



Relatório do Software Anti-plágio CopySpider

Para mais detalhes sobre o CopySpider, acesse: <https://copyspider.com.br>

Instruções

Este relatório apresenta na próxima página uma tabela na qual cada linha associa o conteúdo do arquivo de entrada com um documento encontrado na internet (para "Busca em arquivos da internet") ou do arquivo de entrada com outro arquivo em seu computador (para "Pesquisa em arquivos locais"). A quantidade de termos comuns representa um fator utilizado no cálculo de Similaridade dos arquivos sendo comparados. Quanto maior a quantidade de termos comuns, maior a similaridade entre os arquivos. É importante destacar que o limite de 3% representa uma estatística de semelhança e não um "índice de plágio". Por exemplo, documentos que citam de forma direta (transcrição) outros documentos, podem ter uma similaridade maior do que 3% e ainda assim não podem ser caracterizados como plágio. Há sempre a necessidade do avaliador fazer uma análise para decidir se as semelhanças encontradas caracterizam ou não o problema de plágio ou mesmo de erro de formatação ou adequação às normas de referências bibliográficas. Para cada par de arquivos, apresenta-se uma comparação dos termos semelhantes, os quais aparecem em vermelho.

Veja também:

[Analisando o resultado do CopySpider](#)

[Qual o percentual aceitável para ser considerado plágio?](#)



Versão do CopySpider: 2.3.0

Relatório gerado por: winterfigueiredo@gmail.com

Modo: collusionOneXAll

Arquivos	Termos comuns	Similaridade
tese_copy.docx X	1163	9,43
manuscrito.docx		



=====

Arquivo 1: [tese_copy.docx](#) (9304 termos)

Arquivo 2: [manuscrito.docx](#) (4184 termos)

Termos comuns: 1163

Similaridade: 9,43%

O texto abaixo é o conteúdo do documento [tese_copy.docx](#) (9304 termos)

Os termos em vermelho foram encontrados no documento [manuscrito.docx](#) (4184 termos)

=====

CENTRO UNIVERSITÁRIO FMABC
CONCEIÇÃO CEANNY FORMIGA SINVAL CAVALCANTE

AVALIAÇÃO DO INCREMENTO DE CUSTOS RELACIONADOS AO TRATAMENTO E
ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES COM DOENÇAS CRÔNICAS ATENDIDOS EM UMA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE DE FLORIANO-PI

SANTO ANDRÉ
2024
CONCEIÇÃO CEANNY FORMIGA SINVAL CAVALCANTE



**AVALIAÇÃO DO INCREMENTO DE CUSTOS RELACIONADOS AO TRATAMENTO E
ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES COM DOENÇAS CRÔNICAS ATENDIDOS EM UMA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE DE FLORIANO-PI**

Tese elaborada no Departamento de Pós-graduação do Centro Universitário FMABC, junto ao programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (recomendado pelo Conselho Técnico-Científico CAPES ? Parecer 656/2017).

Área de concentração: Saúde Coletiva

Orientador: Prof. Dr. Felipe Jose Silva Melo Cruz

SANTO ANDRÉ

2024

DEDICATÓRIA



A meu Deus, meu pai que está sempre perto de mim
A minha mãe Nossa Senhora que eu amo muito está sempre me ajudando e me orientando
Ao meu amado esposo e aos meus filhos Victor, Arthur, Gabriel e Davi por serem o principal motivo da minha perseverança.
Aos meus Pais por serem sempre um exemplo de amor e respeito na minha vida.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por acreditar que todas as coisas são feitas por Ele e para Ele e que sem Ele nada do que hoje existe jamais poderia existir.

A minha mãezinha amada Nossa Senhora que sou consagrada e sempre me ajudou em todos os momentos de cansaço, aflição e medo.

À meu orientador, Prof. Dr. Felipe José Silva Melo Cruz, a quem tenho profunda admiração, agradeço por todo conhecimento transmitido nesse período, por todo apoio, paciência e confiança em todos os momentos.

Gostaria de agradecer a toda minha família, principalmente ao meu esposo Helder Henrique pelo incentivo e apoio sempre, a meus 4 filhos Victor, Arthur, Gabriel e Davi, por todo apoio e paciência, pela compreensão. Foram fundamentais para que eu continuasse a querer buscar mais conhecimento.

A meu amado pai Geraldo Sinval que é tão importante na minha vida e sempre me apoia com seu jeito carinhoso e amigo, a minha mãe Maria das Graças Formiga que é tão especial na minha vida e que nos momentos de agonia sempre me ajuda com as suas orações.

A meus irmãos Napoleão Neto e Julianna Formiga pela amizade, amor e pela ajuda em todas as necessidades.



RESUMO

ABSTRACT



LISTA DE ABREVIACÃO

DCNT- Doenças Crônicas não Transmissíveis
SUS- Sistema Universal de Saúde
OMS- Organização Mundial de Saúde
HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica
RMP- Razão de Mortalidade Padronizada
MDM- Metas de Desenvolvimento do Milênio
AIDS- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
PAB- Piso da Atenção Básica
AB- Atenção Básica
NOB- Normas Operacionais Básicas
APS- Atenção Primária à Saúde
ESF- Estratégia de Saúde da Família
PIB- Produto Interno Bruto
ODS- Objetivo de Desenvolvimento Sustentável
CFM- Conselho Federal de Medicina
UBS- Unidade Básica de Saúde
SIM- Sistema de Informação de Mortalidade
DAC- Doença do Aparelho Circulatório
DIC- Doença Isquêmica do Coração
DCBV- Doenças Cerebrovasculares
ICSAP- Indicador de Internação Sensíveis Atenção Primária
RAS- Rede de Atenção à Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são responsáveis por mais da metade das mortes no Brasil. Em 2019 54,7% dos óbitos registrados no Brasil foram causados por DCNT e 11,5% pelos agravos acometidos pelas DCNT (1). As DCNT são responsáveis pela perda de qualidade de vida, geração de limitações e incapacidades, provocando alta taxa de mortalidade prematura. Essas doenças de elevada prevalência na população são caracterizadas pela presença de múltiplas etiologias não infecciosas, fatores de riscos, longos períodos de latência e curso prolongado, podendo ocasionar incapacidades funcionais (2).

Tais doenças e seus agravos não transmissíveis são responsáveis por mais da metade do total de mortes no Brasil. Em 2019, 54,7% do número de óbitos registrados no Brasil foi causado por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e 11,5%, por seus agravos. Destaca-se ainda que as DCNT constituem o grupo de doenças de maior magnitude no mundo, atingindo, especialmente, as populações vulneráveis com média e baixa renda e escolaridade (3).

Ainda em 2019, os dados encontrados por meio da pesquisa nacional de saúde confirmaram que quase metade dos indivíduos da população adulta brasileira são acometidos por alguma doença crônica não transmissível (4). A prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e câncer nesse total é superior a 15 e 10%, respectivamente(5).

Segundo a OMS (6) em 2021, as DCNT tornaram-se um desafio para a saúde pública no mundo, uma vez que sendo as principais responsáveis pelas causas de morbidade e mortalidade, acarretam gastos elevados ao Sistema Único de Saúde (SUS), ao Governo, diante o elevado número de aposentadorias precoces e à iniciativa privada perante os absenteísmos registrados nas atividades laborais.

Em consonância, Bertram (7) afirma que as doenças crônicas não transmissíveis acometem o sistema público de saúde, a sociedade e a economia nacional em face do seu crescente custo. O conhecimento acerca dos custos atribuíveis às patologias contribui para o aprimoramento e a priorização das políticas de prevenção e enfrentamento das DCNT, além de fortalecer a defesa de intervenções mais robustas para prevenção dessas doenças, inclusive com a adoção de medidas de fiscalização e de regularização para um melhor controle das ações específicas para tais doenças (8).

Diante da magnitude das DCNT, o Ministério da Saúde do Brasil elaborou um plano de ações estratégicas para enfrentamento das doenças crônicas e seus agravos não transmissíveis no Brasil (2021 ? 2030).

Nesse documento foram apresentadas diretrizes para prevenir o desencadeamento dos fatores de risco dessas doenças, como a criação e o fortalecimento de políticas e programas intersetoriais, novas estratégias de organização dos serviços em rede, a construção de governanças de processos, a produção de informações direcionadas à tomada de decisões, o controle social e a inovação na gestão, na pesquisa e nos serviços de saúde. O objetivo desse plano é promover no país um grande impacto na redução da mortalidade por essas doenças e nas incapacidades e mortes ocasionadas por seus agravos (1).

Por conseguinte, é importante destacar que esse plano de ação, visando fortalecer o enfrentamento às

doenças crônicas não transmissíveis, tomará várias medidas para facilitar o acesso da população aos medicamentos gratuitos para hipertensão e diabetes, como a criação da farmácia básica, farmácias credenciadas juntos ao programa Farmácia Popular do Brasil e com acesso aos medicamentos por modalidade copagamento(9).

Para finalizar, Almeida (10), apresentam dados que permitem assegurar que o maior acesso da população aos medicamentos para tratamento das suas DCNT conseguirá reduzir as hospitalizações e óbitos consequentes dessas doenças.

REVISÃO DE LITERATURA

Cenário histórico das doenças crônicas não transmissíveis

Em 1930, o cenário epidemiológico no Brasil caracterizava-se com uma grande quantidade de doenças infecciosas, as quais eram responsáveis por 46% do total de óbitos nas capitais brasileiras. Desde então, verificou-se uma redução na totalidade dessas doenças e em 2003, observou-se um decaimento para 5% no número de óbitos decorrentes dessa enfermidade (11).

A partir da segunda metade do século XX ocorreram mudanças epidemiológicas no Brasil as doenças infecciosas e parasitárias foram sendo substituídas por doenças crônicas, em que no ano 1930, as doenças do aparelho circulatório representavam aproximadamente 11% do total obtido no Brasil e em 1980 esse número aumentou para mais de 30%(12).

As doenças cardiovasculares, que caracterizam-se como doenças crônicas não transmissíveis, são as principais causas de óbitos em todas as regiões brasileiras, respondendo por quase um terço dos registros de mortes; em segundo lugar, estão os cânceres (11). Segundo Lessa (13), o conhecimento sobre a epidemiologia dessas doenças, seus tratamentos, prevenção e controle originaram-se nos países desenvolvidos da América do Norte e Europa.

Nos Estados Unidos, iniciou-se em torno de 1923 e acelerou-se a partir dos anos 70. Vale salientar que por meio de metodologias mais modernas, os países em desenvolvimento estão reproduzindo de modo acelerado a história das DCNT dos países desenvolvidos com um atenuante: a grande parte da população convive com a pobreza e as desigualdades sociais. No Brasil, além das desigualdades sociais existe outra dificuldade: sua dimensão continental que não permite a implementação assertiva de programas 100% abrangentes para tais doenças(13).

Entre 1950 e 1980, a mortalidade por doenças do aparelho circulatório aumenta proporcionalmente o risco de morte nas capitais. Entre 1980 e 2000, a Razão de Mortalidade Padronizada (RMP) apontou uma diminuição no número de registros de mortes por essa enfermidade em virtude das melhorias de diagnósticos e rapidez das intervenções, tornando as doenças mais crônicas e menos letais (12).

Em Concórdia, Malta et al (14) apresentaram vários estudos realizados em diferentes países que registraram uma redução na incidência e na mortalidade causada por doenças cardiovasculares desde a década de 1960. No Brasil, essa diminuição ocorreu mais tardiamente, na década de 1990.

Da mesma forma, entre 1980 e 2019, a mortalidade por DCNT diminuiu. O número de registros de enfermidades no aparelho circulatório e doenças respiratórias crônicas apresentaram oscilações, enquanto as neoplasias e diabetes mellitus, aumentaram ao longo do período (15).

Vale frisar que Cesse (12) construiu uma matriz de determinação social das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, no século XX, mostrando o contexto histórico, político, econômico, o espaço de ocupação, as macropolíticas, a micro determinação, os indivíduos em sociedade e seus hábitos.

Problemas e dificuldades relacionadas com as DCNT

Mortalidade por DCNT

Em 2013, foram registrados no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) 1.210.474 óbitos, sendo que 829.916 estão vinculados às DCNT, o que corresponde a 68,6% do total bruto de óbitos. Após a correção para sub-registro e redistribuição das causas mal definidas, esse percentual aumentou para 72,6%. As doenças cardiovasculares ocupam o primeiro lugar nas causas de óbito (29,7%), seguida das neoplasias (16,8%), doenças respiratórias crônicas (5,9%) e do diabetes (5,1%). Contabilizando todas as doenças crônicas correspondem a 85% dos óbitos por DCNT(14).

No Brasil, o departamento de informática do SUS (DATASUS), em 2019 atribuiu as DCNT mais de 734 mil óbitos, que representou 55% de todas as mortes ocorridas no país, as doenças do aparelho circulatório (DAC), representadas pelas doenças isquêmicas do coração (DIC) e pelas doenças cerebrovasculares (DCBV), ocupam o primeiro lugar, com mais de 362 mil óbitos(3).

É importante destacar ainda que entre as dez principais causas de morte prematura, entre 30 e 69 anos, tanto para as mulheres quanto para os homens, as doenças cardiovasculares, diabetes, doenças renais crônicas e alguns cânceres associados às dietas inadequadas destacam-se(3).

Malta (14) afirma que as regiões com maior probabilidade de morte prematura por DCNT ocorrem na África (22%), no Mediterrâneo Oriental (24%), no Sudeste Asiático (23%), na Europa (17%), no Pacífico Ocidental (16%) e nas Américas (15%).

De acordo com estudo realizado por Malta em 2018 (16), as DCNT estão entre as causas mais prevalentes das mortes relacionadas às doenças evitáveis no Brasil, com destaque as doenças cardiovasculares e o diabetes, que totalizaram 72,9 mortes por 100 mil habitantes em 2013. Em consonância, Nilson (8) estabelece as doenças cardiovasculares, o diabetes, as doenças renais crônicas e alguns cânceres estão entre as principais causas de morte prematura e evitáveis no Brasil.

Duarte (17) afirma que as taxas de mortalidade prematura do Estado de São Paulo (ESP) dos pacientes com doenças crônicas, mostraram-se superiores às do Brasil, entre 2015 e 2020, uma vez que no território paulista, registrou-se 8,4% e no país, 8,2%. Da mesma forma, as mortes de indivíduos do sexo masculino do Estado de São Paulo mostraram-se superiores às taxas do Brasil. Enquanto na capital paulista o percentual foi de 9,3%, no Brasil foi de 8,7%. Entretanto, as taxas para o sexo feminino no ESP foram inferiores às do Brasil.

De acordo com a Federação Internacional de Diabetes (18), o diabetes foi responsável por 4,9 milhões de mortes no mundo em 2014 e esteve relacionado a 11% dos gastos totais em saúde do adulto, com um custo estimado de US\$612.000 milhões.

O crescimento da prevalência da Diabetes é consequência do aumento da população idosa, da obesidade e ainda de suas complicações agudas que no ano de 2010 foram responsáveis por 3.741 mortes no Brasil (14).

Vale frisar que um estudo que foi realizado nas capitais do Brasil apresentando as taxas de mortalidade prematura por DCNT por 100 mil habitantes para cada estado, mostrou que no Rio de Janeiro às taxas

registradas foram as mais altas **do Brasil e** o Distrito Federal foi o local com menor taxa de mortalidade prematura no final do estudo, em 2014. Destaca-se ainda que a região Norte apresentou menor taxa de óbito por mortalidade prematura **no início do** estudo, em 2006 (19).

Na região Nordeste, os estados da Bahia, Pernambuco, Sergipe, Alagoas, Ceará e Piauí apresentam uma redução significativa da taxa de mortalidade prematura por DCNT. Os estados de Maranhão e Piauí possuíam estabilidade na taxa de mortalidade prematura, com diminuição significativa de 1,5% e 3,1% de 2006 a 2011 e 2006 a 2010, respectivamente, e um aumento de 1,7% e 1% ao ano de 2011 a 2014 e 2010 a 2014, respectivamente(19).

Assim, os resultados da pesquisa indicaram que a meta global de redução da taxa de mortalidade prematura pelas doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias está sendo alcançada na maioria dos estados brasileiros. Comparando com o cenário mundial, as **mortes por DCNT** para a faixa etária de 30 a 69 anos estão com tendência a reduzir nos próximos anos(20).

Enfatizando essa informação, Malta et al. (14) mostraram em seu estudo que entre 2000 e 2013, houve uma diminuição da taxa de mortalidade prematura por DCNT de 2,5% ao ano. No Brasil, essa taxa variou **de acordo com a** doença registrada. Em 2000, a maior taxa padronizada de mortalidade prematura por DCNT foi no Sudeste 525,9/100.000 habitantes e a menor no Norte 463,81/100.000. Em 2013, as taxas mostram-se próximas **em todas as** regiões, sendo as mais elevadas no Nordeste 367,1/100.000 habitantes e no Sudeste 361,2/100.000 habitantes.

Dessa forma, pode-se inferir que esse avanço é favorável para o alcance dos objetivos do desenvolvimento sustentável proposto pela Organização das Nações Unidas em 2015, o qual prevê uma redução de um terço da mortalidade prematura por DCNT com **a prevenção das** doenças e tratamento até 2030 (21) .

Internações Hospitalares por DCNT

No ano de 2018 foi registrado 1.829.779 **internações hospitalares por** causas associadas **a Hipertensão Arterial**, ao diabetes e a obesidades no SUS, isso corresponde a aproximadamente 16% do total **de internações hospitalares** no SUS no período resultando no alto custo um total de 3,84 bilhões(8).

A maioria das internações dos idosos ocorrem por condições **sensíveis à atenção primária**, isto é, problemas que podem ser prevenidos, **na atenção básica**, muitas delas são caracterizadas pelo agravamento **das doenças crônicas não transmissíveis**. **De acordo com a** portaria número 221, de 2008 do **Ministério da Saúde** o indicador de internações **sensíveis à atenção primária** (ICSAP) é **um conjunto de** causas de internações e diagnósticos classificados pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10) que deveriam ter sido acompanhadas adequadamente **na atenção primária**, antes de chegar na alta complexidade (22).

O ICSAP apresentam a efetividade do cuidado oferecido **na atenção primária à saúde** e contribui para a identificação de demandas **da população e** avaliação do uso adequado de recursos médico-hospitalares, para dar apoio financeiro aos gestores, realizar o planejamento e avaliação das ações do **sistema de saúde**(22).

As internações das pessoas idosas no ano de 2008 aconteceram por condições **sensíveis à atenção primária**, quase metade **das causas de** internações aconteceram em Santa Catarina no Brasil. As condições **mais prevalentes foram** a insuficiência cardíaca, doenças pulmonares obstrutivas crônicas e doenças cerebrovasculares, essas condições representam 43,9% do total de internações (22).

Esses achados reforçam que apesar das DCNT apresentarem um perfil de desenvolvimento lento e de

longa duração, podem gerar desfechos negativos, se o paciente não aderir o tratamento, realizando o autocuidado e sendo acompanhado e controlado adequadamente pelos profissionais de saúde. Entre as doenças mais prevalentes estão a hipertensão arterial, a insuficiência cardíaca e o diabetes mellitus, levando em consideração que as condições socioeconômicas e o estilo de vida influenciam diretamente na qualidade de vida e nas complicações das DCNT(23).

No estado de São Paulo, aproximadamente 14,5% das internações que ocorreram no SUS, foram por condições sensíveis à atenção primária e entre as condições analisadas a insuficiência cardíaca foi a condição que apresentou maior taxa de internação (24).

Uma pesquisa realizada em um hospital filantrópico de médio porte, no interior de São Paulo apresentou que as causas mais prevalentes de internação foi a insuficiência cardíaca (62%), o tempo médio de permanência no hospital foi de 9,5 dias e dentre as internações analisadas aconteceram 20 óbitos, dessas internações 27 delas eram de pacientes que haviam sido internadas no hospital há menos de 30 dias antes da internação analisada. Os custos dessas internações entre o período de 2015 e 2019 foi de aproximadamente 3 milhões, uma média de R\$18.217 por internação. A causa que apresentou maior custo foi a insuficiência cardíaca, seguido pela diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica. A causa de internação por hipertensão arterial sistêmica, os exames realizados e as diárias de UTI foram preditores significantes do custo total(25).

A população com idade maior de 70 anos utilizará cada vez mais a atenção hospitalar, essa população representava um uso de 37,5% de todos os dias do ano em 2013, e até em 2050 aumentará para 56,2% esses achados trazem grande impacto econômico para o sistema de saúde (26).

O investimento em programas com cuidados domiciliares e o estímulo ao autocuidado em saúde gerou uma redução direta dos custos com internações hospitalares. Além desses cuidados no domicílio é importante que os pacientes sejam bem orientados durante a alta hospitalar, evitando as readmissões hospitalares em curto período (27).

Alteração na Qualidade de Vida

As doenças crônicas são responsáveis por grandes números de mortes prematuras, incapacidades e perda da qualidade de vida (28). Os pacientes com DCNT podem ter comprometimento com a saúde física e emocional, com potencial para refletir na qualidade de vida. Para que os usuários tenham uma qualidade de vida adequada é importante avaliar as especificidades de cada um no seu contexto além das formas de enfrentamento e o quanto estas influenciam na rotina do indivíduo, pois possibilitam ampliar as ações em saúde com vistas a melhorar a qualidade de vida (29).

Não há dúvidas que as DCNT estão aumentando nos países de baixa e média renda, contribuindo para o aumento da pobreza e dificultando o desenvolvimento aos objetivos do Milênio aceitos internacionalmente. As DCNT atingem diretamente os indivíduos pobres e consequentemente aumentando as desigualdades (30).

A qualidade de vida dos pacientes com doenças crônicas diminui com o status de inativo ou aposentadoria, porque relaciona com afastamento laboral precoce, diminuição do contato com as pessoas e amigos, uma vez que a convivência com as pessoas, o diálogo, expressão de emoções, o compartilhamento de medos, angústia é primordial para os pacientes com cronicidade(31).

Custos Sociais Relacionados às DCNT

Devido às prevalências crescentes das DCNT, incluindo obesidade, hipertensão arterial sistêmica e

diabetes, além do aumento dos custos aos **sistemas de saúde e a** economia, aumentam também as aposentadorias precoces, absenteísmo às atividades laborais. Além disso sobrecarregam **os sistemas de saúde** em função **dos gastos com** tratamento e onera a economia com perdas de produtividade(8). As DCNT atingem pessoas de várias camadas sociais e **econômicas e, de** forma mais intensa as pertencentes a grupos vulneráveis como baixa escolaridade e baixa renda, aumentando ainda mais a pobreza dos que são acometidos pelas incapacidades, limitações e redução da força produtiva (28). As DCNT acarretam impactos econômicos negativos para famílias, comunidades e a sociedade(28). Entre 2006 e 2015 o Brasil teve uma perda na economia brasileira de US\$4,18 bilhões, esse prejuízo financeiro está relacionado a baixa produtividade no trabalho e a diminuição da renda familiar. Apresenta também um forte impacto socioeconômico **das DCNT e seus fatores de** riscos, afetando o alcance das Metas de Desenvolvimento do Milênio (MDM), que abrangem temas como saúde, educação e combate à pobreza, aspectos verificados na maioria dos países, segundo a OMS(32).

Evidências atuais mostram **que as DCNT** impactam diretamente na educação, atrapalhando o desempenho educacional, exemplo quando acarreta a morte de um dos pais, reduzindo a escolarização dos filhos menores, crianças com sobrepeso ou obesidade são mais propensas a ter problemas psicológicas e de autoestima levando a ausência na escola(30).

De acordo com Malta (14), **as doenças cardiovasculares** e suas complicações têm impacto elevado na **perda de produtividade** no trabalho e na redução da renda familiar, resultando em um déficit de 4,18 bilhões na economia **brasileira entre** 2006 e 2015. Estudos microeconômicos mostram as consequências das DCNT nos indivíduos e nas famílias impactando a economia por meio de seus efeitos não só sobre o consumo e a poupança familiar, a produtividade e a oferta de trabalho como também na educação dos indivíduos. Além das consequências relatadas apresenta efeito negativo em termos de PIB ou taxa de crescimento, afinal a saúde pode ser considerada como um verdadeiro atestado de crescimento econômico e como a maioria das doenças e mortes são por DCNT, a expectativa de vida reduzida por essas condições deprime **o crescimento econômico**(30).

Em relação a oferta e a produtividade do trabalho, as condições e doenças crônicas acarretam que menos pessoas se incluam na **força de trabalho**, com aposentadoria antecipada, obstáculos ao emprego e estigma. Não faltam evidências de impactos da DCNT e **seus fatores de** riscos no âmbito do mercado de trabalho, mostrando como consequência a redução da participação na **força de trabalho**, o quantitativo de horas trabalhadas, maior rotatividade de emprego, aposentadoria precoce, comprometimento de salários (30).

De acordo com Zurlo(33) as internações hospitalares vão aumentar significativamente até 2050 e esse aumento como consequência vão trazer impactos orçamentários **para os sistemas de saúde**, as internações dos pacientes idosos também geram consequências diretas para a saúde do próprio indivíduo e impactam negativamente tanto na sua funcionalidade e **qualidade de vida**, quanto dos cuidadores.

Prevenção das DCNT

É necessário priorizar as medidas preventivas de caráter individual, familiar e coletivas, principalmente as que são influenciadas pelo ambiente como alimentação, uso de álcool, **inatividade física, uso** do tabaco, entre outras. Além dessas medidas de prevenção citadas, tem as medidas custo-efetivas para **o controle das DCNT** como a qualidade da alimentação desde a infância e durante toda vida (8).

Investir na **prevenção das DCNT** é a melhor saída, os custos aumentam à medida **que as doenças** prosperam, ameaçando frágeis **sistemas de saúde e** seguridade social e consequentemente diminuindo o

desempenho econômico. As intervenções relacionadas à prevenção trazem benefícios econômicos efetivos, pois custam menos do que o **o tratamento de doenças**. Estima-se, que o efeito da prevenção no risco das DCNT aumenta o **crescimento econômico** em até 1% ao ano, após uma década. No Brasil traria ganhos anuais estimados em 16 bilhões de dólares, muito mais do que seria gasto com as principais intervenções de prevenção e tratamento(30).

É importante o conhecimento acerca dos custos atribuíveis a doenças que podem subsidiar o aprimoramento e a priorização das políticas de prevenção e enfrentamento das DCNT, além de **fortalecer a** defesa de intervenções mais robustas para **prevenção de doenças**, inclusive medidas fiscais e regulatórias das políticas(8).

A prevenção em DCNT pode **contribuir para o** progresso rumo aos Objetivos do Milênio como exemplo erradicar a pobreza extrema, reduzir a mortalidade infantil, combater HIV e AIDS, e garantir a sustentabilidade e a fome. **A falta de prevenção de doenças** afeta o progresso negativamente. Estima-se que múltiplos benefícios **para o desenvolvimento** podem surgir com o investimento e controle adequados (30).

Sistema único de Saúde ? SUS

Em 1986 a 8ª **Conferência Nacional de Saúde** aprovou a saúde **como um direito** do cidadão e lançou o fundamento do SUS, onde resultou em várias estratégias que permitiram a integração, coordenação e transferência de recursos entre as instituições de saúde federais, estaduais e municipais e as mudanças administrativas que embasam as ações do SUS(34).

Em seguida a **Constituição Federal** de 1988, no artigo 196 define **que a saúde é direito de todos** e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços **para a sua** promoção, proteção e recuperação (35).

Ainda **de acordo com a Constituição Federal** de 1988 foi determinado que as 3 esferas de governo Federal, Estadual e Municipal **são responsáveis por** financiar o SUS, gerando receita suficiente para custear as despesas **com ações e serviços públicos de saúde** (35). Planejar este financiamento, promovendo a arrecadação e o repasse necessário para uma assistência universal e integral do usuário(36).

A constituição de 1988 foi expressa em uma época de instabilidade econômica com os movimentos sociais enfraquecidos, disseminação da ideologia neoliberal e a perda de poder aquisitivo dos trabalhadores (34). Ao mesmo tempo em que essas reformas se desenvolviam, as empresas privadas de saúde estavam se reorganizando **para atender a demanda** dos novos clientes, recebendo apoio financeiro **do governo e** consolidando os investimentos do setor privado de saúde(37).

Desde 1988, o Brasil desenvolveu o **Sistema de Saúde** dinâmico e complexo, chamado **Sistema Único de Saúde (SUS)** que se baseia nos princípios da saúde como direito do cidadão e dever do estado. O SUS tem objetivo de realizar **a prevenção e o tratamento de** forma abrangente, igualitário e universal com uma gestão descentralizada e a prestação de **serviços de saúde**, participação da comunidade em todos os níveis administrativos(34).

Diante disso, trata-se de um marco histórico **para o Brasil**, a saúde passou a ser um dever do estado brasileiro, **um direito de todos os brasileiros**. **Universalidade para o** acesso, integralidade da assistência, equidade, participação da comunidade, descentralização político administrativa são os principais **princípios e diretrizes**(38).

Em 19 **de setembro de** 1990, foi sancionada a lei 8.080 que dispõe sobre as condições para a promoção,



proteção e recuperação da saúde, organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. No artigo 2º inciso 1º é dever do estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços **para a sua** promoção, proteção e recuperação.

No artigo 7º descreve os princípios da universalidade, integralidade, igualdade, descentralização, regionalização e hierarquização. Com isso o SUS tem conseguido melhorar muito **o acesso à atenção primária** e emergencial, atingir **a cobertura universal de** vacinação e pré-natal, melhorou a assistência aos pacientes **com DCNT** e investir fortemente na expansão de recursos humanos e tecnologia, incluindo grandes esforços para produzir e distribuir as necessidades farmacêuticas mais essenciais do país(34). Com o propósito de organizar o SUS, em 28 de dezembro de 1990, foi decretada e sancionada a lei 8.142 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do **Sistema único de Saúde** e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. O artigo 1º regulamenta a conferência **de saúde** e o conselho de saúde, onde tem a participação da comunidade como dispõe a lei. Da mesma forma, **a lei 5.839 de 11 de julho de 2006** dispõe sobre a organização, as atribuições e o processo eleitoral do **Conselho Nacional de Saúde**. As leis citadas acima dispõem sobre a participação da comunidade no SUS.

O SUS sofre muitos obstáculos no seu desenvolvimento diante do subfinanciamento crônico e **falta de prioridades pelos** governantes, após a constituição de 1988. Apesar de conquistas significativas, enfrentam problemas, obstáculos e dificuldades **em relação a** sua consolidação nas últimas 3 décadas, como limitadas bases sociais e políticas, interesses econômicos e financeiros ligado às empresas de saúde, proposta de político ideológica da cobertura universal em saúde, desfinanciamento, falta de infraestrutura pública, reprodução do modelo médico hegemônico (39).

De acordo com Viacava (40), o SUS teve muitos avanços em sua trajetória, sendo uma referência democrática por meio dos serviços prestados à população em todos os níveis de complexidade do sistema. Entretanto, percebe-se que o Brasil apresenta uma **desigualdade social** e isso reflete no acesso aos **serviços de saúde**

De acordo com Sales, em 2019(41) mesmo com tantas desigualdades sociais **no Brasil**, o SUS tem contribuído diretamente com os mais vulneráveis socialmente, em um esforço de toda a rede pública de saúde para atender **de forma gratuita** e resolutiva todos os cidadãos. Apesar de tantos avanços, enfrentam diversas dificuldades e barreiras associadas à fragilidade estruturais do SUS, especialmente quanto à má gestão, problemas relacionados ao financiamento como restrições orçamentárias, baixa capacidade de **alocação de recursos** estratégicos, insuficiência no quantitativo dos recursos humanos, além de uma participação popular incipiente.

De acordo com o IBGE, em 2019 uma boa parte dos lares no Brasil, 35,7% não tem acesso a serviços de coleta de esgoto, tem seus problemas de saúde custeados pelo governo, o que tem mostrado uma fragilidade(42). Entretanto o SUS teve uma grande expansão da ofertas nos serviços públicos em trinta anos de SUS que foi acompanhado de muitas mudanças como o crescimento do setor privado na prestação de serviços, no financiamento, nos arranjos da gestão como as organizações sociais (OS), as parcerias entre o setor **público e privado** e empresas públicas(39). É inegável **que a saúde** pública teve outra dimensão no país com maior protagonismo dos municípios na execução das políticas e um acesso garantido para toda população(38).

Em análise os 30 anos do SUS, com seus progressos, ajudando na redução das desigualdades no acessos aos **serviços de saúde**, **controle das DCNT**, diminuição da mortalidade infantil, diminuição das

hospitalizações evitáveis, redução das desigualdades raciais da mortalidade, apesar de todos esses resultados positivos persistem outros problemas como aumento da sífilis e de outras doenças sexualmente transmissíveis, de modo que objetivo maior de assegurar o direito universal à saúde via consolidação do SUS, não foi alcançado (39).

Portanto as dificuldades encontradas precisam ser enfrentadas pelos gestores públicos **em todas as** esferas do governo, **uma vez que** grande parte da população **depende exclusivamente do SUS**, é indubitavelmente reforçar a exigência de um serviço público mais eficiente e resolutivo. Entretanto, **o SUS foi** ampliado ao longo do tempo, especialmente por meio de programas, políticas e estratégias **na atenção básica**(40).

A importância **do SUS para** o país revela em sua dimensão e preconiza na Carta Magna ações de vigilância sanitária e epidemiológica, saúde do trabalhador, formação de recursos humanos, saneamento básico, desenvolvimento científico e tecnológico, fiscalização e inspeção de alimentos e colaboração para proteção do meio ambiente. Demonstrando uma abrangência de atuação na promoção, proteção e recuperação da saúde em um sistema único e descentralizado(38).

De acordo com análise realizada em vários países indicam que os seguros **de saúde privados**, não superam a fortaleza dos sistemas públicos universais de saúde. Esses são mais eficientes, racionais e efetivos, representam uma das grandes histórias de sucesso da sociedade moderna(43).

O SUS

Acesso

A atenção primária à saúde é o caminho inicial, a porta de entrada de acesso a população para garantir os princípios do SUS, integralidade, acesso universal e equânime, descentralizado sua rede de serviço é regionalizada e hierarquizada(44).

Os usuários eles referem ter acesso a diversos **serviços de saúde** como realização de exames, fornecimento de medicamentos, atendimento médico, consultas, tratamentos, internação e entre outras que são garantidos pela constituição federal de 1988.

Entre as dificuldades encontradas nos **serviços de saúde** no mundo está dar respostas adequadas às condições crônicas que afetam grande parte da população adulta, pois a fragmentação das ações e dos serviços é um grande desafio. Devido a essa problemática, em 2010 foi instituída no SUS, pela portaria GM/MS n. 4.279/2010, às **Redes de Atenção à Saúde (RAS)**, com atenção às linhas de cuidados específicas(45).

A proposta do SUS é garantir o acesso universal, acolhimento dos usuários e que intervenha nas **condições clínicas e** epidemiológicas, os serviços devem estar organizados de forma a atender e dar continuidade do atendimento dos pacientes(39).

Política

As análises epidemiológicas e econômicas disponíveis, em âmbito mundial e distinguindo as diversas categorias socioeconômicas de países, sugerem que os formuladores **de políticas nacionais** devem tornar a gestão da DCNT uma prioridade máxima (30).

Financiamento

O modelo de financiamento da Atenção Básica (AB) sucedia com Piso da Atenção Básica (PAB) fixo, transferência federal per capita para todos os municípios, considerando a população e características socioeconômicas e o PAB variável relativo de acordo com as equipes de saúde da família implantadas. Entretanto, esse modelo de financiamento foi modificado devido a suposta ineficiência dos gastos em atenção básica e se apoiaram em experiências internacionais(23).

Em seguida o Ministério da Saúde publicou as normas Operacionais básicas (NOB) que dirigiram o processo de transferência de recursos financeiros federais para estados e municípios e com essa descentralização dos recursos o Ministério da Saúde passou a ter papel estratégico na criação de políticas de saúde e no direcionamento de incentivos financeiros, para implantar os programas de saúde na APS (46).

Em novembro de 2019, foi instituída a portaria 2.979 que cria o programa Previne Brasil, substituindo os critérios que eram utilizados no PAB fixo e variável para financiar os custeio da APS no SUS e foram introduzidas o número de pessoas registradas em equipe de saúde da Família e Atenção Primária cadastradas no Ministério da Saúde, os critérios de vulnerabilidade socioeconômicos, perfil demográfico e localização geográfica eram observados, o pagamento é realizado por desempenho de resultados encontrados dos indicadores e metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde(47).

As mudanças que aconteceram no financiamento se deram com base em um componente de captação relativo a população cadastrada em ESF e APS no Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica e pagamento por desempenho, considerando alguns indicadores e acaba com o financiamento federal do Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf ? AB) (23).

Com essas mudanças no financiamento o SUS deixa de ser universal e passa ser restrito a população cadastrada pelos municípios, parece servir mais a propósito restritivos do que a qualificação do serviço, limitando a universalidade (46).

O SUS desde o princípio de sua implementação, sofre problemas crônicos de financiamento, que foram ampliados nos últimos anos diante da intensificação de reformas calcadas na austeridade fiscal e na restrição de gastos públicos. Durante as 30 anos de SUS os municípios expandiram de forma expressiva sua participação do financiamento do sistema, principalmente na Atenção Primária à Saúde (APS), os gastos estaduais são variados e os gastos federais cresceram em volume total de recursos, mas não em termos de participação relativa ao conjunto de gastos em saúde, PIB ou receita federal(23).

Então durante os 30 anos de SUS ocorreram mudanças no financiamento e no desenho de arranjos organizacionais de saúde viabilizando um crescimento da cobertura da APS, transformando o modelo de atenção à saúde num país continental, com grandes diferenças regionais, econômicas e socioculturais. A descentralização de recursos federais para os municípios, combinado com a expansão da ESF, foram decisivos para a expansão da APS, pois ampliou o acesso aos serviços básicos de saúde, melhorias dos indicadores de saúde, reduzindo desigualdades sociais e regionais reconhecidas internacionalmente(48). O impacto social das transformações econômicas tende a gerar sobrecarga para o SUS, em um cenário marcado por instabilidade financeira e relações de trabalho precárias na saúde. As DCNT representam uma grande carga para os sistemas de saúde, as sociedades e as economias nacionais devido a seu crescente custo(49).

Em uma reunião de alto nível das Nações Unidas sobre cobertura Universal da Saúde, meta dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) foi aprovado uma resolução que enfatiza a necessidade garantirem financiamento público suficiente para o fortalecimento de sistemas de saúde, maximizarem a eficiência dos gastos em saúde para prestação de serviços acessíveis, oportunos e de qualidade e



aumentar o repasse para APS, pilar para o alcance dos ODS relacionados à saúde(50).

Entretanto, apesar de todos os avanços do SUS, existem muitos desafios, entre eles uma grave recessão econômica que o congresso nacional aprovou em 2016 emenda constitucional que congelou os gastos federais aos reajustes inflacionários por 20 anos comprometendo drasticamente o orçamento de políticas sociais(51).

As restrições no orçamento para o setor, a falta de recursos nos municípios e a necessidade de superá-las fazem com que as discussões sobre o financiamento ocupem constantemente a agenda dos movimentos sociais e políticos que atuam na defesa do SUS(36).

No portal da transparência do governo federal foi visto no orçamento para área de atuação da saúde um valor de 123,42 bilhões em 2019 e um total de despesas executadas para área de atuação da saúde 107,88 bilhões. Segundo o Conselho Federal de Medicina (CFM), apesar dos valores de bilhões de reais, o investimento público no Brasil é baixo em comparação com outros países com sistema de saúde semelhantes de cobertura universal. O gasto governamental médio por habitantes em 2017 somando todas as esferas de governo foi de 1.271,65, cerca de US\$340, no Reino Unido o gasto per capita foi dez vezes maior: US\$3,5 mil, esse valor foi semelhante a França e Canadá. A Argentina com US\$713, investiu mais que o dobro(36).

Entre as doenças crônicas não transmissíveis a que possui mais gastos é a Hipertensão Arterial que foi responsável por 59% dos custos diretos, (mais de R\$2 bilhões por ano), em seguida vem Diabetes com 30% e obesidade com 11%(8).

De acordo com Malta (14), os custos ambulatoriais totais com a DCNT no SUS, somaram R\$166 milhões em 2018, os gastos com o programa farmácia popular com medicamentos para hipertensão, diabetes e asma totalizaram R\$2,31 bilhões. Os custos diretos atribuíveis à hipertensão arterial, diabetes e obesidade no Brasil totalizaram R\$3,45 bilhões, ou seja, US\$890 milhões, considerando gastos do SUS com hospitalizações, procedimentos ambulatoriais e medicamentos.

Comparando os custos por tipos de gastos no SUS a grande parte foi com o fornecimento de medicamentos às pessoas com obesidade, hipertensão arterial e diabetes (58,8%), seguidos por hospitalizações (34,6%), atendimentos e procedimentos ambulatoriais (6,6%). Considerando o sexo e idade, 56% dos custos foram com sexo feminino e mais de 70% dos custos foram com pessoas de 20 a 69 anos de idade(8).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o aumento dos gastos em saúde decorrentes do envelhecimento da população, o aumento da prevalência de múltiplas doenças crônicas, a agregação de novas tecnologias, tem ocorrido num patamar acima do crescimento do produto interno bruto dos países. Foi observada mudança em relação ao financiamento da saúde global, recursos para o setor provém cada vez menos dos gastos direto da família e mais de fundos comuns, principalmente de fontes governamentais(52).

No Brasil, o percentual de gasto público em saúde é inferior ao setor privado, é uma contradição ao serviço universal de saúde. Uma perspectiva futura em relação a projeções econômicas apontaram que a redução do financiamento federal para municípios deverá reduzir a cobertura da Estratégia da Saúde da Família (ESF) e acesso a serviços básicos de saúde e como consequência levando uma piora dos indicadores de saúde, como na mortalidade infantil, afetando principalmente as regiões mais carentes que dependem dos recursos federais e consequentemente aumentando a desigualdade social(48). Esses problemas econômicos foram comprovados por estudos que avaliaram o efeito da recessão econômica nos municípios brasileiros. Foi observado um aumento de 4,3% nas taxas de mortalidade



adulta entre 2012 e 2017 **foi estimado que** aproximadamente 31.000 mortes estejam associadas ao efeito da recessão, esse impacto não foi semelhante em todo país, teve concentração em algumas regiões composta por negros e pardos, homens e pessoas em idade ativa. Entretanto, os municípios com maiores gastos no SUS e no Bolsa Família apresentaram nenhum ou pequenos aumentos na mortalidade(46). É quase unânime entre os especialistas na área da saúde pública, que o atual volume de recursos é insuficiente para financiar adequadamente o SUS. É fundamental ampliar os investimentos na saúde pública brasileira, assim como na ciência, tecnologia, inovação e o incentivo para as pesquisas científicas da área, ampliando os projetos e o estímulo à pesquisa que **é importante para o desenvolvimento do país** (53).

Alguns países possuem um **sistema de saúde pública** universal **como o Brasil**. Entre eles o Reino Unido, Canadá, Austrália, França e Suécia e **de acordo com o Ministério da Economia** o orçamento repassado para **a saúde é um dos piores da relação**. Em 2019, a união investiu 6,7% do orçamento em **saúde**. **De acordo com a OMS**, os outros países gastaram entre 14,9% e 27,9% do orçamento na área(6).

Estudos realizados **em países de** alta renda demonstram que acréscimos de cinco anos na expectativa de vida explicam o incremento das taxas de crescimento anual do PIB, entre 0,3 e 0,5%. Esses resultados sugerem uma relação significativa entre saúde e crescimento da economia(30).

De acordo com Macêdo (38), 2020 é importante a ênfase **na atenção Básica**, investimento na estruturação da rede de atenção, rediscussão sobre as formas e fontes de ampliação do financiamento, exigência de maior profissionalização da gestão tendem a resultar **um cenário de** maior eficiência e qualidade dos serviços prestados à população.

Gastos **Direto do Bolso** da Família

Entre muitos problemas relacionados ao SUS, temos a problemática relação público privada no **sistema de saúde** brasileiro, uma contradição do SUS. A contração de gastos no setor público é uma problemática, quando a receita bruta das operadoras que atende é cerca de 25% da população é superior ao orçamento do **Ministério da Saúde** que é responsável pela saúde de 75% **da população brasileira**. Os gastos do SUS aumentaram 0,5% em valor real no ano de 2012 e 2016, a receita bruta dos planos e seguros **de saúde privados** aumentou 27%. Em 2016, o per capita da média dos planos foi 2,55 vezes maior que o do SUS (39).

Mesmo com o reconhecimento formal do direito à saúde e do acesso universal e gratuito para todos os cidadãos brasileiros, observou-se a expansão dos seguros **de saúde privados** e o aumento de despesas diretas **do indivíduo e** famílias com saúde, tornando desiguais os sistemas nacionais **de saúde no Brasil**. **A participação pública no total de gastos da saúde é pouca. No Brasil os cofres governamentais custeiam 43% dos gastos totais no setor, o restante é arcado pelas famílias com serviços de saúde privados, planos de saúde e compras de medicamentos. No Reino Unido, a participação estatal no gasto total chega a 80%(54).**

A grande parte dos gastos dos pacientes, dois terços, estão relacionados a custo com medicamentos. Em relação ao acesso gratuito de medicamentos pelo SUS, somente 15,3% da população brasileira teve acesso aos medicamentos prescritos. E uma grande parte 63,9% dos indivíduos tiveram dispêndio monetário para obtenção dos fármacos (55).

Portanto o tratamento de doenças crônicas pode ser oneroso em países onde uma elevada percentagem de despesas totais de saúde é paga a partir do próprio bolso das famílias, ou seja, onde a participação governamental nas despesas com saúde é pequena. Causando pobreza por acarretarem gastos

prolongados que aprisionam os lares mais pobres com endividamento e doença, trazendo desigualdades econômicas e de saúde e consequências para a família como redução de ganho, dificultando o sustento da família(30).

Como consequência, pode trazer um cenário de vulnerabilidade socioeconômica e precariedade em algumas famílias que podem estar inseridas diante de bens e serviços que são básicos e necessários para sobrevivência, direito de todos mediante a constituição federal. As famílias mais pobres gastam mais proporcionalmente mais em saúde em relação às famílias com nível de renda médio e alto, caracterizando desigualdade no que se refere à cobertura universal de saúde(56).

De acordo com a OMS, aponta que 52,5% dos gastos com saúde no Brasil são pagos pelos pacientes e 47,5%, pelo governo. Esses gastos estão incluídos cirurgia, consultas e medicamentos. Na média mundial 57,6% dos gastos são pagos pelo poder público e 42,35%, pelas famílias(52).

Os gastos com saúde aqui no Brasil categorizados como gastos com medicamentos, consulta/exames e hospitalizações, observa-se significativos traços de desigualdade social e regional. Os indivíduos que residem nas regiões norte e nordeste com rendimento entre $\frac{1}{4}$ de salário e 1 salário mínimo são os que possuem as menores médias de gastos com saúde em todas as categorias citadas. A compra de medicamentos foi o componente de maior peso no total dos gastos com a saúde das famílias de menor renda, embora em termos absolutos seja muito menor que o gasto das famílias com maior nível de renda. Já os gastos com planos de saúde corresponderam ao maior peso total para as famílias de maior nível de renda (56).

De acordo com Pereira (56), em 2022 os indivíduos com renda de $\frac{1}{4}$ de salário, $\frac{1}{2}$ salário mínimos e 1 salário mínimo possuem gastos com medicamentos, consultas e exames. Esses indivíduos estariam amparados pela SUS, todavia eles tendem a arcar com parte de seus gastos com saúde, em termos proporcionais, valores entre R\$ 10,00 e R\$ 25,00 são valores significativos para aqueles que possuem rendimentos agrupados nas menores faixas de renda, comprometendo seu orçamento em termos proporcionais quando necessário a obtenção de determinados bens de consumo associados à saúde de forma privada.

Os gastos com medicamentos, consultas, exames e planos privados de saúde na região norte e nordeste apresentam um nível médio de gastos abaixo da média nacional(56).

Os custos de natureza microeconômica ou domésticos das DCNT traz consequências macroeconômicas, traduzidos principalmente pela queda da produtividade da força de trabalho. Foi estimado que, para cada incremento de 10% na mortalidade por DCNT, reduz em até 0,5% o crescimento econômico. De acordo com essas evidências, o Fórum econômico Global e a OMS colocam as DCNT entre as principais ameaças globais ao desenvolvimento econômico(30).

O controle das DCNT é essencial para o desenvolvimento do indivíduo e da sociedade, entretanto o descontrole aumenta a pobreza, favorece a exaustão econômica dos indivíduos, das famílias e dos negócios em geral. A situação vigente em todo mundo é uma epidemia, que ameaça o desenvolvimento social, econômico e o ambiente global(30).

As condições de saúde da população brasileira estão intimamente associadas à desigualdade social, fruto de uma trajetória histórica. Os gastos com saúde entre os mais pobres estão presentes, ainda que em níveis desproporcionais em relação às famílias com rendimentos mais elevados, toda a população, diante de variados contextos da vida, possui essas despesas de alguma forma, mais existe uma variação quantitativa e qualitativa dos gastos efetuados de acordo com as condições socioeconômicas das famílias (56).

Na América Latina tem uma previsão de aumento 50% das DCNT até 2030 que corresponde a uma



redução de dois pontos percentuais anuais no crescimento econômico. O aumento das DCNT tem efeitos econômicos negativos, afetando o trabalho, a produtividade, o investimento público e a educação(30). Assim, o objetivo geral desse trabalho foi **avaliar as despesas relacionadas ao tratamento de doenças crônicas não-transmissíveis** de pacientes atendidos em uma UBS de Floriano-PI. Além disso, foram objetivos específicos **caracterizar o perfil sociodemográfico dos pacientes em tratamento e acompanhamento** nas **Doenças crônicas não transmissíveis**, descrever **os custos fora da cobertura** e as DCNTs mais comuns nos pacientes **atendidos na UBS**. Comment by Winter Figueiredo: Objetivo do trabalho. Comment by Winter Figueiredo: **De acordo com o** regimento da pós, os objetivos devem ser inseridos na introdução.

ARTIGO

CONCLUSÃO

Em face do exposto, ao avaliar as despesas relacionadas ao tratamento de doenças crônicas dos pacientes atendidos em uma UBS de Floriano-PI. Nenhuma das condições clínicas e condições sociodemográficas com DCNT apresentaram impacto significativo nos gastos com a saúde.

Embora a cobertura na atenção básica seja ampla, o valor gasto com saúde ainda representa uma proporção considerável do orçamento familiar. A identificação das lacunas de cobertura pode auxiliar no planejamento da ampliação de cobertura e elaboração de diretrizes para incrementar a universalidade do SUS.

Os achados deste estudo poderão contribuir para o planejamento das ações de saúde da APS, planejar os cuidados às pessoas com DCNT e o empoderamento dos pacientes para realizar o autocuidado e enfrentar os desafios impostos pela doença.

REFERÊNCIAS TESE

1. **BRASIL M da S**. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento **das Doenças Crônicas e** Agravos Não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030 (Plano de Dant) ? **Ministério da Saúde** [Internet]. Brasília: **Ministério da Saúde**; 2021 [citado 24 de julho de 2024]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_enfrentamento_doencas_cronicas_agravos_2021_2030.pdf ISBN 978-65-5993-109-
2. Figueiredo AEB, Ceccon RF, Figueiredo JHC. **Doenças crônicas não transmissíveis e suas implicações na vida de idosos dependentes**. **Ciencia & saude coletiva**. 2021;26:77?88.
3. **BRASIL M da S**. Saúde Brasil 2018: uma análise da situação **de saúde e** das doenças e agravos

- crônicos: desafios e perspectivas. Em: Saúde Brasil 2018: uma análise da situação **de saúde e** das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas [Internet]. 2019 [citado 24 de julho de 2024]. p. 424?424. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2018_analise_situacao_saude_doencas_agravos_cronicos_desafios_perspectivas.pdf
- 4.Malta DC, Bernal RTI, Lima MG, Silva AG da, Szwarcwald CL, Barros MB de A. Socioeconomic inequalities related to noncommunicable diseases and their limitations: National Health Survey, 2019. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. 2021;24:e210011.
- 5.Delpino FM, Wendt A, Crespo PA, Blumenberg C, Teixeira DS da C, Batista SR, et al. Occurrence and inequalities by education in multimorbidity in Brazilian adults between 2013 and 2019: evidence from the National Health Survey. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. 2021;24:e210016.
- 6.WHO WHO. World health statistics 2021: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals . Em: World health statistics 2021: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals [Internet]. 2021 [citado 4 de agosto de 2024]. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/342703>
- 7.Bertram MY, Sweeny K, Lauer JA, Chisholm D, Sheehan P, Rasmussen B, et al. Investing in non-communicable diseases: an estimation of the return on investment for prevention and treatment services. *The Lancet*. 2018;391(10134):2071?8.
- 8.Nilson EAF, Andrade R da CS, Brito DA de, Oliveira ML de. Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes **no Sistema Único de Saúde**, Brasil, 2018. **Revista Panamericana de Salud Pública**. 2020;44:e32.
- 9.Leitão VBG, Lemos VC, Francisco PMSB, Costa KS. Prevalence of use and sources of antihypertensive medicine in Brazil: an analysis of the VIGI? telephone survey. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. 2020;23:e200028.
- 10.Almeida ATC de, Sá EB de, Vieira FS, Benevides RP de S. Impacto do Programa Farmácia Popular do Brasil sobre a saúde de pacientes crônicos. **Revista de saúde pública**. 2019;53:20.
- 11.Malta DC, Cezário AC, Moura L de, Moraes Neto OL de, Silva Junior JB da. A construção da vigilância e prevenção **das doenças crônicas não transmissíveis** no contexto do **Sistema Único de Saúde**. *Epidemiologia e serviços de saúde*. 2006;15(3):47?65.
- 12.Cesse EÂP. Epidemiologia e determinantes sociais **das doenças crônicas não transmissíveis** no Brasil [Internet] [PhD Thesis]. 2007 [citado 24 de julho de 2024]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/3905>
- 13.Lessa I. **Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil**: um desafio para a complexa tarefa da vigilância. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2004;9:931?43.
- 14.Malta DC, de Araújo Andrade SSC, Oliveira TP, de Moura L, Prado RR do, de Fátima Marinho de Souza M. Probability of premature death for chronic non-communicable diseases, Brazil and Regions, projections to 2025. **Revista Brasileira De Epidemiologia**. 1o **de** abril de 2019;22.
- 15.Feliciano SC da C, Villela PB, Oliveira GMM de. Association between Mortality from Chronic Noncommunicable Diseases and Human Development Index in Brazil between 1980 and 2019. *Arquivos brasileiros de cardiologia*. 2023;120:e20211009.
- 16.Malta DC, Saltarelli RMF, Prado RR do, Monteiro RA, Almeida MF **de**. **Mortes evitáveis no Sistema Único de Saúde na população brasileira, entre 5 e 69 anos, 2000-2013**. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. 2018;21:e180008.
- 17.Duarte EMDS, Alencar ÉTDS, Fonseca LGAD, Silva SMD, Machado MF, Araújo MDPD, et al. Maternal mortality and social vulnerability in a Northeast State in Brazil: a spatial-temporal approach. *Rev Bras Saude Mater Infant*. junho de 2020;20(2):575?86.

- 18.IDF ID. IDF Diabetes Atlas update poster. Brussel, Belgium: International Diabetes Federation. 2014;
- 19.Confortin SC, Andrade SR de, Draeger VM, Meneghini V, Schneider IJC, Barbosa AR. Mortalidade prematura pelas principais **doenças crônicas não transmissíveis** nos estados do Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2019;72:1588?94.
- 20.Peto R, Lopez AD, Norheim OF. Halving premature death. Science. 12 **de setembro de** 2014;345(6202):1272?1272.
- 21.ONU O das NU. Guia sobre desenvolvimento sustentável: 17 objetivos para transformar o nosso mundo . UNRIC Bruxelas; 2015.
- 22.Rodrigues MM, Alvarez AM, Rauch KC. Tendência das internações e da mortalidade de idosos por condições **sensíveis à atenção primária**. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. 2019;22:e190010.
- 23.Melo LA de, Lima KC de. Fatores associados às multimorbidades mais frequentes em idosos brasileiros . **Ciência & Saúde Coletiva**. 2020;25:3879?88.
- 24.Mendes JDV. Internações por Condições **Sensíveis à Atenção** Básica?ICSAB no SUS/SP?Atualização 2018. Insuficiência cardíaca. 2020;50:J81.
- 25.Borges MM, Custódio LA, **Cavalcante D de** FB, Pereira AC, Carregar RL. **Custo direto de internações hospitalares por doenças crônicas não transmissíveis sensíveis à atenção primária em idosos**. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2023;28(01):231?42.
- 26.Oksuzyan A, Höhn A, Krabbe Pedersen J, Rau R, Lindahl-Jacobsen R, Christensen K. Preparing for the future: The changing demographic composition of hospital patients in Denmark between 2013 and 2050. PLoS One. 2020;15(9):e0238912.
- 27.Dunn T, Bliss J, Ryrie I. The impact of community nurse?led interventions on the need for hospital use among older adults: An integrative review. Int J Older People Nursing. março de 2021;16(2):e12361.
- 28.Malta DC, Gomes CS, Veloso GA, de Andrade FD, Souza JB, Freitas PC, et al. Burden of non-communicable diseases and the achievement of the sustainable development goals in 2030 in Mercosur countries. Public Health. 2023;223:162?70.
- 29.de Oliveira Tonini IG, da Luz F do R, Menon PD, Zanelatto C, Mazur CE. Percepção da saúde e estado nutricional de pacientes hospitalizados **com doenças crônicas**. ABCS Health Sciences [Internet]. 2019 [citado 21 de julho de 2024];44(1). Disponível em: <https://nepas.emnuvens.com.br/abcs/shs/article/view/1095>
- 30.**Goulart F. Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios para os sistemas de saúde**. Brasília: **Organização pan-americana da saúde**. 2011;
- 31.Jesus NM, Souza GF de, Mendes-Rodrigues C, Almeida OP de, Rodrigues DDM, Cunha CM. **Qualidade de vida de** indivíduos com doença renal crônica em tratamento dialítico. Brazilian Journal of Nephrology. 2019;41:364?74.
- 32.WHO WHO. World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs. sustainable development goals. 2017;7.
- 33.Zurlo A, Zuliani G. Management of care transition and hospital discharge. Aging clinical and experimental research. 2018;30:263?70.
- 34.Ferreira GA, Ferreira CA. O **Sistema Único de Saúde (SUS)** brasileiro: trajetória e perspectivas. Revista Direito em Debate,[S l]. 2023;32(59):e11861.
- 35.**BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil**. 1988.
- 36.Cobaito FC, Cobaito VQ. SUS?**Sistema Único de Saúde: A** Gênese, Contemporaneidade, e os desafios do amanhã. Inova Saúde. 2022;12(1):160?77.
- 37.Coelho IB. Democracia sem equidade: um balanço da reforma sanitária e dos dezenove anos de implantação do **Sistema Único de Saúde no Brasil**. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2010;15:171?83.

- 38.de Macêdo DF. A importância do **Sistema Único de Saúde** brasileiro para o enfrentamento de emergências **de saúde pública**. RAHIS-Rev Adm Hosp e Inovação em Saúde. 2020;17(2):13?21.
- 39.Paim JS. **Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos**. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2018;23(6):1723?8.
- 40.Viacava F, Porto SM, Carvalho C de C, Bellido JG. Desigualdades regionais e sociais em saúde segundo inquéritos domiciliares (Brasil, 1998-2013). **Ciência & Saúde Coletiva**. 2019;24(7):2745?60.
- 41.Sales OP, Vieira AFB, Martins AM, Garcia LG, Ferreira RKA. O **Sistema Único de Saúde**: desafios, avanços e debates em 30 anos de história. Humanidades & Inovação. 2019;6(17):54?65.
- 42.IBGE IB de G e E. Síntese de indicadores sociais-SIS. 2018.
- 43.Roy D. Um sistema de aprendizagem voltado para o valor: uma proposta do Canadá/Québec. CONASS Debate: o futuro dos sistemas universais **de saúde Brasília**, DF: CONASS. 2018;24?35.
- 44.Lopes-Júnior LC. Políticas, epidemiologia e práxis **no Sistema Único de Saúde** [Internet]. SciELO Public Health; 2020 [citado 21 de julho de 2024]. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2020.v36n11/e00295120/pt/>
- 45.**BRASIL M da S**. Portaria no 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Institui o Programa de **Redes de Atenção à Saúde**. Diário Oficial da União; 2010.
- 46.Massuda A. Mudanças no financiamento **da Atenção Primária à Saúde** no **Sistema de Saúde** Brasileiro : avanço ou retrocesso? **Ciência & saúde coletiva**. 2020;25:1181?8.
- 47.**BRASIL M da S**. Portaria no 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil. Diário Oficial da União; 2019.
- 48.Castro ALB de, Machado CV, Lima LD de. Financiamento **da atenção primária à saúde no Brasil**. Em: **Atenção Primária à Saúde no Brasil**: conceitos, práticas e pesquisa [Internet]. 2018 [citado 21 de julho de 2024]. p. 73?94. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/his-41142>
- 49.Afshin A, Sur PJ, Fay KA, Cornaby L, Ferrara G, Salama JS, et al. Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990?2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. The lancet. 2019;393(10184):1958?72.
- 50.UNO UGA. Resolution 74/2: political declaration of the high-level meeting on universal health coverage. United Nations, New York; 2019.
- 51.de Souza LEPP, de Barros RD, Barreto ML, Katikireddi SV, Hone TV, de Sousa RP, et al. The potential impact of austerity on attainment of the Sustainable Development Goals in Brazil. BMJ Global Health. 2019;4(5):e001661.
- 52.WHO WHO. **Public spending on health: a closer look at global trends** [Internet]. World Health Organization; 2018 [citado 21 de julho de 2024]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/276728/WHO-HIS-HGF-HF-WorkingPaper-18.3-eng.pdf>
- 53.Aveni A. **Sistemas de Saúde e Economia da Saúde?Impactos Causados pela COVID-19**. Cadernos de Prospecção. 2020;13(2):477?477.
- 54.Saldiva PHN, **Veras M**. **Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras**. **Estudos Avançados**. 2018;32:47?61.
- 55.Drummond ED, Simões TC, Andrade FB de. **Acesso da população brasileira adulta a medicamentos prescritos**. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. 2018;21:e180007.
- 56.Pereira ML, Júnior WAD, Teixeira EC. **Gastos em saúde no Brasil e suas macrorregiões a partir de distintos níveis de renda**. **Oikos: Família e Sociedade em Debate** [Internet]. 2022 [citado 21 de julho de 2024];33(2). Disponível em: <https://beta.periodicos.ufv.br/oikos/article/view/15160>

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PACIENTE) ?TCLE

Título da pesquisa: Avaliação do **Incremento de Custos Relacionados ao Tratamento e Acompanhamento de Pacientes com Doenças Crônicas** Atendidas em uma Unidade Básica de Saúde de Floriano-PI.

Pesquisadores responsáveis: Conceição Ceanny Formiga Sinval Cavalcante.

Local da **coleta de dados**: **Unidade Básica de Saúde** Jasmina Bucar

Prezado paciente/participante:

? Você está sendo convidado a responder às perguntas presentes em dois questionários de forma totalmente voluntária, você não precisa informar o nome nos questionários.

? Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder estes questionários, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. ? Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes de decidir participar.

Qual o objetivo do estudo?

Avaliar **os custos fora de cobertura relacionados ao tratamento e acompanhamento de pacientes com doenças crônicas atendidos nas unidades básicas de saúde de Floriano-PI.**

O que acontecerá com você caso decida **participar do estudo**?

Sua participação nesta pesquisa consistirá apenas no preenchimento de dois questionários, o primeiro com informações sobre o caráter clínico de sua doença e informações pessoais, e o segundo sobre os seus gastos envolvidos no tratamento ou no seguimento da sua doença, tais como tempo, transporte, medicações e alimentação. As perguntas que você não souber quanto a doença serão preenchidas através do prontuário médico.

Qual a duração desse estudo?

Sua participação consiste em responder aos questionários, somente; não haverá acompanhamento ao paciente.

Eu corro algum risco ao participar desse estudo?

Este estudo não apresenta riscos físicos a você. Porém as perguntas levam a uma reflexão sobre a doença, o que pode trazer algum desconforto emocional.

Eu terei algum benefício ao **participar do estudo**?

Haverá um benefício indireto causado pela implementação de futuros projetos para melhoria **da qualidade de vida** desses pacientes, através de identificação de seus custos nos dados coletados.



Eu terei algum custo ou receberei alguma gratificação?

Você não terá nenhum custo financeiro envolvido na sua participação neste estudo. Não lhe será também paga nenhuma gratificação por participar dele.

As minhas informações pessoais serão divulgadas?

As informações fornecidas por você serão confidenciais e de conhecimento apenas dos pesquisadores responsáveis. Os sujeitos **da pesquisa não** serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

Eu posso sair do estudo?

Se você quiser, você poderá sair do estudo a qualquer momento. Não haverá punição e você poderá continuar **o seu tratamento** normalmente, sem qualquer diferença. Além disso, você poderá ter acesso a todas as informações do estudo em qualquer momento desejado.

Para esclarecimento de dúvidas e/ou perguntas sobre seus direitos como participante deste estudo e/ou insatisfeito com a maneira como o estudo está sendo realizado, você pode entrar em contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa** (CEP) da Faculdade de Medicina do ABC: Telefone: (11) 4993-5453
Endereço: Av. Príncipe de Gales, 821 ? Anexo 3- Oncologia ? 2º andar Cep:09060-650 ? Santo André ?
SP Horário de atendimento: segunda a sexta das 8 às 17 horas.

O **Comitê de Ética** e Pesquisa é um órgão institucional que tem como objetivo proteger o bem-estar dos indivíduos pesquisados, é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, visando prezar pela dignidade, direitos, segurança e o bem-estar dos sujeitos pesquisados.

Paciente/Participante

Nome: _____

RG: _____

Assinatura: _____

Data ____ / ____ / ____

Investigado

Nome: _____

Assinatura: _____

RG: _____ Data ____ / ____ / ____



APÊNDICE B - FICHA DE **COLETA DE DADOS** - PACIENTES

Dados sociodemográficos e clínicos

Identificação:

Endereço:

Sexo: () Masculino () Feminino

Etnia: () Brancos () Não Brancos

Idade: _

Naturalidade: _

Procedência:

Patologia:

Clínica:

Estado Civil: () Casado/ Amasiado () Solteiro/ Divorciado () Viúvo(a) Outra

comorbidade: () sim () não Qual?

Medicamentos em uso:

Etilista: () sim () não

Escolaridade: () Analfabeto () Fundamental Incompleto () Fundamental Completo () Ensino Médio

Incompleto () Ensino Médio Completo () Superior Incompleto () Superior Completo

Ocupação: () Empregado () Aposentado () Donas de Casa () Desempregado

Número de Dependentes:

Salários mínimos

Renda Familiar: () Sem renda () 1 Salário mínimo () 2-3 Salários mínimos () 3-6 Salários mínimos () 6-9

Salários mínimos () 9-12 Salários mínimos

Auxílio INSS: () Sim () Não

Moradia: () Alugada () Financiada ()

Própria Possui Carro: () Sim () Não

Exame Físico:

Peso: kg Altura: cm

IMC: kg/m²

APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO CUSTO **NO ÚLTIMO MÊS**

? Estimativa Gasto Mês:

Gasto com medicamentos_____

Gasto com consultas_____

Gasto com exames_____

Gasto com terapias_____

? Total Global:_____

? Medicamentos não cobertos pelo SUS/ mês:_____

? Insumos:_____

? Terapia Alternativa (Qual/ Valor):_____

? ?Gasto em **Compra de Medicamentos** (R\$):



Gasto em Outras Atividades (R\$):

ANEXOS

ANEXO B - Folha de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Comment by Winter Figueiredo: Qual seria o Anexo A?

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO INCREMENTO DE CUSTOS RELACIONADOS AO TRATAMENTO E ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES COM DOENÇAS CRÔNICAS ATENDIDOS EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE FLORIANO-PI E SEUS ACOMPANHANTES

Pesquisador: CONCEIÇÃO CEANNY FORMIGA SINVAL CAVALCANTE

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 59902022.4.0000.5034

Instituição Proponente: ACADEMIA CEARENSE DE ODONTOLOGIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER



Número do Parecer: 5.486.779

Apresentação do Projeto:

As Doenças crônicas não transmissíveis são as principais causas de morte no mundo e representam um dos desafios do século XXI, correspondendo a 63% dos óbitos em 2008, Esse estudo tem como objetivo avaliar os custos fora de cobertura relacionados ao tratamento e acompanhamento de pacientes com doenças crônicas atendidos nas unidades básicas de saúde de Floriano-PI. É um estudo transversal que será conduzido nas Unidades Básicas de Saúde de Floriano-PI. Serão incluídos também os cuidadores destes pacientes, maiores de 18 anos, com boa compreensão da língua portuguesa e que acompanham o paciente durante o tratamento da patologia e que aceitem participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Serão excluídos da pesquisa pacientes que não estiverem em condições cognitivas favoráveis para responder aos questionários de estudo ou que se recusarem a participar e preencheram uma ficha com seus dados socioeconômicos e demográficos. Como instrumentos de coleta de dados pacientes e acompanhantes irão responder um questionário detalhado para analisar o tempo gasto e os custos financeiros despendidos com transporte, alimentação, medicações orais não disponíveis na farmácia básica, moradia e outros insumos necessários durante o tratamento. Os dados da pesquisa serão organizados em tabelas e gráficos descritivos. Para a análise de dados, serão utilizados o software estatístico SPSS v. 19, será empregado o teste estatístico de ANOVA oneway e testes do Qui-quadrado e Qui-quadrado com correção de Yates. Os resultados encontrados serão avaliados por tratamento estatístico, considerando análise de estatística descritiva, de correlação e regressão com fins de associar os resultados encontrados a partir dos diferentes instrumentos de coleta de dados.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Avaliar os custos fora de cobertura relacionados ao tratamento e acompanhamento de pacientes com doenças crônicas atendidos nas unidades básicas de saúde de Floriano-PI.

Objetivo Secundário:

Caracterizar o perfil sociodemográfico dos pacientes em tratamento e acompanhamento nas DCNT bem como de seus cuidadores, na cidade de Floriano-PI; e

Identificar os principais fatores relacionados a custos sem cobertura.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Devidamente apresentados. Riscos: A pesquisa possui risco mínimo evitando-se fotocopiar ou fotografar documentos dos pacientes envolvidos na pesquisa, não havendo a identificação dos pacientes nos resultados finais do estudo. Como estratégias para minimizá-los, serão empregadas as normas vigentes do CONEP, garantindo sempre a privacidade das informações que serão coletadas pela pesquisadora.

Benefícios: A pesquisa poderá trazer benefícios diretos aos participantes e sociedade como fornecimento de dados, percepção, entendimento e soluções de problemas por disponibilizar informações importantes e o surgimento de políticas públicas para os pacientes com doenças crônicas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa está muito bem elaborada e poderá contribuir para melhorar os problemas com os custos do tratamento e acompanhamento dos pacientes com doenças crônicas atendidos na unidade pesquisada.



Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos devidamente apresentados.

Recomendações:

Não existem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não existem pendências ou inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

A pesquisadora resolveu todas as pendências, portanto o projeto está APROVADO.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 23 de Junho de 2022

Assinado por: MARLENE LOPES CIDRACK

Coordenador(a)

Tipo DocumentoArquivoPostagemAutorSituação

Informações BásicasPB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P22/06/2022Aceito

do ProjetoROJETO_1958769.pdf13:11:54

Solicitaçãodeclaracao_de_anuencia.pdf20/06/2022CONCEIÇÃOAceito

registrada pelo CEP19:59:11CEANNY FORMIGA

SINVAL

CAVALCANTE

Folha de Rostofolha_de_rosto_ceanny.pdf20/06/2022CONCEIÇÃOAceito

19:47:18CEANNY FORMIGA

SINVAL

CAVALCANTE

Projeto Detalhado /Projeto.pdf04/06/2022CONCEIÇÃOAceito

Brochura17:20:11CEANNY FORMIGA

InvestigadorSINVAL

CAVALCANTE

TCLE / Termos deTCLE.pdf04/06/2022CONCEIÇÃOAceito

Assentimento /17:19:05CEANNY FORMIGA

Justificativa deSINVAL

AusênciaCAVALCANTE