa metodologia esperava-se detectar possíveis impactos relacionados a vieses de recordação sobre o desfecho.

Posteriormente, os dados quantitativos, obtidos pelo questionário, foram convertidos em moeda corrente.

4.3.2 Análise do prontuário clínico

Após permissão prévia da SMS da cidade de Presidente Prudente, foi obtido acesso a versão eletrônica dos prontuários, sendo que, foram obtidos dados quantitativos de todas as variáveis incluídas no estudo (consultas, exames e medicamentos).

4.3.3 Validade e confiabilidade

A análise da validade foi realizada através de correlação estatística entre os valores produzidos pelo questionário com as informações registradas na versão eletrônica dos prontuários médicos do paciente (considerado como referência), ou seja, informações oriundas de diferentes métodos, que podem analisar o mesmo atributo^{76,87}. Tanto a validade como a confiabilidade foram avaliadas por meio de medidas de relação linear e concordância numérica, as quais serão discutidas em maiores detalhes nos procedimentos estatísticos⁸⁷.

Para a análise da confiabilidade foi utilizado o método “teste-reteste”, o qual é utilizado para calcular os índices de confiabilidade⁷⁶. Dois avaliadores treinados que, em condição “cega” no que se refere à digitação de dados e randomização, aplicaram o questionário duas vezes (entrevista face-a-face). Após intervalo de sete dias da primeira entrevista⁸¹⁻⁸⁶, um novo sorteio aleatório foi realizado considerando apenas os 64 pacientes que responderam o questionário.

Neste sorteio, 30% dos entrevistados foram convidados para realização da reavaliação, conforme metodologia empregada em estudos prévios, caracterizando o reteste⁸³. Desta forma, foi analisada a confiabilidade intra e inter avaliador, em que 20 pacientes foram reavaliados, 8 pelo mesmo avaliador nos dois momentos e 12 por avaliadores diferentes em cada momento (Figura 1).

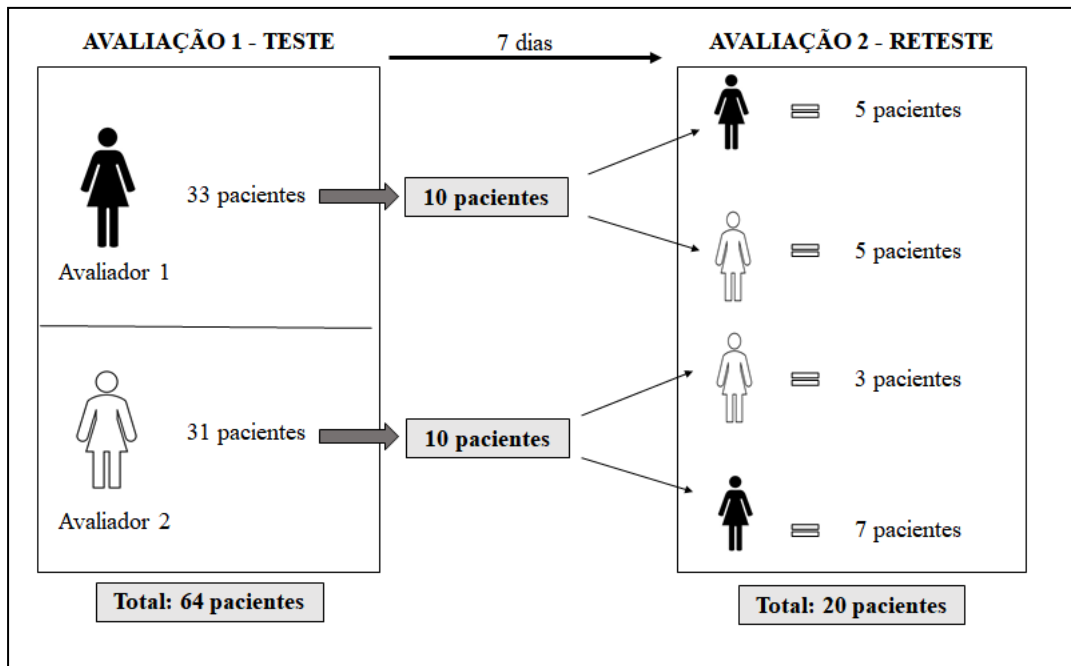


Figura 1. Metodologia adotada para a confiabilidade do questionário sobre uso de serviços de saúde da atenção básica.

4.3.4 Conversão do uso de serviços de saúde em moeda corrente: reais (R\$)

Após a realização das entrevistas com o uso do questionário, para transformar o uso de serviços de saúde em moeda corrente (R\$), foram analisadas as formas disponíveis para obtenção dos preços dos procedimentos, especialmente os preços adotados pelo SUS.

Os valores pagos pelos procedimentos foram cedidos pela SMS, para os procedimentos não relatados foram utilizadas plataformas eletrônicas. Para medicamentos, foram utilizados os valores unitários de cada produto através de plataformas eletrônicas, multiplicado pelo número de produtos retirados. A plataforma eletrônica utilizada nessa situação foi o Banco de Preços em Saúde (BPS) (<http://aplicacao.saude.gov.br/bps/login.jsf>). Para exames, foram utilizados os valores unitários de procedimento, através de plataformas eletrônicas, multiplicado pelo número de procedimentos realizados. A plataforma eletrônica utilizada nessa situação foi o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos (SIGTAP).

Para consultas clínicas, foram consideradas consultas médicas (clínico geral e especialidades) e também consultas de enfermagem e auxiliar de enfermagem, de fisioterapia, dentista, psicólogo, nutricionista e assistente social, bem como outras especialidades que vieram a ser citadas no preenchimento do questionário ou na análise do prontuário. Para conversão em valores em real (R\$), na ausência de informações sobre valores de consultas aplicados pelo SUS em plataformas eletrônicas, foram utilizados os valores registrados em folha de pagamento (holerites) dos servidores mencionados.

Na indisponibilidade do holerite os dados foram retirados de editais de concurso mais recente, realizado pelo município em que o participante realizou os procedimentos, e ajustados de acordo com a inflação, até data atual. Para os servidores que possuíam número de atendimento diário fixo, os valores dos salários brutos mensais foram divididos considerando o valor da diária do servidor (salário dividido por 31 dias, considerando os finais de semana como descanso remunerado) e o número estipulado de pacientes atendidos diariamente nas UBS, em cada especialidade. O número de pacientes atendidos diariamente é fixo, de acordo com o contrato estabelecido entre a SMS e o servidor (no caso, médico) e essa informação foi obtida através de contato com a Secretaria de Saúde.

Para os servidores que não possuíam número fixo de atendimento diário, como é o caso do (a) enfermeiro e seu auxiliar, foi realizada mesma metodologia citada acima (valores dos salários brutos mensais divididos considerando o valor da diária do servidor e o número de pacientes atendidos diariamente nas UBS), no entanto, o número médio de pacientes atendidos diariamente foi informado pelo próprio servidor.

As estratégias citadas acima foram utilizadas para determinar os gastos com consultas, exames e medicamentos (itens do questionário). Durante o desenvolvimento da pesquisa, foi elaborada listagem com os preços dos procedimentos mais citados durante a aplicação do questionário.

Após obtenção dos valores em reais (R\$) de cada procedimento, como também o processo de conversão dos dados encontrados, o gasto de cada paciente foi confrontado com indicadores de saúde, caso do nível de atividade física, adiposidade corporal e histórico de doenças. Este procedimento foi adotado para identificar o possível impacto de tais variáveis nas diferenças entre as medidas diretas (prontuário) e capturadas pelo questionário proposto.

4.3.5 Busca de métodos de conversão

Para descrever os métodos existentes para conversão do uso de serviços de saúde em valores de moeda corrente (R\$), com base em serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde, foi realizada uma busca utilizando a palavra chave: “plataformas de preços em saúde”, e logo em seguida foram acessadas todas as plataformas para análise do funcionamento de cada uma.

4.3.6 Nível de Atividade Física

Para estimar o NAF foi utilizado o questionário de Baecke et al.⁷⁷, validado no Brasil por Florindo et al.⁸⁸ que é constituído por 16 questões fechadas, subdividindo a atividade física habitual (AFH) dos últimos 12 meses, em três dimensões: i) atividades físicas ocupacionais (AFO - 8 questões); ii) exercícios físicos no lazer (EFL - 4 questões); iii) atividades físicas de lazer e locomoção (AFL - 4 questões). Para cada dimensão foi calculado um valor de score, a partir de equação proposta no próprio questionário, que foi usado como indicativo de nível de atividade física.

4.3.7 Composição Corporal e Índice de Massa Corporal

O percentual de gordura corporal (PGC) e de massa corporal magra foi estimado por meio da análise de impedância bioelétrica (aparelho da marca InBody[®], modelo 230). Análise realizada sempre no período da manhã e o participante instruído a não fazer ingestão

de cafeína, não praticar exercícios extenuantes 24 horas antes da análise e ocorrer o esvaziamento da bexiga antes do teste. Já para o índice de massa corporal (IMC), seguiu-se o protocolo de Lohman⁸⁹, utilizando os valores de massa corporal total e estatura, coletados na 1ª Etapa.

Sendo que, essas variáveis foram analisadas de forma contínua, sem categorização.

4.3.8 Histórico de Doenças

Para obter a presença ou ausência de diagnóstico para doenças crônicas foi utilizado o inquérito de morbidades referidas⁷⁸.

4.3.9 Condição Econômica e Escolaridade

Para obter dados de escolaridade e condição econômica, foi utilizado questionário, em que se perguntava o grau de instrução do chefe da família, número de cômodos da casa, número de utensílios/aparelhos na casa e, assim, estimar o valor aproximado de renda⁷⁹. Sendo que, os dados analisados não foram categorizados.

4.3.10 Pressão Arterial

Os valores de pressão arterial foram aferidos após cinco minutos de repouso, utilizando monitor digital automático da marca Omron, modelo HEM-742INT, seguindo diretrizes específicas⁹⁰.

4.4 Análise Estatística

A análise estatística foi realizada pelo software BioEstat (versão 5.0). A estatística descritiva foi composta por valores de mediana, desvio-padrão e diferença interquartil e intervalo de confiança de 95% (IC95%).

Para observar a validação e confiabilidade relativa do questionário proposto foi utilizado o coeficiente de correlação intraclasse (CCI), por assumir que se trata de relação monocausal (assume apenas uma direção, neste caso, positiva). Ainda, a concordância numérica e a consistência interna entre os dados foram fornecidas pela técnica de alfa (α) de Cronbach.

Para valores de CCI, foram utilizados os seguintes pontos de corte: valores inferiores a 0,50 foram considerados de correlação baixa, valores entre 0,50 e 0,75 de correlação moderada e acima de 0,75 de correlação alta, excelente⁶³. Já para valores de alfa (α) de Cronbach, que varia entre 0,00 (sem confiabilidade) e 1,00 (excelente confiabilidade)⁹¹, foram utilizadas as seguintes classificações: valores $<0,30$ de confiabilidade muito baixa, valores $\leq 0,30$ a $<0,60$ de confiabilidade baixa, valores $\leq 0,60$ a $<0,75$ de confiabilidade moderada, valores $\leq 0,75$ a $<0,90$ de confiabilidade alta e valores $\geq 0,90$ de confiabilidade muito alta⁹².

Para valores de correlação de Spearman e de Pearson, foram utilizadas as seguintes magnitudes, que são expressas em “r”: valores $0 \leq 0,40$ foram considerados de correlação fraca, valores $>0,40$ e $\leq 0,80$ de correlação moderada, acima de 0,80 de correlação forte e valores iguais a 1,0 de correlação perfeita .

Para analisar a diferença entre valores financeiros reportados pelo questionário e analisados pelo prontuário, foi utilizado o teste de Wilcoxon.

Para relacionar valores financeiros com indicadores de saúde foi utilizada a correlação momento produto de Spearman, que analisa ordenação de postos. E, para analisar a relação entre os subitens do questionário e o produto final foi utilizado à correlação produto momento de Pearson, que analisa a relação linear entre duas variáveis contínuas. Em todos os procedimentos estatísticos, os valores de significância estatística (p-valor) foram considerados significativos quando inferiores à 5%.

5. RESULTADOS

A amostra foi composta por 64 pacientes. Quanto as variáveis descritivas, observa-se que, a idade da amostra apresentou valores medianos de 63,86 (14,27) anos, índice de massa corporal (IMC) de 27,15 kg/m² (5,9 kg/m²) e PGC de 36,65% (8,9%) (Tabela 1).

Tabela 1. Características gerais da amostra, variáveis descritivas, expressas em mediana e diferença interquartil.

Variáveis Descritivas	Mediana	DQ
Idade (anos)	63,86	14,27
Condição Econômica (escore)	20,0	8,0
Atividade Física		
Atividades Físicas Ocupacionais (escore)	2,68	0,96
Exercícios Físicos no Lazer (escore)	1,50	1,25
Atividades Físicas de Lazer e Locomoção (escore)	2,25	0,8
Atividade Física Habitual (escore)	6,18	1,84
PAS (mmHg)	131,0	27,0
PAD (mmHg)	75,50	15,0
Peso (Kg)	69,70	19,5
Altura (cm)	156,40	12,3
IMC (Kg/m ²)	27,15	5,9
MCM (Kg/m ²)	22,30	6,8
MCG (Kg)	24,35	11,1
PGC (%)	36,65	8,9

Legenda: DQ=Diferença Interquartil PAS=Pressão Arterial Sistólica; PAD=Pressão Arterial Diastólica; IMC=Índice de Massa Corporal; CC=Circunferência de Cintura; MCM=Massa Corporal Magra; MCG=Massa Corporal Gorda; PGC=Percentual de Gordura Corporal. N=64 participantes.

Com relação às variáveis categóricas, a amostra foi composta de 18 (28,1%) homens e 46 (71,9%) mulheres, sendo que a doença com maior prevalência foi a hipertensão arterial, com 65,6% (Tabela 2).

Tabela 2. Características gerais da amostra, variáveis categóricas.

Variáveis Categóricas	N	(%)
Sexo		
Masculino	18	28,1
Feminino	46	71,9
Etnia		
Branco	46	71,9
Pardo	10	15,6
Amarelo	08	12,5
Doenças		
Hipertensão Arterial	42	65,6
Dislipidemia	38	59,4
Diabetes Mellitus	14	21,9
Osteoporose	23	35,9
Lombalgia	27	42,2
Depressão	15	23,4

Legenda: N=total da amostra de 64 pacientes; %=percentual representativo dentro da amostra.

Para os dados referentes ao período de 30 dias, observaram-se valores estatisticamente significativos na análise de correlação de Pearson para as variáveis consultas ($r=0,305$), e medicamentos ($r=1,00$), sendo considerados valores de correlação fraca e forte, respectivamente. Para os dados referentes ao período de 60 dias, observaram-se valores estatisticamente significativos na análise de correlação de Pearson para a variável medicamentos ($r=1,00$), sendo considerado valor de correlação perfeita (Tabela 3). O que significa que a variável medicamentos é a que apresenta maior peso/participação nos gastos totais.

Tabela 3. Correlação entre quantidade total reportada no questionário e variáveis analisadas, retroagindo 30 e 60 dias.

Escore Total Questionário	Período retroativo de 30 dias		Período retroativo de 60 dias	
	R	p-valor	R	p-valor
Consultas	0,305	0,014*	0,188	0,136
Exames	0,195	0,122	0,037	0,774
Medicamentos	1,00	0,000**	1,00	0,000**

Legenda: r=Correlação de Pearson; *p<0,05; **p<0,01.

5.1 Resultados referentes à 2ª Etapa – Validação do questionário proposto

Para os dados referentes ao período de 30 dias, observaram-se valores de CCI e alfa (α) de Cronbach de fraco a moderado para consultas (CCI=0,429; α =0,601), exames (CCI=0,181; α =0,307) e medicamentos (CCI=0,511; α =0,671), com valores estatisticamente significativos na análise de correlação de Spearman para as variáveis consultas (ρ =0,394) e exames (ρ =0,464), sendo considerados valores de correlação fraca e medicamentos (ρ =0,511), considerado valor de correlação moderada (Tabela 4).

Já para os dados referentes ao período de 60 dias, observaram-se valores de fraco à moderado de CCI para consultas, exames e medicamentos (CCI=0,576; CCI=0,020; CCI=0,642), valores de fraco a moderado de alfa (α) de Cronbach para consultas e exames (α =0,731; α =0,040) e alto para medicamentos (α =0,782), com valores estatisticamente significativos na análise de correlação de Spearman para as variáveis consultas (ρ =0,501) e medicamentos (ρ =0,667), considerados valores de correlação moderada (Tabela 4).

Tabela 4. Correlação entre questionário e prontuário, retroagindo 30 e 60 dias.

Questionário vs Prontuários	Período retroativo de 30 dias			Período retroativo de 60 dias		
	rho	CCI (IC95%)	α (IC95%)	rho	CCI (IC95%)	α (IC95%)
Consultas	0,394*	0,429 (0,207; 0,610)	0,601 (0,343; 0,757)	0,501*	0,576 (0,387; 0,719)	0,731 (0,558; 0,837)
Exames	0,464*	0,181 (-0,066; 0,407)	0,307 (-0,141; 0,579)	0,133	0,020 (-0,225; 0,263)	0,040 (-0,580; 0,417)
Medicamentos	0,511*	0,505 (0,297; 0,667)	0,671 (0,458; 0,800)	0,667*	0,642 (0,471; 0,766)	0,782 (0,641; 0,867)

Legenda: rho=Correlação de Spearman; CCI=Coeficiente de Correlação Intraclassa; α =Cronbach's Alpha; *p<0,01; 95% - IC= 95% do intervalo de confiança.

Para a confiabilidade intra-avaliador, retroagindo 30 dias foi observado valores de confiabilidade excelente para consultas (CCI=0,805) e fraco (CCI=0,257) para medicamentos, e para os valores retroagindo 60 dias, foi observado valor de confiabilidade moderado para consultas (CCI=0,543) e fraco para exames (CCI=-0,104) e medicamentos (CCI=0,338), com valor estatisticamente significativo na análise de correlação de Spearman (ρ) somente para a variável consulta ($\rho=0,761$), sendo considerado valor de correlação moderada (Tabela 5).

Para a confiabilidade inter-avaliadores retroagindo 30 ou 60 dias foram observados valores de confiabilidade fraco para consultas (CCI=0,497; CCI=0,213), exames (CCI=0,032; CCI=0,032) e medicamentos (CCI=-0,137; -0,300) (Tabela 5).

Tabela 5. Confiabilidade intra e inter-avaliadores, retroagindo 30 e 60 dias.

Momento 1 x Momento 2		Período retroativo de 30 dias		Período retroativo de 60 dias	
		ρ	CCI (95% - IC)	ρ	CCI (95% - IC)
Intra Avaliadores	Consultas	0,761*	0,805 (0,299; 0,958)	0,641	0,543 (-0,194; 0,888)
	Exames	#	#	-0,286	-0,104 (-0,721; 0,604)
	Medicamentos	0,547	0,257 (-0,494; 0,789)	0,519	0,338 (-0,424; 0,820)
Inter Avaliadores	Consultas	0,489	0,497 (-0,077; 0,824)	0,324	0,213 (-0,385; 0,685)
	Exames	0,234	0,032 (-0,530; 0,575)	0,234	0,032 (-0,530; 0,575)
	Medicamentos	0,065	-0,137 (-0,641; 0,450)	-0,039	-0,300 (-0,731; 0,304)

Legenda: ρ =Correlação de Spearman; CCI=Coefficiente de Correlação Intraclasse; *= $p < 0,05$; 95% - IC= 95% do intervalo de confiança; #=não foi possível o cálculo devido à alta ocorrência do valor “zero”.

Foi possível observar diferença estatisticamente significativa entre questionário e prontuário somente para a variável medicamentos, quando retroagidos 30 dias (p-valor=0,016) e, quando retroagidos 60 dias (p-valor=0,001) (Tabela 6).

Tabela 6. Gastos com saúde do prontuário e do questionário, retroagindo 30 e 60 dias e, média das diferenças.

Gastos com saúde	Período retroativo de 30 dias			Período retroativo de 60 dias		
	Pront. Mediana (DQ) Média (DP)	Quest. Mediana (DQ) Média (DP)	p-valor	Pront. Mediana (DQ) Média (DP)	Quest. Mediana (DQ) Média (DP)	p-valor
Consultas (R\$)	0,00 (10,07) 4,67 (6,96)	4,25 (10,07) 6,14 (6,81)	0,103	10,07 (10,07) 9,26 (7,67)	2,00 (2,00) 1,63 (1,67)	0,484
Exames (R\$)	0,00 (0,00) 1,63 (9,56)	0,00 (0,00) 1,15 (4,92)	0,440	0,00 (0,00) 3,73 (15,07)	0,00 (3,59) 2,65 (6,73)	0,294
Medicamentos (R\$)	4,34 (11,04) 9,13 (14,46)	2,19 (5,36) 5,67 (11,70)	0,016*	9,64 (19,14) 18,76 (27,24)	4,86 (10,17) 11,64 (23,64)	0,001*

Legenda: Pront=Prontuário; Quest=Questionário; R\$=Reais; *p<0,05.

5.2 Resultados referentes à 3ª Etapa – Associação com (indicadores de saúde ou fatores de risco a saúde)

Quanto à correlação do prontuário e questionário proposto com as variáveis descritivas, os valores negativos representam maior número reportado quando comparado ao encontrado no prontuário e valores positivos, menor número reportado do que o encontrado no prontuário.

Observaram-se correlações significativas para “Medicamentos 60 dias” e variável idade ($\rho=0,267$), valor considerado de correlação fraca, sendo que quanto maior a idade menor a quantidade reportada no questionário do que de fato retirada no SUS. E “Medicamentos 60 dias” e a variável condição econômica ($\rho=-0,386$), valor considerado de correlação fraca, em que quanto maior a condição econômica maior a quantidade reportada no questionário do que de fato retirada no SUS (Tabela 7).

Tabela 7. Correlação das diferenças entre valores apresentados nos prontuários e valores reportados no questionário com as variáveis descritivas (idade, condição econômica e escolaridade).

Diferença §	Idade (ρ)	Condição Econômica (ρ)	Escolaridade (ρ)
Consultas 60 dias	-0,013	-0,222	-0,131
Exames 60 dias	0,132	-0,044	-0,081
Medicamentos 60 dias	0,267*	-0,386**	-0,156
Consultas 30 dias	-0,102	-0,069	-0,033
Exames 30 dias	0,083	-0,086	-0,037
Medicamentos 30 dias	0,072	-0,116	0,053

Legenda: §=Diferença do valor do prontuário com o reportado pelo paciente através do questionário; *= $p<0,05$; **= $p<0,01$; ρ =Correlação de Spearman.

Foram testados se os valores brutos de gastos reais estavam correlacionados com as variáveis descritivas (idade, sexo, atividade física, peso e IMC). Assim, foi observada correlação significativa entre a variável “atividades físicas ocupacionais” (score obtido através do questionário de Baecke) e gastos com “exames” (reportado no questionário aplicado) ($\rho=0,259$), valor considerado de correlação fraca. A mesma significância não foi observada para os dados relativos ao prontuário clínico do paciente (Tabela 8).

Tabela 8. Correlação entre questionário e prontuário, com variáveis descritivas, retroagindo 60 dias.

	Consultas	Consultas	Exames	Exames	Medicamentos	Medicamentos
	Pront.	Quest.	Pront.	Quest.	Pront.	Quest.
	(R\$)	(R\$)	(R\$)	(R\$)	(R\$)	(R\$)
	rho	Rho	rho	Rho	Rho	rho
Idade (anos)	-0,111	-0,040	0,066	-0,055	0,210	-0,043
Sexo	0,090	0,072	-0,121	-0,051	-0,087	0,010
Atividade Física						
Atividades Físicas Ocupacionais (escore)	0,049	0,222	-0,032	0,259*	0,104	0,202
Exercício Físicos no Lazer (escore)	-0,016	-0,114	0,043	0,034	-0,155	-0,082
Atividades Físicas de Lazer e Locomoção (escore)	-0,067	-0,182	-0,161	0,025	-0,049	-0,147
AFH (escore)	-0,074	0,094	-0,083	0,142	0,004	0,044
Peso (Kg)	-0,004	0,024	0,119	0,123	-0,065	-0,086
IMC (Kg/m ²)	0,014	0,071	0,094	0,135	-0,111	0,014

Legenda: Pront=Prontuário; Quest=Questionário; R\$: reais; rho=Correlação de Spearman; IMC=Índice de Massa Corporal; AFH=Atividade Física Ocupacional *=p<0,05.

5.3. 4ª Etapa - Métodos de conversão do uso de serviços de saúde em moeda corrente: reais (R\$)

O questionário proposto avalia os gastos por meio de quantidades reportadas pelo paciente. Assim, é preciso identificar os métodos de conversão desses valores em moeda corrente. Sendo assim, existem as seguintes opções:

i) Banco de Preços em Saúde (BPS) (<http://aplicacao.saude.gov.br/bps/login.jsf>): sistema criado pelo Ministério da Saúde com o objetivo de registrar e disponibilizar on-line as informações das compras públicas e privadas de medicamentos e produtos para a saúde – gases medicinais, materiais médico-hospitalares, reagentes para diagnóstico clínico, produtos químicos, materiais odontológicos e de laboratório, equipamentos, órteses, próteses e materiais especiais. É gratuito e qualquer cidadão, órgão ou instituição pública ou privada (mediante cadastro através de um e-mail pessoal ou institucional) pode acessá-lo para consultar preços de medicamentos e produtos para a saúde.

ii) Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos (SIGTAP) (sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp): ferramenta que faz parte do DATASUS, em que podem ser encontrados os valores unitários de procedimentos clínicos, procedimentos cirúrgicos e transplantes. O acesso é através do site do SIGTAP em que o usuário insere as informações necessárias para a consulta através de tópicos.

iii) Lista de Preço de Medicamento (portal.anvisa.gov.br/consulta-lista-de-preco-de-medicamento): é uma ferramenta disponibilizada pelo site da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que permite consultar os preços de medicamentos tanto para preço de fábrica e preço máximo ao consumidor como para preços de medicamentos para compras públicas – teto de preço pelo qual entes da Administração Pública podem adquirir medicamentos dos laboratórios, distribuidores, farmácias e drogarias. A consulta se dá por

meio de um direcionamento a um arquivo em pdf atualizado, separando os medicamentos por princípio ativo e valores de Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS).

iv) Secretaria Municipal de Saúde (SMS): também considerada uma opção para fornecimento de informações relacionadas tanto a preço de medicamentos, como de exames e consultas clínicas.

6. DISCUSSÃO

O presente estudo envolveu a elaboração, validação e análise de confiabilidade, de questionário proposto para análise do uso serviços na atenção básica do SUS, especificamente no âmbito da AB, além de apresentar as formas de conversão para moeda corrente. Informações sobre indicadores de saúde foram confrontados com dados quantitativos adquiridos pelo prontuário clínico dos pacientes, considerado como referência. Tal questionário foi proposto com o intuito de facilitar a obtenção de dados sobre o uso de serviços de saúde e seus gastos.

A amostra apresentou valores medianos de idade de 63,86 anos, sendo considerados neste caso como idosos, segundo a Lei nº10.741 (Estatuto do Idoso) e a Organização Mundial da Saúde (OMS)⁹³.

Quanto à classificação de condição econômica, de acordo com a Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) e os cortes estabelecidos para o Brasil, a população em questão se encontra na classe C2 (17-22 pontos), considerada de classe média⁹⁴.

Houve maior número de pacientes do sexo feminino, o que pode estar relacionado à maior preocupação desse gênero com os cuidados com a saúde⁹⁵ o que conseqüentemente leva a maior frequência de utilização dos cuidados relativos à Atenção Primária⁹⁶.

Ainda, 65,6% da amostra possuía hipertensão arterial, doença crônica não transmissível que de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde, realizada com mais de 60 mil

indivíduos no ano de 2013, foi a doença com maior prevalência, sendo mais frequente entre aqueles com idade ≥ 60 anos⁹⁷.

O perfil da amostra observado se assemelha com estudos que objetivaram caracterizar o perfil dos usuários assistidos pela Atenção Primária, em que os pacientes eram em sua maioria do gênero feminino (70,1%; 76%), pertencentes à classe C em relação à condição econômica e com maior prevalência de hipertensão arterial (62,5%; 38,6%), respectivamente^{98,99}.

Redirecionando o foco para o questionário em questão, alguns pontos devem ser discutidos considerando o processo de elaboração de questionários, são eles: análise fatorial, análise do nível de entendimento, praticabilidade e técnica de Delphi. Diferentes estudos utilizaram essas técnicas durante esse processo^{71,100-104}. A análise fatorial foi inviável para a presente pesquisa, visto que, para cada variável utilizada existia uma variedade de subitens, por exemplo, para consultas havia grande número de especialidades médicas, esse fator impossibilitou o processo de análise, por isso a opção de adicionar somente os que possuíam maior frequência. Já quanto ao nível de entendimento, praticabilidade e técnica de Delphi, não foram realizadas na presente pesquisa e esses pontos devem ser destacados como limitação do estudo.

Sabe-se que tais limitações seriam sanadas com um pré-teste do questionário (estudo piloto), utilização de escala observando o entendimento quanto às perguntas compostas no questionário e consulta aos profissionais da AB, respectivamente. No entanto, por conta da logística do estudo e a dificuldade de contato com os pacientes por mais tempo não foram realizados tais procedimentos.

Outro fator importante a ser analisado é o quanto cada variável influencia no produto final, ou seja, dentre as variáveis analisadas – consultas, exames e medicamentos -, quanto cada uma impacta nos gastos totais. Quando estabelecida uma análise do peso de cada

variável no produto final, houve uma correlação perfeita ($r=1,00$) da variável “medicamentos” com o gasto total dos pacientes, sugerindo que a variável medicamento apresenta maior impacto. Semelhantemente, estudo de Codogno et al. (2015)¹⁸ também encontrou influência maior das despesas com medicamentos em relação as outras variáveis analisadas (exames e consultas).

E o que pode explicar essa maior correlação, é a maior utilização de medicamentos de uso contínuo, como por exemplo, os anti-hipertensivos, que exigem receita somente a cada seis meses¹⁰⁷, lembrando que 42% da amostra foi composta por pacientes hipertensos e, ainda, em relato durante a entrevista, a retirada de medicamentos foi dita ser realizada a cada dois 2 meses, coincidindo com os meses retroativos utilizados para a coleta de dados.

Ainda sobre o uso de medicamentos, em relação à diferença encontrada de valores brutos de gastos reais, entre questionário e prontuário, para a variável “medicamentos”, é importante destacar a diferença entre os períodos dos instrumentos utilizados. Em alguns relatos de pacientes, os mesmos explicavam que havia medicamentos que precisavam de receita a cada dois meses, então nesse caso, coincidia com o período retroativo de 60 dias, enquanto que o período de 30 dias coincidia com o uso dos medicamentos. E ainda, de acordo com dados da OMS, mais de 50% dos medicamentos no mundo tem sua forma de dispensar e prescrever inadequada, não sendo respeitadas as diretrizes clínicas¹⁰⁸.

Considerando o objetivo principal do estudo, que é a validação do instrumento, fez-se a opção de discutir primeiramente a validade e a confiabilidade e posteriormente, os dados sobre conversão e relação com variáveis descritivas.

A validade do instrumento pode se generalizar como moderada. Em que as variáveis “consultas” e “medicamentos” apresentaram resultados mais consistentes. Em estudos que buscaram caracterizar a prevalência de utilização dos serviços de saúde, a modalidade de consultas sempre aparece com uma maior procura comparada aos outros

serviços prestados pelo SUS^{109,110}. Em estudo de Araújo et al. (2017)¹¹⁰, por meio de uma revisão sistemática, encontraram diversos estudos que utilizavam inquéritos para averiguar a frequência dos serviços, em que 48% dos entrevistados passaram por consulta nos últimos 90 dias e, 71% retroagindo um ano. Isso salienta que, essa variável é de fato bem recordada pelos pacientes, mesmo que na utilização de questionários não validados. Portanto, o questionário proposto, ao apresentar essa consistência colabora para sua efetividade em analisar tal variável.

A variável “exames” apresentou validade fraca em ambos os períodos retroativos analisados, o que pode ser justificado pela dificuldade na análise estatística uma vez que um percentual muito pequeno de pacientes realizou exames nesse período, além disso, o sistema de prontuário eletrônico só é alimentado após liberação do resultado do exame, dessa forma, entre o relato de realização de exames e o cadastro do mesmo no sistema pode haver divergência de informação.

Levando em consideração que, em nossa busca, não foram encontrados estudos de validação com o mesmo tema, para efeito de comparação, optou-se pela citação dos estudos de validação dos questionários mais utilizado na área da Educação Física. O The International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) durante seu processo de validação apresentou correlações que oscilaram entre fracas e moderadas ($\rho=0,36$ à $\rho=0,75$)¹¹¹, assim como o questionário de Baecke et al. (1982) ($r=0,19$ à $r=-0,56$)⁷⁷, utilizado na metodologia do presente estudo. E mesmo esses questionários apresentando esses valores, continuam com uma ampla utilização em pesquisas, o que mostra que na presente pesquisa os resultados encontrados podem não comprometer a utilização do questionário proposto.

Ainda, em relação ao uso dos prontuários eletrônicos, equipamento de comparação considerado como padrão ouro na presente pesquisa, destaca-se que o mesmo apresenta algumas falhas de alimentação das informações. Semelhantemente, estudo de

Ashoorian et al. (2015)¹⁰⁰, que objetivou construir e validar um questionário que avalia o efeito colateral de medicamentos psicotrópicos, os autores relataram que não havia um instrumento padrão ouro para efeito de validade, então utilizaram um que era amplamente utilizado na prática clínica, como o prontuário utilizado neste estudo.

Quanto à confiabilidade, achados importantes estão relacionados com a variável consultas, apresentando valores de CCI excelentes quando aplicado pelo mesmo avaliador (análise intra-avaliador) no período retroativo de 30 dias. Já para as outras variáveis, os índices sempre se apresentaram baixos para qualquer dos períodos retroativos.

Uma questão importante é o tipo de metodologia utilizada nesta etapa, o que pode também afetar os valores de correlação de cada estudo. Há estudos que utilizaram amostras maiores nesta etapa^{112,113,114}, como em estudo de Tasca et al. (2017)¹¹³, que utilizou uma amostra de 128 pessoas, e encontrou valor de $\alpha=0,86$. Ou que analisaram a confiabilidade inter-avaliadores com aplicação do questionário no mesmo dia, e não após um intervalo de tempo, como em estudo de Santella et al. (2015)¹¹².

Dessa forma, esses resultados devem ser discutidos considerando a metodologia utilizada para o desenvolvimento do questionário e sua aplicação. O questionário em questão utiliza-se da capacidade de recordação do paciente perante os dados perguntados, tal cenário já foi utilizado em estudos semelhantes^{70,72,77,88,100,103,104} e o período retroativo investigado de 30 dias também já foi empregado¹⁰⁰.

Como no estudo de Ashoorian et al. (2015)¹⁰⁰ que utilizou período retroativo de 30 dias, com uma amostra de 30 pacientes com idade entre 21 e 69 anos, observaram resultados de validade ($\rho=0,724$) e confiabilidade ($\alpha=0,928$) com correlação moderada e alta, respectivamente. E no estudo de Dehghani et al. (2017)¹⁰³, os quais objetivaram construir e validar questionário de enfrentamento da esclerose múltipla, com uma amostra de 256

peessoas, com idade entre 24 e 46 anos, analisando a confiabilidade após um intervalo de 15 dias, encontraram correlação para validade moderada ($r=0,664$) e confiabilidade alta ($\alpha=0,93$).

Apesar da utilização de tal metodologia, alguns vieses compõem a sua prática. Quando considerado a capacidade de recordação deve-se ponderar quanto à idade da amostra investigada. O presente estudo apresentou uma mediana de idade de $63,86\pm 14,27$ anos, e sabe-se que há uma relação da idade com a memória, em que ambos se correlacionam negativamente^{115,116}, e isso pode explicar os resultados de fraco a moderado observados para as análises de confiabilidade e validade do questionário.

No entanto, a literatura ainda é controversa nesse sentido, uma vez que há estudos utilizando amostras com média de idade menor, observaram tanto melhores correlações^{71,112,113,114} quanto correlações semelhantes ou inferiores ao presente estudo^{88,117}. E ainda, estudos com média de idade superiores, também demonstram resultados semelhantes, como em estudo de Rienstra et al. (2017)¹¹⁸, que objetivaram analisar a validade de um questionário que diferencia tipos de dor, com amostra com média de idade de 65 anos, encontraram correlações fracas e moderadas.

Em relação à idade, os pacientes com maior idade relataram menor utilização de medicamentos. Nesse quesito, pode-se voltar a abordar a relação ao viés de memória e sua correlação negativa com o envelhecimento^{115,116}, e citando a experiência do grupo atuante na presente pesquisa, existiam muitos pacientes que utilizavam uma diversidade grande de medicamentos, o que pode ter possibilitado o esquecimento de trazer um ou outro medicamento (visto que, o paciente era previamente recomendado a levar todos os que utilizava).

Quanto à condição econômica, pacientes com melhores condições relataram maior utilização de medicamentos. Como em estudo de Arrais et al. (2005)¹¹⁹, em que o objetivo foi determinar os fatores que influenciam no consumo de medicamentos, observaram que quanto

maior a renda maior a utilização. Tal fato indica que o poder aquisitivo é um determinante para o uso de medicamentos^{55,120}. Então, a questão que pode ter comprometido o relato desses pacientes é o fato de recordar e durante a entrevista reportar medicamentos comprados e não os que foram adquiridos pelo SUS.

Considerando a correlação realizada entre valores brutos de gastos reais e variáveis descritivas, a dimensão de Atividade Física Ocupacional foi a que apresentou o maior escore de correlação ($\rho=259$) comparada às outras dimensões analisadas. Tal fato pode ser explicado pelo perfil da amostra composta por 71,9% de pacientes do gênero feminino, as quais continuam sendo as principais responsáveis pelos serviços domésticos¹²¹. Sendo assim, a correlação positiva entre essa dimensão com os gastos com exames pode ter sido beneficiada pela influência do gênero sobre o escore e na maior preocupação com aspectos relacionados à saúde¹²².

O presente estudo apresenta limitações e qualidades. Quanto às limitações, citam-se os vieses do próprio questionário, como a análise dos processos iniciais de elaboração e a utilização de um referencial com falhas.

Quanto à qualidade do estudo cita-se a preocupação na realização de um cálculo amostral para observar o número amostral apropriado e a ideia principal, que compõe a elaboração de um meio não existente para analisar gastos em saúde. Outro ponto que deve ser levantado como força do estudo é a não existência de questionários semelhantes. Entretanto, esse fato limitou um pouco a discussão e comparação entre estudos, uma vez que o foco dos estudos de validade na literatura atual não se assemelha ao presente estudo.

7. CONCLUSÃO

O questionário proposto apresentou validade moderada, porém não obteve resultados consistentes para a análise de confiabilidade. Houve maior precisão na discriminação das informações para o período retroativo de 60 dias. E, em relação à

conversão dos dados quantitativos em moeda corrente (R\$), o questionário foi consistente neste quesito, proporcionando a conversão efetiva dos valores.

Apesar das limitações no seu processo de elaboração, há relevância prática no instrumento no que diz respeito a sua facilidade de aplicação no âmbito da saúde e ainda, efetividade na análise da variável “consultas”, o que possibilita a aplicação do mesmo para analisar tal variável.

8. REFERÊNCIAS

1. O SUS no seu município: garantindo saúde para todos / [Ana Lucia Pereira et al.]. - Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).
3. Gil CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cad. Saúde Pública*. 2006 June ; 22(6): 1171-1181.
4. Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev Panam Salud Publica*. 2011 Feb ; 29(2): 84-95.
5. Almeida AG, Borba JA, Flores LCS. A utilização das informações de custos na gestão da saúde pública: um estudo preliminar em secretarias municipais de saúde do estado de Santa Catarina. *Rev. Adm. Pública*. 2009 June ; 43(3): 579-607.
6. Soto PHT, Raitz GM, Bolsoni LL, Costa CKF, Yamaguchi UM, Massuda EM. Morbidades e custos hospitalares do Sistema Único de Saúde para doenças crônicas. *Rev. Rene, Maringá*. 2015 Jul-Ago ; 16(4): 567-75.
7. Reis EJFB, Santos FP, Campos FE, Acúrcio FA, Leite MTT, Leite MLC et al. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. *Cad. Saúde Pública*. 1990 Mar ; 6(1): 50-61.
8. Codogno JS, Fernandes RA, Rosa CSC, Bueno DR, Monteiro HL. Custo com tratamento e indicadores de risco em pacientes diabéticos, segundo esquema terapêutico. *Rev. Ed. Fís*. 2011 22(1): 115-122.
9. Codogno JS, Fernandes RA, MONTEIRO HL. Prática de atividades físicas e custo do tratamento ambulatorial de diabéticos tipo 2 atendidos em unidade básica de saúde. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2012 Feb ; 56(1): 06-11.
10. Bielemann RM, Knuth AG, Hallal PRC. Atividade física e redução de custos por doenças crônicas ao Sistema Único de Saúde. *Rev. Bras. Ativ. Física & Saúde* 2010 15(1).
11. Oliveira HF, Sampaio ALL, Oliveira CACP. DATASUS como instrumento na elaboração de políticas públicas otológicas. *Braz. J. Otorhinolaryngol*. 2011 June ; 77(3): 369-372.
12. Marinho MGS, Cesse EAP, Bezerra AFB, Sousa IMC, Fontbonne A, Carvalho EF. Análise de custos da assistência à saúde aos portadores de diabetes melito e hipertensão arterial em uma unidade de saúde pública de referência em Recife - Brasil. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2011 Aug ; 55(6): 406-411.
13. Bielemann RM, Silva BGC, Coll CVN, Xavier MO, Silva SG. Impacto da inatividade física e custos de hospitalização por doenças crônicas. *Rev. Saúde Pública* 2015 49(75).
14. Gaus DP, Herrera DF, Mantyh WG, Kuskowski MA. Quantifying the reduction in

- nonmedical costs after the introduction of a rural county hospital in Ecuador. *Rev. Panam. Salud Publica* 2011 June ; 29(6): 423-427.
15. Macedo EMS, Carneiro RC, Carricondo PC, Matayoshi S. Periocular basal cell carcinoma: cost of topical immunotherapy versus estimated cost of surgical treatment. *Rev. Bras.Oftalmol.* 2012 June ; 71(3): 180-183.
 16. Codogno JS, Freitas Júnior IF, Fernandes RA, Monteiro HL. Behavioral and biological correlates of medicine use in type 2 diabetic patients attended by Brazilian public healthcare system. *Rev. Bras. Cineantropom. Desempenho Hum.* 2013 Feb ; 15(1): 82-88.
 17. Turi BC, Codogno JS, Fernandes RA, Monteiro HL. Atividade física, obesidade abdominal e compra de medicamentos em adultos: estudo transversal retrospectivo com usuários da atenção básica de saúde. *Rev. educ. fis. UEM.* 2015 Dec ; 26(4): 573-581.
 18. Codogno JS, Turi BC, Kemper Hann CG, Fernandes RA, Christofaro DGD, Monteiro HL. Physical inactivity of adults and 1-year health care expenditures in Brazil. *Int J Public Health.* 2015 Mar; 60 (3): 309-16.
 19. Scarborough, P, Bhatnagar P, Wickramasinghe KK, Allender S, Foster C, Rayner M. The economic burden of ill health due to diet, physical inactivity, smoking, alcohol and obesity in the UK: an update to 2006–07 NHS costs. *J Public Health.*, 2011; 33(4):527-535.
 20. Codogno, JS, Turi BC, Sarti FM, Fernandes RA, .The burden of abdominal obesity with physical inactivity on health expenditure in Brazil. *Motriz: Rev. Educ. Fis., Rio Claro* , v. 21, n. 1, p. 68-74, Mar. 2015.
 21. Bueno DR, Marucci MFN, Gouveia LA, Duarte YAO, Lebrão ML. Abdominal obesity and healthcare costs related to hypertension and diabetes in older adults. *Rev. Nutr.* 2017 Mar; 30(2): 209-218.
 22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 176 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n.
 23. São Paulo. Secretária da saúde. UBS: Unidade Básica de Saúde – diretrizes operacionais / UBS: Basic Health Unit – operational guidelines. 1. Ed. São Paulo: Secretária da Saúde, 2015.
 24. Gusso GDF, Bensenor IJM, Olmos, RD. Terminologia da atenção primária à saúde. *Rev. bras. educ. med.* 2012 Mar ; 36(1): 93-99.
 25. Pesquisa nacional de saúde: 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências : Brasil, grandes regiões e unidades da federação / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. – Rio de Janeiro : IBGE, 2015.
 26. Del Nero C R. O que é economia da saúde. In: Piola SF, Vianna SM. (Org.). *Economia da saúde: conceitos e contribuição para a gestão em saúde.* Brasília: Ipea, 2002. p. 5-21.
 27. Bertoldi AD, Hallal PC, Barros AJ. Physical activity and medicine use: evidence from

- a population-based study. *BMC Public Health.*, 2006;6:224.
28. Sichert R, Nascimento S, Coutinho W. The burden of hospitalization due to overweight and obesity in Brazil. *Cad. Saúde Pública.* 2007 July ; 23(7): 1721-1727.
 29. Turi BC, Codogno JS, Fernandes RA, Amaral SL, Monteiro HL. Frequência de ocorrência de doenças crônico-degenerativas em adultos com mais de 50 anos. *Rev. Bras. Ativ. Fís. Saúde*, 2010. 15 (4): 218-223.
 30. Campos M, Rodrigues JN, Maciel M. Atividade física insuficiente: fatores associados e qualidade de vida. *Rev. Bras. Ativ. Fís. Saúde.* 2012 Dez; 17(6).
 31. Trindade ACAC, Araujo MYC, Rocha APR, Gobbo LA, Codogno JS. Level of physical activity and the occurrence of chronic diseases in patients of the public healthcare system in Presidente Prudente-SP. *J. Phys. Educ.* 2016. June 27: e2724.
 32. Turi BC, Codogno JS, Fernandes RA, Monteiro HL. Baixos níveis de atividade física e síndrome metabólica: estudo transversal com usuários do sistema público de saúde brasileiro. *Ciênc. saúde coletiva.* 2016 Abr; 21(4): 1043-1050.
 33. Tambalis KD, Demosthenes BP, Ekavi NG, Duane DM, Christina C, Georgia-Maria K et al. Impact of physical activity category on incidence of cardiovascular disease: Results from the 10-year follow-up of the ATTICA Study (2002–2012). *Preventive Medicine*, 2016 (93): 27-32.
 34. Gonçalves ECA, Rinaldi W, Nunes HEG, Capdeboscq MC, Silva DAS. Baixos níveis de atividade física em servidores públicos do sul do Brasil: associação com fatores sociodemográficos, hipercolesterolemia e diabetes. *Rev. Andaluza de Medicina del Deporte.* 2017, June 10:54-59.
 35. Turi BC, Codogno JS, Sarti FM, Anokye NK, Fernandes RA, Monteiro HL. Determinantes de gastos ambulatoriais na atenção primária do sistema público de saúde brasileiro. *Sao Paulo Med. J.* 2017.
 36. Carvalho FO, Fernandes RA, Christofaro DGD, Codogno JS, Monteiro HL, Moreira SR et al . Agregação de fatores de risco cardiovascular e ocorrência de hipertensão arterial em adultos sedentários. *Rev. Bras. Med. Esporte.* 2013 Dec; 19(6): 419-422.
 37. Turi BC, Codogno JS, Fernandes RA, Monteiro HL. Physical activity, adiposity and hypertension among patients of public healthcare system. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2014 Dec; 17(4): 925-937.
 38. Wang F, McDonald T, Reffitt B, Edington, DW. IMC, atividade física e uso / custos de cuidados de saúde entre os aposentados do Medicare. 2005. *Obesity Research*, 13: 1450-1457.
 39. Oselka G. Prontuário médico. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2002 Dec; 48 (4): 286-286.
 40. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº. 1.638, de 10 de julho de 2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Prontuário nas instituições de saúde. *Diário Oficial da União* 2002; 9 ago.
 41. Codogno JS, Turi BC, Fernandes RA, Monteiro HL. Comparação de gastos com serviços de atenção básica à saúde de homens e mulheres em Bauru, São Paulo,

2010. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2015 Mar; 24(1): 115-122.
42. Melione LPR, Mello-Jorge MHP. Gastos do Sistema Único de Saúde com internações por causas externas em São José dos Campos, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2008 Ago; 24 (8): 1814-1824.
43. Araujo DV, Tavares LR, Veríssimo R, Ferraz MB, Mesquita ET. Custo da insuficiência cardíaca no Sistema Único de Saúde. *Arq. Bras. Cardiol*. 2005 May; 84(5): 422-427.
44. Custodio N, Lira D, Herrera-Perez E, Prado LN, Parodi J, Guevara-Silva E et al. Cost-of-illness study in a retrospective cohort of patients with dementia in Lima, Peru. *Dement. Neuropsychol*. 2015;9(1):32-41.
45. Menezes FJC, Menezes LGL, Silva GPF, Melo-Filho AA, Melo DH, Silva CAB. Total cost of hospitalization of patients undergoing elective laparoscopic cholecystectomy related to nutritional status. *ABCD, Arq. Bras. Cir. Dig*. 2016 June ; 29(2): 81-85.
46. Vasconcellos MM, Gribel EB, Moraes IHS. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24 (Suppl 1): s173-s182.
47. Mesquita AMO, Deslandes SF. A construção dos prontuários como expressão da prática dos profissionais de saúde. *Saude Soc*. 2010 Sep ; 19(3): 664-673.
48. Peixoto SV, Giatti L, Afradique ME, Lima-Costa MF. Cost of public hospitalization among Elderly in Brazil's Unified Health System. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2004 Dez ; 13(4): 239-246.
49. Candiago RH, Abreu PB. Uso do Datasus para avaliação dos padrões das internações psiquiátricas, Rio Grande do Sul. *Rev. Saúde Pública*. 2007 Oct; 41(5): 821-829.
50. Azambuja MIR, Foppa M, Maranhão MFC, Achutti AC. Impacto econômico dos casos de doença cardiovascular grave no Brasil: uma estimativa baseada em dados secundários. *Arq. Bras. Cardiol*. 2008 Sep; 91(3): 163-171.
51. Kernkamp CL, Costa CKF, Massuda EM, Silva ES, Yamaguchi MU, Bernuci MP. Perfil de morbidade e gastos hospitalares com idosos no Paraná, Brasil, entre 2008 e 2012. *Cad. Saúde Pública*. 2016; 32 (7): e00044115.
52. Huguenin FM, Pinheiro RS, Almeida RMVR, Infantosi AFC. Caracterização dos padrões de variação dos cuidados de saúde a partir dos gastos com internações por infarto agudo do miocárdio no Sistema Único de Saúde. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2016 June; 19(2): 229-242.
53. Bertoldi, A.D. Epidemiologia do acesso aos medicamentos e sua utilização em uma população assistida pelo Programa Saúde da Família. 2006. 249f. Tese (Doutorado em Epidemiologia) – Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2006.
54. Francisco PMSB, Belon AP, Barros MBA, Carandina L, Alves MCGP, Goldbaum M et al . Diabetes auto-referido em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle. *Cad. Saúde Pública*. 2010 Jan; 26(1): 175-184.

55. Bertoldi AD, Barros AJD, Hallal PC, Lima RC. Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais. *Rev. Saúde Pública* . 2004 Apr; 38(2): 228-238.
56. Adamson KA, Prion S, Gilbert M. Making Sense of Methods and Measurement: Validation Part I. *Clin Simulation in Nursing* 2016 June;12 (6):240-241.
57. Martins, G. A. Sobre confiabilidade e validade. *Rev. Bras. Gestão Negócios*. 2006 Jan/Abr; 8 (20): 1-12.
58. Fitzner K. Reliability and validity: a quick review. *Diabetes Educ*. 2007; 33(5):775-80.
59. Kimberlin CL, Winterstein AG. Validity and reliability of measurement instruments used in research. *Am J Health Syst Pharm*. 2008;65(23):2276-84.
60. Mokkink LB, Terwee CB, Patrick DL, Alonso J, Stratford PW, Knol DL. The COSMIN study reached international consensus on taxonomy, terminology, and definitions of measurement properties for health-related patient-reported outcomes. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2010 July;63(7): 737-745.
61. Kottner J, Audigé L, Brorson S, Donner A, Gajewski BJ, Hróbjartsson A et al. Guidelines for Reporting Reliability and Agreement Studies (GRRAS) were proposed. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2011 Jan; 64(1): 96-106.
62. Mokkin LB, Terwee CB, Knol DL, Stratford PW, Alonso J, Patrick DL et al. COSMIN checklist manual. Amsterdam: VU University Medical Center; 2012.
63. Koo KT, Li MY. A Guideline of Selecting and Reporting Intraclass Correlation Coefficients for Reliability Research. *J. Chiropr. Med*. 2016 Jun; 15(6): 155-163.
64. Pasquali L. *Psicometria*. *Rev Esc Enferm USP* 2009 Dec;43(spe): 992-999.
65. Roberts P, Priest H, Traynor M. Reliability and validity in research. *Nursing standard*. 2006; 20(44): 41-45.
66. Sireci SG. Validity Theory and Test Validation. *Educational Researcher*. 2007 Nov; 36 (8): 477-481.
67. Meakim C, Boese T, Decker S, Franklin AE, Gloe D, Lioce L et al. Standards of Best Practice: Simulation Standard I: Terminology. *Clin Simulation in Nursing* 2013 June;9 (6):3-11.
68. Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2011 Apr 15;16 (7):3061-3068.
69. De Vet HCW, Terwee CB, Bouter LM. Current challenges in clinimetric. *J Clin Epidemiol* 2003 Dec;56 (12):1137-1141.
70. Andrade AM, Guimarães AMDN, Costa DM, Machado LC, Gois CFL. Visita domiciliar: validação de um instrumento para registro e acompanhamento dos indivíduos e das famílias. *Epidemiol Serv Saúde* 2014 Mar;23 (1):165-175.

71. Junges JR, Zoboli ELCP, Patussi MP, Schaefer R, Della NCR. Construção e validação do instrumento "Inventário de problemas éticos na atenção primária em saúde". Rev. Bioét 2014 Ago;22 (2):309-317.
72. Castanheira ERL, Nemes MIB, Almeida MAS, Puttini RF, Soares ID, Patrício KP et al . QualiAB: desenvolvimento e validação de uma metodologia de avaliação de serviços de atenção básica. Saude Soc. 2011 Dez ; 20(4): 935-947.
73. Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM): Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010.
74. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Rio de Janeiro: WHO; 2011.
75. Fernandes RA, Zanesco A. Early sport practice is related to lower prevalence of cardiovascular and metabolic outcomes in adults independently of overweight and current physical activity. Medicina (Kaunas). 2015;51(6):336-42.
76. Guedes DP, Guedes JRP. Manual Prático para Avaliação em Educação Física. 1ª edição. Barueri, SP: Manole, 2006.
77. Baecke JAH. et al. A short questionnaire for the measurement of habitual physical activity in epidemiological studies. Am. J. Clin. Nutr. 1982 Nov; 36: 936-942.
78. Freitas Júnior IS, Castoldi RC, Moreti DG, Pereira ML, Cardoso ML, Codogno JS et al., 2009. Aptidão física, histórico familiar e ocorrência de hipertensão arterial, osteoporose, doenças metabólicas e cardíacas entre mulheres. Rev. SOCERJ. 2009 Jun; 22(3): 158-164.
79. Questionário de Condição Econômica e Escolaridade. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2013).
80. Fontana A, Frey JH. (2000). The Interview: from structured questions to negotiated text. Em N. Denzin & Y.S. Lincoln (orgs.), Handbook of qualitative research (pp. 645-672). London: Sage Publications Inc.
81. Meireles SM, Natour J, Batista DA, Lopes M, Skare TL. Cross-cultural adaptation and validation of the Michigan Hand Outcomes Questionnaire (MHQ) for Brazil: validation study. Sao Paulo Med. J. 2014 Dec; 132(6): 339-347.
82. Souza MRF, Iorio MCM. Questionário ABEL - Auditory Behavior in Everyday Life: estudo da confiabilidade - consistência interna da versão brasileira e reprodutibilidade no teste-reteste. Rev. CEFAC. 2014 Dec; 16(6): 1763-1774.
83. Lisboa LL, Utian W, Fonseca FGG, Azevedo GD. Tradução, adaptação e validação da versão brasileira do questionário Utian Quality of Life para avaliação da qualidade de vida no climatério. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2015 Nov ; 37(11): 520-525.
84. Dutra MC, Ribeiro RS, Pinheiro SB, Melo GF, Carvalho GA. Accuracy and reliability of the Pfeffer Questionnaire for the Brazilian elderly population. Dement. neuropsychol. 2015 June ; 9(2): 176-183.

85. Lima ES, Natour J, Moreira E, Jones A. Translation, cultural adaptation and reproducibility of the Oxford Shoulder Score questionnaire for Brazil, among patients with rheumatoid arthritis. *Sao Paulo Med. J.* 2016 Feb; 134(1): 40-46.
86. Moreira RSL, Bassoli L, Coutinho E, Ferrer P, Bragança EO, Carvalho ACC et al. Reprodutibilidade e Confiabilidade do Questionário de Qualidade de Vida em Portadores de Fibrilação Atrial. *Arq. Bras. Cardiol.* 2006 Mar; 106(3): 171-181.
87. Thomas JR, Nelson JK, Silverman SJ. Métodos de Pesquisa em Atividade Física. 6ª edição. Porto Alegre, RS: Artmed, 2012.
88. Florindo AA, Latorre MRDO. Validation and reliability of the Baecke questionnaire for the evaluation of habitual physical activity in adult men. *Rev. Bras. Med. Esporte.* 2003 Jun; 9(3): 129-135.
89. Lohman TG, Roche AF, Martorell R. Anthropometric standardization reference manual. Champaign IL: Human Kinetics Books; 1988. 177 p. Available from: <http://www.worldcat.org/title/anthropometric-standardization-reference-manual/oclc/15592588>.
90. Sociedade Brasileira de Hipertensão. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol.* 2010; 95(1supl.1): 1-51.
91. Pasquali L. *Psicometria: teorias e aplicações.* Brasília: Universidade de Brasília; 1997.
92. Malhotra, N K. *Pesquisa de Marketing.* Artmed Bookman. 2008.
93. WHO (2002) Active Ageing – A Policy Framework. A Contribution of the World Health Organization to the second United Nations World Assembly on Aging. Madrid, Spain, April, 2002.
94. Critério Brasil 2015 e atualização da distribuição de classes para 2016. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2016).
95. Loikas D, Karlsson L, von Euler M, Hallgren K, Schenck-Gustafsson K, Bastholm Rahmner P. Does patient's sex influence treatment in primary care? Experiences and expressed knowledge among physicians--a qualitative study. *BMC Fam Pract.* 2015 Oct 13; 16:137.
96. Manteuffel M, Williams S, Chen W, Verbrugge RR, Pittman DG, Steinkellner A. Influence of patient sex and gender on medication use, adherence, and prescribing alignment with guidelines. *J. Womens Health.* 2014 Feb; 23(2): 112-9.
97. Theme Filha MM, Souza Junior PRB, Damacena GN, Szwarcwald CL. Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e associação com autoavaliação de saúde: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2015 Dec; 18(Suppl 2): 83-96.
98. Souza LM, Maranhão LC, Oliveira KM, Figueredo LS, Rodrigues DM, Pires CAA. Perfil dos usuários atendidos em uma Unidade Básica de Saúde em Ananindeua (Pará-Brasil). *Rev. Ciência & Saúde.* 2011 Jul/Dez; 4 (2): 50-58.

99. Guibu IA, Moraes JC, Guerra Junior AAG, Costa EA, Acurcio FA, Costa KS et al. Características principais dos usuários dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. *Rev. Saúde Pública.* 2017 Jan; 51 (Suppl 2): 17.
100. Ashoorian DM, Davidson RM, Rock DJT, Dragovic M, Clifford RM. Construction and validation of the My Medicines and Me Questionnaire for assessment of the self-reported side effects of psychotropic medication. *Int. Clin. Psychopharmacol.* 2015 Jul; 30 (4): 224-9.
101. Villalonga-Olives E, Adams I, Kawachi I. The development of a bridging social capital questionnaire for use in population health research. *SSM Population Health.* 2016 Aug; 2: 613-622.
102. Jiang H, Zhang S, Ding Y, Li Y, Zhang T, Liu W. Development and validation of college students' tuberculosis knowledge, attitudes and practices questionnaire (CS-TBKAPQ). *BMC Public Health.* 2017 Dec; 17 (1): 949.
103. Dehghani A, Nayeri ND, Ebadi A. Development and validation of the coping with multiple sclerosis questionnaire. *Multiple Sclerosis and Related Disorders.* 2017 Sep; 18: 49-55.
104. Bailly F, Foltz V, Rozenberg S, Norberg M, Glemarec J, Pouplin S. Development and validation of a questionnaire categorizing behavioral strategies in patients with chronic low back pain. *Joint Bone Spine.* 2017 Dec; 84 (6): 725-731.
105. Nogueira GS, Seidl EMF, Troccoli, BT. Análise Fatorial Exploratória do Questionário de Percepção de Doenças Versão Breve (Brief IPQ). *Psic.: Teor. e Pesq. Brasília,* 2016 Mar; 32 (1): 161-168.
106. Silva RF, Tanaka OY. Técnica Delphi: identificando as competências gerais do médico e do enfermeiro que atuam em atenção primária de saúde. *Rev Esc Enferm USP.* 1999 set;33(3):207-16.
107. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Estado da Saúde. Manual sobre medicamentos: acesso e uso. Secretaria de Estado da Saúde do Estado de Mato Grosso, 2014.
108. Álvares J, Alves MCGP, Escuder MML, Almeida AM, Izidoro JB, Guerra AA, Junior, et al. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos: métodos. *Rev. Saude Publica.* 2017; 51 (2).
109. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2002 ; 7(4): 687-707.
110. Araújo MEA, Silva MT, Andrade KRC, Galvão TF, Pereira MG. Prevalência de utilização de serviços de saúde no Brasil: revisão sistemática e metanálise. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2017 Sep; 26(3): 589-604.
111. Hagstromer M, Oja P, Sjostrom M. The International Physical Activity Questionnaire (IPAQ): a study of concurrent and construct validity. *Public Health Nutr.* 2006 Sep; 9 (6): 755-62.

112. Santella F, Balceiro R, Moraes FY, Conterno LO, Silva Filho CR. Tradução, Adaptação Cultural e Validação do Questionário “Reação Médica à Incerteza (PRU)” na Tomada de Decisões. *Rev. Bras. Educ. Med.* 2015 June; 39(2), 261-267.
113. Tasca GA, Brugnera A, Baldwin D, Carlucci S, Compare A, Balfour L et al. Reliability and validity of the Experiences in Close Relationships Scale-12: Attachment dimensions in a clinical sample with eating disorders. *Int. J. Eat. Disord.* 2017 Dec 51(1): 18-27.
114. Schwertner DC, Oliveira R, Marinho APM, Benetti M, Beltrame TS, Capistrano R. Reliability, Stability and Validity of the Brazilian Adaptation of the Oliveira Questionnaire on Low Back Pain in Young People. *Acta. Med. Port.* 2017 Oct 31;30(10): 691-698.
115. Balota DA, Dolan P, Duchek JM. Memory changes in healthy older adults. Oxford University Press. 2000 395-410.
116. Fandakova Y, Lindenberger U, Shing YL. Episodic memory across the lifespan: General trajectories and modifiers. In *The Wiley handbook on the cognitive neuroscience of memory*. Hoboken, USA: Wiley-Blackwell 2015 (pp. 309– 325).
117. de Paula JJ, Costa DS, Miranda DM, Romano-Silva MA. Brazilian version of the Cognitive Failures Questionnaire (CFQ): cross-cultural adaptation and evidence of validity and reliability. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2017 Dec 11:0.
118. Rienstra W, Blikman T, Dijkstra B, van Raay J, Slager G, Bulstra S. Validity of the Dutch modified pain DETECT questionnaire for patients with hip or knee osteoarthritis. *Disabil. Rehabil.* 2017 Dec 8: 1-7.
119. Arrais PSD, Brito LL, Barreto ML, Coelho HLL. Prevalência e fatores determinantes do consumo de medicamentos no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2005 Dec ; 21(6): 1737-1746.
120. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A saúde na opinião dos brasileiros. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2003.
121. Hoffmann R, Leone ET. Participação da mulher no mercado de trabalho e desigualdade da renda domiciliar per capita no Brasil: 1981-2002. *Nov. Econom.* 2004 mai-ago;14(2):35-58.
122. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Why do men use health services less than women? Explanations by men with low versus higher education. *Cad, Saude Publica.* 2007 Mar;23(3):565-74. F, Balceiro R, Moraes FY, Conterno LO, Silva Filho CR. Tradução, Adaptação Cultural e Validação do Questionário “Reação Médica à Incerteza (PRU)” na Tomada de Decisões. *Rev. Bras. Educ. Med.* 2015 Apr/June 39(2): 261-267.

ANEXOS

Anexo 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: “ANÁLISE ECONÔMICA DOS TRATAMENTOS OFERECIDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: PAPEL DO EXERCÍCIO FÍSICO”

Nome do (a) Pesquisador (a): Jamile Sanches Codogno

Nome do (a) Orientador (a): Jamile Sanches Codogno

1. **Natureza da pesquisa:** o sra (sr.) está sendo convidada (o) a participar desta pesquisa que tem como finalidade analisar as práticas corporais que o senhor(a) realiza ou não nos postos de saúde e verificar se isso influencia no seu tratamento.
2. **Participantes da pesquisa:** 256 pacientes de Unidades Básicas de Saúde e Estratégias de Saúde da Família
3. **Envolvimento na pesquisa:** ao participar deste estudo a sra (sr.) permitirá que o (a) pesquisador (a) lhe entreviste sobre os assuntos a saber: condição econômica, consumo de serviços de saúde, histórico de doenças, prática de exercícios físicos e qualidade de vida. Além disso, também serão coletadas informações de peso, altura, circunferência de cintura, quantidade de gordura no corpo, pressão arterial, comportamento do fluxo sanguíneo em repouso (através de uma ultrassonografia) e coleta de sangue (glicemia, colesterol, triglicérides e marcadores inflamatórios). Caso aceite participar da pesquisa, autorizará a análise de seu prontuário apenas para verificar quantas vezes o senhor passou pelo médico, realizou exames e pegou medicamentos no último ano e ao longo dos próximos dois anos.
4. **Sobre as entrevistas:** As entrevistas serão realizadas de forma individual em sala reservada. Ao todo o sr (a) será avaliado 3 vezes (início do estudo, seis meses e doze meses após o primeiro contato).
5. **Riscos e desconforto:** a participação nesta pesquisa não infringe as normas legais e éticas. O senhor realizará uma coleta sanguínea, acompanhado de profissionais treinados e todos os cuidados necessários serão tomados para que as avaliações lhe causem o mínimo de desconforto. Da mesma forma, em repouso (confortavelmente deitado), avaliaremos a velocidade com que o sangue passa em suas veias utilizando um aparelho de ultrassom, o qual será manuseado por uma pessoa devidamente

treinada. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade.

6. **Confidencialidade:** todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente o (a) pesquisador (a) e seu (sua) orientador (a) (e/ou equipe de pesquisa) terão conhecimento de sua identidade e nos comprometemos a mantê-la em sigilo ao publicar os resultados dessa pesquisa.
7. **Benefícios:** ao participar desta pesquisa a sra (sr.) não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo traga informações importantes sobre os fatores associados aos custos com saúde, de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa ajudar a formular políticas públicas de promoção da saúde onde pesquisador se compromete a divulgar os resultados obtidos, respeitando-se o sigilo das informações coletadas, conforme previsto no item anterior.
8. **Pagamento:** a sra (sr.) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

A sra (sr.) tem liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para a sra (sr.). Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone do (a) pesquisador (a) do projeto e, se necessário através do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem: Confiro que recebi uma via deste termo de consentimento, e autorizo a execução do trabalho de pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

Obs: Não assine esse termo se ainda tiver dúvida a respeito.

Consentimento Livre e Esclarecido

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida,
manifesto meu consentimento em participar da pesquisa

Nome do Participante da Pesquisa

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do Orientador

Pesquisador/Coordenador: Jamile Sanches Codogno Instituição: Universidade Estadual
Dados para Contato: fone (018) 3229-5713 e-mail: jamile_sc@yahoo.com.br

**Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa: Profa. Dra. Edna Maria do
Carmo Vice-Coordenadora: Profa. Dra. Andreia Cristiane Silva Wiezzel**

Telefone do Comitê: 3229-5315 ou 3229-5526

E-mail cep@fct.unesp.br

Anexo 2 – Questionário de Análise do Uso de Serviços de Saúde
QUESTIONÁRIO DE ANÁLISE DO USO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Nome: _____ Data de Nascimento: __/__/____ Telefone: (____) ____-____
 Avaliador: _____ Data: __/__/____ Posto: _____

Quanto ao mês de anterior

Você se lembra de quantas consultas fez nesse último mês?

CONSULTAS:

- | | | | |
|--------------------------|---------------|--------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> | Clínico Geral | <input type="checkbox"/> | Cardiologista |
| <input type="checkbox"/> | Ginecologista | <input type="checkbox"/> | Endocrinologista |
| <input type="checkbox"/> | Odontologista | <input type="checkbox"/> | Oftalmologista |
| <input type="checkbox"/> | Psiquiatra | | |

Outros: _____

EXAMES:

Você se lembra de quantos exames fez nesse último mês?

- | | | | |
|--------------------------|---------------|--------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | Glicemia | <input type="checkbox"/> | Hemograma Completo |
| <input type="checkbox"/> | Colesterol | <input type="checkbox"/> | Ácido Úrico |
| <input type="checkbox"/> | HDL | <input type="checkbox"/> | Urina |
| <input type="checkbox"/> | LDL | <input type="checkbox"/> | Uréia |
| <input type="checkbox"/> | Triglicérides | <input type="checkbox"/> | TSH |

Outros: _____

MEDICAMENTOS:

Quantas vezes você foi à farmácia para a retirada de medicamentos?

Quanto ao mês anterior ao primeiro relatado

Você se lembra de quantas consultas fez nesse último mês?

CONSULTAS:

- | | | | |
|--------------------------|---------------|--------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> | Clínico Geral | <input type="checkbox"/> | Cardiologista |
| <input type="checkbox"/> | Ginecologista | <input type="checkbox"/> | Endocrinologista |
| <input type="checkbox"/> | Odontologista | <input type="checkbox"/> | Oftalmologista |
| <input type="checkbox"/> | Psiquiatra | | |

Outros: _____

EXAMES:

Você se lembra de quantos exames fez nesse último mês?

- | | | | |
|--------------------------|---------------|--------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | Glicemia | <input type="checkbox"/> | Hemograma Completo |
| <input type="checkbox"/> | Colesterol | <input type="checkbox"/> | Ácido Úrico |
| <input type="checkbox"/> | HDL | <input type="checkbox"/> | Urina |
| <input type="checkbox"/> | LDL | <input type="checkbox"/> | Uréia |
| <input type="checkbox"/> | Triglicérides | <input type="checkbox"/> | TSH |

Outros: _____

MEDICAMENTOS:

Quantas vezes você foi à farmácia para a retirada de medicamentos?

Nome	Dosagem	Quantidade diária	Nome	Dosagem	Quantidade diária