



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA



Dissertação de Mestrado

Os serviços de saúde da zona rural de Pelotas:
uma avaliação técnica comparada com a visão do usuário

Ana Carolina Oliveira Ruivo

Pelotas, 2017

Ana Carolina Oliveira Ruivo

Os serviços de saúde da zona rural de Pelotas:
uma avaliação técnica comparada com a visão do usuário

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Epidemiologia.

Orientadora: Profa. Dr. Mariângela Freitas da Silveira

Coorientador: Prof. Dr. Bruno Pereira Nunes

Pelotas, 2017.

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

R934s Ruivo, Ana Carolina Oliveira

Os serviços de saúde da zona rural de Pelotas : uma avaliação técnica comparada com a visão do usuário / Ana Carolina Oliveira Ruivo ; Mariângela Freitas da Silveira, orientadora ; Bruno Pereira Nunes, coorientador. — Pelotas, 2017.

213 f. : il.

Dissertação (Mestrado) — Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2017.

1. Epidemiologia. 2. Zona rural. 3. Avaliação de serviços de saúde. 4. Estudos transversais. I. Silveira, Mariângela Freitas da, orient. II. Nunes, Bruno Pereira, coorient. III. Título.

CDD : 614.4

Elaborada por Elionara Giovana Rech CRB: 10/1693

Ana Carolina Oliveira Ruivo

Os serviços de saúde da zona rural de Pelotas:
uma avaliação técnica comparada com a visão do usuário

Dissertação de Mestrado aprovada, como requisito parcial, para obtenção do grau de Mestre em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas.

Data da Defesa: 14/02/2017

Banca examinadora:

.....
Prof. Dr. Mariângela Freitas da Silveira (Orientadora)
Doutor em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas

.....
Prof. Dr. Iná da Silva dos Santos
Doutor em Clínica Médica pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul

.....
Prof. Dr. Elaine Thumé
Doutor em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas

SUMÁRIO

1 PROJETO DE PESQUISA.....	5
2 ALTERAÇÕES DO PROJETO	80
3 RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO.....	83
4 RELATÓRIO DO SUBESTUDO	173
5 ARTIGO ORIGINAL	182
6 NOTA PARA IMPRENSA	210

1 PROJETO DE PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia
Departamento de Medicina Social



Projeto de Pesquisa

Avaliação dos serviços de saúde da zona rural de Pelotas:
uma avaliação técnica comparada com a visão do usuário

Ana Carolina Oliveira Ruivo

Pelotas, 2015

Ana Carolina Oliveira Ruivo

Avaliação dos serviços de saúde da zona rural de Pelotas:
uma avaliação técnica comparada com a visão do usuário

Projeto de Pesquisa apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, como requisito para a sua qualificação.

Orientadora: Profa. Dr. Mariângela Freitas da Silveira

Pelotas, 2015.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Modelo Hierárquico	25
---	-----------

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Variáveis independentes	29
Quadro 2: Cálculo tamanho de amostra para prevalência de satisfação com a UBS.....	33
Quadro 3: Cálculo tamanho de amostra para satisfação com consulta.....	34
Quadro 4: Cálculo tamanho de amostra para associações.....	34

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	13
1.2 A RELAÇÃO ENTRE ESTRUTURA E RESULTADO	17
1.3 O PCATool-BRASIL	18
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	19
2.1 USO DO PCATool VERSÃO PROFISSIONAIS PARA AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	20
2.2 A PERCEPÇÃO DOS PACIENTES E PROFISSIONAIS NA AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	21
3 MODELO TEÓRICO	25
4 JUSTIFICATIVA.....	26
5 OBJETIVO GERAL.....	27
5.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	27
6 HIPÓTESES.....	28
7 DEFINIÇÃO OPERACIONAL DO DESFECHO	29
8 DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS INDEPENDENTES	29
8.1 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS DO DESFECHO	30
9 METODOLOGIA	31
9.1 METODOLOGIA DO SUBESTUDO	31
9.2 METODOLOGIA DO ESTUDO DE BASE POPULACIONAL	32
9.3 JUSTIFICATIVA DO DELINEAMENTO	32
9.4 ELEGIBILIDADE	32
9.5 TAMANHO DE AMOSTRA	33
9.6 SELEÇÃO DA AMOSTRA	34
9.7 ESTUDO PILOTO	35
9.8 SELEÇÃO E TREINAMENTO DOS ENTREVISTADORES	36
9.9 LOGÍSTICA DO TRABALHO DE CAMPO	36
9.10 CONTROLE DE QUALIDADE.....	37

9.11 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	38
10 ASPECTOS ÉTICOS	39
11 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS	39
12 ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO	39
13 CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES	40
REFERÊNCIAS.....	41
ANEXOS	47
ANEXO A – PCATool-VERSÃO PROFISSIONAIS	48
ANEXO B.QUESTIONÁRIO PARA SER APLICADO NO GESTOR DA UNIDADE	58
APÊNDICES	67
APÊNDICE A. LISTA DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE	68
APÊNDICE B – QUADRO DE REVISÃO	69
APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO PARA PROFISSIONAIS MÉDICOS E ENFERMEIROS	75
APÊNDICE D - QUESTIONÁRIO – CONSÓRCIO	77

1 INTRODUÇÃO

Oferecer serviços da melhor qualidade possível é o principal objetivo dos serviços de saúde. O termo "qualidade" implica em um amplo leque de características desejáveis ao prestador do cuidado, tais como efetividade, eficiência, equidade, acessibilidade e adequabilidade, porém, não se pode ter um serviço de alta qualidade se o alvo deste serviço — o usuário — não estiver satisfeito. (AKERMAN and NADANOVSKY, 1992) Idealmente todo serviço de saúde deve produzir efeito positivo na condição de saúde da população. Entretanto, os serviços de saúde não compõem o único determinante do estado de saúde dos indivíduos, mas formam uma dimensão importante na sua responsabilidade de reduzir dor e sofrimento dos usuários. (MEDRONHO, 2009)

Na literatura há muitas definições de qualidade que refletem o caráter multidimensional do assunto. Segundo Uchimura e Bosi (2002), a multidimensionalidade do termo qualidade acontece em função de dois motivos: primeiro, porque o termo assume várias conotações, de natureza objetiva ou subjetiva, e, segundo, porque a percepção de qualidade pode variar de acordo com o interesse de diferentes grupos. A qualidade em sua dimensão objetiva é quantificável e esse é o tratamento predominante na literatura. (UCHIMURA and BOSI, 2002)

A avaliação dos serviços de saúde tem importante marco teórico em Avedis Donabedian (1980) que propõe que a qualidade dos serviços pode ser garantida pelo adequado funcionamento da tríade: estrutura, processo e resultado. Embora estrutura, processo e resultado não seja uma definição de qualidade, ela é uma importante abordagem para o entendimento do tema. Para o autor, a relação entre estrutura, processo e resultado é dinâmica e funcional. (DONABEDIAN, 1988)

As condições estruturais avaliam os recursos em termos de estrutura física, instalações, equipamentos e estrutura organizacional.

As condições processuais procuram analisar se as atividades e tarefas que são executadas nos serviços são apropriadas ao conhecimento científico vigente. O processo é onde se dá a inter-relação entre prestador e receptor dos cuidados. É a dinâmica do cuidado em saúde.

Os resultados denotam a efetividade dos cuidados e seu impacto sobre o estado de saúde dos pacientes e das populações. (ROUQUAYROL, 2012)

Donabedian descreve a necessidade da avaliação dos três elementos, mas ressalta que uma boa estrutura amplia a razão de probabilidade de um bom processo e, este, de bons resultados.

A avaliação qualitativa dos serviços comporta sempre duas dimensões: desempenho técnico, que é a aplicação do conhecimento científico, de modo a maximizar benefícios e minimizar riscos e a relação médico-paciente, que comporta a percepção subjetiva dos pacientes quanto ao alcance de suas expectativas. (DONABEDIAN, 1988)

O trabalho de Donabedian acrescentou muito ao debate sobre a avaliação dos serviços de saúde. O autor coloca no centro do processo avaliativo o controle da qualidade e a satisfação do usuário. (ROUQUAYROL, 2012)

Habicht, Victora e Vaughan propuseram que a avaliação de programas e serviços de saúde deve orientar o tomador de decisão. (HABICHT; VICTORA *et al*, 1999)

1.1 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O objetivo dos sistemas de saúde é oferecer, para toda população, os melhores níveis de saúde disponíveis, aos menores custos possíveis. Os sistemas de saúde também devem diminuir as desigualdades entre os subgrupos populacionais. (STARFIELD, 2002) A conferência de Alma-Ata propõe meios para alcançar estes objetivos. Em sua declaração final, conceitua que os cuidados primários em saúde são “cuidados essenciais de saúde, baseados em métodos e tecnologias práticos, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis, colocados ao alcance universal de indivíduos, famílias e comunidade, mediante plena participação destes, e a um custo com o qual a comunidade e o país podem arcar”. (FENDALL, 1978)

Desde então vários autores vêm propondo definições sobre a Atenção Primária à Saúde (APS). A Organização Panamericana de Saúde reconhece que a APS é o melhor modelo para organizar os sistemas de saúde, sobretudo por ser a

melhor estratégia para produzir melhorias sustentáveis e maior equidade na saúde das populações. (MORALES and HUMBERTO BLANCO, 2007)

Pode-se compreender a APS através de um conjunto de princípios éticos que incluem direito ao mais alto nível de saúde, solidariedade, equidade, responsabilidade governamental e controle social. (BRASIL, 2010) Os conceitos de APS supracitados podem ser caracterizados como princípios, ou seja, aspectos que se derivam da moral, ética, filosofia e direito. Pensando na necessidade de definir a APS de maneira a sistematizar suas características e funções, Starfield operacionalizou o conceito de APS em quatro atributos essenciais e três atributos derivados. Os atributos essenciais são: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e a coordenação do cuidado. Já os atributos derivados são: orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural (STARFIELD; SHI *et al.*, 2005). A seguir estão sintetizados o conceito dos atributos conforme foram definidos por Barbara Starfield em "Primary care. Concept, evaluation and policy (1992). (STARFIELD, 1992)

- *Acesso de primeiro contato*: acessibilidade e utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das verdadeiras emergências e urgências médicas.

- *Longitudinalidade*: existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo. A relação entre a população e sua fonte de atenção deve se refletir em uma relação interpessoal intensa que expresse a confiança mútua entre os usuários e os profissionais de saúde.

- *Integralidade*: conjunto de serviços disponíveis e prestados pelo serviço de atenção primária. Ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequadas ao contexto da APS, mesmo que algumas ações não possam ser oferecidas dentro das unidades de APS. Incluem os encaminhamentos para especialidades médicas focais, hospitais, entre outros.

- *Coordenação do cuidado*: implica em alguma forma de continuidade seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração deste cuidado no cuidado global do paciente. O provedor de

atenção primária deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe através da coordenação entre os serviços.

- *Orientação familiar*: significa que dentro da avaliação das necessidades individuais deve-se considerar o contexto familiar e seu potencial de cuidado e, também, de dano à saúde, incluindo o uso de ferramentas de abordagem familiar.

- *Orientação comunitária*: é o reconhecimento por parte do serviço de saúde das necessidades da comunidade através de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade; sua relação com ela, assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços.

- *Competência cultural*: implica na adaptação do provedor (equipe e profissionais de saúde) às características culturais especiais da população para facilitar a relação e a comunicação com a mesma. (STARFIELD; SHI *et al.*, 2005)

No Brasil, a APS tem se organizado através da Estratégia Saúde da Família (ESF). A Estratégia está em franco crescimento no país, tanto do ponto de vista de implantação de equipes quanto do de ampliação de financiamento. Esse processo vem se acelerando desde 1998. A Estratégia Saúde da Família, por orientação da Política Nacional de Atenção Básica, deve ter área territorial definida, número de habitantes e equipe de saúde regulados pelos critérios da política nacional. Já as Unidades Básicas de Saúde (UBS) Tradicionais obedecem a outros critérios, distintos entre si. (BRASIL, 2007)

A avaliação deste modelo de serviço tem apresentado resultados positivos, tais como a redução da mortalidade infantil. (MACINKO, 2007). Os estudos que avaliaram a qualidade da ESF, comparando-a com Unidades Básica de Saúde Tradicionais, descrevem a superioridade da primeira em relação à última (FACCHINI, PICCINI *et al.*, 2006) (MACINKO, MARINHO DE SOUZA *et al.* 2007). Porém, alguns desses resultados foram avaliados em desfechos bastante frágeis como: discreta melhora na continuidade dos cuidados e melhor desempenho nos cuidados a doentes crônicos. (MACINKO, MARINHO DE SOUZA *et al.* 2007)

Apesar do Ministério da Saúde incentivar a ampliação da APS via Estratégia Saúde da Família, diferentes modelos organizacionais coexistem, sendo usualmente referidos como Unidades Básicas de Saúde Tradicionais. Um estudo que comparou a ESF com as UBS Tradicionais identificou maior satisfação do usuário e do profissional na ESF, (SAMICO; HARTZ *et al.* 2005) Ao mesmo tempo, outro estudo identificou problemas de acesso e integralidade na ESF, com apenas metade dos

pacientes obtendo acesso a medicação nas UBS, com um desempenho um pouco melhor na ESF. (PICCINI, FACCHINI *et al.* 2006)

Pelos achados supracitados, a ESF tem recebido importante reconhecimento internacional. Em 2008, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lança o relatório “Cuidados de Saúde Primários – Agora mais que nunca” cita a ESF como exemplo bem sucedido de reforma sanitária orientada pela Atenção Primária. (WHO, 2008)

Em 2010, Andy Haines, então diretor da London School of Hygiene and Tropical Medicine afirma que “A ESF do Brasil é provavelmente a experiência mais impressionante em todo o mundo de expansão em rápida escala de um sistema de atenção primária integral e custo-efetivo”. (HARRIS and HAINES 2010)

Uma das características que chama a atenção na proposta da ESF e nas próprias diretrizes do SUS diz respeito à participação popular. Segundo Crevelim, “O controle social é a expressão mais viva da participação da sociedade nas decisões tomadas pelo Estado no interesse geral, e suas manifestações mais importantes são o cidadão e o usuário no centro do processo de avaliação, deixando o Estado de ser o árbitro infalível do interesse coletivo, do bem-comum”. (CREVELIM, 2005)

O controle social - fortalecido com a criação do Sistema Único de Saúde e o incentivo à participação popular - pressupõe uma concepção do usuário com capacidade de julgar e intervir no próprio serviço. (TRAD and BASTOS, 1998) A maioria da população pode ser beneficiada por projetos e pesquisas em saúde, logo, a opinião dos usuários quanto ao serviço oferecido é considerada de máxima importância quando se busca avaliar esses serviços. Portanto, deve-se considerar a percepção do usuário a fim de contribuir para o aperfeiçoamento do sistema de saúde. (SANTOS, 1995) Importante também é saber como a população adscrita às equipes da ESF avalia o cuidado oferecido, de modo a reorganizar as práticas profissionais. (RAMOS and LIMA, 2003). A participação livre e crítica dos usuários pode contribuir para o empoderamento deste grupo populacional, questões estas essenciais para a concretização de políticas de promoção da saúde e prevenção de agravos e controle de enfermidades. (COTTA, REIS *et al.* 2008) A melhoria dos sistemas de saúde pode ser baseada no processo de avaliação do usuário, servindo como um dos indicadores para as políticas de saúde. (MOIMAZ, MARQUES *et al.* 2010)

Diversos estudos têm sido realizados, buscando avaliar o grau de satisfação de usuários dos serviços de saúde. (ESPERIDIÃO and TRAD 2005, MOIMAZ,

MARQUES *et al.* 2010, BASTOS and FASOLO, 2013) (KLOETZEL, BERTONI *et al.* 1998, SCHNEIDER and PALMER 2002) Para Moimaz, uma das limitações de muitas ações e avaliações em saúde é que a maioria não tem levado em consideração a perspectiva do usuário. (MOIMAZ, 2010)

1.2 A RELAÇÃO ENTRE ESTRUTURA E RESULTADO

Segundo Donabedian para se obter um resultado adequado é imprescindível que a estrutura seja satisfatória. Mas também afirma que a especificidade da medida em que cada característica estrutural interfere no processo e no resultado ainda é desconhecida. (DONABEDIAN, 1980)

Em 2004, um estudo ecológico avaliou a relação entre estrutura da atenção primária à saúde e indicadores de saúde na Inglaterra. Comparou a relação entre disponibilidade de médicos generalistas e resultados em saúde. A disponibilidade foi distribuída em três categorias: baixa disponibilidade, média disponibilidade e alta disponibilidade de médicos generalistas. Estes dados foram comparadas à taxa de mortalidade, número de internações, gestações na adolescência, e outros indicadores de impacto. Foi encontrada fraca associação entre disponibilidade médica e melhores indicadores. (GULLIFORD, JACK, *et al.* 2004)

O Ministério da Saúde orienta através do Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde, uma série de características de estrutura que devem ser contempladas nas UBS com a finalidade de garantir a qualidade do serviço. (BRASIL, 2008) Estas características estruturais referem-se ao tamanho da população adscrita, aos limites do território, à composição da equipe, aos tipos de modelos, à proporção de profissionais por habitante, à proporção de agentes de saúde por enfermeiro, à carga horária dos profissionais, à formação profissional, à área física, aos insumos, à existência de uma metodologia de avaliação das ações, às atividades multidisciplinares, à presença de conselho local de saúde, ao sistema de referência e contra-referência, ao uso de sistemas de informação, à oferta de consultas/habitante/ano e ao tempo de permanência do profissional na UBS.

Em 2009 foi realizado um estudo descritivo que avaliou a estrutura de todas as UBS de Chapecó-SC com base nas orientações do Ministério da Saúde. Entre os principais achados estão que 100% das UBS têm territórios bem delimitados, e 73%

possui menos de 15 cadeiras na sala de recepção. Também foi encontrado em torno de 50% de inadequação nos seguintes quesitos: alto número de habitantes por equipe, baixa oferta de consultas, baixa formação profissional para a APS e falta de avaliação sistemática das ações. (VITORIA, 2013)

Embora seja evidente que uma estrutura inadequada diminua a probabilidade de bons resultados, é preciso quantificar o efeito desta medida.

1.3 O PCATool-BRASIL

O Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool – Primary Care Assessment Tool) apresenta originalmente versões auto aplicáveis para profissionais (PCATool versão profissionais), versões destinadas a crianças (PCATool versão Criança), a adultos maiores de 18 anos (PCATool versão Adulto) e, também, ao coordenador / gerente do serviço de saúde. Criado por Starfield & cols na The Johns Hopkins Populations Care Policy Center for the Underserved Populations, o PCATool mede a presença e a extensão dos 4 atributos essenciais e dos 3 atributos derivados da APS. Foi criado com base no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian, é composto por um questionário padronizado, validado no Brasil, composto por 77 questões, divididas em blocos que correspondem aos atributos da APS (acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade, coordenação dos cuidados, orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural) o PCATool, versão profissionais de saúde, avalia os atributos da APS pela experiência dos profissionais de saúde e define um escore de orientação para a APS. (BRASIL, 2010)

As respostas são estruturadas em uma escala tipo Likert, com intervalo de 1 a 4 para cada atributo, sendo 1 = com certeza não, 2 = provavelmente não, 3 = provavelmente sim, 4 = com certeza sim. A avaliação advém do conjunto de escores de cada atributo, gerando um escore global (de 0 a 10) que caracteriza o grau de orientação do serviço à atenção primária.

O escore essencial é obtido por meio da média dos atributos essenciais (acesso, longitudinalidade, coordenação e integralidade) e o escore geral da APS, pelo valor médio dos atributos essenciais e dos atributos derivados. O valor obtido para este escore é transformado para uma escala entre 0 e 10, como se segue:

$$\text{Escore de cada atributo} = \frac{\text{escore obtido}}{1} \times 10$$

3

Os escores geral e essencial podem ser dicotomizados em duas categorias, representando Baixo Escore quando $< 6,6$ e Alto Escore quando $\geq 6,6$.

Em 2009 foi realizado um estudo que avaliou nove instrumentos utilizados para medir a APS com relação a vários critérios, incluindo a capacidade do instrumento em medir os quatro atributos essenciais da APS. O PCATool foi considerado o melhor instrumento, o único com a capacidade de avaliar características da estrutura e processo de cada um dos atributos essenciais. Porém, foi salientado duas limitações do instrumento: atribuir pesos iguais para os atributos no cálculo do escore geral e essencial e utilizar apenas a percepção dos atores envolvidos no processo de cuidar, não utilizando, por exemplo, uma avaliação técnica do serviço avaliado. (MALOUIN, STARFIELD *et al.* 2009)

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A presente revisão tem o objetivo de buscar na literatura científica evidências que embasem a proposta deste estudo. Foi utilizado busca em livros sobre Epidemiologia e Saúde Pública e também em bases de dados (PubMed, Web of Science e LILACS). A fim de tornar mais claro esse projeto a revisão da literatura foi dividida em dois itens: utilização do PCATool para avaliação de serviços de saúde e a percepção do usuário sobre o serviço e saúde.

Foram usados os descritores “PCATool Facility/Provider” + “Health Care evaluation” e “PCATool- Brasil ” para encontrar artigos sobre o uso do PCATool para avaliação dos serviços de saúde.

Para a busca da percepção e satisfação do usuário foram usados os descritores “Consumer satisfaction”, “patient satisfaction”, “patient perception” em inglês e português.

Em anexo há o quadro de revisão deste projeto. (Apêndice B)

2.1 USO DO PCATool VERSÃO PROFISSIONAIS PARA AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Em 2002 Rowan *et al.* aplicou o PCATool versão profissionais a 134 preceptores de Medicina de Família e Comunidade em províncias do Canadá e avaliou o resultado do PCATool com características dos profissionais. O estudo mostrou que, em relação ao escore geral da APS apenas a variável número de pacientes atendidos por semana esteve associada com maiores escores, de modo que, quanto maior o número de pacientes, maior o escore geral obtido. Os mais altos escores foram associados ao atributo coordenação e os mais baixos à competência cultural. Escores para orientação comunitária foram mais altos para preceptores que atendiam mais pacientes semanalmente e que aceitavam mais novos pacientes. Escores para competência cultural foram mais altos para preceptores que atendiam uma população culturalmente diversa e que aceitavam mais novos pacientes. Esse é um importante estudo que investiga e mostra as variáveis que, no nível do profissional de saúde, estão mais associadas com os atributos da APS. (ROWAN, LAWSON *et al.* 2002)

Um estudo descritivo realizado em Amparo-SP, com o objetivo de avaliar a organização e o desempenho da ESF, utilizaram o PCATool versão profissionais e versão usuário. Os instrumentos foram aplicados nos usuários e nos profissionais e gestores. A percepção dos usuários e gestores + profissionais foi comparada. Na perspectiva do usuário, os atributos orientação familiar e orientação comunitária e o componente acesso receberam os piores escores. Os profissionais e gestores, em comparação, com os usuários apresentaram uma tendência de avaliar melhor os atributos orientação familiar e orientação comunitária, mas atribuíram escores menores ao componente acesso. Profissionais e usuários tiveram opiniões semelhantes com relação à coordenação do cuidado. (PEREIRA, ABRAHÃO-CURVO *et al.* 2011) Em um estudo descritivo dos municípios participantes do Telessaúde no Rio Grande do Sul, utilizando a versão profissionais do PCATool, encontrou-se alto o grau de orientação para a APS (7,2) e baixo grau no atributo de acesso de primeiro contato (5,8). Outro estudo descritivo usando o PCATool, nas UBS do município de Porto Alegre, com a aplicação do PCATool-versão

profissionais, encontrou 6,6 como grau de orientação para a APS e 3,5 no atributo de acesso de primeiro contato. (KOLLING, 2008)

Em 2008, Chomatas *et al.* realizaram um estudo transversal na cidade de Curitiba-PR para comparar o grau de orientação à APS nos serviços que se organizam como UBS Tradicional e ESF. Foi aplicado o PCATool-Brasil versão profissionais em 490 médicos e enfermeiros. O escore geral da ESF foi significativamente maior do que os da UBS Tradicional. Esse estudo também comparou as características dos profissionais da saúde que estariam associadas a maior grau de orientação à APS. Foi encontrado que ser médico e possuir especialização focal estaria associado a um menor grau de orientação à APS. (CHOMATAS, 2013)

Em outro estudo realizado na região sul de Porto Alegre-RS em 2006, Harzheim *et al* comparou ESF e UBS em relação ao grau de orientação à APS.

Foi aplicado o PCATool – versão criança aos acompanhantes dos pacientes infantis para avaliação da qualidade da atenção infantil. Foi demonstrado que identificar a ESF como serviço de referência no cuidado de crianças está associado com alto grau de extensão dos atributos da APS. Na avaliação dos atributos de cada forma de organização (ESFxUBS) ficou evidente a maior orientação à APS da ESF. (HARZHEIM, STARFIELD *et al.* 2006)

Em outro estudo realizado em Porto Alegre-RS, o PCATool versão profissionais foi aplicado a 196 médicos de serviços ambulatoriais. Também foram descritas características sociodemográficas e de formação acadêmica dos profissionais que estariam associadas a maior grau de orientação para a APS. Foi constatado que possuir especialização focal em Medicina diminui o grau de orientação à APS. Não foi encontrado associação com idade, sexo e tempo de trabalho. (DE CASTRO, KNAUTH *et al.* 2012)

2.2 A PERCEPÇÃO DOS PACIENTES E PROFISSIONAIS NA AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Para Serapioni, a avaliação da qualidade da atenção deve se apoiar em uma abordagem multidimensional, que implica o envolvimento de diferentes atores, incluindo usuários, profissionais de saúde e gestores, com perspectivas próprias de

avaliação. (SERAPIONI, 2000) Para o autor, os usuários de saúde nem sempre sabem do que precisam e podem solicitar procedimentos inadequados e até danosos, sendo necessário, portanto incluir a opinião do profissional sobre a avaliação da necessidade de saúde e da adequação da intervenção. (SERAPIONI, 2000)

A qualidade, para Serapioni, é resultado de um conjunto de fatores que o usuário muitas vezes não está apto a julgar. Podemos ter uma intervenção médica ineficaz e está ser bem avaliada pelo usuário, sobretudo quando a relação médico-paciente é eficiente; por outro lado podemos ter uma intervenção médica eficaz e está ser mal avaliada pelo usuário. Para o autor, a avaliação da qualidade de um serviço baseada no enfoque multidimensional e deve compreender, no mínimo, a avaliação da qualidade dos usuários, a avaliação técnica do processo de trabalho e a satisfação dos profissionais. (SERAPIONI, 2009)

De fato, como evidenciou um estudo que avaliou a qualidade de serviços de APS em Pelotas-RS, a satisfação dos profissionais, está associada à qualidade dos serviços. Nesse estudo, a satisfação dos profissionais mostrou-se associada à percepção de melhor relação médico-paciente e com a expectativa de melhor prognóstico. (HALAL, SPARRENBARGER *et al.* 1994)

Contudo, um serviço que atenda às necessidades dos usuários e profissionais, pode não ser de qualidade na medida que desperdiça recursos que poderiam ser destinados para outros pacientes, resultando em inequidade. Por essa razão, Ovretveit, acrescenta os gestores no mesmo nível dos usuários e profissionais e traduz os seguintes conceitos: (a) qualidade avaliada pelo usuário “o que os usuários e acompanhantes desejam do serviço, seja como indivíduos, seja como grupo”, (b) qualidade profissional: “se o serviço satisfaz as necessidades definidas pelos profissionais que prestam atenção e se as técnicas e procedimentos necessários são utilizados de maneira adequada” e (c) qualidade gerencial “o uso eficiente e produtivo dos recursos para responder às necessidades de todos os usuários dentro dos limites e das diretrizes estabelecidos pelas autoridades”. As três perspectivas apresentadas correspondem aos mais importantes grupos de interesse e devem ser integradas para avaliar a qualidade de um serviço. (OVRETVEIT, 1998)

A grande questão no que tange esse assunto é “Como pode um serviço de saúde ofertar uma qualidade que seja avaliada positivamente por pacientes, profissionais e gerentes”? Ovretveit coloca que a avaliação multidimensional é um

processo que resulta muitas vezes na identificação de conflitos e na busca da solução dos conflitos através do envolvimento de diferentes atores. (OVRETVEIT, 1998)

Atkinson em 1993 com o objetivo de identificar áreas de mediação entre a perspectiva dos usuários e a dos profissionais sugeriu que os conflitos entre essas duas perspectivas são decorrentes de divergências entre os modelos de saúde dos usuários e profissionais (conhecimento médico), podendo ser resolvidos através de treinamento e educação. (ATKINSON, 1993)

A insatisfação quanto ao tempo de espera por um tratamento tem-se mostrada rotineira nos serviços, como foi relatado em estudo conduzido no município de Pompéu (MG). (FERREIRA FILHO, CAVALCANTI *et al.* 1996). Em outra pesquisa realizada em um ambulatório de pediatria do SUS, a demora para receber atendimento foi o principal problema apontado pelos usuários (FRANCO and CAMPOS, 1998). A espera prolongada foi também identificada como o motivo número um de insatisfação da clientela, além da reclamação de haver insuficiência quanto à possibilidade de agendamento de novas consultas. (KLOETZEL, BERTONI *et al.* 1998).

No Brasil, mulheres consultam mais que homens (FACCHINI and COSTA, 1997, CAPILHEIRA and SANTOS, 2006, BASTOS, SANTOS *et al.* 2011). Apesar da diferença na prevalência de utilização de serviços conforme sexo, um estudo realizado em 2005 onde foi feita uma revisão da literatura sobre abordagens qualitativas para avaliar a satisfação do paciente, não encontraram diferença na satisfação geral da consulta entre sexo feminino e masculino, entretanto sugerem que mulheres estão mais aptas a criticar os serviços de saúde porque consultam com maior frequência (ESPERIDIÃO and TRAD 2005). Em um estudo transversal realizado na cidade de Porto Alegre, avaliou a satisfação com a última consulta e os fatores associados e também não encontrou diferença entre homens e mulheres. No entanto, foi encontrada associação positiva com alta escolaridade e a idade maior que 40 anos, ambas associadas positivamente com a satisfação dos pacientes. Esse estudo também revelou que a satisfação estava associada com a percepção de ser bem tratada pelo recepcionista e profissional da saúde. (BASTOS and FASOLO, 2013)

Em 2008 foi realizado um estudo com pacientes do SUS na região metropolitana de Belo Horizonte, para estimar o uso e satisfação com os serviços de

saúde, foi encontrado associação positiva com sexo feminino e satisfação com a consulta. (LIMA-COSTA and LOYOLA FILHO, 2008)

Em 2002, em um estudo etnográfico para avaliar a satisfação dos usuários do SUS em 5 municípios da Bahia, foi encontrada uma clara relação entre maior grau de satisfação e: maior acesso aos cuidados médicos, melhoria do nível de informação sobre o processo saúde-doença e existência da visita domiciliar. Entre os aspectos negativos apontados pela população destaca-se a persistência das filas e a fragilidade no encaminhamento para os níveis secundário e terciário da atenção.(TRAD, 2002)

No Brasil, o Ministério da Saúde, através do Departamento de Atenção Básica, tem promovido grandes avaliações do Sistema Único de Saúde onde a satisfação dos usuários tem sido abordada.(ROUQUAYROL, 2012). Em todos esses inquéritos, a satisfação dos usuários encontrada estava acima de 80%. (BRASIL, 2013)

No entanto, é necessário atentar ao fato de que, em geral os pacientes têm receio de relatar sua insatisfação com o serviço, sobretudo quando questionados por profissionais que são vinculados ao serviço que está sendo avaliado, esse fenômeno é relatado na literatura como “Viés de Cortesia” e pode influenciar a resposta dos pacientes no sentido de sobrestimar o real nível de satisfação com o serviço ofertado. (LEÓN, 2007)

3 MODELO TEÓRICO

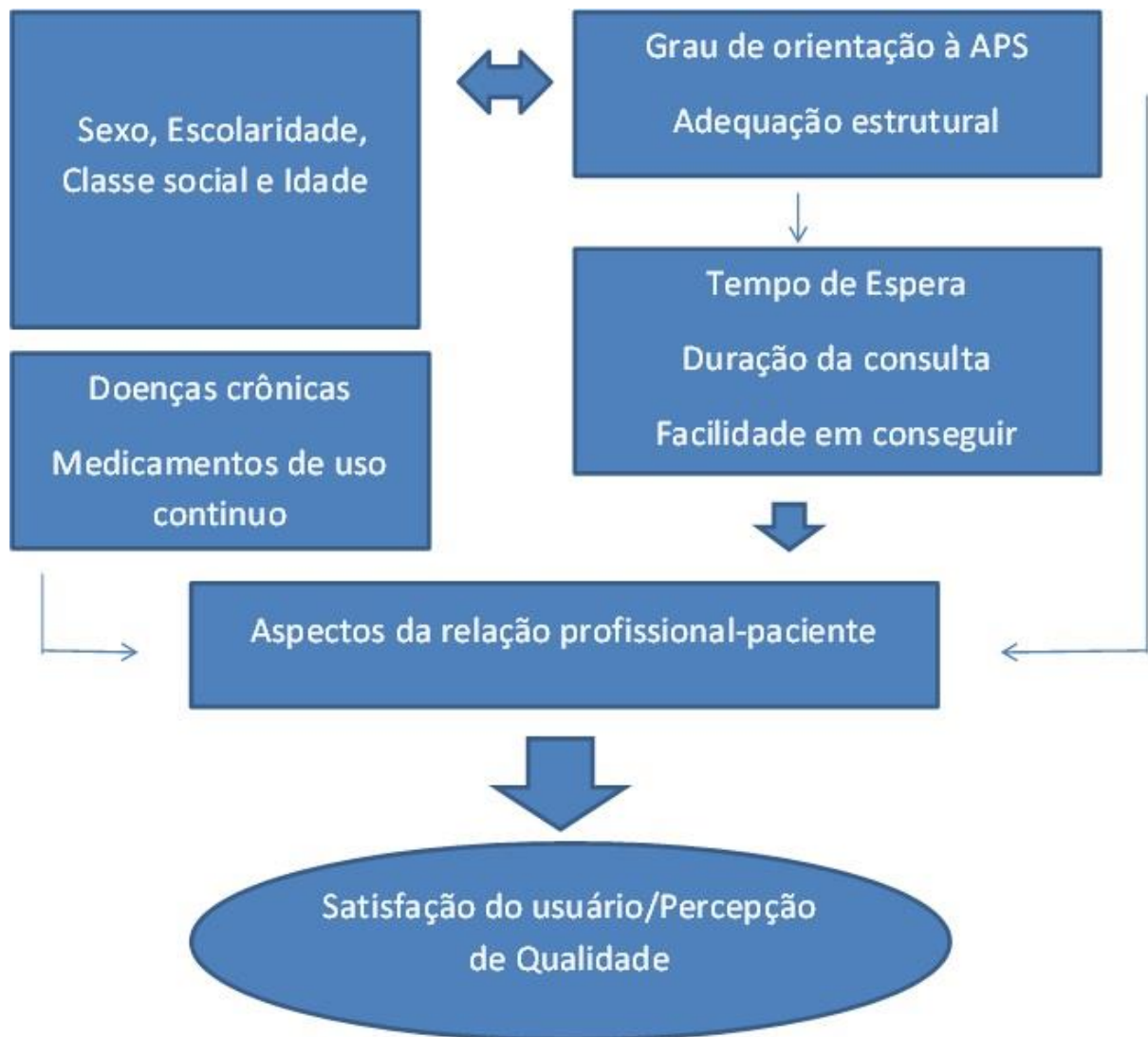


Figura 1: Modelo Hierárquico

O modelo teórico esquematizado na Figura 1 apresenta a relação causal das variáveis que poderão determinar a satisfação/percepção de qualidade dos pacientes.

Conforme exposto no modelo acima, o desfecho satisfação do paciente e percepção da qualidade foi colocado no mesmo plano, pois se acredita que seus determinantes serão muito semelhantes.

No primeiro plano estão as variáveis sociodemográficas e também o grau de orientação à APS e a adequação estrutural. No segundo plano estão as variáveis

relacionadas à última consulta e condições do usuário que irão influenciar a relação médico paciente

O marco teórico fundamental da avaliação dos serviços de saúde é de Avedis Donabedian que propôs que a qualidade de um serviço pode ser abordada através do funcionamento adequado da tríade: “Estrutura, Processo e Resultado”. (DONABEDIAN, 1988) Para o autor a satisfação do usuário é um indicador que expressa Resultado, embora conceitue que não podemos utilizar a satisfação do usuário como uma medida da qualidade de um serviço. (DONABEDIAN, 1998)

De fato, segundo o consenso atual, a avaliação da qualidade deve basear-se tanto em critérios objetivos, como subjetivos, os primeiros reservados aos profissionais da saúde, os últimos dizendo respeito ao usuário. (ROUQUAYROL, 2012, CAMPBELL, 2002)

4 JUSTIFICATIVA

A avaliação dos serviços de saúde deve servir de instrumento para o contínuo aperfeiçoamento da qualidade do cuidado oferecido aos usuários, e também para fornecer substrato teórico para a atuação dos gestores, oportunizando que as decisões sejam baseadas em evidência. No Brasil, a incorporação do método epidemiológico às atividades dos serviços e ao planejamento do setor de saúde tem sido parcial. (MEDRONHO, 2009)

Em relação aos serviços de saúde da zona rural, sabe-se que o nível primário é ainda mais importante como porta de entrada do sistema de saúde do que nas cidades, logo, seu adequado funcionamento torna-se essencial para a qualidade do cuidado da sua população que reside na zona rural. (TARGA, 2012) Em muitas localidades a UBS é o único serviço próximo em termos de acesso ao sistema de saúde. Enquanto nas áreas urbanas a porcentagem média de pessoas com planos privados é de 29,7%, nas áreas rurais esse número é de 6,4%, embora haja diferenças entre as regiões do país. (IBGE, 2010)

Por isso a avaliação destes serviços por si só é tão importante para a qualidade da saúde da população rural.

Avaliar é uma forma de participação da construção e melhoramento do SUS, uma oportunidade para diferentes cidadãos (profissionais, gestores, usuários,

universidades) participarem da construção do SUS, sendo ao mesmo tempo um processo de aprendizagem e controle social. (TAKEDA e TALBOT, 2006)

5 OBJETIVO GERAL

Avaliar a estrutura e os processos do cuidado nas Unidades Básicas de Saúde da zona rural de Pelotas-RS, considerando-se o grau de orientação para a atenção primária à saúde e a adequação às características estruturais preconizadas pelo Ministério da Saúde. Estabelecer uma comparação com esses achados e a percepção de qualidade e satisfação dos usuários.

5.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Descrever aspectos da estrutura das UBS da Zona rural de Pelotas, mensurando o percentual de adequação destas às recomendações do Ministério da Saúde, utilizando como instrumento o questionário de estrutura concebido por Vitória. (VITORIA, 2013).

2. Estimar o grau de orientação para Atenção Primária à Saúde das UBS quanto à estrutura e processo por meio da percepção dos profissionais médicos e enfermeiros através da aplicação do PCATool.

3. Conhecer o perfil do profissional da saúde que atua na Zona Rural quanto a características socioeconômicas, vínculo empregatício, tempo de serviço na zona rural e formação acadêmica.

5. Conhecer como o usuário do serviço avalia o mesmo e qual o seu grau de satisfação com a última consulta.

6. Comparar o grau de satisfação dos usuários com o grau de orientação à APS e com o percentual de adequação da estrutura ao manual do MS.

7. Avaliar a associação entre satisfação dos usuários com a última consulta e:

Idade

Sexo

Escolaridade

Nível Socioeconômico

Tempo de espera.

Percepção do tratamento dado pela recepcionista

Percepção do tratamento dado pelo profissional de saúde (médico ou enfermeiro)

Grau de orientação à APS

Adequação estrutural das UBS conforme as orientações do MS

6 HIPÓTESES

1. Menos de 30% das UBS estarão adequadas às recomendações do Ministério da Saúde.

2. Em torno de 40 % das UBS terão alto escore de orientação para APS. ($\geq 6,6$ pontos)

3. A maioria dos profissionais médicos serão homens e dos profissionais enfermeiros serão mulheres. No grupo dos enfermeiros haverá mais profissionais com formação em APS. Em ambos os grupos a maioria terá mais de um emprego. A maioria trabalhará na UBS por mais de 5 anos.

4. Em torno de 50% dos usuários avaliarão o serviço como satisfatório e, em torno de 65% avaliarão a última consulta como satisfatória.

5. O maior grau de satisfação com a última consulta ocorrerá em: indivíduos com mais de 40 anos, com maior escolaridade, nível socioeconômico mais elevado e entre aqueles com boa relação com o recepcionista e profissional da saúde. O menor grau de satisfação com a última consulta estará associado com o maior o tempo de espera para ser atendido.

6. Serviços com alto grau de orientação à APS e com maior percentual de adequação à estrutura terão usuários mais satisfeitos com a última consulta, ocorrida nos últimos três meses, e uma população com uma melhor percepção da qualidade do serviço.

7 DEFINIÇÃO OPERACIONAL DO DESFECHO

Satisfação com a UBS: será considerado satisfeito com a UBS, todo o usuário que escolher as faces 1,2 e 3 da escala de faces de Andrews (Apêndice D) para a pergunta “Qual sua opinião sobre a unidade de saúde (posto de saúde) do seu bairro?”

Satisfação com a última consulta: será considerado satisfeito com a UBS, todo o usuário que escolher as faces 1,2 e 3 da escala de faces de Andrews para a pergunta “Como o Sr.(a) classificaria essa consulta”

8 DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS INDEPENDENTES

Variável	Tipo de variável	Maneira de coletar
Idade	Numérica discreta	Idade em anos completos
Sexo	Categórica binária	Masculino ou feminino
Escolaridade	Numérica discreta	Anos completos
Classe socioeconômica	Categórica ordinal	A,B,C,D e E
Tempo de espera	Categórica ordinal	Dividida em 5 categorias
Bem atendido pelo recepcionista	Categórica binária	Escala de faces
Bem atendido pelo profissional de saúde	Categórica binária	Escala de faces
Facilidade em conseguir consulta	Categórica binária	Sim ou Não
Grau de orientação à APS	Numérica discreta	Em escala de 0 a 10
Adequação estrutural	Numérica discreta	Em escala de 0 a 100%

Quadro 1: Variáveis independentes

Definição das variáveis independentes

Grau de orientação para a APS: será considerada alta quando o escore geral do PCATool for maior ou igual a 6.6 e baixo quando for menor que 6.6

Percentual de adequação às recomendações do Ministério da saúde: será considerado adequado quando atender as seguintes características:

1. Máximo de 4 mil habitantes por UBS
2. Território claramente definido
3. Equipe completa composta por médico, enfermeiro, dentista, auxiliar de saúde bucal ou técnico, auxiliar de enfermagem ou técnico, agente comunitário de saúde (ACS)
4. Máximo de 750 pessoas por ACS
5. Máximo de 12 ACS por UBS
6. Carga Horária de 40 horas para os médicos, enfermeiros e odontólogos
7. Área física com espaço para recepção, arquivos, sala de vacinação
8. Sala de observação
9. Sala de espera com espaço para 15 pessoas/UBS
10. Disponibilidade de medicamentos da lista básica
11. Oferta de consultas por habitantes acima de 2,34
12. Uma sistemática de avaliação das ações
13. Presença de Conselho Local de Saúde
14. Sistema de referência e contra-referência

Os dados sobre adequação estrutural serão obtidos através de um questionário que será respondido pelo gestor da unidade (Anexo B)

Após a constatação da adequação ou não dos itens citados será mensurado em termos percentuais afim de comparação entre as UBS.

8.1 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS DO DESFECHO

O instrumento de coleta de dados do desfecho é um questionário composto por 13 perguntas (Apêndice D) que buscam discriminar o desfecho e conhecer os fatores associados ao mesmo, foi produzido pela autora do projeto em trabalho conjunto com a orientadora e coorientador. Esse questionário faz parte de um instrumento maior (questionário geral) cuja finalidade é reunir os questionários dos demais mestrados do programa e, incluir perguntas que visem descrever os indivíduos do estudo em termos socioeconômicos, laborais, comportamentais e demográficos.

9 METODOLOGIA

O projeto será executado em duas etapas; primeiro será realizado um subestudo para avaliar todas as UBS da Zona Rural de Pelotas quanto a Estrutura e Processo, e então, será realizado um consórcio de pesquisa de base populacional para avaliar a percepção e satisfação do usuário sobre as referidas UBS.

9.1 METODOLOGIA DO SUBESTUDO

O subestudo será um estudo transversal descritivo que visa avaliar aspectos relacionados à Estrutura e Processo de todas as UBS da Zona Rural de Pelotas (Apêndice A). Ao todo são 13 UBS, sendo que apenas duas não são ESF (Santa Silvana e Cascata). Nessas 13 UBS trabalham 29 profissionais médicos e enfermeiros. Para tal serão utilizados três instrumentos. Primeiro vai ser aplicado aos médicos e enfermeiros um questionário geral de 13 questões que incluem informação sobre dados demográficos, vínculo empregatício, formação acadêmica, rendimento mensal e grau de satisfação com o serviço. Após será aplicado nos gestores das UBS um questionário que teve por inspiração o Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde que tem por objetivo avaliar a adequação das Unidades às orientações do Ministério da Saúde. E então será aplicado o PCATool versão profissionais a todos os médicos e enfermeiros que atuam nas referidas UBS. O PCATool versão profissionais de saúde mede a extensão e cumprimento dos atributos da APS, assim avalia a orientação à APS através da experiência dos profissionais de saúde. Ambos os instrumentos serão aplicados pela mestrandia durante os meses de setembro e outubro de 2015 após um estudo piloto que será realizado em três UBS administradas pela UFPel na zona urbana de Pelotas (Vila Municipal, Areal Leste e Centro Social Urbano).

Descrição do PCA tool Brasil versão profissionais: é um questionário composto por 77 perguntas divididas em 8 blocos. (Anexo A)

1. Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (A). Constituído por 9 perguntas.
2. Longitudinalidade (B). Constituída por 13 perguntas.

3. Coordenação – Integração de Cuidados (C) Constituída por 6 perguntas.
4. Sistema de Informações(D). Constituído por 3 perguntas
5. Integralidade - Serviços disponíveis(E). Constituído por 22 perguntas.
6. Integralidade – Serviços Prestados (F). Constituído por 15 perguntas.
7. Orientação Familiar (G). Constituído por 3 perguntas.
8. Orientação Comunitária (H). Constituído por 6 perguntas.

9.2 METODOLOGIA DO ESTUDO DE BASE POPULACIONAL

Será realizado através de um consórcio de pesquisa onde após um processo de amostragem, será selecionado uma amostra representativa da população que será submetida a um questionário padronizado, aplicado em inquérito domiciliar.

9.3 JUSTIFICATIVA DO DELINEAMENTO

Os estudos transversais têm sido uma metodologia amplamente utilizada para avaliação de serviços de saúde, por possuir alto poder descritivo. São especialmente úteis para o planejamento e monitoramento dos mesmos. Além disso, possuem agilidade em sua realização e relativo baixo custo orçamentário, quando comparados a outros delineamentos de pesquisa.

9.4 ELEGIBILIDADE

- *Crítérios de Inclusão:* serão incluídos no estudo os moradores da zona rural do município de Pelotas com mais de 18 anos. Serão considerados moradores aqueles cujo domicílio é seu local de residência habitual na data da entrevista.

- *Crítérios de Exclusão:* Não farão parte do estudo indivíduos com incapacidade para comunicação verbal, com incapacidade cognitiva ou mental para responder ao questionário.

9.5 TAMANHO DE AMOSTRA

Os cálculos foram realizados usando o programa OpenEpi¹ com base nos objetivos e hipóteses descritos acima. A ferramenta “proporção” foi utilizada para realizar as projeções de tamanho da amostra. Primeiro foi calculado o tamanho de amostra para a prevalência de satisfação do usuário com a UBS de 60%, conforme valor encontrado na literatura (MOIMAZ, MARQUES *et al.* 2010). Após foi calculado o tamanho de amostra com uma prevalência de 50%. Foram utilizados para as projeções de tamanho de amostra erro alfa de 5% , intervalo de confiança de 95% e efeito de delineamento de 2. Para todas as projeções foi acrescido 10% para perdas e recusas.

Satisfação com a UBS	Erro aceitável	Tamanho da amostra	Amostra + 10%
50%	2 p.p	4791	5270
50%	3 p.p	2132	2345
50%	4 p.p	1200	1320
60%	2 p.p	4600	5060
60%	3 p.p	2047	2251
60%	4 p.p	1152	1267

Quadro 2: Cálculo tamanho de amostra para prevalência de satisfação com a UBS

Também foi calculado o tamanho de amostra necessário para o desfecho satisfação com a última consulta. Conforme encontrado na literatura (BASTOS e FASOLO, 2013) a satisfação com a última consulta seria em torno de 87%. Conforme a projeção anterior foi utilizado erro alfa de 5%, intervalo de confiança de 95% e efeito de delineamento de 2. Também para todos os cálculos foi acrescido 10% para perdas e recusas. Porém, é necessário levar em conta que em torno de 60.6% da população estudada de fato consultou nos últimos 3 meses (BASTOS e FASOLO, 2013)

Satisfação com a última consulta	Erro aceitável	Tamanho da amostra	Amostra + 10%
50%	2 p.p	7985	8783

¹ Disponível em: <http://www.openepi.com/Menu/OE_Menu.htm>

50%	3 p.p	3538	3891
50%	4 p.p	2000	2200
87%	2 p.p	3616	4338
87%	3 p.p	1610	1771
87%	4 p.p	905	995

Quadro 3: Cálculo tamanho de amostra para satisfação com consulta.

Foi calculado também o tamanho de amostra para algumas associações com o desfecho “satisfação com a última consulta”. Para todas as situações foi utilizado poder de 80, nível de significância de 95 e foi acrescentado 10% para perdas e recusas e 15% para fatores de confusão.

Exposição (expostos)	Razão Não Exposto/ Exposto	Prevalência entre Não Expostos	RR	N	Perdas Recusas e Fatores de confusão
Idade (>40anos)	38:62	81	1.1	680	860
Classe Social (D/E)	36:63	91	0.8	173	219
Escolaridade (>9 anos)	19:81	86	1.07	1399	1769
Facilidade em conseguir consulta (sim)	22:78	66	1.2	546	690
Bem tratado pelo recepcionista (sim)	6:94	57	1.03	2736	3460
Bem tratado pelo médico (sim)	3:97	10	5.1	675	512
Sexo (feminino)	47:53	18	1.4	1103	1394

Quadro 4: Cálculo tamanho de amostra para associações.

9.6 SELEÇÃO DA AMOSTRA

Este projeto faz parte de um consórcio de pesquisa sobre a saúde da população adulta residente na zona rural de Pelotas. Para tal, cada mestrando calculou o tamanho de amostra necessário para seu objetivo de interesse. Foi considerado em todos os cálculos o acréscimo de 10% para compensar perdas e

recusas, 15% para controle de fatores de confusão e um efeito do delineamento em torno de 2. A oficina de amostragem foi realizada pela professora convidada Regina Tomie Ivata Bernal e coordenada pelos professores Aluísio Barros, Elaine Tomasi, Helen Denise Gonçalves da Silva e Maria Cecília Assunção. Ocorreu em Setembro de 2015, onde foi definido o maior tamanho de amostra necessário para que todos os mestrandos conseguissem desenvolver seus trabalhos, levando em consideração questões logísticas e financeiras.

A amostra mínima necessária era de 1900 adultos (18 anos ou mais). Considerando uma relação de dois adultos por domicílio, para encontrar esse número de indivíduos seria necessário incluir 950 domicílios da zona rural do município de Pelotas. Definiu-se que seriam selecionados 42 domicílios por setor para possibilitar a identificação de 84 adultos nos mesmos, o que implicou na inclusão de 24 setores censitários.

O processo de amostragem foi feito em dois estágios. Primeiramente, foram listados os 50 setores censitários da zona rural de acordo com a malha do Censo de 2010 (IBGE, 2010). Os setores que possuíam sete domicílios ou menos foram excluídos. Isto resultou em 45 setores censitários que foram selecionados de forma sistemática. Para a seleção dos domicílios, foi definido um “pulo” proporcional ao tamanho do setor e, posteriormente, será feita a seleção sistemática dos mesmos.

9.7 ESTUDO PILOTO

O estudo piloto será realizado no município de Arroio do Padre (RS), município este que fez parte do município de Pelotas até o ano de 1996 e que possui uma população muito semelhante à que será objeto desta pesquisa. O estudo piloto será realizado após a completa elaboração do questionário geral (incluindo a questão de todos os mestrandos) e seleção e treinamento dos entrevistadores. O estudo piloto tem por objetivo testar a clareza e consistência das questões a serem respondidas pelos entrevistados e também de estimar o tempo médio de cada entrevista a fins de planejar melhor a logística do trabalho de campo.

9.8 SELEÇÃO E TREINAMENTO DOS ENTREVISTADORES

A seleção dos entrevistadores será feita através da avaliação através da divulgação do processo seletivo. A divulgação da seleção será feita em diversos meios de comunicação: website da Universidade Federal de Pelotas e do Centro de Pesquisas Epidemiológicas, jornal Diário Popular e via Facebook do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia (PPGE) e dos mestrandos do curso. Serão selecionadas entrevistadoras do sexo feminino, com pelo menos 18 anos, com ensino médio completo e disponibilidade de tempo integral para a realização do trabalho.

O processo de seleção transcorrerá através da avaliação desempenho no treinamento, avaliação curricular, experiência prévia em pesquisa, entrevistas e prova teórica. As entrevistadoras serão familiarizadas com o questionário, com o manual de instruções, com o instrumento de notação dos dados (o software Redcap®, disponível através de tablets) e serão submetidas a um processo de padronização de medidas antropométricas e aferições por um antropometrista treinado, com experiência de campo. No processo de seleção também ocorrerá a realização do estudo piloto, que fará parte da avaliação prática das entrevistadoras. Com base nesses critérios, as melhores entrevistadoras serão selecionadas, e, sendo possível, será concomitantemente realizado um cadastro de entrevistadoras suplentes, para eventual necessidade subsequente de preenchimento de vagas.

9.9 LOGÍSTICA DO TRABALHO DE CAMPO

O trabalho de campo será realizado com o fim de atingir aos objetivos propostos nos projetos do consórcio de pesquisa da turma de mestrado 2015/2016 do PPGE/UFPel. Os mestrandos serão responsáveis pela supervisão do trabalho de campo e dos entrevistadores. O trabalho de campo se constituirá na coleta de dados os domicílios selecionados conforme o processo de amostragem. O prédio do Centro de Pesquisas em Saúde Dr. Amílcar Gigante, da UFPel, servirá como núcleo do trabalho de campo, onde haverá um determinado número de supervisores

diariamente, com as responsabilidades referentes a esta etapa de coleta de dados e que serão definidas posteriormente.

Em relação à coleta de dados, a utilização do software Redcap® possibilitará a entrada das informações de modo direto no banco de dados, através de codificação automática das respostas, com a facilidade de limitar a necessidade do processo de dupla digitação. O software descarregará as informações para um computador localizado no núcleo de trabalho, disponibilizado a todos os mestrandos para posterior verificação das informações disponíveis. Todos os mestrandos receberão treinamento para uso do software antes dos entrevistadores e da coleta dos dados. Cada entrevistador usará um tablet com o software instalado, disponibilizado pelo PPGE. As entrevistas se darão nos domicílios dos indivíduos que compõem a amostra. Após as entrevistas, os entrevistadores revisarão e codificarão apenas as perguntas em aberto, com o auxílio de seu supervisor de campo, já que os demais dados serão diretamente inseridos pelo software. Serão consideradas perdas as entrevistas que não puderem ser realizadas após, no mínimo, três novas tentativas de entrevista em dias e horários diferentes. Pelo menos uma das tentativas será realizada pelo supervisor do trabalho de campo.

9.10 CONTROLE DE QUALIDADE

O controle de qualidade será realizado pelos supervisores do trabalho de campo. Em 10% dos domicílios, a entrevista será refeita com a aplicação de um questionário reduzido, de forma a possibilitar a comparação dos dados coletados pelas entrevistadoras e assim comprovar a veracidade da entrevista.

A checagem da consistência das informações será feita através de análise de concordância com o índice Kappa. Além disso, a constante supervisão dos mestrandos e a verificação semanal de inconsistências no banco de dados também visam garantir a qualidade do estudo.

9.11 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados será realizada no programa estatístico STATA versão 12.0. Será realizada uma análise descritiva das variáveis independentes para a caracterização da amostra. Para as variáveis categóricas serão apresentados os cálculos de prevalências e seus respectivos intervalos de confiança de 95%. Para as variáveis numéricas será realizado o cálculo da média, da mediana e do desvio padrão. Serão realizadas análises bivariadas para avaliar a associação entre as variáveis independentes e o desfecho. Para todas as análises será adotado um nível de significância de 5%. O efeito de delineamento será considerado em todas as análises.

10 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa será encaminhado e submetido à aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas.

Todos os participantes serão esclarecidos previamente sobre o estudo e apenas responderão ao questionário após a assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Será garantido aos participantes o sigilo das informações prestadas.

11 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados do estudo serão divulgados através da apresentação da dissertação, exigida à obtenção do título de Mestre em Epidemiologia, bem como da publicação total ou parcial dos resultados em formato de artigo em periódicos científicos, e de nota à imprensa local com os principais resultados. Também, será elaborado material informativo sobre as condições de vida e saúde da população de adultos da zona rural de Pelotas, que será entregue à população-alvo deste estudo.

12 ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO

O consórcio de pesquisa será financiado pelo Programa de Pós-graduação em Epidemiologia (PPGE), da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e, se necessário, pelos mestrandos.

REFERÊNCIAS

- AKERMAN, M; NADANOVSKY, P. Avaliação dos serviços de saúde: avaliar o quê? *Cadernos de Saúde Pública* 8: 361-365, 1992.
- ATKINSON, S. J. Anthropology in research on the quality of health services. *Cadernos de Saúde Pública* 9: 283-299, 1993.
- BASTOS, G. A. N; FASOLO, L. R. Fatores que influenciam a satisfação do paciente ambulatorial em uma população de baixa renda: um estudo de base populacional. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 16: 114-124, 2013.
- BASTOS, G. A. N., SANTOS, I. S; COSTA, J. S. D. d, CAPILHEIRA, M. F. Uso de serviços ambulatoriais nos últimos 15 anos: comparação de dois estudos de base populacional. *Rev. bras. epidemiol* 14(4): 620-632, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de Estrutura Física das Unidades Básica de Saúde*, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde – Primary Care Assessment Tool*, Departamento de Atenção Básica, 2010.
- BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem Populacional. Censo 2010.
- CAPILHEIRA, M. F; SANTOS, I. d. S. d. Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos. *Rev Saúde Pública* 40(3): 436-443, 2006.
- CHOMATAS, E. et. a. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 2013.
- COTTA, R. M. M., REIS, R. S. A. L; K. C. S; CARVALHO, K. C. S; BATISTA, CASTRO, F. A. F. d; R. d. C. G. Alfenas. Reflexões sobre o conhecimento dos usuários no contexto do Programa de Saúde da Família: a lacuna entre o saber técnico e o popular Physis: *Revista de Saúde Coletiva* 18: 745-766, 2008.
- CREVELIM, M. A.; PEDUZZI, M. Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários?. *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 323-331, 2005.
- CRUZ, M. M. d. Avaliação: conceitos e métodos. *Cadernos de Saúde Pública* 28: 1414-1415, 2012.

CRUZ, P. J. S. C; VIEIRA, S. C. R; MASSA, N. M; ARAÚJO T. A. M de. et. al. Desafios para a participação popular em saúde: reflexões a partir da educação popular na construção de conselho local de saúde em comunidades de João Pessoa, PB. *Saúde e Sociedade* 21: 1087-1100, 2012.

CASTRO, R. C. L. de; KNAUTH, D. R; HARZHEIM, E; et. al. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços Quality assessment of primary care by health professionals: a comparison of diferente. *Cad. Saúde Pública* 28(9): 1772-1784, 2012.

CUBA-FUENTES, Maria; JURADO, Gabriel; ESTRELLA, Eva. Evaluación del cumplimiento de los atributos de la Atención Primaria y grado de satisfacción de los usuarios de un establecimiento de primer nivel de atención. *Rev Med Hered*, Lima, v. 22, n. 1, 2011.

DONABEDIAN, A. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, Mich., *Health Administration Press*, 1980.

DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed?" *Jama* 260(12): 1743-1748, 1988.

ESPERIDIÃO, M. Avaliação de satisfação de usuários. *Ciência & Saúde Coletiva* 10: 303-312, 2005.

FACCHINI, L; COSTA, J. Utilização de serviços ambulatoriais em Pelotas: onde a população consulta e com que frequência. *Rev Saúde Pública* 31: 360-369 1997.

FACCHINI, L. A; PICCINI, R. X; TOMASI, E; et. al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 11: 669-681, 2006.

FENDALL, N. R. E. DECLARATION OF ALMA-ATA. *The Lancet* 312(8103): 1308.

FERREIRA FILHO, J; CAVALCANTI, M., CADILHE, G., VILAÇA, A. et. al. Avaliação de qualidade de serviços de saúde mental no Município de Niterói-RJ. A satisfação do usuário como critério avaliador. *J Bras Psiquiat* 45(7): 393-402, 1996.

FRANCO, S. C; CAMPOS, G. W. de Sousa. Avaliação da qualidade de atendimento ambulatorial em pediatria em um hospital universitário Quality-of-care assessment in a university hospital pediatric clinic. *Cad. Saúde Públ* 14(1): 61-70, 1998.

GULLIFORD, M. C; JACK, R. H; ADAMS, G. et. al. Availability and structure of primary medical care services and population health and health care indicators in England. *BMC Health Serv Res* 4(1): 12, 2004.

HABICHT, J. P; VICTORA, C. G; VAUGHAN, J. P. Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. *International Journal of Epidemiology* 28(1): 10-18, 1999.

HALAL, I. S; SPARRENBURGER, F; BERTONI, A. M. C. et. al. Avaliação da qualidade de assistência primária à saúde em localidade urbana da região sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública* 28: 131-136, 1994.

HARRIS, M; HAINES, A. Brazil's Family Health Programme, 2010.

HARZHEIM, E; STARFIELD, B. L. Rajmil, ÁLVAREZ-DARDET, C. et. al. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil." *Cadernos de Saúde Pública* 22: 1649-1659, 2006.

KLOETZEL, K.; BERTONI, A. M.; M. C. IRAZOQUI, V. P. G. CAMPOS et. al. Controle de qualidade em atenção primária à saúde. I–A satisfação do usuário Quality control in primary health care. I–Consumer satisfaction. *Cad. Saúde Pública* 14(3): 623-628, 1998.

KOLLING, J. Orientação à atenção primária à saúde das equipes de saúde da família nos municípios do projeto telessaúde RS: *estudo de linha de base*. 2008. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) UFRGS, 2008.

LEÓN, F; LUNDGREN, R; HUAPAYA, A; SINAI, I; JENNINGS, V.: Challenging the courtesy bias interpretation of favorable clients' perceptions of family planning delivery. *Eval Rev.* 31 (1): 24-42. 2007.

LIMA-COSTA, M. F; LOYOLA FILHO, A. I. d. Fatores associados ao uso e à satisfação com os serviços de saúde entre usuários do Sistema Único de Saúde na Região Metropolitana de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais, Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 17: 247-257, 2008.

MACINKO, J., SOUZA, F. Marinho de M; GUANAIS, F. C. et. al. Going to scale with community-based primary care: an analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999-2004. *Soc Sci Med* 65(10): 2070-2080, 2007.

MALOUIN, R. A., STARFIELD, B. M; SEPULVEDA, J. Evaluating the tools used to assess the medical home. *Manag Care* 18(6): 44-48, 2009.

MEDRONHO, R. A. Epidemiologia. São Paulo. Atheneu, 2009.

MOIMAZ, S. A. S., MARQUES, J. A. M. et. al. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* 20: 1419-1440, 2009.

MORALES, L. G; BLANCO, J. Humberto. Sobre la renovación de la atención primaria de salud en las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública* 22: 292-293, 2007.

OVRETVEIT, J. Evaluating health interventions: an introduction to evaluation of health treatments, services, policies and organizational interventions, *McGraw-Hill International*, 1998.

PEREIRA, M. J. B., ABRAHÃO-CURVO, P., C. M. FORTUNA, S. d. COUTINHO, S., et. al. Avaliação das características organizacionais e de desempenho de uma unidade de Atenção Básica à Saúde." *Revista Gaúcha de Enfermagem* 32: 48-55, 2009.

PICCINI, R. X., FACCHINI, L. A., TOMASI, E. et. al. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 11: 657-667, 2006.

RAMOS, D. D. M. LIMA, A. D. da Silva. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil Health care access and receptivity to users in a unit in Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil. *Cad. saúde pública* 19(1): 27-34, 2003.

ROUQUAYROL, M. Z. Epidemiologia & Saúde, 7ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2012.

ROWAN, M. S., LAWSON, B., MACLEAN, C. et. al. Upholding the principles of primary care in preceptors' practices. *Fam Med* 34(10): 744-749, 2012.

SAMICO, I., Z. M. d. HARTZ, A; FELISBERTO, E. Atenção à saúde da criança: uma análise do grau de implantação e da satisfação de profissionais e usuários em dois

municípios do estado de Pernambuco, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* 5: 229-240, 2005.

SANTOS, M. P. d. Avaliação da qualidade dos serviços públicos de atenção a saúde da criança sob a ótica do usuário. *Revista Brasileira de Enfermagem* 48: 109-119, 1995.

SCHNEIDER, H. PALMER, N. Getting to the truth? Researching user views of primary health care. *Health Policy and Planning* 17(1): 32-41, 2002.

SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. *Ciência & Saúde Coletiva* 5: 187-192, 2000.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. *Revista Crítica de Ciências Sociais* 85: 65-82, 2009.

STARFIELD, B. Primary care. Concept, evaluation and policy. 1992.

STARFIELD, B. Atenção Primária - Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia., 2005.

STARFIELD, B., L. Shi; MACINKO, J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 83(3): 457-502, 2005.

TAKEDA, S; TALBOT, Y. Avaliar, uma responsabilidade. *Ciência & Saúde Coletiva* 11: 569-571, 2006.

TARGA, L. V. *A Prática da Medicina Rural*. Porto Alegre, Artmed, 2012.

TRAD, L. A. B; BASTOS. A. C. d. S. BASTOS. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. *Cadernos de Saúde Pública* 14: 429-435, 1998.

TRAD, L. A.B. *et al* . Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. *Ciênc. saúde coletiva*, São Paulo , v. 7, n. 3, p. 581-589, 2002.

TURRINI, Ruth Natalia Teresa; LEBRAO, Maria Lúcia; CESAR, Chester Luiz Galvão. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 24, n. 3, p. 663-674, Mar. 2008.

UCHIMURA, K. Y; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. *Cadernos de Saúde Pública* 18: 1561-1569, 2002.

VITORIA, A. M., HARZHEIM, E., TAKEDA, S. P. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em Chapecó, Brasil. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade* 8(29): 285-293, 2013.

WHO. The World Health Report 2008 - primary Health Care (Now More Than Ever)." 08/2015, 2008.

ANEXOS

ANEXO A – PCATool-VERSÃO PROFISSIONAIS

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Profissionais A - ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - ACESSIBILIDADE <i>Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.</i>					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
A1 - Seu serviço de saúde está aberto sábado ou domingo?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
A2 - Seu serviço de saúde está aberto, pelo menos em alguns dias da semana até as 20 hs?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
A3 - Quando seu serviço de saúde está aberto e algum paciente adoece, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
A4 - Quando o seu serviço de saúde está aberto, os pacientes conseguem aconselhamento rápido pelo telefone quando julgam ser necessário?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
A5 - Quando seu serviço de saúde está fechado existe um número de telefone para o qual os pacientes possam ligar quando adoecem?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
A6. Quando seu serviço de saúde está fechado aos sábados e domingos e algum paciente seu fica doente, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
A7 - Quando seu serviço de saúde está fechado à noite e algum paciente fica doente, alguém de seu serviço o atende naquela noite?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
A8 - É fácil para um paciente conseguir marcar hora para uma consulta de revisão de saúde (consulta de rotina, check-up) no seu serviço de saúde?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
A9 - Na média, os pacientes têm de esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo médico ou pelo enfermeiro (sem contar a triagem ou o acolhimento)?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Profissionais

B - LONGITUDINALIDADE

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavel- mente, sim	Provavel- mente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
B1 – No seu serviço de saúde, os pacientes são sempre atendidos pelo mesmo médico/enfermeiro?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
B2 – Você consegue entender as perguntas que seus pacientes lhe fazem?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
B3 – Seus pacientes entendem o que você diz ou pergunta a eles?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
B4 – Se os pacientes têm uma pergunta, podem telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que os conhece melhor?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
B5 – Você dá aos pacientes tempo suficiente para falarem sobre as suas preocupações ou problemas?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
B6 – Você acha que seus pacientes se sentem confortáveis ao lhe contar suas preocupações ou problemas?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
B7 – Você conhece mais seus pacientes como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
B8 – Você sabe quem mora com cada um de seus pacientes?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
B9 – Você entende quais problemas são os mais importantes para os pacientes que você atende?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
B10 – Você conhece o histórico de saúde completo de cada paciente?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
B11 – Você sabe qual o trabalho ou emprego de cada paciente?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
B12 – Você teria conhecimento caso seus pacientes não conseguissem as medicações receitadas ou tivessem dificuldades de pagar por elas?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
B13 – Você sabe todos os medicamentos que seus pacientes estão tomando?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

PCATool - Brasil versão Profissionais

C - COORDENAÇÃO - INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
C1 – Você tem conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem a especialistas ou serviços especializados?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
C2 – Quando seus pacientes necessitam um encaminhamento, você discute com os pacientes sobre diferentes serviços onde eles poderiam ser atendidos?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
C3 – Alguém de seu serviço de saúde ajuda o paciente a marcar a consulta encaminhada?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
C4 – Quando seus pacientes são encaminhados, você lhes fornece informação escrita para levar ao especialista ou serviço especializado?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
C5 – Você recebe do especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o paciente encaminhado?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
C6 – Após a consulta com o especialista ou serviço especializado, você fala com seu paciente sobre os resultados desta consulta?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

PCATool - Brasil versão Profissionais

D - COORDENAÇÃO - SISTEMA DE INFORMAÇÕES

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavel- mente, sim	Provavel- mente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
D1 – Você solicita aos pacientes que tragam seus registros médicos recebidos no passado (ex.: boletins de atendimento de emergência ou relatório hospitalar)?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D2 – Você permitiria aos pacientes examinar seus prontuários se assim quisessem?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D3 – Os prontuários do paciente estão disponíveis quando você os atende?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Profissionais

E - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS DISPONÍVEIS

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

Se um paciente tem necessidade de qualquer dos seguintes serviços poderia obtê-los no seu serviço de saúde? (Repetir essa frase a cada 3-4 itens)

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
E1 – Aconselhamento nutricional.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E2 – Imunizações.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E3 – Verificação se as famílias podem participar de algum programa ou benefício de assistência social.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E4 – Avaliação da saúde bucal.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E5 – Tratamento dentário.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E6 – Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E7 – Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas).	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E8 – Aconselhamento para problemas de saúde mental.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E9 – Sutura de um corte que necessita de pontos.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E10 – Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E11 – Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar).	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E12 – Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar).	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E13 – Colocação de tala (ex: para tornozelo torcido).	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

PCATool - Brasil versão Profissionais

E - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS DISPONÍVEIS

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

Se um paciente tem necessidade de qualquer dos seguintes serviços poderia obtê-los no seu serviço de saúde? (Repetir essa frase a cada 3-4 itens)

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
E14 – Remoção de verrugas.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E15 – Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste Pap-panicolau).	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E16 – Aconselhamento sobre como parar de fumar.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E17 – Cuidados pré-natais.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E18 – Remoção de unha encravada.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E19 – Orientações sobre cuidados em saúde caso o paciente fique incapacitado e não possa tomar decisões (ex: coma).	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E20 – Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex: diminuição da memória, risco de cair).	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E21 – Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da família do paciente como: curativos, troca de sondas, banho na cama.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E22 – Inclusão em programa de suplementação alimentar (ex: leite e alimentos).	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Profissionais

F - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS PRESTADOS

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

Pergunte: Você atende pacientes (leia as alternativas):

- ☐ de todas as idades
☐ somente crianças e adolescentes (menores de 18 anos)
☐ somente adultos

Conforme a resposta acima, oriente o entrevistado da seguinte forma:

Se você atende todas as idades, por favor responda todas as perguntas desta seção (F1 a F15).

Se você atende apenas crianças, por favor não responda as perguntas F4 a F13.

Se você atende apenas adultos, por favor não responda as perguntas F14 a F15.

Perguntas F1 – F3 se aplicam a todas faixas etárias

Você discute os seguintes assuntos com seus pacientes ou seus responsáveis? (repita esta pergunta a cada 3 itens)

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
F1 – Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
F2 – Segurança no lar, ex: como guardar medicamentos em segurança.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
F3 – Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança, assentos seguros para crianças ao andar de carro, evitar que crianças tenham queda de altura.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

Perguntas F4 – F13 se aplicam apenas a adultos (18 anos e acima).

Entrevistador pergunte: “Você discute os seguintes assuntos com seus pacientes ?”

F4 – Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
F5 – Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
F6 - Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
F7 - Verificar e discutir os medicamentos que o paciente está usando.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
F8 - Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno para formiga/para rato, água sanitária), no lar, no trabalho, ou na vizinhança do paciente.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
F9 - Pergunta se o paciente tem uma arma de fogo e orienta como guardá-la com segurança.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
F10 - Como prevenir queimaduras causadas por água quente, óleo quente.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
F11 - Como prevenir quedas.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
F12 - Prevenção de osteoporose em mulheres.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
F13 - Cuidado de problemas comuns relativos a menstruação ou a menopausa.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

As perguntas F14 - F15 se aplicam apenas a crianças.

Entrevistador pergunte: "Os seguintes assuntos são discutidos com a criança e pais/responsável?"

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
F14 - Maneiras de lidar com os problemas de comportamento das crianças.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
F15 - Mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança esperadas para cada faixa etária.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

PCATool - Brasil versão Profissionais

G - ORIENTAÇÃO FAMILIAR

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavel- mente, sim	Provavel- mente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
G1 – Você pergunta aos pacientes quais suas idéias e opiniões ao planejar o tratamento e cuidado do paciente ou membro da família?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
G2 – Você pergunta sobre doenças e problemas de saúde que possam ocorrer nas famílias dos pacientes?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
G3 – Você está disposto e capaz de atender membros da família dos pacientes para discutir um problema de saúde ou problema familiar?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

PCATool - Brasil versão Profissionais

H - ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
H1 – Você ou alguém do seu serviço de saúde faz visitas domiciliares?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
H2 – Você crê que seu serviço de saúde tem conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade que atende?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
H3 – Seu serviço de saúde ouve opiniões e idéias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
Seu serviço de saúde usa os seguintes métodos para monitorar e/ou avaliar a efetividade dos serviços/programas?					
H4 – Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
H5 – Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
H6 – Presença de usuários no Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor, Conselho de Usuários).	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

ANEXO B.QUESTIONÁRIO PARA SER APLICADO NO GESTOR DA UNIDADE

A.Dados de Identificação	
A1. Nome completo	_____
A2. Sexo	() 1 Masculino 2 Feminino
A3. Data de Nascimento	/ /
A4. Qual a sua profissão? ()	1 Médico(a)
	2 Enfermeiro(a)
	3 Odontólogo(a)
	4 Outra
A5. Qual a data de sua formatura?	/ /
A6. Você possui especialização?	
	() 1 sim 2 não
Se a resposta for NÃO, passe para a questão A8.	
A7.Qual a especialização?	A() B () C() D()
1.	Medicina de Família (residência)
2.	Medicina de Família (prova de título)
3.	Clínica médica (residência)
4.	Clínica médica (prova de título)
5.	Pediatria (residência)
6.	Pediatria (prova de título)

7.	Saúde Pública (curso de especialização)
8.	Saúde de família (especialização)
9.	Ginecologia (residência)
10.	Ginecologia (prova de título)
11.	Enfermagem comunitária (especialização)
12.	Enfermagem comunitária (residência)
13.	Medicina Preventiva e Social (residência)
14.	Gestão em Saúde Família
15.	Outras
A8. Você realizou curso introdutório em Saúde da Família?	
() 1 sim 2 não	
A9. Você já participou de cursos de formação de gestores em saúde pública?	
() 1 sim 2 não	
B. Dados da Unidade de Saúde	
B1. Data de aplicação do questionário: / /	
B2. Nome da Unidade de Saúde: _____	
B3. Tipo de serviço de saúde: ()	
1.	Unidade Estratégia Saúde da Família
2.	Unidade Básica Tradicional

B4. Quantos profissionais trabalham na Unidade? (escrever o número de profissionais entre os parênteses)		
1.	Médicos de Família	()
2.	Pediatras	()
3.	Ginecologistas	()
4.	Clínicos	()
5.	Enfermeiros	()
6.	Técnicos de Enfermagem	()
7.	Auxiliares de enfermagem	()
8.	Técnicos administrativos	()
9.	Serviços Gerais	()
10.	Agentes Comunitários de Saúde	()
11.	Dentistas.....	()
12.	Auxiliar de consultório dentário.	()
13.		()
B5. Há quanto tempo é coordenador desta unidade (em anos)?		
B6. Teve outra experiência como gestor?		
() 1 sim 2 não		
Se a resposta for NÃO, passe para a questão númeroB9.		

B7. Qual foi a experiência como gestor?
A.....
B.....
B8. Por quanto tempo?
A.....
B.....
B9. A gestão da UBS usa sistemas de informação?
() 1 sim 2 não 9 não sei
Se a resposta for NÃO, passe para a questão número B11.
B10. Que sistema é utilizado pela gestão da UBS?
1 () E-SUS
2 () DATASUS
3 () Outros. Quais?.....
B11. Há algum sistema para que o usuário expresse a sua avaliação da Unidade?
1. () Não
2. () Ouvidoria
3. () Caixa de sugestões na Unidade
4. () Outro

C. DADOS DO TERRITÓRIO E ESTRUTURA

C1. Qual a população adscrita desta unidade de saúde pelo E-SUS?

.....

C2. Qual a população adscrita pelos dados das agentes comunitárias de saúde?
.....
C3. Quantas equipes de saúde da família existem nesta UBS?
.....
C4. Quais os médicos da UBS que atuam na ESF?
A _____
B _____
C _____
D _____
C5. Qual a carga horária?
A _____
B _____
C _____
D _____
C6. Quais as suas especialidades?
A _____
B _____
C _____
D _____
C7. Quais os enfermeiros da UBS que atuam na ESF?

A _____
B _____
C _____
D _____
C8. Qual a carga horária?
A _____
B _____
C _____
D _____
C9. Quais as suas especialidades?
A _____
B _____
C _____
D _____
C10. Existem pediatras na UBS fora da ESF para os quais há acesso direto ao usuário? Se sim, escreva a carga horária total destes profissionais nos parênteses?
()
C11. Existem clínicos na UBS fora da ESF para os quais há acesso direto ao usuário? Se sim, escreva a carga horária total destes profissionais nos parênteses?
()
C12. Existem ginecologistas na UBS fora da ESF para os quais há acesso direto ao usuário? Se sim, escreva a carga horária total destes profissionais nos parênteses?

()
C13. Existem enfermeiros na UBS fora da ESF para os quais há acesso direto ao usuário? Se sim, escreva a carga horária total destes profissionais nos parênteses?
()
C14. Que nota você daria de zero a 10, à estrutura física da Unidade de Saúde?
()
C15. Quantos dias de visita domiciliar dos profissionais de nível superior são agendados por equipe/mês?
()
C16. No último mês, em que proporção de dias houve disponibilidade de carro para visita domiciliar?
()
C17. Qual o tempo de espera para consulta agendada na UBS (em dias)?
()
C18. Qual a oferta de consulta médicas de saúde da família/mês?
()
C19. Qual a oferta de consultas de enfermagem de saúde da família por mês?
()
C20. Qual a oferta de consulta médicas de clínico/mês?
()
C21. Qual a oferta de consulta médicas de pediatra/mês?
()

C22. Qual a oferta de consulta médicas de ginecologista/mês?	
()	
C23. Esta UBS dispõe de um sistema de referência para média e alta complexidade?	
() 1 sim 2 não 9 não sei	
C24. Este sistema possibilita o agendamento prioritário para os casos de maior gravidade?	
() 1 sim 2 não 9 não sei	
C25. Você considera este sistema:	
() 1 Adequado 2 Parcialmente adequado 3 Inadequado 9 Não sei	
C26. Esta UBS dispõe de um sistema de contra- referência para média e alta complexidade?	
() 1 sim 2 não 9 não sei	
C27. Você considera este sistema:	
() 1 Adequado 2 Parcialmente adequado 3 Inadequado 9 Não sei	
C28. Esta UBS disponibiliza os medicamentos de lista básica de medicamentos do Ministério da Saúde:	
() 1 sempre 2 na maioria das vezes 3 poucas vezes 4 nunca	
C29. Descreva o número de:	
Consultórios da UBS	()
Salas de Vacinação	()
Salas de curativos	()
Salas de coleta de exames	()

Salas de administrativo	()
Expurgo	()
Sala de procedimentos ambulatoriais	()
Sala de observação	()
Sala para educação em saúde	()
Consultório odontológico	()
Escovário	()
Sala de espera	()
Sala de espera com especificidade para crianças ()	
Sala de gerencia	()
Sala específica para descanso funcionários (cozinha...) ()	
Farmácia	()
Recepção	()
Rampas de acesso onde é necessário	()
Sanitários para pessoas com deficiência	()
Corredores e portas com espaço para cadeiras de rodas ()	

APÊNDICES

APÊNDICE A. LISTA DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE**Nome da Unidade Básica de Saúde**

1. UBS DA CASCATA
2. ESF VILA NOVA
3. UBS SANTA SILVANA
4. ESF CERRITO ALEGRE
5. ESF COLÔNIA OSÓRIO
6. ESF COLÔNIA TRIUNFO
7. ESF COLÔNIA Z 3
8. ESF CORDEIRO DE FARIAS
9. ESF CORRIENTES
10. ESF DA COLÔNIA MACIEL
11. ESF GRUPELLI
12. ESF MONTE BONITO
13. ESF PEDREIRAS

APÊNDICE B – QUADRO DE REVISÃO

Autor/Ano de publicação	Título	Local	População	Metodologia/Objetivos	Comentários
Halal I.S., Sparrenberger F., Bertoni A.M., Ciacommet C., Seibel C.E., Lahude F.M., Magalhães G.A., Barreto L. e Lira R.C.A. 1994	Avaliação da qualidade de assistência primária à saúde em localidade urbana da região sul do Brasil	Pelotas-RS	Crianças, adolescentes e adultos (N = 99)	Avaliar a capacidade resolutiva e a satisfação dos pacientes e dos profissionais de unidades de ensino de Pelotas	Evidenciou 90% de satisfação percebida pelo paciente (ou pelo cuidador). A resolutividade percebida pelo paciente (ou cuidador) estava significativamente associada com a satisfação com a atenção recebida.
Kloetzel, K., Bertoni A. M., Irazoqui, M.C., Campos V.P.G. et. al. 1998.	Controle de qualidade em atenção primária à saúde. A satisfação do usuário	Pelotas-RS	Pacientes ambulatoriais (3/4 mulheres) (N=306)	Os pacientes respondiam à quatro versões de um mesmo questionário que objetivou conhecer a satisfação dos pacientes a respeito de aspectos do atendimento.	A comparação dos resultados demonstrou boa concordância, embora a sensibilidade dos métodos variasse. Os itens mais associados a reclamações foram dificuldade no acesso e demora para ser atendido
Ministério da Saúde. 2000	Avaliação da implantação e funcionamento do Programa Saúde da Família	Brasil	24 estados brasileiros (N= 75% das equipes de ESF em 1998)	Avaliar a implantação e funcionamento de todas as equipes do PSF do país implantadas até dezembro de 1998.	Essa avaliação demonstrou o avanço de alguns aspectos do processo de trabalho em APS (território, orientação familiar), mas também evidenciou a precariedade de condições estruturais, um importante fator de limitação para Atenção de qualidade.

Autor/Ano de publicação	Título	Local	População	Metodologia/Objetivos	Comentários
Shi L. e Starfield B., 2000	Primary care, income inequality, and self-rated health in the United States: a mixed-level analysis.	50 estados dos E.U.A.	População Geral e dados secundários	Estudo ecológico Identificar a associação entre proporção de médicos de APS/população e a saúde autopercebida.	A associação entre a auto-percepção de saúde e a proporção de médicos de APS/população era positiva. Além disso, a maior proporção de médicos de APS/população teve o efeito de reduzir a relação negativa entre o baixo nível econômico e a autopercepção de saúde. Não permite o estabelecimento de uma relação entre os resultados favoráveis e a presença dos atributos da APS.
Trad L.A.B., Bastos A.C.S., Santana E.M., Nunes M.O. 2002	Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa Saúde da Família	Bahia	5 municípios do interior da Bahia	Avaliar qualitativamente a satisfação dos usuários das equipes do PSF. Estudo Etnográfico (qualitativo)	A satisfação do usuário esteve relacionada à facilidade de acesso ao atendimento à melhora do nível de informação sobre o processo saúde-doença e à realização de visitas domiciliares. Níveis baixos de satisfação estavam associados à existência de filas para a realização de consultas médicas e dificuldade de acesso ao nível secundário e terciário.
Starfield B. e Shi L. 2002	Policy relevant determinants of health: an international perspective	Alemanha, Austrália, Bélgica, Canadá, Dinamarca, Espanha, EUA, Finlândia, França, Holanda, Japão, Reino Unido e Suécia.	População geral dos 13 países e bases de dados secundários	Estudo ecológico Identificar a relação entre o grau de orientação à APS dos sistemas de saúde e os indicadores de saúde nacionais.	Sistemas nacionais de saúde com forte orientação à APS possuíam melhores indicadores populacionais de saúde, com menores custos do que sistemas de saúde com menor orientação à APS. O estudo não permite realizar associações causais. No entanto permite inferir que, quanto mais orientado à APS é o sistema de saúde, maior seu impacto sobre a saúde da população.
Autor/Ano de publicação	Título	Local	População	Métodos/Objetivos	Comentários

Conill E.M., 2002	Políticas de Atenção Primária e Reformas Sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família	Florianópolis SC	5 equipes de PSF de Florianópolis SC. Seus profissionais e população adscrita durante o período de 1994-2000	Metodologia quantiquantitativa Avaliar a implantação e o processo de Atenção do PSF em Florianópolis.	Foram identificados aspectos negativos relacionados à baixa proporção de recursos humanos por população adscrita e às dificuldades de acesso em nível secundário. Aspectos positivos: a presença dos Agentes Comunitários de Saúde e seu papel como visitantes domiciliares e a prática assistencial de toda a equipe, centrada na integralidade, com forte componente de promoção de saúde e de prevenção de doenças.
Seclén-Palacin J., Darras C. 2005	Satisfacción de usuarios de los servicios de salud: Factores sociodemográficos y de accesibilidad asociados	Peru	Indivíduos maiores De 16 anos (N = 706)	Estimar a satisfação com o atendimento prestado por médicos e enfermeiros e conhecer os fatores associados	A satisfação com o atendimento foi 68,1% e 62,1% para os centros de saúde e hospitais, respectivamente. Maior satisfação associada a menor NSE. Maior idade, menor nível educacional, menor tempo de espera para atendimento e menor distância do serviço de saúde associaram-se com a satisfação.
Gouveia G.C, Souza W.V, Luna C.F, Souza-Júnior P.R.B., Szwarcwald C.L. 2005	Health care users' satisfaction in Brazil	Brasil	Todas as faixas etárias (N=2388)	Estudo é parte da "Pesquisa Mundial de Saúde", realizada no Brasil no ano de 2003 que teve por objetivo explicar a satisfação com o atendimento e seus aspectos relacionados.	O tempo de espera para ser atendido obteve o menor grau de satisfação nas consultas ambulatoriais. Baixo grau de satisfação com o atendimento esteve relacionado com ter sofrido algum tipo de discriminação e ser usuário do SUS
Turrini R. N. T., Lebrao, M. L., Cesar C. L. G. 2008	Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário	São Paulo- SP	Amostra da população de 6 municípios de São Paulo (N= 10.199)	Estudo descritivo que usou o bando de dados de 1999/2000 sobre morbidade referida e utilização de serviços	A capacidade resolutiva dos serviços avaliados ultrapassou 90% pela percepção do usuário, cabe salientar que os usuários frequentemente se deslocaram para diferentes municípios em busca de atendimento.
Autor/Ano de publicação	Título	Local	População	Métodos/Objetivos	Comentários

Lima-Costa M. F, Loyola-Filho A.I. 2008	Fatores associados ao uso e à satisfação com os serviços de saúde entre usuários do Sistema Único de Saúde na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, Brasil	Região metropolitana de Belo Horizonte	Adultos com 20 anos ou mais (N=8604)	Estudo de base populacional obtido através de inquérito.	O estudo revelou que idade mais avançada, sexo feminino e ter curso superior apresentaram associações com mais uso e maior grau de satisfação com os serviços do SUS. Pior auto-avaliação da saúde, por sua vez, associou-se com o maior uso do serviços de saúde e insatisfação com os mesmos.
Dias-da-Costa J.S, Olinto M.T.A, Soares S.A, Nunes M.F, Bagatini T., Marques M.C, <i>et al.</i> 2011	Utilização de serviços de saúde pela população adulta de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil: resultados de um estudo transversal	São Leopoldo-RS	Adultos de 20 a 69 anos (N=1100)	Descrever as características da população adulta de São Leopoldo quanto ao uso dos serviços de saúde.	56,7% não consultaram com médico no último mês. 51,2% dos indivíduos que consultaram no último mês utilizaram os serviços do SUS, 26,9% os serviços privados e 22% outros serviços. Consultar mais esteve associado com sexo feminino e idade elevada.
Cuba-Fuentes M., Jurado G. e Estrella E. 2011	Evaluación del cumplimiento de los atributos de la Atención Primaria y grado de satisfacción de los usuarios de un establecimiento de primer nivel de atención	Peru	Adolescentes e adultos de idade entre 15 e 60 anos (N=240)	Estimar a satisfação do usuário com o serviço e o cumprimento de três atributos da APS: primeiro contato, longitudinalidade e integralidade	Encontrou 61,7% de usuários com media satisfação e 23,3% com alta satisfação. (Escala com 5 opções) Sobre o cumprimento dos atributos da APS, os atributos primeiro contato e longitudinalidade foram avaliados como tendo médio cumprimento e o atributo de integralidade foi avaliado como tendo um baixo cumprimento.
Autor/Ano de publicação	Título	Local	População	Métodos/Objetivos	Comentários

Bastos, G.A.N. e Fasololi, L.R. 2013	Fatores que influenciam a satisfação do paciente ambulatorial em uma população de baixa renda: um estudo de base populacional	Porto Alegre-RS	Adultos com mais de 20 anos de idade (N= 3.391)	Estimar a satisfação com a última consulta e sua associação com as seguintes variáveis: sexo, idade, cor da pele, classe social, escolaridade, motivo e local da consulta, facilidade em conseguir consulta e tempo de espera.	A satisfação com a última consulta foi de 63,7%, sendo que 23,2% referiram estar muito satisfeitos. As variáveis local de consulta, facilidade em conseguir consulta, ser bem tratado pelo médico ou recepcionista estiveram diretamente associada com a satisfação. O tempo de espera para ser atendido esteve inversamente associado à satisfação.
Vitória A., Harzheim E. 2013	Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em Chapecó, Brasil	Chapecó-SC	Profissionais médicos e enfermeiros de 24 UBS	Avaliar a estrutura e os processos do cuidado na cidade de Chapecó-SC	Cerca de 40% das unidades de Chapecó apresentavam adequação estrutural. O atributo acesso de primeiro contato foi o que recebeu o menor escore de avaliação
Chomatas E., Harzheim E. 2013	Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba	Curitiba- PR	Profissionais médicos e enfermeiros de 92 UBS	Comparar os modelos ESF e Tradicional quanto ao cumprimento dos atributos da APS	Evidenciou que os serviços que se organizam conforme a ESF possuem maior orientação aos atributos da APS.

Autor/Ano de publicação	Título	Local	População	Métodos/Objetivos	Comentários
Ayach C., Moimaz S. A. S., 2015	A visão do usuário sobre o serviço público odontológico e a autopercepção em saúde bucal	Brasil	Adolescentes adultos e idosos (N=325)	Estudo Transversal. Descrever a satisfação com o serviço público de saúde bucal e seus fatores associados	O estudo encontrou um alto grau de satisfação com o serviço, 95,6% dos entrevistados se sentiu satisfeito com o atendimento prestado pelo serviço. Morar perto da unidade e perceber seu estado de saúde bucal como bom esteve relacionado às maiores prevalências de satisfação.

APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO PARA PROFISSIONAIS MÉDICOS E ENFERMEIROS

A. Informações Gerais

A1. Data de aplicação do questionário: | | | |

A2. Nome da Unidade de Saúde

A3. Tipo de serviço de saúde ()

1. Unidade de Estratégia Saúde da Família
2. Unidade Básica Tradicional

B. Dados de Identificação

B1. Nome:

B2. Sexo () 1.masculino 2.feminino

B3. Qual é sua profissão () 1. Médico 2. Enfermeiro

B4. Qual a data de sua formatura? | | | |

B5. Você possui alguma especialidade? () 1.Sim 2.Não

B6. Qual é a especialidade? _____

B7. Em quantos locais você trabalha? _____

B8.Quantas horas você trabalha por semana? _____

B9. Há quanto tempo você trabalha neste serviço? () anos

B10.Neste serviço qual sua carga horária semanal? () horas

B11. Como você avalia a qualidade deste serviço de saúde?

- (0) péssimo
- (1) ruim
- (2) regular
- (3) bom
- (4) ótimo

B12. Que tipo de vínculo empregatício você possui neste serviço?

(0) Concursado – estatutário

(1) Contrato temporário – emergencial

(2) Outro

B13. Em média, quantos pacientes você atende por semana?

()

B14. No último mês, quanto você recebeu neste serviço?

R\$ | | | | | | |

APÊNDICE D - QUESTIONÁRIO – CONSÓRCIO

AGORA NÓS VAMOS FALAR SOBRE O SERVIÇO DE SAÚDE DA SUA REGIÃO (UNIDADE BÁSICA OU POSTO DE SAÚDE). AS PRÓXIMAS PERGUNTAS SÃO SOBRE A SUA OPINIÃO SOBRE ESSE SERVIÇO E A SUA ÚLTIMA CONSULTA.

A051) QUAL O POSTO DE SAÚDE DA SUA REGIÃO?

[999 = IGN]

A052) DESDE <MÊS> DO ANO PASSADO, QUANTAS VEZES O(A) SR.(A) CONSULTOU NO POSTO DE SAÚDE?

a) **COM O(A) MÉDICO(A)** ____ vezes

[77 = Nunca consultou no posto de saúde da região → Vá para A063; 99 = IGN]

b) **COM O(A) ENFERMEIRO(A)** ____ vezes

[77 = Nunca consultou no posto de saúde da região → Vá para A063; 99 = IGN]

A053) HÁ QUANTO TEMPO FOI A SUA ÚLTIMA CONSULTA?

____ meses

[88 = NSA / 99 = IGN]

____ dias

[88 = NSA / 99 = IGN]

A054) QUANTO TEMPO DEMOROU PARA CONSEGUIR ESSA ÚLTIMA CONSULTA?

____ dias

[00 = se foi atendido no mesmo dia / 88 = NSA / 99 = IGN]

A055) AINDA SOBRE ESSA ÚLTIMA CONSULTA, O(A) SR.(A) ESPEROU MUITO PARA SER ATENDIDO?

(0) Não

(1) Sim

(2) Mais ou menos

(8) NSA

(9) IGN

A056) QUAL FOI O TEMPO DE ESPERA PARA O(A) SR.(A) SER ATENDIDO?

____ horas

[88 = NSA / 99 = IGN]

____ minutos

[88 = NSA / 99=IGN]

A057) **CONSIDERANDO ESSA ÚLTIMA CONSULTA, COMO O(A) SR.(A) FOI ATENDIDO(A) PELO(A) RECEPCIONISTA? ESCOLHA A FACE QUE MELHOR EXPRESSA SUA OPINIÃO.** *Mostrar cartão1*

___ Número rosto

[8 = NSA / 9=IGN]

A058) **COMO O(A) SR.(A) FOI ATENDIDO(A) PELO MÉDICO(A) OU ENFERMEIRO(A) QUE LHE FEZ O ATENDIMENTO? ESCOLHA A FACE QUE MELHOR EXPRESSA SUA OPINIÃO.** *Mostrar cartão1*

___ Número rosto

[8 = NSA / 9=IGN]

A059) **A CONSULTA DUROU O TEMPO QUE O(A) SR.(A) ESPERAVA...?** *Ler opções*

(1) **Sim**

(2) **Não, durou mais tempo**

(3) **Não, durou menos tempo**

(8) NSA

(9) IGN

A060) **QUANTO TEMPO DUROU A CONSULTA COM O(A) MÉDICO(A) OU ENFERMEIRO(A)?**

___ minutos

[88 = NSA / 99=IGN]

A061) **O(A) SR.(A) RECOMENDARIA ESSE POSTO DE SAÚDE PARA ALGUM FAMILIAR OU AMIGO PRÓXIMO?**

(0) Não

(1) Sim

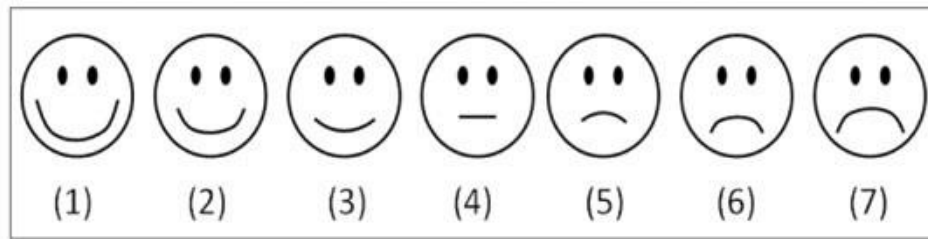
(8) NSA

(9) IGN

A062) **QUAL A SUA OPINIÃO SOBRE ESSE POSTO DE SAÚDE? ESCOLHA O ROSTO QUE MELHOR EXPRESSA SUA OPINIÃO.** *Mostrar cartão 1*

___ Número rosto

[9=IGN / 8 = NSA]



Cartão 1 escala de faces

2 ALTERAÇÕES DO PROJETO

Durante o desenvolvimento deste projeto mudanças importantes aconteceram. O questionário que seria aplicado ao gestor das UBS para avaliar adequação estrutural se mostrou inadequado para a realidade rural, sobretudo porque a maioria das UBS já adotaram o modelo ESF. Muitas das recomendações não se aplicam a realidade da zona rural de Pelotas, como por exemplo, o máximo de 4 mil habitantes por UBS, já que nenhuma UBS da zona rural tem mais de 4 mil habitantes adscritos. Também não foi utilizado o questionário de características dos profissionais. Estudos posteriores a este projeto serão realizados a fim de avaliar a adequação estrutural das UBS da zona rural e o perfil dos profissionais de saúde que atuam na zona rural.

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o grau de satisfação dos usuários das UBS da zona rural de Pelotas e seus fatores associados assim como mensurar a associação deste desfecho com o grau de orientação à APS.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

O estudo não irá descrever objetivos que necessitam do percentual de adequação às recomendações do MS ou do questionário com características dos profissionais de saúde.

2.3 DEFINIÇÃO OPERACIONAL DO DESFECHO

O desfecho “Satisfação com a última consulta” não fez parte do estudo, o desfecho principal “satisfação com a UBS” é suficiente para aferir o grau de satisfação com a UBS.

2.4 METODOLOGIA DO SUBESTUDO

O texto do projeto fala de 13 UBS, na verdade são 14 UBS, uma UBS (Posto Branco) embora administrativamente faça parte de outra UBS funciona de maneira autônoma e em prédio próprio. O texto também cita 29 profissionais médicos e enfermeiros, na verdade são 25 profissionais médicos e enfermeiros, houve um engano por parte da secretária da Secretária de Saúde que informou o número de enfermeiros e auxiliares de enfermagem.

3 RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

FACULDADE DE MEDICINA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA



RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO

CONSÓRCIO DE PESQUISA 2015/2016

Pelotas - RS

2016

3.1 INTRODUÇÃO

O Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia (PPGE) da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) foi criado em 1991, por um grupo de docentes da Faculdade de Medicina. Na avaliação trienal de 2007 o curso recebeu nota “7”, conceito máximo – que mantém até os dias atuais - da avaliação da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), sendo o primeiro na área de Saúde Coletiva e considerado de excelência internacional.

Desde 1999 o PPGE realiza, a cada dois anos, inquéritos populacionais sobre aspectos de saúde na zona urbana do município de Pelotas, cidade localizada no sul do Rio Grande do Sul. Esses estudos ocorrem sob a forma de “Consórcio de Pesquisa”, o qual consiste em um estudo transversal de base populacional realizado pelos mestrandos do PPGE¹. Essa metodologia de pesquisa permite que ocorra redução do tempo de trabalho de campo e otimização de recursos financeiros e humanos. Adicionalmente, tem como um dos objetivos que os alunos vivenciem experiências em todas as etapas de um estudo epidemiológico, resultando nas dissertações dos mestrandos e, ainda, no reconhecimento da situação de saúde da população investigada.

Nos anos 2015/2016, pela primeira vez, o consórcio de pesquisa do PPGE realizou-se com a população adulta e idosa da zona rural do município de Pelotas. A pesquisa contou com a supervisão de 12 mestrandos, sob a coordenação de quatro docentes do Programa (Dra. Elaine Tomasi, Dra. Helen Gonçalves, Dra. Luciana Tovo Rodrigues e Dra. Maria Cecília Assunção) e uma professora colaboradora do Programa (Dra. Renata Moraes Bielemann). Ao idealizar tal pesquisa, antes dos mestrandos ingressarem no Programa, as coordenadoras do consórcio iniciaram o processo de contato e divulgação da pesquisa com lideranças da zona rural do município e entidades públicas, com intuito de analisar a viabilidade da realização do estudo. Destacam-se, neste período, contatos realizados com: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Secretaria de Desenvolvimento Rural, Secretaria da Saúde, EMATER Pelotas, Sindicato dos Trabalhadores Rurais, líderes comunitários e religiosos atuantes na zona rural de Pelotas.

Ao longo dos quatro primeiros bimestres do curso, nas disciplinas de Prática de Pesquisa I a IV, ocorreu o planejamento do estudo populacional, desde a escolha

dos temas até o planejamento de todo o trabalho de campo pelos mestrando. Nessa pesquisa foram investigados temas específicos de cada mestrando (Tabela 1), juntamente com informações demográficas, socioeconômicas e comportamentais de interesse comum. Além da aplicação do questionário, também foram coletadas algumas medidas antropométricas que serão explicadas com mais detalhes no decorrer deste documento.

Tabela 1. Alunos, formação e temas do Consórcio de Pesquisa do PPGE. Pelotas, 2015/2016.

Mestrando	Graduação	Tema de Pesquisa
Adriana Kramer Fiala Machado	Nutrição	Qualidade do sono
Ana Carolina Oliveira Ruivo	Medicina	Serviços de saúde
Caroline Cardozo Bortolotto	Nutrição	Qualidade de vida
Gustavo Pêgas Jaeger	Medicina	Consumo de bebidas alcoólicas
Mariana Otero Xavier	Nutrição/Educação Física	Tabagismo
Mayra Pacheco Fernandes	Nutrição	Consumo de alimentos
Rafaela Costa Martins	Educação Física	Atividade física
Roberta Hirschmann	Nutrição	Depressão
Thais Martins da Silva	Nutrição	Obesidade geral e abdominal

Através dos projetos individuais de cada mestrando, foi elaborado um projeto geral intitulado “Avaliação da saúde de adultos residentes na zona rural do município de Pelotas, RS”. Este projeto mais amplo, também chamado de “projetão”, contemplou o delineamento do estudo, os objetivos e as justificativas de todos os temas de pesquisa dos mestrando, além da metodologia, processo de amostragem e outras características da execução do estudo. Foram ainda investigados cinco temas específicos de interesse de docentes do PPGE: saúde bucal, contato com agrotóxicos, criminalidade, consumo de chimarrão e uso de medicamentos.

O Projeto Geral foi encaminhado para avaliação ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina (FAMED) da Universidade Federal de

Pelotas em novembro de 2015, com o número de protocolo 51399615.7.0000.5317. O parecer contendo a aprovação para início do estudo foi recebido no dia 11 de dezembro de 2015, com o número 1.363.979 (Apêndice 1).

3.2 COMISSÕES DO TRABALHO DE CAMPO

O Consórcio de Pesquisa busca capacitar os mestrandos para o trabalho em equipe. Para que isso fosse possível em 2015/2016, foram estabelecidas comissões a fim de garantir uma melhor preparação e um bom andamento do trabalho de campo. Todos os mestrandos participaram das comissões, podendo um mesmo aluno atuar em mais de uma. Ainda, o referido consórcio contou com a colaboração de alunos vinculados ao Centro de Equidade do Centro de Pesquisas Epidemiológicas (Janaína Calu Costa, Luis Paulo Vidaletti Ruas e Maria del Pilar Flores Quispe). Os três participaram das comissões e do trabalho de campo durante os dois primeiros meses. Seus projetos de dissertação não previam a utilização dos dados coletados pelo consórcio. O aluno do curso de Doutorado do PPGE, Bernardo Agostini, também contribuiu durante o trabalho de campo, nos dois últimos meses de coleta de dados, para ampliar seu aprendizado.

As comissões deste consórcio, mestrandos responsáveis e suas atribuições estão listadas abaixo.

Elaboração do projeto de pesquisa que reuniu todos os estudos: Ana Carolina Ruivo; Gustavo Jaeger; Luis Paulo Ruas.

Essa comissão foi responsável pela elaboração do projeto geral enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa, com base nos projetos de cada mestrando e professores. Este projeto, denominado “projeto”, foi composto por 14 projetos individuais, sendo nove deles de mestrandos e cinco de professores. Os projetos individuais que formavam o “projeto” foram nele descritos separadamente. De cada projeto individual foram abordados os seguintes itens: justificativa para realização, objetivos gerais e específicos e hipóteses do estudo.

O “projeto” contemplou também alguns aspectos comuns a todos os projetos individuais, como: descrição do PPGE e da forma de pesquisa adotada pelo

programa, delineamento do estudo, população-alvo, amostra e processo de amostragem (amostras necessárias para cada projeto individual), instrumentos utilizados, logística, seleção e treinamento de entrevistadoras, estudo piloto, controle de qualidade, processamento e análise de dados, aspectos éticos, orçamento, cronograma e referências bibliográficas.

Os questionários completos aplicados e cartões visuais, utilizados para auxílio durante a entrevista, foram anexados como apêndices no Projeto. Além disso, ao longo do texto, duas tabelas foram apresentadas: (1) especificando o tamanho amostral necessário para cada projeto individual e (2) a descrição detalhada do orçamento do projeto.

Elaboração do questionário: Mariana Xavier; Roberta Hirschmann; Thais da Silva.

Essa comissão foi responsável pela incorporação dos instrumentos de cada mestrandos em um questionário comum, bem como a coordenação dos pulos e filtros dos diferentes blocos. Além disso, elaborou o questionário de controle de qualidade da pesquisa.

Elaboração do manual de instruções: Adriana Machado; Janaína Calu Costa.

Comissão responsável pela elaboração de um manual de instruções contendo todas as informações sobre o instrumento geral e de cada mestrandos, bem como procedimentos a serem tomados em cada pergunta. As instruções inerentes aos procedimentos adotados para aplicação ou tomada das medidas de cada mestrandos foram elaboradas pelos próprios estudantes.

Amostragem e banco de dados: Adriana Machado; Mayra Fernandes; Rafaela Martins.

A comissão do banco de dados foi responsável por transcrever o questionário para meio digital através do *website* para pesquisas *online* chamado *REDCap* (*Research Electronic Data Capture*)³ e inserir este questionário digital nos *tablets* Samsung GalaxyTab E. Além disso, tinha como responsabilidade checar as inconsistências do questionário e das respostas, assim como organizar e gerenciar

os dados. Por fim, foi responsável pela entrega da versão final do banco de dados a ser utilizado por todos os mestrandos em suas análises.

Controle de planilhas: Rafaela Costa Martins.

O controle de entrevistas de cada setor, mantendo uma planilha sempre atualizada com as informações repassadas pelos mestrandos ao final de cada dia e durante todo o período de trabalho de campo ficou sob responsabilidade de uma mestranda. Cada setor possuía uma planilha individual, que alimentava a planilha geral com dados agrupados do trabalho de campo. Cada uma dessas planilhas era dividida em 31 abas, sendo uma para resumo do setor e, as outras 30 correspondiam a cada casa. A aba de cada domicílio possuía informações sobre código de identificação (ID), nome, idade, telefone e o melhor turno para encontrar o participante em casa, além de informar qual morador do domicílio respondeu o “Bloco B” (questionário domiciliar), bem como qual morador havia sido sorteado para o controle de qualidade. A aba de resumo de cada setor informava o percentual de entrevistas realizadas e pendentes, perdas, recusas, critérios de exclusão, número de moradores, número de adultos, controle de qualidade sorteado, domicílios completos, amostrados e com pendência. Todos esses dados eram convergidos em um dado geral de cada setor e do total do campo com as informações por setor resumidas.

Logística e trabalho de campo: Caroline Bortolotto; Roberta Hirschmann; Thais da Silva.

Comissão responsável pela aquisição e controle do material utilizado em campo, previsão de orçamentos, processo de seleção das candidatas a entrevistadoras e organização dos treinamentos. Além disso, ficou a cargo dessa comissão a escolha de empresas de transporte para deslocamento durante todo o trabalho de campo.

Divulgação do trabalho de campo: Gustavo Jaeger; Maria del Pilar Quispe; Mayra Fernandes.

Essa comissão trabalhou com o setor de imprensa do Centro de Pesquisas Epidemiológicas, especificamente com Silvia Pinto (comunicação) e Cíntia Borges

(*design* gráfico). Foi de responsabilidade desta comissão a elaboração de todo o material de divulgação prévia da pesquisa, bem como do material utilizado pelos mestrandos e entrevistadoras durante o trabalho de campo, como camisetas, bonés e crachás. Ainda, auxiliou na elaboração do material com os resultados finais da pesquisa a serem devolvidos aos participantes e instituições de saúde.

Financeiro: Ana Carolina Ruivo; Roberta Hirschmann.

Comissão encarregada de todas as questões relacionadas ao controle financeiro, orçamento e previsão de compras durante todo o Consórcio de Pesquisa. Essa comissão estava constantemente em contato com o setor financeiro do PPGE e era responsável também por controlar o número de entrevistas de cada entrevistadora para posterior pagamento, a utilização mensal das vans, fornecimento de vales-transportes para as entrevistadoras e toda e qualquer despesa relacionada à pesquisa.

Elaboração do relatório de trabalho de campo: Caroline Bortolotto; Mariana Xavier; Rafaela Martins.

Comissão responsável pelo registro de todas as decisões tomadas nas reuniões com a coordenação, informações relevantes do trabalho de campo, preenchimento de tabela com datas de encontros e reuniões com pessoas que auxiliaram antes de iniciar o trabalho de campo, e pela elaboração do presente relatório do Consórcio de Pesquisa “Saúde Rural” 2015-2016.

3.3 QUESTIONÁRIOS

O questionário foi dividido em duas partes chamadas de “Bloco A” e “Bloco B” (Apêndice 2). As questões individuais e específicas do instrumento de cada mestrando foram incluídas no questionário geral, denominado “Bloco A”.

O “Bloco A” foi aplicado a todos os indivíduos com 18 anos ou mais, moradores da zona rural de Pelotas. Este instrumento era composto por 209 questões, incluindo temas sobre atividade física, qualidade de vida, presença de morbidades, consumo de alimentos, utilização de serviços de saúde, qualidade do sono, saúde dos dentes e da boca, depressão, tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas, criminalidade, consumo de chimarrão, uso de medicamentos, uso de agrotóxicos e religião.

As questões referentes aos aspectos domiciliares foram incluídas no “Bloco B”, sendo respondidas por apenas um indivíduo de cada residência, preferencialmente o chefe da família. Esse bloco continha 61 perguntas referentes aos dados socioeconômicos da família, características do domicílio, escolaridade do chefe da família e posse de bens. Além dos questionários, foram coletadas as seguintes medidas antropométricas dos participantes: peso, altura e circunferência da cintura.

3.4 MANUAL DE INSTRUÇÕES

A elaboração do manual de instruções auxiliou no treinamento e nas entrevistas durante o trabalho de campo. Todos os *tablets* utilizados para a coleta de dados possuíam uma versão digital do manual, sendo de fácil acesso às entrevistadoras. A versão do manual encontra-se no Apêndice 3 deste documento.

O manual incluía orientações sobre o que se pretendia coletar em cada questão dos questionários, contendo a explicação da pergunta, opções de resposta e instruções para perguntas nas quais as opções deveriam ser lidas ou não. Continha, ainda, as definições de termos utilizados no questionário e o telefone de todos os supervisores.

Também foi criado um manual para a “batedora” (termo utilizado para se referir a pessoa que realiza a contagem e identificação de domicílios antes de iniciar o trabalho de campo propriamente dito), o qual possuía um roteiro com explicações sobre o procedimento correto a ser realizado na “bateção”. Porém, por dificuldades logísticas específicas da zona rural, especialmente as distâncias a serem percorridas, as más condições das estradas e o dispêndio excessivo de tempo nesse processo, a “bateção” não ocorreu conforme esperado, tendo-se então optado por não realizar essa abordagem prévia aos participantes do estudo na zona rural.

3.5 AMOSTRA E PROCESSO DE AMOSTRAGEM

Nos projetos individuais, cada mestrando calculou o tamanho de amostra necessário para o seu tema de interesse, tanto para estimar o número de indivíduos necessário para estudos de prevalência, quanto para o exame das possíveis associações. Em todos os cálculos foram acrescidos 10% para perdas e recusas e 15% para cálculo de associações, tendo em vista o controle de possíveis fatores de confusão e, ainda, o efeito de delineamento amostral, dependendo de cada tema. Nos dias 31/08/2015, 01 e 02/09/2015 ocorreu uma oficina de amostragem coordenada pelo Prof. Aluísio Jardim Dornellas de Barros e pela estatística convidada da Universidade de São Paulo (USP), Prof^a. Regina Bernal. Nessa ocasião foi definido o maior tamanho de amostra necessário ($n=2.016$ adultos) para que todos os mestrandos tivessem a possibilidade de estudar os seus desfechos, levando em consideração as questões logísticas e financeiras envolvidas.

Inicialmente, foram reconhecidos os distritos e setores rurais através dos dados do Censo de 2010². A zona rural de Pelotas possui oito distritos que estão descritos na Tabela 2. Nesses, foram sorteados 24 setores e 1.008 domicílios. A decisão sobre o número de setores a serem amostrados levou em consideração o número de domicílios permanentes de cada um dos distritos. Foi considerado em média 2 adultos por domicílio, dessa forma o cálculo para a escolha do número de domicílios foi realizado da seguinte forma:

$$24 \text{ setores} * 2 \text{ adultos em média por domicílio} = 42 \text{ domicílios por setor}$$

Tabela 2. Descrição dos distritos conforme tamanho populacional e número de setores.

Distrito	População	Nº de setores	Nº de setores selecionados
Z3	3165	8	3
Cerrito Alegre	3075	6	4
Triunfo	2466	4	2
Cascata	3074	6	4
Santa Silvana	2443	8	2
Quilombo	2649	5	3
Rincão da Cruz	1970	7	2
Monte Bonito	3201	6	4

No decorrer do trabalho foram necessárias mudanças logísticas devido às dificuldades de locomoção na zona rural, custo e tempo para o término do estudo. A principal mudança consistiu na redução do número de domicílios, sendo mantidos o número de setores e a média de adultos/domicílio. O número de domicílios por setor passou a ser 30, resultando em 720 domicílios, finalizando em 1.440 indivíduos.

Devido à grande diferença na distribuição geográfica das residências na zona rural em comparação com a zona urbana, foi necessário adotar uma estratégia peculiar para este estágio do processo. Optou-se por utilizar o software *Google Earth*, que está disponível para uso gratuito, juntamente com um mapa virtual do estado do Rio Grande do Sul, fornecido pelo IBGE. Com a utilização destas duas ferramentas foi possível sobrepor as delimitações geográficas da cidade de Pelotas, que inclui as subdivisões em setores censitários, sobre as imagens feitas por satélite fornecidas pelo *Google Earth*.

A partir das imagens aéreas, com as subdivisões geográficas sobrepostas, os setores censitários foram divididos em núcleos, da seguinte maneira: foi considerado um núcleo cada aglomerado com no mínimo cinco casas, localizadas em um raio de um quilômetro a partir do centro do núcleo – maior ramificação de ruas ou vias/estradas. Estes núcleos foram ordenados em cada setor, de maneira decrescente e de acordo com o número de casas identificadas pelas imagens de satélite.

Finalmente, para a seleção das residências, foi adotado o seguinte procedimento: iniciava-se pelo maior núcleo (com maior número de residências) e, ao chegar ao centro deste núcleo, um dos mestrandos responsáveis pelo trabalho de campo girava algum objeto pontiagudo (como, por exemplo, uma garrafa) para dar a direção do início a ser percorrido para encontrar as residências a serem incluídas na amostra, garantindo certa aleatoriedade no processo. Se, eventualmente, o objeto girado apontasse no meio de duas ramificações, seguia-se sempre pela via à direita da direção indicada. Quando chegava-se ao fim da direção apontada dentro do núcleo sem que 30 casas fossem identificadas, voltava-se ao centro do núcleo e dava-se continuidade ao processo pela próxima via, à direita da primeira. Após o rastreamento de todo o primeiro núcleo, caso não se alcançasse o total de 30 residências, seguia-se em direção ao centro do segundo núcleo do setor com maior número de residências e repetia-se o processo, até que as trinta residências habitadas fossem selecionadas.

3.6 SELEÇÃO E TREINAMENTO DAS ENTREVISTADORAS

Antes do início do trabalho de campo, a comissão de logística foi responsável por criar propostas para a implementação do trabalho de campo, como número de entrevistadoras, rota e tipo de transporte para as entrevistadoras, as quais deveriam se deslocar do Centro de Pesquisas Epidemiológicas, localizado na zona urbana, até a zona rural do município. Após estas definições, o próximo passo foi selecionar as candidatas que iriam atuar no trabalho de campo.

Os critérios de seleção para as candidatas às vagas de entrevistadora foram os seguintes: ser do sexo feminino, ter ensino médio completo e ter disponibilidade de tempo para realização do trabalho. Outras características também foram consideradas, como: experiência prévia em pesquisa, desempenho no treinamento, organização e relacionamento interpessoal.

As inscrições para seleção ocorreram no período de 4 a 11 de dezembro de 2015, com o objetivo de contratar 14 entrevistadoras. A divulgação do edital de inscrição foi através do *website* e via *Facebook* do PPGE e dos mestrandos. O total

de 74 candidatas inscreveram-se para o treinamento. Destas, 52 foram selecionadas para a participação do treinamento.

O treinamento foi realizado no período de 15 a 18 de dezembro de 2015 e, novamente, nos dias 11 e 12 de janeiro de 2016, durante os turnos manhã e tarde. Este consistiu de uma parte teórica, através de apresentação expositiva de cada mestrando referente ao seu instrumento e pela apresentação da comissão quanto a parte geral do questionário. Também houve uma parte prática do treinamento, onde foram feitas simulações de entrevistas tanto em papel, quanto em *tablets*, para o completo entendimento das interessadas em realizar esta tarefa.

Após conclusão desta etapa, foi realizada avaliação teórica, quando uma prova com perguntas específicas sobre os conteúdos abordados no treinamento foi aplicada. Foram selecionadas as candidatas que atingiram melhor pontuação final nos critérios de avaliação (nota da avaliação teórica, presença, participação e interesse nos treinamentos). As 17 aprovadas na primeira etapa participaram de um estudo piloto no dia 13 de janeiro de 2016, realizado no município de Arroio do Padre. A escolha deste local se deu em virtude da similaridade de suas características com a zona rural a ser estudada, uma vez que este município pertencia à zona rural de Pelotas antes de sua emancipação. O estudo piloto foi realizado com o objetivo de avaliar o desempenho de cada entrevistadora durante uma simulação prática do trabalho de campo. Ao final do estudo piloto, os mestrandos selecionaram 14 entrevistadoras com melhor desempenho durante os treinamentos, prova e piloto.

Além dos treinamentos para aplicação dos questionários foi realizada a padronização de medidas antropométricas (altura, peso e circunferência da cintura), coordenada por duas mestrandas (Thaís e Caroline) consideradas “padrão-ouro” na tomada das mesmas. Além das entrevistadoras, os mestrandos também foram padronizados.

A padronização de medidas ocorreu nos dias 14, 15, 18 a 20 de janeiro de 2016. Realizou-se o treinamento prático para a padronização da coleta das medidas antropométricas, com carga horária de 20 horas com as pré-selecionadas na sede do PPGE. Durante o processo de padronização, as candidatas foram orientadas sobre a realização da técnica correta das medidas de peso, altura e circunferência da cintura. Todo o procedimento foi baseado na metodologia proposta por Habicht⁴,

a qual diz respeito à adequação da técnica de coleta para aumentar sua precisão e exatidão.

Para cada candidata, assim como para os mestrandos, foi construída uma planilha com as médias dos erros técnicos das medidas de peso, altura e circunferência da cintura observadas, segundo os erros intra e inter-observador e de acordo com a metodologia supracitada – erros entre os resultados obtidos pela própria entrevistadora e erros de cada entrevistadora comparados ao padrão-ouro, respectivamente. Durante o treinamento, as mestrandas padrão-ouro mensuraram o peso, altura e circunferência da cintura de 10 voluntários, em duas rodadas distintas. O mesmo processo foi realizado pelas candidatas ao cargo de entrevistadora, quantas vezes fosse necessário até se obter concordância entre os resultados encontrados.

As medidas foram digitadas em planilhas Excel® para cálculo dos valores de precisão e exatidão aceitáveis conforme a metodologia de Habicht⁴. O processo de padronização foi realizado novamente 60 dias após o início do campo, a fim de manter a qualidade das medidas mensuras durante o processo.

O início do trabalho de campo ocorreu no dia 21 de janeiro de 2016. Para o trabalho de campo foram montados *kits* que continham: mochila, crachá de identificação, camiseta, pasta plástica, prancheta, carta de apresentação, (Apêndice 3) questionários impressos (Apêndice 2), termos de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (Apêndice 4), *tablet* (com *case*), anexos aos questionários (cadernos a parte que incluíam escala de faces, dosagens de bebidas alcoólicas, cartões com imagens para auxílio no preenchimento dos questionários de atividade física, depressão, qualidade de vida e qualidade do sono), canetas, lápis, borracha, apontador, calculadora, fita métrica, estadiômetro, balança digital, caderno de anotações (diário de campo) e almofada para impressão digital.

3.7 DIVULGAÇÃO

O trabalho da comissão de divulgação do consórcio de pesquisa na zona rural contou com a colaboração das profissionais de *design* gráfico e comunicação social do PPGE, Cíntia Borges e Sílvia Pinto, respectivamente. Este trabalho iniciou antes mesmo da formação desta comissão, mediante os contatos das docentes coordenadoras com pessoas e instituições importantes para esse trabalho, conforme citado anteriormente.

Ainda no primeiro semestre de 2015, a turma de mestrandos reuniu-se por diversas vezes, muitas delas junto às professoras responsáveis pelo consórcio, para pensar, elaborar e planejar todas as etapas da divulgação da pesquisa, levando em conta a peculiaridade da população-alvo. Decidiu-se por denominar o presente consórcio de pesquisa da seguinte maneira: nome principal “Saúde Rural”; complementado por “Pesquisa sobre saúde da população rural de Pelotas”. Além disso, foram reunidas as ideias para subsidiar o trabalho de construção de uma logomarca para o estudo.

O processo de criação da logomarca do consórcio foi realizado pelas profissionais Cíntia Borges e Sílvia Pinto, com as ideias sugeridas pelo grupo de mestrandos. Com um trabalho realizado em equipe, brevemente foi possível definir a logomarca que representasse bem os objetivos e o alvo da pesquisa. Com a logomarca e o nome do projeto definidos, a comissão começou a colocar em prática a divulgação do estudo. Um dos primeiros e mais importantes passos foi realizar uma reunião na Secretaria de Saúde, em maio de 2015, para apresentar a pesquisa, coletar informações importantes sobre a zona rural e esclarecer dúvidas. Nessa ocasião estavam presentes, além da Superintendente de Ações em Saúde, trabalhadores das 13 Unidades Básicas de Saúde (UBS) que fazem parte da zona rural de Pelotas. Houve também outras reuniões nas quais participaram alguns alunos juntamente com as professoras coordenadoras, como na reunião com a EMATER Pelotas e com o IBGE. Os mestrandos também realizaram diversas visitas a cada um dos distritos para reconhecimento dos locais e participaram de Pré-Conferências de Saúde nos distritos Quilombo e Santa Silvana, em junho de 2015, para divulgar a pesquisa. Outra reunião muito importante ocorreu em setembro de 2015 com os subprefeitos de cada distrito da zona rural de Pelotas, na Secretaria de

Desenvolvimento Rural. Nessa reunião os alunos explicaram de maneira clara e sucinta o projeto de pesquisa. Cabe ressaltar que os subprefeitos foram muito solícitos, apoiaram a iniciativa e indicaram as principais maneiras através das quais os moradores da zona rural obtinham informações, ou seja, os mais efetivos meios para informar a esta população sobre a realização da pesquisa.

Com base em informações obtidas nas diversas reuniões e contatos com pessoas conhecedoras da zona rural, foram elaborados cartazes e panfletos que transmitissem informações sobre a pesquisa que seria realizada, de uma forma clara, concisa e amigável. O principal objetivo, neste momento inicial, era fazer com que a população tivesse um primeiro contato com a pesquisa e com ela se acostumasse, entendendo a importância do projeto. Além disso, um dos objetivos da divulgação foi de conquistar a confiança da população-alvo, demonstrando a seriedade da pesquisa, o que facilitaria a aceitação dos moradores em participar.

A divulgação na região geográfica do estudo iniciou na metade do segundo semestre de 2015. Os mestrandos foram divididos em quatro grupos, ficando cada grupo responsável pela divulgação em dois distritos. A estratégia adotada foi a de colocar cartazes nos locais de referência de cada distrito, locais bastante frequentados pelos moradores, como, por exemplo, Subprefeituras, Unidade Básicas de Saúde, escolas, salões de igrejas, mercados, pontos de ônibus, entre outros específicos de cada distrito. Além disso, panfletos com explicações sobre a pesquisa foram deixados nestes lugares para que os moradores pudessem ter uma melhor compreensão do estudo. Em alguns locais, como Subprefeitura e Unidades Básicas de Saúde, os próprios funcionários colocaram-se à disposição para entregar ou indicar os panfletos aos moradores que fossem ao local.

Outra estratégia de divulgação da pesquisa foi através de programas de rádio, meio de comunicação importante para alcançar a população alvo. Um texto padrão foi elaborado em conjunto com o serviço de comunicação social, com linguagem adequada ao meio de comunicação e ao público-alvo, e enviado a diversas rádios, inclusive as rádios comunitárias, ouvidas na zona rural de Pelotas, para ser veiculado. Além disso, a divulgação através do rádio foi complementada de maneira muito efetiva com duas entrevistas, dadas em momentos diferentes, por professores e mestrandos para explicar o projeto.

O processo de divulgação foi intensificado no período que antecedeu o início do trabalho de campo, para assegurar que uma boa parcela dos moradores da zona rural já tivessem tido algum contato com informações sobre a pesquisa. Mais cartazes foram colocados em lugares estratégicos, como pontos em que os moradores da zona rural esperam por ônibus no centro da cidade, e mais panfletos foram distribuídos.

À comissão de divulgação coube também a responsabilidade de providenciar a confecção de camisetas, bonés e crachás com o nome e logomarca da pesquisa. Estes serviram para identificar mestrandos e entrevistadoras e, também, como uma forma de divulgação.

Durante todo o trabalho de campo o processo de divulgação continuou sendo feito. A forma principal de divulgação neste período foi através da distribuição dos panfletos explicativos aos moradores. Estes panfletos foram levados pelos mestrandos em todos os dias de trabalho de campo sendo entregues aos participantes da pesquisa e também aos demais moradores das localidades visitadas. Neste período, também houve novas entrevistas de rádio, nas quais os mestrandos participaram, divulgando a pesquisa e esclarecendo dúvidas.

3.8 ESTUDO PILOTO

O estudo piloto com as entrevistadoras selecionadas na primeira etapa da seleção foi realizado no dia 13 de janeiro de 2016, em Arroio do Padre, cidade que por muitos anos fez parte da zona rural de Pelotas e, mesmo após ser emancipada, ainda possui características muito semelhantes às que seriam observadas posteriormente na zona rural de Pelotas. Cada mestrando acompanhou uma a duas entrevistadoras e realizou uma avaliação baseada em um *checklist* criado pela comissão de logística e trabalho de campo. Essa etapa também foi considerada parte da seleção das mesmas.

Após o estudo piloto, foi realizada uma reunião entre os mestrandos para a discussão de situações, problemas e possíveis erros nos questionários. As modificações necessárias foram realizadas pela comissão do questionário, manual e banco de dados antes do início do trabalho de campo. Nessa reunião foi discutido

entre a turma o desempenho de cada candidata e 14 entrevistadoras foram selecionadas.

3.9 LOGÍSTICA E TRABALHO DE CAMPO

O início do trabalho de campo se deu no dia 21/01/2016. Na rotina diária de trabalho sempre havia pelo menos um mestrando de plantão para organizar o material que viria a ser utilizado no trabalho de campo naquele dia. Pelo fato de não haver estadiômetros e balanças digitais em quantidade suficiente para todas as entrevistadoras, era necessário realizar o controle de quem estava em campo com estes instrumentos e, por isso, cada entrevistadora assinava sempre uma planilha com a distribuição deste material, atestando o recebimento. Também era de responsabilidade do mestrando plantonista ter o controle de que todas as entrevistadoras recebessem os vales-transportes e assinassem o livro-ponto. Cada entrevistadora possuía um número de identificação na sua mochila e *tablet*. Logo após, as entrevistadoras e os mestrandos escalados para irem a campo no dia, deslocavam-se ao estacionamento do prédio, onde uma micro-van os aguardava. Ao iniciar o trabalho de campo eram escalados em média seis mestrandos por dia e 12 entrevistadoras. No decorrer do trabalho de campo houve desistência e dispensa de algumas entrevistadoras, o que resultou na redução do número de entrevistadoras em campo.

O local de destino era decidido *a priori*. Inicialmente foram escolhidos os locais mais afastados com intuito de otimizar a utilização da van, pois alguns distritos eram próximos à zona urbana e com maior possibilidade de deslocar-se de outras maneiras. As comissões de amostragem e de banco de dados providenciaram mapas de todos os setores sorteados, os quais deveriam estar em campo obrigatoriamente para facilitar a localização por parte da equipe. Primeiramente, três mestrandos foram considerados os guias da equipe. Os guias eram responsáveis pela utilização do GPS para registrar as coordenadas de cada uma das casas amostradas com o objetivo de facilitar o retorno àquele local em um próximo momento, caso fosse necessário. Além disso, manuseavam os mapas e abasteciam a planilha de número de entrevistas realizadas e pendentes em cada casa. Após

todo o reconhecimento de todos os domicílios amostrados a equipe dos guias foi desfeita e todos os mestrands que estavam em campo foram responsáveis pelo manuseio do GPS, mapas e planilha a partir de então.

O horário de partida e chegada variou conforme local, períodos de safras, clima e turnos preferenciais de alguns entrevistadores. Essa variabilidade deu-se pelo fato do estudo ter iniciado no verão. O horário de partida era, geralmente, às 12 horas e 30 minutos e o tempo médio de deslocamento até a zona rural era de 1 hora e 30 minutos. Além disso, os moradores relatavam estar em suas residências logo após o horário de almoço, devido às altas temperaturas. Ao longo do estudo a escala de trabalho semanal foi alterada. Nos primeiros meses o trabalho acontecia durante os sete dias da semana, quando cada entrevistadora possuía uma folga por semana. No decorrer do estudo, por motivos logísticos e financeiros, houve uma redução dos dias de trabalho, que passou a ocorrer conforme a necessidade de atender cada setor (completar os domicílios com entrevistas pendentes).

Ao chegar ao local estabelecido, em cada residência selecionada, a abordagem inicial era realizada por um dos mestrands responsáveis pelo consórcio, o qual primeiramente apresentava a pesquisa aos moradores e convidava os indivíduos maiores de 18 anos a participarem do estudo. Em seguida era perguntado o número de indivíduos que morava naquela residência, seu(s) nome(s), idade(s), telefone(s) e melhor turno para encontrar o(s) morador(es) em casa. Sempre que possível, as entrevistas eram realizadas no mesmo momento da seleção da residência ou era agendada uma visita na data que o participante estivesse disponível. Quando aceito o convite, a entrevistadora com menos entrevistas contabilizadas até o momento era chamada para realizar a entrevista e assim sucessivamente. Em algumas poucas ocasiões também foi necessário que os mestrands realizassem entrevistas.

Foram considerados critérios de exclusão indivíduos com incapacidade cognitiva ou mental e que não contavam com auxílio de cuidadores/familiares responsáveis para ajudá-los a responder o questionário, hospitalizados ou institucionalizados durante o período de coleta de dados e aqueles que não falavam/compreendiam português (pequena parcela da população rural tem origem Pomerana e não fala português). Ainda, definiram-se como perdas os casos em que os indivíduos não foram encontrados após pelo menos três tentativas de contato

peçoal, em dias e horários distintos, e como recusas todos aqueles que não aceitaram participar do estudo.

Para as medidas antropométricas os critérios de exclusão foram os seguintes:

→ALTURA:

Indivíduos impossibilitados de permanecerem na posição ereta (cadeirantes e/ou acamados).

Gestantes

Mulheres que tiveram filho há menos de 6 meses

Amputação de membros inferiores

→ PESO:

Indivíduos com gesso em qualquer parte do corpo.

Indivíduos impossibilitados de ficar em pé (cadeirantes e/ou acamados).

Gestantes

Mulheres que tiveram filho há menos de 6 meses

Amputação de membros inferiores

→ CIRCUNFERÊNCIA DA CINTURA:

Indivíduos impossibilitados de permanecerem na posição ereta (cadeirantes e/ou acamados).

Gestantes

Mulheres que tiveram filho há menos de 6 meses

Devido ao pouco acesso à rede telefônica na maioria dos locais, os guias eram responsáveis pela anotação do horário em que cada entrevistadora havia deixado a van para realizar a entrevista, sendo contabilizado em torno de 1 hora e 30 minutos para retornar à residência para buscá-la. Após o término da rotina diária, ao longo do trajeto de volta, era conferido todo o material de uso das entrevistadoras e assinada a planilha de materiais pelas mesmas. Ao retornar ao CPE todas as entrevistadoras deveriam remover seus materiais da van e entregar aos mestrandos que estavam em campo. No dia seguinte a rotina se mantinha, porém com uma nova escala de supervisores.

3.10 CONTROLE DE QUALIDADE

Para garantir a qualidade dos dados coletados foi realizado treinamento das entrevistadoras, elaboração de manual de instruções, verificação semanal de inconsistências no banco de dados e reforço das questões que frequentemente apresentavam erros. Além disso, os mestrandos participaram ativamente do trabalho de campo fazendo o controle direto de diversas etapas.

Após a realização das entrevistas, através do banco de dados recebido semanalmente, eram sorteados 10% dos indivíduos para aplicação de um questionário reduzido, elaborado pela comissão do questionário, contendo 10 questões. Este controle era feito pelos mestrandos por meio ligações telefônicas aos domicílios sorteados, a fim de identificar possíveis problemas no preenchimento dos questionários e calcular a concordância entre as respostas, através da estatística Kappa.

3.11 RESULTADOS GERAIS

A coleta dos dados terminou no dia 12 de junho de 2016 com três entrevistadoras em campo. A comissão do banco de dados trabalhou durante quatro semanas, após a conclusão do trabalho de campo, para a entrega do banco final contendo todas as informações coletadas e necessárias para as dissertações dos mestrandos.

Durante todo o trabalho de campo foram realizadas, periodicamente, reuniões entre os mestrandos e as professoras coordenadoras, com intuito de repassar informações, auxiliar na tomada de decisões e resolução de dificuldades, bem como avaliar o andamento do trabalho. No dia 22 de agosto foi realizada uma última reunião do Consórcio de Pesquisa 2015/2016, entre mestrandos e professoras coordenadoras, para definição das próximas etapas que ainda deveriam ser realizadas em conjunto, prazos de entrega de trabalhos de cada comissão e decisão sobre a forma de repasse dos resultados finais para a comunidade.

Conforme a Tabela 3, observa-se que dos 1.697 indivíduos elegíveis, 1.519 (89,5%) responderam o questionário e 178 (10,5%) foram computados como perdas

ou recusas. Dos entrevistados, a maioria era do sexo feminino (51,7%), com idade entre 40 e 59 anos e a maior proporção (cerca de 17%) morava no distrito Cascata. As perdas e recusas foram diferentes entre os indivíduos que responderam ou não ao questionário em relação às variáveis sexo, idade e distrito de moradia ($p < 0,05$).

A mediana de idade foi 47 anos (intervalo interquartil = 28 anos) e a amplitude foi de 18 a 93 anos. O percentual atingido no final do trabalho de campo foi de 89,5%. Já o percentual de controle de qualidade atingido foi 0,3 pontos percentuais abaixo do esperado (9,7%).

Tabela 3. Caracterização dos indivíduos elegíveis no estudo “Saúde Rural - Pesquisa sobre saúde da população rural de Pelotas”

Pesquisa sobre saúde da população rural do Perito					
Variáveis	Amostra	Perdas	Recusas	Valor-p*	Total
	N (%)	N (%)	N (%)		N (%)
Sexo					
Masculino	734 (85,4%)	63 (7,3%)	63 (7,3%)	<0,001	860 (50,7%)
Feminino	785 (93,8%)	28 (3,3%)	24 (2,9%)		837 (49,3%)
Idade (anos completos)					
18 – 24	174 (84,5%)	11 (5,3%)	21 (10,2%)	0,007	206 (12,2%)
25 – 39	341 (88,1%)	25 (6,5%)	21 (5,4%)		387 (22,9%)
40 – 59	593 (90,1%)	31 (4,7%)	34 (5,2%)		658 (38,8%)
60 ou mais	411 (93,2%)	19 (4,3%)	11 (2,5%)		441 (26,1%)
Distrito					
Z3	163 (83,2%)	14 (7,1%)	19 (9,7%)	<0,001	196 (11,6%)
Cerrito Alegre	245 (92,1%)	10 (3,8%)	11 (4,1%)		266 (15,7%)
Triunfo	184 (91,5%)	11 (5,5%)	6 (3,0%)		201 (11,8%)
Cascata	251 (90,0%)	23 (8,2%)	5 (1,8%)		279 (16,4%)
Santa Silvana	167 (90,8%)	14 (7,6%)	3 (1,6%)		184 (10,8%)
Quilombo	157 (87,2%)	8 (4,5%)	15 (8,3%)		180 (10,6%)

Rincão da Cruz	120 (89,5%)	6 (4,5%)	8 (6,0%)	134 (8,0%)
Monte Bonito	232 (90,2%)	5 (2,0%)	20 (7,8%)	256 (15,1%)
Total	1519 (89,5)	91 (5,4)	87 (5,1)	1697 (100)

*Qui-quadrado para diferença entre a amostra e as perdas/recusas

Foram totalizados 27 indivíduos como critério de exclusão, ou seja, 1,6% dos adultos moradores nas residências selecionadas. Cada indivíduo poderia ser classificado como com incapacidade física, ou seja, algum problema físico que o impedia de responder o questionário (por exemplo alguém que sofria de paralisia cerebral) ou com incapacidade mental, ou seja, algum problema mental que o impedia de responder o questionário (por exemplo alguém que sofria de depressão profunda e não se comunicava nem mesmo com agentes comunitários de saúde) ou, ainda, foram considerados como critérios de exclusão também aqueles que só falavam a língua pomerana. Dentre os 27 indivíduos, 9 apresentavam incapacidade física; 12, incapacidade mental; e 6 só falavam pomerano.

3.12 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS NA COMUNIDADE

Após a conclusão das análises relativas aos temas de pesquisa dos mestrados, será realizado um amplo processo de divulgação dos principais achados à comunidade local incluindo os gestores de saúde e, em especial, à população rural. Tendo em vista que este foi o primeiro estudo de consórcio de base populacional que se dedicou a estudar exclusivamente a população rural adulta do município, o principal objetivo a ser atingido com esta atividade é que os entrevistados conheçam as prevalências e fatores associados aos aspectos da saúde investigados e que gestores, instituições e políticos locais possam, a partir destes, promover ações efetivas que resultem em melhorias para este grupo populacional.

O grupo que coordenou e realizou o estudo divulgará os achados de modo diversificado e em linguagem compreensível em forma de seminário e de reuniões locais. Para as comunidades rurais, será elaborado material gráfico informativo

contendo os principais achados, o qual será distribuído em locais de fácil acesso e amplamente frequentados pela população de cada distrito. O seminário realizar-se-á nas dependências do Centro de Pesquisas Epidemiológicas, divulgando de maneira bem mais detalhada os achados e a importância de seu trabalho para gestores públicos, como subprefeitos dos distritos da zona rural, vereadores e imprensa local.

Além disso, em uma etapa mais elaborada de divulgação, a equipe responsável, com auxílio do setor de comunicação do Centro de Pesquisas Epidemiológicas, irá divulgar os resultados dos estudos para a população em geral e mídia em geral (rádios locais, jornais de veiculação local e estadual e televisão).

3.14 ORÇAMENTO

O Consórcio de Pesquisa foi financiado por recurso proveniente da Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior (CAPES), no valor de R\$ 98.000,00, por recurso obtido através de patrocínio de empresas do município (R\$ 1.600,00) e por recursos dos mestrandos (R\$ 1.689,90), totalizando R\$ 101.289,90. Ao final, foram utilizados R\$ 99.732,07, conforme demonstrado nas Tabelas 4 e 5, restando um saldo de R\$ 1.557,83 a ser utilizado para divulgação dos resultados.

No total, dez *tablets*, com custo total de R\$ 5.500,00, foram utilizados no trabalho de campo para a coleta de dados. Os mesmos foram comprados com verba de outro pesquisador sendo devolvidos ao mesmo ao final do trabalho de campo

Tabela 4. Gastos finais da pesquisa com recursos disponibilizados pelo programa para a realização do consórcio de mestrado 2015/2016.

Item	Quantidade	Custo Total (R\$)
Amostragem*	-	2.663,67
Vales transporte	3.600	9.900,00
Transporte (Van)	103 diárias	35.570,00
Entrevistadoras (salário base)	14**	24.540,00
Pagamento de entrevistas***	1530	16.212,50
Camisetas / Serigrafia	46	1.670,00
Bonés / Serigrafia	50	900,00
Cases para Tablets	10	165,40
Cópias / Impressões****	19.500	4.820,60
Total		96.442,17

* Pró-labore e custeio/despesas de viagem da Profa. Regina Bernal para o processo de amostragem do estudo

** Número de entrevistadoras variou conforme andamento do campo

*** Inicialmente o preço por entrevista completa realizada era de R\$10,00, posteriormente passou para R\$15,00

**** Reprodução de materiais: questionários, planilhas, TCLE, crachás, *flyers*, folders e cartazes

Tabela 5. Gastos finais da pesquisa com recursos obtidos através de patrocínio e dos mestrandos. Consórcio 2015/2016, Pelotas-RS.

Item	Quantidade	Custo Total (R\$)
GPS <i>Garmin nuvi 2415_{LT}</i> [*]	1	497,00
Seguro de vida das entrevistadoras	14	315,00
Kit primeiros socorros	1	114,75
Material de escritório	-	91,37
Conserto de 01 balança e 02 tablets	3	671,78
Bateção ^{**}	1	1.600,00
Total		3.289,90

* Esse modelo de GPS pode ser utilizado em modo *offline*, ideal para zona rural onde o acesso à internet é limitado

** Embora não tenha sido finalizado o processo de “bateção”, houve pagamento para a pessoa a cargo dessa tarefa durante sua execução.

REFERÊNCIAS

1. Barros AJD, Menezes AMB, Santos IS, Assunção MCF, Gigante D, Fassa AG, *et al.* O Mestrado do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da UFPel baseado em consórcio de pesquisa: uma experiência inovadora. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2008; 11:133-44.
2. IBGE. Censo Brasileiro 2010. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2011.
3. REDCap. Nashville: Research Eletronic Data Capture; [updated 2016 May; cited 2016 Aug 30].
4. Habicht JP. Estandarizacion de metodos epidemiologicos cuantitativos sobre el terreno. *Boletin de la oficina Sanitaria Panamericana*. 1974.

APÊNDICES

Materiais utilizados no consórcio rural 2015/2016

APÊNDICE 1. Parecer do aceite do Comitê de Ética em Pesquisa do Consórcio rural 2015/2016

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PELOTAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da Saúde de Adultos Residentes na Zona Rural do Município de Pelotas - RS.

Pesquisador: Luciana Tovo Rodrigues

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 51399615.7.0000.5317

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.363.979

Apresentação do Projeto:

A saúde de populações residentes em zonas rurais de municípios brasileiros tem sido estudada em algumas grandes pesquisas de âmbito nacional. Apesar disso, em comparação com os estudos em regiões urbanas, há uma escassez de pesquisas e estudos que se dediquem a pesquisar exclusivamente as populações residentes em zonas rurais. A partir da constatação desta lacuna de conhecimento acerca destas populações específicas, esta pesquisa irá realizar um estudo transversal de base populacional na zona rural do município de Pelotas, RS. A presente pesquisa será realizada no formato de consórcio, método adotado pelo mestrado do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas. Neste formato, todos os mestrandos dos anos 2015/2016, e alguns pesquisadores colaboradores do consórcio, realizam seus estudos a partir de uma coleta de dados realizada em conjunto. Dentro deste consórcio de pesquisa serão estudados temas relacionados à saúde da população adulta com 18 anos ou mais de idade residentes na zona rural do município de Pelotas, RS, tais como os seguintes: qualidade de vida, qualidade de sono, hábitos alimentares, consumo de bebidas alcoólicas, tabagismo, transtornos depressivos, obesidade, atividade física e avaliação dos serviços de saúde. Este consórcio de pesquisa tem como objetivo principal avaliar a saúde da população adulta residente na zona rural do município de Pelotas, RS. Como parte deste objetivo, pretende-se estimar as

Endereço: Rua Prof Araújo, 465 sala 301

Bairro: Centro

CEP: 96.020-360

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3284-4960

Fax: (53)3221-3554

E-mail: cep.famed@gmail.com

**FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PELOTAS**



Continuação do Parecer: 1.363.979

prevalências de alguns hábitos de vida e de agravos à saúde, bem como de alguns fatores relacionados a eles. Espera-se que os resultados obtidos através desta pesquisa forneçam informações importantes sobre o estado de saúde desta população, bem como permitam, a partir deste conhecimento, um melhor planejamento de futuras ações e planejamentos de saúde específicos para as necessidades da população estudada.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a o estado de saúde da população adulta com 18 anos de idade ou mais, residentes na zona rural do município de Pelotas, RS, e os fatores associados às condições pesquisadas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O projeto apresenta riscos mínimos

Benefícios:

Conhecer os estados de saúde e doença de uma população rural específica. Gerar conhecimentos que possam resultar em políticas públicas de saúde para a população estudada e, possivelmente, para outras populações residentes em zonas rurais do Brasil.*

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa "Avaliação da Saúde de Adultos Residentes na Zona Rural do Município de Pelotas - RS" é de extrema relevância para o conhecimento da saúde das populações rurais, pois poderá servir de base no planejamento de ações para área rural do município e mesmo de outras regiões rurais do Brasil.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

OK

Recomendações:

OK

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

OK

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Rua Prof Araújo, 465 sala 301

Bairro: Centro

CEP: 96.020-360

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3284-4960

Fax: (53)3221-3554

E-mail: cep.famed@gmail.com

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PELOTAS



Continuação do Parecer: 1.363.979

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	Resposta.pdf	11/12/2015 15:50:37	Patricia Abrantes Duval	Aceito
Outros	Projetao.docx	11/12/2015 15:49:48	Patricia Abrantes Duval	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_629937.pdf	23/11/2015 10:48:20		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_UFPel.docx	23/11/2015 10:47:36	Luciana Tovo Rodrigues	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	23/11/2015 10:46:19	Luciana Tovo Rodrigues	Aceito
Folha de Rosto	Mestrado_PPGE_UFPel.pdf	23/11/2015 10:36:43	Luciana Tovo Rodrigues	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PELOTAS, 11 de Dezembro de 2015

Assinado por:

Patricia Abrantes Duval
(Coordenador)

APÊNDICE 2 – Questionário completo consórcio rural 2015/2016

BLOCO B – DOMICILIAR COMPOSIÇÃO DE RENDA/BENS E DESPESAS <i>Este bloco deve ser aplicado preferencialmente ao chefe da família</i>			
Entrevistadora: ____ Data da entrevista: ____ / ____ / ____ Horário de início da entrevista: ____:____ Número do distrito: ____ Número do setor: ____ Número do núcleo: ____ Número da família: ____			
IDENTIFICAR	O	RESPONDENTE	(NOME):

<BOM DIA/ BOA TARDE>. MEU NOME É <ENTREVISTADORA>. ESTOU TRABALHANDO EM UMA PESQUISA SOBRE SAÚDE, REALIZADA PELO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS. IREMOS ESTUDAR COMO ESTÁ A SAÚDE DOS ADULTOS MORADORES EM ÁREAS RURAIS DE PELOTAS. GOSTARIA DE CONVERSAR COM O(A) SR.(A) E É IMPORTANTE ESCLARECER QUE TODAS AS INFORMAÇÕES SÃO SIGILOSAS E SERÃO UTILIZADAS APENAS PARA ESSA PESQUISA. INICIALMENTE PRECISAMOS CONVERSAR COM O RESPONSÁVEL DA FAMÍLIA E DEPOIS PRECISAREMOS ENTREVISTAR OS MORADORES COM 18 ANOS DE IDADE OU MAIS.			
B001) QUEM É O CHEFE DA SUA FAMÍLIA? (1) Próprio entrevistado (2) Pai (3) Mãe (4) Tio (5) Tia (6) Avô (7) Avó (10) Irmão (11) Irmã (12) Marido/Esposa (13) Outro QUAL? _____ [grau de parentesco com o entrevistado]			
B002) ATÉ QUE ANO DE ESTUDO <O(A) SR(A)/ O CHEFE DA FAMÍLIA>			

COMPLETOU?

___ série/ano

[00 = completou faculdade ou mais / 88 = nunca estudou / 99 = IGN]

Grau: (*marcar*)

(1) fundamental

(2) médio

(3) curso técnico ou médio integrado

(4) faculdade

(5) especialização/residência

(6) mestrado

(7) doutorado

(8) NSA – nunca estudou

(9) IGN

B003)QUANTAS PESSOAS MORAM NESTE DOMICÍLIO?

___ moradores

[99 = IGN]

B004)GOSTARIA QUE O(A) SR.(A) ME DISSESSE O PRIMEIRO NOME DAS PESSOAS QUE MORAM NESTA CASA, COMEÇANDO PELO(A) SR(A). POR FAVOR, ME DIGA TAMBÉM A IDADE DELAS.

NOME:	QUAL A IDADE DO(A) <NOME>? [00 = menores de 1 ano]	Anotar o sexo: (1) Masculino (2) Feminino
1)	1)___	1) ___
2)	2)___	2)___
3)	3)___	3)___
4)	4)___	4)___
5)	5)___	5)___
6)	6)___	6)___

AGORA VAMOS CONVERSAR UM POUCO SOBRE A ÁGUA E O ESGOTO DA SUA CASA.**B005)QUAL É A PRINCIPAL FORMA DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA DA SUA CASA?***Ler opções*

(1) Rede geral de distribuição do SANEP

(2) Poço ou nascente na propriedade

(3) Poço ou nascente fora da propriedade

(4) Carro-pipa

(5) Água da chuva armazenada em cisterna

(6) Água da chuva armazenada de outro modo

(7) Rio, lago

(10) Outro **QUAL?** _____

(9) IGN

B006) DENTRO DA SUA CASA, TEM ÁGUA ENCANADA EM PELO MENOS UMA PEÇA?

(0) Não

(1) Sim

(9) IGN

B007) NA MAIORIA DAS VEZES, A ÁGUA QUE VOCÊS BEBEM NESTA CASA É...? Ler opções

(1) Filtrada

(2) Fervida

(3) Filtrada e fervida

(4) Água mineral industrializada de garrafa ou garrafão (*bombona*)

(5) Direto da torneira / bica / poço

(9) IGN

B008) O QUE É FEITO COM O LIXO DOMÉSTICO DESTA CASA?

(1) Coletado por serviço de limpeza

(2) Queimado na propriedade

(3) Enterrado na propriedade

(4) Jogado em terreno baldio ou logradouro

(5) Jogado em rio ou lago

(6) Outro **QUAL?** _____

(9) IGN

AGORA VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE ITENS QUE POSSAM TER NA SUA CASA. TODOS OS APARELHOS QUE VOU CITAR DEVEM ESTAR FUNCIONANDO, INCLUINDO OS QUE ESTÃO GUARDADOS. CASO NÃO ESTEJAM FUNCIONANDO, POR FAVOR, ME AVISE.

ME DIGA SE NA SUA CASA TEM E QUANTOS TÊM:

B009) ASPIRADOR DE PÓ? (0)(1) (2) (3) (4+) (9) IGN

B010) MÁQUINA DE LAVAR ROUPA? NÃO CONSIDERAR TANQUINHO

(0) (1) (2)(3)(4+) (9) IGN

B011) MÁQUINA DE SECAR ROUPA? (0)(1) (2) (3) (4+) (9) IGN

B012) MÁQUINA DE LAVAR LOUÇA? (0)(1) (2) (3) (4+) (9) IGN

B013) DVD, INCLUINDO QUALQUER APARELHO QUE LEIA DVD, MAS SEM CONTAR ODE AUTOMÓVEL? (0)(1) (2) (3) (4+) (9) IGN
B014) VIDEOCASSETE? (0)(1) (2) (3) (4+) (9) IGN
B015) GELADEIRA? (0)(1) (2) (3) (4+) (9) IGN
B016) FREEZER OU GELADEIRA DUPLEX? (0)(1) (2)(3) (4+) (9) IGN
B017) FORNO DE MICROONDAS? (0)(1) (2) (3) (4+) (9) IGN
B018) COMPUTADOR DE MESA? (0)(1) (2) (3) (4+) (9) IGN
B019) COMPUTADOR PORTÁTIL (NOTEBOOK OU NETBOOK)? <i>Não contar tablets, palms ou celular</i> (0) (1) (2) (3) (4+) (9) IGN
B020) RÁDIO? (0)(1) (2) (3) (4+) (9) IGN
B021) TELEVISÃO? (0)(1) (2) (3) (4+) (9) IGN
B022) APARELHO DE AR CONDICIONADO? (0)(1)(2) (3) (4+) (9) IGN
B023) TV A CABO OU POR ASSINATURA? <i>Não contar parabólica</i> (0) Não(1) Sim (9) IGN
B024) ACESSO À INTERNET? <i>Sem contar do celular</i> (0) Não(1) Sim (9) IGN
B025) AUTOMÓVEL DE PASSEIO? <i>Uso particular</i> (0) (1) (2) (3) (4+) (9) IGN
B026) MOTOCICLETA? <i>Somente uso particular</i> (0) (1) (2) (3) (4+) (9) IGN
SE SIM NA B25 OU B26:
B027) NO ANO PASSADO (2015), QUAL FOI O VALOR TOTAL PAGO DE IPVA PARA ESSE(S) VEÍCULO(S)? (0) Isento de IPVA/Não pagou IPVA (1) Até 500 Reais (2) 501 a 1000 Reais

- (3) 1001 a 2000 Reais
- (4) Mais de 2000 Reais
- (8) NSA
- (9) IGN

**AGORA VOU FAZER UMAS PERGUNTAS SOBRE A CASA E O TERRENO
ONDE VOCÊS MORAM.**

B028) O TERRENO AQUI DESTA CASA É...? *Ler opções*

- (1) **Próprio**
- (2) **Alugado**
- (3) **Arrendado**
- (4) **Emprestado** *(de familiares/amigos)*
- (5) **Posse**
- (6) **Usucapião**
- (7) Outro
- (9) IGN

B029) A CASA EM QUE VOCÊS MORAM É...? *Ler opções*

- (1) **Própria/Financiada**
- (2) **Alugada**
- (3) **Arrendada**
- (4) **Emprestada** *(de familiares/amigos)*
- (5) **Posse**
- (6) **Usucapião**
- (7) Outro
- (9) IGN

B030) QUAL O TAMANHO DESTA TERRENO/PROPRIEDADE EM HECTARES OU M²?

a) ___ ___ ___ hectares

[888 = NSA]

[999 = IGN]

b) ___ ___ ___ m²

[888 = NSA]

[999 = IGN]

B031) QUANTOS BANHEIROS EXISTEM NA CASA?

___ banheiros

[0 = sem banheiro / 9 = IGN] → *Vá para B033*

SE 1 BANHEIRO:

B031a) NESTE BANHEIRO, HÁ CHUVEIRO E/OU BANHEIRA?

(0) Não

- (1) Sim
(8) NSA

SE RESPONDEU B031a → *Vá para B032*

SE 2 OU MAIS BANHEIROS:

B031b) DESTES BANHEIROS COM VASO SANITÁRIO, QUANTOS POSSUEM CHUVEIRO E/OU BANHEIRA?

___ __ banheiros

[00 = sem chuveiro e/ou banheira / 88 = NSA]

B032) PARA ONDE VAI O ESCOAMENTO DO(S) VASO(S) SANITÁRIO(S)...?

Ler opções

- (1) Rede geral de esgoto
(2) Fossa
(3) Vala, valeta, valão
(4) Direto para o rio ou lago
(5) Outro **QUAL?** _____
(8) NSA
(9) IGN

B033) QUANTAS PEÇAS DA CASA SÃO USADAS PARA DORMIR?

___ __ peças

[99 = IGN]

B034) NA SUA CASA TEM EMPREGADOS(AS) DOMÉSTICO(AS), OU SEJA, QUE TRABALHEM SOMENTE NA LIDA DA CASA?

(0) Não → *Vá para B035*

(1) Sim

(9) IGN → *Vá para B035*

a) **QUANTOS?** ___ __ empregado(as)

[88 = NSA]

[99 = IGN]

AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE A FONTE DE RENDA DOS MORADORES DESTA CASA.

B035) O(A) SR(A) OU OUTRO MORADOR DESTA DOMICÍLIO COSTUMA TRABALHAR COM PESCA?

(0) Não → *Vá para B041*

(1) Sim

(9) IGN → *Vá para B041*

B036) QUANTO VOCÊS GANHAM POR ANO COM A PESCA?

a) Pessoa 1: R\$ _____

b) Pessoa 2: R\$ _____

c) Pessoa 3: R\$ _____

d) Pessoa 4: R\$ _____

e) Pessoa 5: R\$ _____

[000000 = Não recebeu / 888888 = NSA / 999999 = IGN]

B037) NO ÚLTIMO MÊS, QUANTO VOCÊS GANHARAM COM ESTA VENDA DE PESCADO E FRUTOS DO MAR?

a) Pessoa 1: R\$ _____

b) Pessoa 2: R\$ _____

c) Pessoa 3: R\$ _____

d) Pessoa 4: R\$ _____

e) Pessoa 5: R\$ _____

[000000 = Não recebeu / 888888 = NSA / 999999 = IGN]

SE NÃO VENDEU NO ÚLTIMO MÊS:

B038) QUANTO VOCÊS GANHARAM NA ÚLTIMA VEZ QUE VENDERAM ESTES PRODUTOS?

a) Pessoa 1: R\$ _____

b) Pessoa 2: R\$ _____

c) Pessoa 3: R\$ _____

d) Pessoa 4: R\$ _____

e) Pessoa 5: R\$ _____

[000000 = Não recebeu / 888888 = NSA / 999999 = IGN]

B039) O(A) SR.(A) OU ALGUM OUTRO MORADOR DESTA CASA, COSTUMA VENDER PRODUTOS DERIVADOS DA PESCA, COMO BOLINHO DE PEIXE, PASTÉIS OU OUTROS?

(0) Não → *Vá para B041*

(1) Sim

(8) NSA

(9) IGN → *Vá para B041*

B040) NO ÚLTIMO MÊS, QUANTO VOCÊS GANHARAM COM ESTA VENDA?

a) Pessoa 1: R\$ _____

b) Pessoa 2: R\$ _____

c) Pessoa 3: R\$ _____

d) Pessoa 4: R\$ _____

e) Pessoa 5: R\$ _____

[000000 = Não recebeu / 888888 = NSA / 999999 = IGN]

B041) O(A) SR(A) OU OUTRO MORADOR DESTE DOMICÍLIO COSTUMA

TRABALHAR COM CRIAÇÃO DE ANIMAIS?(0) Não → *Vá para B048*

(1) Sim

(9) IGN → *Vá para B048***B042)VOCÊS CRIAM ANIMAIS PARA VENDER PRODUTOS DERIVADOS DELES, COMO OVOS, LEITE, QUEIJO...?**(0) Não → *Vá para B044*

(1) Sim

(8) NSA

(9) IGN → *Vá para B044***B043)NO ÚLTIMO MÊS, QUANTO VOCÊS GANHARAM COM ESTA VENDA?**

a) Pessoa 1: R\$ _____

b) Pessoa 2: R\$ _____

c) Pessoa 3: R\$ _____

d) Pessoa 4: R\$ _____

e) Pessoa 5: R\$ _____

[000000 = Não recebeu / 888888 = NSA / 999999 = IGN]

B044)VOCÊS CRIAM ANIMAIS PARA VENDER?(0) Não → *Vá para B048*

(1) Sim

(8) NSA

(9) IGN → *Vá para B048***B045)QUANTO VOCÊS GANHAM POR ANO COM A VENDA DESTES ANIMAIS?**

a) Pessoa 1: R\$ _____

b) Pessoa 2: R\$ _____

c) Pessoa 3: R\$ _____

d) Pessoa 4: R\$ _____

e) Pessoa 5: R\$ _____

[000000 = Não recebeu / 888888 = NSA / 999999 = IGN]

B046)NO ÚLTIMO MÊS, QUANTO VOCÊS GANHARAM COM ESTA VENDA?

a) Pessoa 1: R\$ _____

b) Pessoa 2: R\$ _____

c) Pessoa 3: R\$ _____

d) Pessoa 4: R\$ _____

e) Pessoa 5: R\$ _____

[000000 = Não recebeu / 888888 = NSA / 999999 = IGN]

SE NÃO VENDEU NO ÚLTIMO MÊS:

B047)QUANTO VOCÊS GANHARAM NA ÚLTIMA VEZ QUE VENDERAM ESTES ANIMAIS?

- a) Pessoa 1: R\$ _____
 b) Pessoa 2: R\$ _____
 c) Pessoa 3: R\$ _____
 d) Pessoa 4: R\$ _____
 e) Pessoa 5: R\$ _____

[000000 = Não recebeu / 888888 = NSA / 999999 = IGN]

B048)O(A) SR(A) OU OUTRO MORADOR DESTA DOMICÍLIO VENDE ALGUM PRODUTO PLANTADO OU COLHIDO NESTA PROPRIEDADE?

(0) Não → *Vá para B052*

(1) Sim

(9) IGN → *Vá para B052*

B049)QUANTO VOCÊS GANHAM POR ANO COM A VENDA DESTES PRODUTOS?

- a) Pessoa 1: R\$ _____
 b) Pessoa 2: R\$ _____
 c) Pessoa 3: R\$ _____
 d) Pessoa 4: R\$ _____
 e) Pessoa 5: R\$ _____

[000000 = Não recebeu / 888888 = NSA / 999999 = IGN]

B050)NO ÚLTIMO MÊS, QUANTO VOCÊS GANHARAM COM ESTA VENDA?

- a) Pessoa 1: R\$ _____
 b) Pessoa 2: R\$ _____
 c) Pessoa 3: R\$ _____
 d) Pessoa 4: R\$ _____
 e) Pessoa 5: R\$ _____

[000000 = Não recebeu / 888888 = NSA / 999999 = IGN]

SE NÃO VENDEU NO ÚLTIMO MÊS:

B051)QUANTO VOCÊS GANHARAM NA ÚLTIMA VEZ QUE VENDERAM ESTES PRODUTOS?

- a)Pessoa 1: R\$ _____
 b)Pessoa 2: R\$ _____
 c)Pessoa 3: R\$ _____
 d)Pessoa 4: R\$ _____
 e)Pessoa 5: R\$ _____

[000000 = Não recebeu / 888888 = NSA / 999999 = IGN]

B052)NESTA <PROPRIEDADE/CASA>, TRABALHAM SÓ PESSOAS DA FAMÍLIA OU CONTRATAM PESSOAS DE FORA?

(1) Só da família → *Vá para B054*

(2) Contratam pessoas de fora da família

(3) Troca de favores → *Vá para B054*

(4) Ninguém trabalha nesta propriedade → *Vá para A054*

(5) Parceria ou meeiro

(9) IGN → *Vá para B054*

B053) DESDE <MÊS> DO ANO PASSADO, QUANTAS PESSOAS CONTRATADAS PELA FAMÍLIA TRABALHARAM AQUI NO MANEJO DE ANIMAIS E/OU NA AGRICULTURA?

__ __ pessoas

[88 = NSA / 99 = IGN]

B054) O(A) SR(A) OU OUTRO MORADOR DESTA CASA COSTUMA TRABALHAR COM COMÉRCIO, INDÚSTRIA OU SERVIÇOS?

(0) Não → *Vá para B056*

(1) Sim

(9) IGN → *Vá para B056*

B055) NO MÊS PASSADO QUANTO GANHARAM AS PESSOAS QUE TRABALHARAM NO SETOR DE COMÉRCIO, INDÚSTRIA E SERVIÇOS?

a) Pessoa 1: R\$ ____

b) Pessoa 2: R\$ ____

c) Pessoa 3: R\$ ____

d) Pessoa 4: R\$ ____

e) Pessoa 5: R\$ ____

[000000 = Não recebeu / 888888 = NSA / 999999 = IGN]

B056) ALGUM MORADOR DESTA CASA RECEBE DINHEIRO DE APOSENTADORIA, AUXÍLIO DOENÇA, PENSÃO POR INVALIDEZ OU POR MORTE?

(0) Não → *Vá para B058*

(1) Sim

(9) IGN → *Vá para B058*

B057) QUANTO ESTAS PESSOAS GANHARAM COM ESTES BENEFÍCIOS NO MÊS PASSADO?

a) Pessoa 1: R\$ ____

b) Pessoa 2: R\$ ____

c) Pessoa 3: R\$ ____

d) Pessoa 4: R\$ ____

e) Pessoa 5: R\$ ____

[000000 = Não recebeu / 888888 = NSA / 999999 = IGN]

B058) ALGUM MORADOR DESTA CASA RECEBE DINHEIRO DE BOLSA-FAMÍLIA, LOAS, AUXÍLIO-RECLUSÃO, AUXÍLIO-MATERNIDADE, SEGURO-

DESEMPREGO (OU SEGURO-DEFESO PARA PESCADORES)?(0) Não → *Vá para B060*

(1) Sim

(9) IGN → *Vá para B060***B059) SOMANDO TUDO, QUANTO GANHARAM COM ESTES BENEFÍCIOS NO MÊS PASSADO?**

a) Pessoa 1: R\$ _____

b) Pessoa 2: R\$ _____

c) Pessoa 3: R\$ _____

d) Pessoa 4: R\$ _____

e) Pessoa 5: R\$ _____

[000000 = Não recebeu / 888888 = NSA / 999999 = IGN]

B060) VOCÊS TÊM OUTRA FONTE DE RENDA, COMO ALUGUEL OU ARRENDAMENTO DE PROPRIEDADE, MESADA, AJUDA DE FAMILIARES?(0) Não → *Vá para A001 (Bloco individual)*

(1) Sim

(9) IGN → *Vá para A001 (Bloco individual)***B061) NO MÊS PASSADO, QUANTO VOCÊS GANHARAM COM ESTAS OUTRAS FONTES DE RENDA?**

a) Pessoa 1: R\$ _____

b) Pessoa 2: R\$ _____

c) Pessoa 3: R\$ _____

d) Pessoa 4: R\$ _____

e) Pessoa 5: R\$ _____

[000000 = Não recebeu / 888888 = NSA / 999999 = IGN]

BLOCO A – INDIVIDUAL

Este bloco deve ser aplicado a todos os indivíduos com 18 anos ou mais de idade

Entrevistadora: __ __

Data da entrevista: __ __ / __ __ / __ __ __ __

Horário de início da entrevista: __ __: __ __

Número do distrito: __ __

Número do setor: __ __

Número do núcleo: __ __

Número da família: __ __

Número da pessoa: __ __

OBS.: IGNORAR O ANÚNCIO PARA AQUELES QUE JÁ RESPONDERAM AO DOMICILIAR

<BOM DIA/ BOA TARDE>. MEU NOME É <ENTREVISTADORA>. ESTOU TRABALHANDO EM UMA PESQUISA SOBRE SAÚDE, REALIZADA PELO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS. ESTE É UM ESTUDO QUE IRÁ AVALIAR COMO ESTÁ SAÚDE E OUTROS ASPECTOS DA VIDA DOS ADULTOS MORADORES EM ÁREAS RURAIS DE PELOTAS. GOSTARIA DE CONVERSAR COM O(A) SR.(A) E É IMPORTANTE ESCLARECER QUE TODAS AS INFORMAÇÕES SÃO SIGILOSAS E SERÃO UTILIZADAS APENAS PARA ESSA PESQUISA.

A000) **ENDEREÇO:** _____

A000a) **TELEFONE:** _____

A001) **QUAL O SEU NOME?**

A002) **QUAL É A SUA IDADE?**

__ __ __ anos completos

A003) **QUAL É A SUA DATA DE NASCIMENTO?**

__ __ / __ __ / __ __ __ __

A004) **A SUA COR OU RAÇA/ETNIA É...? Ler opções**

(1) Branca (2) Preta/Negra (3) Mulata/Parda (4) Amarela (5) Indígena

A005) Observar e anotar: Sexo: (1) Masculino (2) Feminino

A006) **QUAL É A ORIGEM/DESCENDÊNCIA PREDOMINANTE DA SUA FAMÍLIA?** (Múltipla escolha)

(1) Alemã/Pomerana

(2) Portuguesa

(3) Italiana

(4) Polonesa/Polaca

(5) Brasileira/mista

(6) Povos africanos/quilombolas

(7) Povos orientais (japonês, chinês)

(10) Povos indígenas

(11) Outros povos europeus

(12) Outra QUAL? _____

(9) IGN

A007) **HÁ QUANTO TEMPO O(A) SR.(A) MORA NA ZONA RURAL DE PELOTAS?**

__ __ [00 = menos de 1 ano]

[88 = NSA / 99 = IGN]

a) **HÁ QUANTO TEMPO O(A) SR.(A) MORA NESTA<CASA/PROPRIEDADE>?**

__ __[00 = menos de 1 ano]

[88 = NSA / 99 = IGN]

A008)O(A) SR.(A) MORA COM COMPANHEIRO(A)?

- (0) Não
- (1) Sim
- (9) IGN

A009) QUAL É O SEU ESTADO CIVIL...?

- (1) Casado(a)/mora com companheiro(a) → *Vá para A011*
- (2) Divorciado(a)/Separado(a)
- (3) Solteiro(a)
- (4) Viúvo(a)
- (9) IGN → *Vá para A011*

SE O ENTREVISTADO RESPONDEU “SIM” NA QUESTÃO A008 → *Vá para A011*

A010)O(A) SR.(A) TEM NAMORADO(A)?

- (0) Não
- (1) Sim
- (8) NSA
- (9) IGN

A011)O(A) SR.(A) SABE LER E ESCREVER?

- (0) Não → *Vá para A016*
- (1) Sim
- (2) Só assina → *Vá para A016*
- (8) NSA
- (9) IGN → *Vá para A016*

A012)O SR.(A) ESTÁ ESTUDANDO ATUALMENTE?

- (0) Não → *Vá para A015*
- (1) Sim
- (8) NSA
- (9) IGN → *Vá para A015*

A013)EM QUE SÉRIE/ANO O SR.(A)ESTÁ?

__ __ série/ano

[00 = faculdade ou mais]

[33 = EJA/PEJA]

[44 = Pré-vestibular]

[88 = NSA / 99 = IGN]

Grau (*marcar*):

- (1) fundamental
- (2) médio
- (3) curso técnico ou médio integrado
- (4) curso técnico ou profissionalizante
- (5) faculdade
- (6) especialização/residência
- (7) mestrado
- (10) doutorado
- (11) curso preparatório
- (12) EJA/PEJA (atual supletivo)
- (8) NSA
- (9) IGN

SE FAZ EJA/PEJA (atual supletivo):

A014) EM QUAL NÍVEL O(A) SR.(A) ESTÁ NO EJA?

- (1) Nível fundamental – séries iniciais
- (2) Nível fundamental – séries finais
- (3) Ensino médio
- (8) NSA
- (9) IGN

SE O(A) ENTREVISTADO(A) ESTÁ ESTUDANDO ATUALMENTE (RESPONDEU “SIM” NA QUESTÃO A012) → Vá para A016

SE O(A) ENTREVISTADO(A) FOR O CHEFE DA FAMÍLIA, VÁ PARA A016:

A015) ATÉ QUE SÉRIE/ANO O(A) SR.(A) COMPLETOU ANTES <DE PARAR DE ESTUDAR/ DE ENTRAR NO EJA/ DE ENTRAR NO CURSO TÉCNICO OU PROFISSIONALIZANTE / DE ENTRAR NO CURSO PREPARATÓRIO>?

___ série/ano

[00 = Completou faculdade ou mais]

[88 = NSA/ 99=IGN]

Grau (marcar):

- (1) fundamental
- (2) médio
- (3) curso técnico ou médio integrado
- (4) faculdade
- (5) especialização/residência
- (6) mestrado
- (7) doutorado
- (8) NSA
- (9) IGN

A016) O(A) SR.(A). ESTÁ TRABALHANDO ATUALMENTE?

- (0) Não
- (1) Sim → Vá para A018
- (8) NSA
- (9) IGN → Vá para A018

A017) **QUAL A SUA SITUAÇÃO NO MOMENTO...?** *Ler opções*

- (1) **Encostado(a)** → *Vá para A020*
- (2) **Do lar** → *Vá para A020*
- (3) **Desempregado(a)** → *Vá para A020*
- (4) **Aposentado** → *Vá para A020*
- (5) **Estudante** → *Vá para A020*
- (6) **Aposentado e trabalhando**
- (8) NSA
- (9) IGN

A018) **O(A) SR.(A). TRABALHA NA CIDADE, NA ZONA RURAL OU EM AMBOS OS LOCAIS?**

- (1) Trabalho na cidade → *Vá para A019*
- (2) Trabalho na zona rural
- (3) Ambos os locais
- (8) NSA
- (9) IGN

A018a) **O(A) SR.(A) REALIZA ALGUM TRABALHO RURAL, COMO OS RELACIONADOS A PLANTAÇÃO, CRIAÇÃO DE ANIMAIS, PESCA, ENTRE OUTROS?**

- (0) Não
- (1) Sim
- (2) IGN

A019) **QUE TIPO DE TRABALHO O(A) SR.(A) REALIZA?**

- a) _____ [888 = NSA/ 999=IGN]
- b) _____ [888 = NSA/ 999 = IGN]

A020) **NO MÊS PASSADO, <QUANTO O(A) SR.(A) GANHOU / QUAL FOI A SUA RENDA>?**

- (1) Em R\$
- (2) Em salários mínimos → *Vá para A020b*

A020a) R\$ _____ → *Vá para A021*

[888= NSA]

[999=IGN]

[000= sem renda]

A020b) Número de salários mínimos? ____ , ____

[88,8= NSA]

[99,9=IGN]

[00,0= sem renda]

A020c) **O VALOR DO SALÁRIO MÍNIMO QUE O(A) SR.(A) RECEBE É DE PISO NACIONAL, REGIONAL OU OUTRO?**

- (1) Nacional
- (2) Regional
- (3) Outro
- (8) NSA
- (9) IGN

SE RELIZA TRABALHO RURAL, RESPONDER QUESTÕES A021 ATÉ A025
SE NÃO → Vá para A026

A021) CONSIDERANDO SEU TRABALHO RURAL, O(A) SR.(A) TRABALHA NESTA OU EM OUTRA PROPRIEDADE RURAL? Ler opções

- (0) Não → Vá para A026
- (1) Sim, nesta propriedade
- (2) Sim, em outra propriedade
- (3) Trabalho na zona rural com atividade de pesca
- (8) NSA
- (9) IGN → Vá para A026

A021a) CONSIDERANDO SEU TRABALHO RURAL, O(A) SR.(A) TRABALHA POR NO MÍNIMO 15 H/SEMANAIS?

- (0) Não
- (1) Sim
- (8) NSA
- (9) IGN

A022) EM MÉDIA, QUANTAS HORAS POR SEMANA O(A) SR.(A) TRABALHA...

a) **DURANTE A SAFRA?** ____ hs
[88 = NSA]
[99 = IGN]

b) **FORA DA SAFRA?** ____ hs
[88 = NSA]
[99 = IGN]

A023) QUAIS SÃO AS TAREFAS QUE O(A) SR.(A) COSTUMA FAZER, NO GERAL? Múltipla escolha. Ler opções

- (1) Plantar lavoura
- (2) Colher lavoura
- (3) Fazer consertos
- (4) Lidar com máquinas
- (5) Cuidar horta
- (6) Podar plantação
- (7) Preparar solo
- (10) Cuidar lavoura
- (11) Lidar com animais

- (12) Usar produtos veterinários
- (13) Usar agrotóxicos
- (14) Armazenar produção
- (15) Cuidar da casa (limpar, organizar, cozinhar...)
- (16) Outro
- (8) NSA
- (9) IGN

A024) O(A) SR.(A) É PROPRIETÁRIO OU DA FAMÍLIA DO PROPRIETÁRIO DESTA <PROPRIEDADE/CASA>?

- (0) Não
- (1) Sim → Vá para A026
- (8) NSA
- (9) IGN → Vá para A026

**SE NÃO: SE PROPRIEDADE, PROSSIGA O QUESTIONÁRIO NORMALMENTE.
SE CASA, VÁ PARA A026.**

A025) O(A) SR.(A) É EMPREGADO FIXO OU PARCEIRO/ ARRENDATÁRIO?

- (1) Empregado fixo
- (2) Parceiro/Arrendatário
- (3) Outro **QUAL?** _____
- (8) NSA
- (9) IGN

AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE SUAS CRENÇAS

A026) O(A) SR.(A) TEM ALGUMA RELIGIÃO?

- (0) Não → Vá para A029
- (1) Sim
- (8) NSA
- (9) IGN → Vá para A029

A027) QUAL A SUA RELIGIÃO?

- (1) Católica
- (2) Evangélica
- (3) Espírita
- (4) Afro-Brasileira
- (5) Outra **QUAL?** _____
- (8) NSA
- (9) IGN

A028) DESDE <DIA> DO MÊS PASSADO QUANTAS VEZES O (A) SR.(A) FOI À MISSA, CULTO OU SESSÃO RELIGIOSA?

___ vezes

[00 = Não foi / 88 = NSA / 99 =IGN]

AGORA VAMOS FALAR SOBRE O CONTATO DIRETO NO TRABALHO COM AGROTÓXICOS/PESTICIDAS.

CONSIDERE TER CONTATO DIRETO COM AGROTÓXICO: AJUDAR OU APLICAR NA LAVOURA, LAVAR ROUPAS UTILIZADAS NA APLICAÇÃO, ENTRAR NA LAVOURA APÓS A APLICAÇÃO, PREPARAR CALDA, LAVAR EMBALAGENS E EQUIPAMENTOS, DENTRE OUTRAS.

A029) ALGUMA VEZ NA VIDA, O(A) SR.(A) TEVE CONTATO DIRETO COM AGROTÓXICOS?

(0) Não → *Vá para A033*

(1) Sim

(9) IGN→ *Vá para A033*

A030) DESDE <MÊS> DO ANO PASSADO, O(A) SR.(A) TEVE CONTATO DIRETO COM AGROTÓXICOS?

(0) Não

(1) Sim

(8) NSA

(9) IGN

A031) ALGUMA VEZ NA VIDA, O(A) SR.(A) JÁ TEVE ALGUMA INTOXICAÇÃO POR AGROTÓXICOS, OU SEJA, SENTIU DOR DE CABEÇA INTENSA, NÁUSEA, VÔMITOS, CÓLICAS ABDOMINAIS, DIARRÉIA, TONTURA, DIFICULDADE RESPIRATÓRIA, FRAQUEZA GENERALIZADA, SALIVAÇÃO E SUOR AUMENTADOS, OU ENTROU EM COMA APÓS O CONTATO COM AGROTÓXICOS...? *Ler opções*

(0) Não, nunca → *vá para A033*

(1) Teve sintomas, mas não tem certeza se foi intoxicação

(2) Sim, com certeza foi intoxicação

(8) NSA

(9) IGN

A032) DESDE <MÊS> DO ANO PASSADO, O(A) SR.(A) TEVE INTOXICAÇÃO POR AGROTÓXICOS?

(0) Não

(1) Sim

(8) NSA

(9) IGN

**AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE A SUA SAÚDE OU COMO O(A) SR.(A)
TEM SE SENTIDO.**

A033) **COMO O(A) SR.(A) CONSIDERA SUA SAÚDE...?** *Ler opções*

- (1) **Muito boa**
- (2) **Boa**
- (3) **Regular**
- (4) **Ruim**
- (5) **Muito ruim**
- (9) **IGN**

**ALGUM MÉDICO OU PROFISSIONAL DE SAÚDE JÁ DISSE QUE O(A) SR.(A)
TEM:**

A034) **HIPERTENSÃO (PRESSÃO ALTA), MESMO QUE CONTROLADA?**

(0)Não(1)Sim(9)IGN

A035) **DIABETES OU AÇÚCAR ALTO NO SANGUE?**

(0)Não(1)Sim(9)IGN

A036) **PROBLEMA NA TIREOIDE?** (0)Não(1)Sim(9)IGN

A037) **INSUFICIÊNCIA CARDÍACA, “CORÇÃO FRACO” OU “CORÇÃO
GRANDE”?**

(0)Não(1)Sim(9)IGN

A038) **ANGINA?** (0)Não(1)Sim (9)IGN

A039) **ASMA?**

(0)Não(1)Sim(9)IGN

A040) **BRONQUITE?**

(0)Não(1)Sim(9)IGN

A041) **ENFISEMA?**

(0)Não(1)Sim(9)IGN

A042) **ISQUEMIAS, DERRAMES CEREBRAIS?**

(0)Não(1)Sim(9)IGN

A043) **ARTRITE, REUMATISMO OU ARTROSE?**

(0)Não(1)Sim(9)IGN

A044) **DOENÇA DE PARKINSON?**

(0)Não(1)Sim(9)IGN

A045) **PERDA DA FUNÇÃO DOS RINS?**

(0)Não(1)Sim(9)IGN

A046)**COLESTEROL ALTO OU GORDURA NO SANGUE?**

(0)Não(1)Sim(9)IGN

A047)**ÚLCERA NO ESTÔMAGO OU ÚLCERA NERVOSA?**

(0)Não(1)Sim(9)IGN

A048)**SOMENTE PARA HOMENS:DOENÇA DA PRÓSTATA?**

(0) Não(1) Sim(9)IGN(8)NSA

A049)**ALGUMA VEZ, UM MÉDICO DISSE QUE O(A) SR.(A) ESTAVA COM CÂNCER?**

(0) Não→ *Vá para A051*

(1) Sim

(8) NSA

(9) IGN→ *Vá para A051*

A050) **QUAL(IS) TIPO(S) DE CÂNCER QUE O(A) SR.(A) TEM OU TEVE?**

[888 = NSA / 999 = IGN]

AGORA NÓS VAMOS FALAR SOBRE O SERVIÇO DE SAÚDE DA SUA REGIÃO (UNIDADE BÁSICA OU POSTO DE SAÚDE). AS PRÓXIMAS PERGUNTAS SÃO SOBRE A SUA OPINIÃO SOBRE ESSE SERVIÇO E A SUA ÚLTIMA CONSULTA.

A051)**QUAL O POSTO DE SAÚDE DA SUA REGIÃO?**

[999 =IGN]

A052)**DESDE<MÊS>DO ANO PASSADO, QUANTAS VEZES O(A) SR.(A) CONSULTOU NO POSTO DE SAÚDE?**

a) **COM O(A) MÉDICO(A)** __ __ vezes

[77 = Nunca consultou no posto de saúde da região →*Vá para A063*; 99 = IGN]

b)**COM O(A) ENFERMEIRO(A)** __ __ vezes

[77 = Nunca consultou no posto de saúde da região →*Vá para A063*; 99 = IGN]

A053)**HÁ QUANTO TEMPO FOI A SUA ÚLTIMA CONSULTA?**

__ __ meses

[88 = NSA / 99 = IGN]

__ __ dias

[88 = NSA / 99 = IGN]

A054)QUANTO TEMPO DEMOROU PARA CONSEGUIR ESSA ÚLTIMA CONSULTA?

__ __ dias

[00 = se foi atendido no mesmo dia / 88 =NSA / 99 = IGN]

A055)AINDA SOBRE ESSA ÚLTIMA CONSULTA, O(A) SR.(A) ESPEROU MUITO PARA SER ATENDIDO?

(0) Não

(1) Sim

(2) Mais ou menos

(8) NSA

(9) IGN

A056)QUAL FOI O TEMPO DE ESPERA PARA O(A) SR.(A) SER ATENDIDO?

__ __ horas

[88 = NSA / 99 = IGN]

__ __ minutos

[88 = NSA /99=IGN]

A057)CONSIDERANDO ESSA ÚLTIMA CONSULTA, COMO O(A) SR.(A) FOI ATENDIDO(A) PELO(A) RECEPCIONISTA? ESCOLHA A FACE QUE MELHOR EXPRESSA SUA OPINIÃO.*Mostrar cartão1*

__ Número rosto

[8 = NSA / 9=IGN]

A058)COMO O(A) SR.(A) FOI ATENDIDO(A) PELO MÉDICO(A) OU ENFERMEIRO(A) QUE LHE FEZ O ATENDIMENTO? ESCOLHA A FACE QUE MELHOR EXPRESSA SUA OPINIÃO. *Mostrar cartão1*

__ Número rosto

[8 = NSA / 9=IGN]

A059)A CONSULTA DUROU O TEMPO QUE O(A) SR.(A) ESPERAVA...? *Ler opções*

(1) **Sim**

(2) **Não, durou mais tempo**

(3) **Não, durou menos tempo**

(8) NSA

(9) IGN

A060) **QUANTO TEMPO DUROU A CONSULTA COM O(A) MÉDICO(A) OU ENFERMEIRO(A)?**

__ __ minutos

[88 = NSA / 99=IGN]

A061) **O(A) SR.(A) RECOMENDARIA ESSE POSTO DE SAÚDE PARA ALGUM FAMILIAR OU AMIGO PRÓXIMO?**

(0) Não

(1) Sim

(8) NSA

(9) IGN

A062) **QUAL A SUA OPINIÃO SOBRE ESSE POSTO DE SAÚDE? ESCOLHA O ROSTO QUE MELHOR EXPRESSA SUA OPINIÃO.** *Mostrar cartão 1*

__ Número rosto

[9=IGN / 8 = NSA]

AGORA NÓS VAMOS FALAR SOBRE OS OUTROS SERVIÇOS DE SAÚDE SEM LEVAR EM CONTA A UBS / POSTO DE SAÚDE MAIS PRÓXIMO DA SUA CASA (AMBULATÓRIO, PRONTO-ATENDIMENTO, PRONTO-SOCORRO, CONSULTÓRIOS PARTICULARES, CAPS, OUTROS POSTOS DE SAÚDE OU HOSPITAIS) QUE O(A) SR.(A) UTILIZOU NOS ÚLTIMOS 12 MESES.

A063) **DESDE<MÊS>DO ANO PASSADO, QUAL FOI O ÚLTIMO SERVIÇO DE SAÚDE QUE O(A) SR.(A) FOI ATENDIDO?**

(1) Outra unidade básica de saúde

(2) Pronto Socorro Municipal

(3) Pronto-Atendimento

(4) Ambulatório das Faculdades/Hospital

(5) Centro de especialidades

(6) Consultório particular

(7) CAPS (Centro de Atenção Psicossocial)

(10) Internou no hospital

(11) Serviço de saúde de outra cidade

(12) Não consultou no último ano → *Vá para A066*

(9) IGN

A064) **O ATENDIMENTO, NESTE SERVIÇO DE SAÚDE FOI POR ALGUM CONVÊNIO, PARTICULAR OU PELO SUS...? *Ler opções***

(1) Particular

(2) Por algum convênio

(3) Por algum convênio, com pagamento extra

(4) SUS

(5) SUS, com pagamento extra

(8) NSA

(9) IGN

A065)QUAL O PRINCIPAL MOTIVO QUE LEVOU O(A) SR.(A)A UTILIZAR ESTE SERVIÇO DE SAÚDE?

- (1) Fazer uma revisão (check-up)
- (2) Tomar medicações (fazer inalações)
- (3) Fazer curativo
- (4) Realizar fisioterapia
- (5) Pegar remédios
- (6) Pedir/pegar/levar exames
- (7) Pedir receita ou atestado
- (10) Consulta de pré-natal
- (11) Fazer exames preventivos (pré-câncer, da próstata)
- (12) Atendimento de saúde bucal
- (13) Tomar vacina
- (14) Outro QUAL? _____
- (8) NSA
- (9) IGN

AGORA VAMOS FALAR SOBRE USO DE REMÉDIOS E COMO ESTES REMÉDIOS SÃO ADQUIRIDOS.

A066)NO ÚLTIMO MÊS O(A) SR.(A) DEIXOU DE USAR ALGUM REMÉDIO QUE PRECISAVA?Ler opções

- (0) Não→Vá para A069
- (1) Sim
- (2) Não precisou usar remédio no último mês →Vá para A070
- (9) IGN→Vá para A069

A067)QUAL O PRINCIPAL MOTIVO POR NÃO TER USADO ALGUM(NS) REMÉDIO(S) QUE PRECISAVA...?Ler opções

- (1) Não quis
- (2) Esqueceu ou achou que não fosse mais necessário
- (3) Não tinha no posto do SUS e não tinha dinheiro para comprar
- (4) Não tinha no posto do SUS e não encontrou na farmácia
- (5) Não tinha no posto do SUS e não tinha como ir até uma farmácia
- (6) Receita vencida
- (7) Outro motivoQUAL? _____
- (8) NSA
- (9) IGN

A068)QUAL(IS) O(S) NOME(S) DO(S) REMÉDIO(S) QUE O(A) SR.(A) DEIXOU DE USAR?

Remédio 1: _____

Remédio 2: _____

Remédio 3: _____

Remédio 4: _____

[888 = NSA/ 999 = IGN]

A069)NO ÚLTIMO MÊS, ONDE O(A) SR.(A) CONSEGUIU O(S) REMÉDIO(S) QUE UTILIZOU?*Ler opções (múltipla escolha)*

- (1) No posto do SUS próximo à sua casa
- (2) Em outro local do SUS
- (3) Através da Farmácia Popular (comprandoou recebendogratis pelo programa)
- (4) Através de compra em farmácia privada
- (5) OutroQUAL? _____
- (8) NSA - Não utilizou nenhum remédio
- (9) IGN

A070)O(A) SR.(A) CONSIDERA A DISTÂNCIA DA SUA CASA ATÉ A FÁRMACIA MAIS PRÓXIMA?*Ler opções*

- (1) Longe, mas de fácil acesso
- (2) Longe e de difícil acesso
- (3) Perto e de fácil acesso
- (4) Perto, mas de difícil acesso
- (9) IGN

A071)O SEU DOMICÍLIO ESTÁ CADASTRADO NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA?

- (0) Não
- (1) Sim
- (9) IGN

A072)O(A) SR.(A) CONSIDERA A DISTÂNCIA DA SUA CASA ATÉ O POSTO DE SAÚDEMAIS PRÓXIMO? *Ler opções*

- (1) Longe, mas de fácil acesso
- (2) Longe e de difícil acesso
- (3) Perto e de fácil acesso
- (4) Perto, mas de difícil acesso
- (9) IGN

AGORA VAMOS FALAR SOBRE A SAÚDE DOS SEUS DENTES E DA SUA BOCA. CONSIDERE APENAS SEUS PRÓPRIOS DENTES, MESMO CARIADOS, QUEBRADOS OU FROUXOS.

A073) COMPARANDO COM AS PESSOAS DA SUA IDADE, O(A) SR.(A)

CONSIDERA A SAÚDE DOS SEUS DENTES, DA SUA BOCA E DAS GENGIVAS?*Ler opções*

- (1) **Muito boa**
- (2) **Boa**
- (3) **Regular**
- (4) **Ruim**
- (5) **Muito ruim**

A074) QUANTOS DENTES NATURAIS O(A) SR.(A) TEM NA PARTE DE CIMA DA SUA BOCA? POR FAVOR, SE NECESSÁRIO, CONTE QUANTOS SÃO COM AUXÍLIO DA LÍNGUA.

__ __ dentes (*máximo 16*)

[99=IGN]

A075) QUANTOS DENTES NATURAIS O(A) SR.(A) TEM NA PARTE DE BAIXO DA SUA BOCA? POR FAVOR, SE NECESSÁRIO, CONTE QUANTOS SÃO COM AUXÍLIO DA LÍNGUA.

__ __ dentes (*máximo 16*)

[99=IGN]

A076) O(A) SR.(A) USA ALGUMA DENTADURA, CHAPA, PONTE, IMPLANTE? *Ler opções*

- (1) **Não usa**
- (2) **Sim, usa apenas superior**
- (3) **Sim, usa apenas inferior**
- (4) **Sim, usa superior e inferior**
- (9) **IGN**

A077) LEMBRANDO DO SEUS DENTES, O(A) SR.(A) NECESSITA DE PRÓTESE?

(0) Não → *Vá para A078*

(1) Sim

(9) IGN → *Vá para A078*

A077a) A PRÓTESE QUE O(A) SR.(A) NECESSITA É PARA SUBSTITUIÇÃO... *Ler opções*

- (1) **De um dente**
- (2) **De mais de um dente**
- (3) **De todos os dentes de baixo (dentadura)**
- (4) **De todos de cima (dentadura)**
- (5) **De todos os dentes de baixo e de cima (dentadura)**
- (8) **NSA**
- (9) **IGN**

AGORA VAMOS FALAR SOBRE CONSULTAS AO DENTISTA.

A078) **O(A) SR.(A) JÁ CONSULTOU COM O(A) DENTISTA ALGUMA VEZ NA VIDA?**

(0) Não → *Vá para A082*

(1) Sim

(9) IGN

A079) **QUANDO FOI A ÚLTIMA VEZ QUE O(A) SR.(A) CONSULTOU COM O DENTISTA?** *Ler opções*

(1) **Menos de 1 ano**

(2) **Entre 1 e 2 anos atrás**

(3) **Entre 2 e 3 anos atrás**

(4) **Há mais de 3 anos**

(8) NSA

(9) IGN

A080) **QUAL O ÚLTIMO LOCAL QUE O(A) SR.(A) BUSCOU PARA ATENDIMENTO COM O DENTISTA?** *Ler opções*

(1) **Posto de saúde**

(2) **Pronto-atendimento**

(3) **Centro de Especialidades Odontológicas**

(4) **Hospital**

(5) **Faculdade de Odontologia**

(6) **Consultório Particular / Convênio**

(7) **Outro** **QUAL?** _____

(8) NSA

(9) IGN

A081) **QUAL FOI O PRINCIPAL MOTIVO QUE O LEVOU A PROCURAR O DENTISTA?**

(1) **Rotina/ manutenção**

(2) **Estava com dor**

(3) **Estava com sangramento ou inflamação na gengiva**

(4) **Estava com cárie/restauração/obturação**

(5) **Tinha alguma ferida, caroço ou manchas na boca**

(6) **Estava com o rosto inchado**

(7) **Precisava fazer tratamento de canal**

(10) **Precisava arrancar um dente**

(11) **Tinha que fazer uma dentadura nova**

(12) **Outros** **QUAL?** _____

(8) NSA

(9) IGN

AGORA VOU LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE FUMO. PRIMEIRO VOU LHE PERGUNTAR SOBRE CIGARROS INDUSTRIALIZADOS (PRONTOS) OU

FEITOS A MÃO. VAMOS CONSIDERAR COMO FUMANTE A PESSOA QUE FUMA UM OU MAIS CIGARRO(S) POR DIA HÁ MAIS DE UM MÊS.

A082)O(A) SR.(A) FUMA OU JÁ FUMOU? *Ler opções*

(0) **Não**→ *Vá para A099*

(1) **Sim, fuma (1 ou + cigarro(s) por dia há mais de 1 mês)**→ *Vá para A084*

(2) **Já fumou, mas parou de fumar**

(9) **IGN**→ *Vá para A099*

A083)HÁ QUANTO TEMPO PAROU DE FUMAR?

a)___ anos

[99 = IGN / 88 = NSA]

b)___ meses

[88 = NSA / 99 = IGN]

c)___ dias

[88 = NSA / 99 = IGN]

SE PAROU HÁ **MAIS** DE UM MÊS (30 DIAS) → *Vá para A099*

SE PAROU HÁ **MENOS** DE UM MÊS (30 DIAS) → *Vá para A092*

A084)COM QUE IDADE O(A) SR.(A) COMEÇOU A FUMAR?

___ anos

[88 = NSA / 99 = IGN]

A085) HÁ QUANTO TEMPO O(A) SR.(A) FUMA? (CONSIDERAR O TEMPO TOTAL DE FUMO NA VIDA, DESDE QUE COMEÇOU A FUMAR, SEM DESCONTAR ALGUM PERÍODO QUE TENHA FICADO SEM FUMAR).

a)___ anos

[88 = NSA / 99 = IGN]

b)___ meses

[88 = NSA / 99 = IGN]

A086) DESDE QUE O(A) SR.(A) COMEÇOU A FUMAR, ALGUMA(S) VEZ(ES) O(A) SR.(A) PAROU DE FUMAR?

(0) **Não, nunca**→ *Vá para A088*

(1) **Sim**

(8) **NSA**

(9) **IGN** → *Vá para A088*

A087)POR QUANTO TEMPO NO TOTAL O(A) SR.(A) FICOU SEM FUMAR?

a)___ anos

[88 = NSA / 99 = IGN]

b) ___ meses

[88 = NSA / 99 = IGN]

c) ___ dias

[88 = NSA / 99 = IGN]

A088) **ATUALMENTE, QUANTOS CIGARROS O(A) SR.(A) FUMA POR DIA?**

___ cigarros

[88 = NSA / 99 = IGN]

A089) **CONSIDERANDO TODO O PERÍODO, DESDE QUE O(A) SR.(A) COMEÇOU A FUMAR, QUANTOS CIGARROS, EM MÉDIA, O(A) SR.(A) FUMOU POR DIA?**

___ cigarros

[88 = NSA / 99 = IGN]

A090) **O(A) SR.(A) FUMA:** *Ler opções*

a) **Cigarro industrializado com filtro** (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN

b) **Cigarro industrializado sem filtro** (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN

c) **Cigarro de palha enrolado a mão** (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN

d) **Cigarro de papel enrolado a mão** (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN

e) **Outro** (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN Se sim: **QUAL?** _____

A091) **DESDE QUE O(A) SR.(A) COMEÇOU A FUMAR, QUAL O TIPO DE CIGARRO QUE O(A) SR.(A) MAIS TEM FUMADO?** *Marque apenas uma opção. Se for "outro", especifique*

(1) Cigarro industrializado com filtro

(2) Cigarro industrializado sem filtro

(3) Cigarro de palha enrolado a mão

(4) Cigarro de papel enrolado a mão

(5) Outro **QUAL?** _____

(8) NSA

(9) IGN

SE O(A) ENTREVISTADO(A) FOR FUMANTE ATUAL → Vá para A099

SEO(A) ENTREVISTADO(A) FOR EX-FUMANTE QUE PAROU DE FUMAR HÁ MENOS DE 30 DIAS RESPONDER AS QUESTÕES ABAIXO (A092 a A098). SE PAROU HÁ MAIS DE 30 DIAS → Vá para A099

A092) **COM QUE IDADE O(A) SR.(A) COMEÇOU A FUMAR?**

___ anos

[88 = NSA / 99 = IGN]

A093) **DURANTE QUANTO TEMPO O(A) SR.(A) FUMOU? (CONSIDERAR O**

TEMPO TOTAL DE FUMO NA VIDA, DESDE QUE COMEÇOU A FUMAR, SEM DESCONTAR ALGUM PERÍODO QUE TENHA FICADO SEM FUMAR).

a) ___ anos

[88 = NSA / 99 = IGN]

b) ___ meses

[88 = NSA / 99 = IGN]

A094) DESDE QUE O(A) SR.(A) COMEÇOU A FUMAR, ALGUMA(S) VEZ(ES) O(A) SR.(A) PAROU DE FUMAR?

(0) Não, nunca → *Vá para A096*

(1) Sim

(8) NSA

(9) IGN → *Vá para A096*

A095) POR QUANTO TEMPO NO TOTAL O(A) SR.(A) FICOU SEM FUMAR?

a) ___ anos

[88 = NSA / 99 = IGN]

b) ___ meses

[88 = NSA / 99 = IGN]

c) ___ dias

[88 = NSA / 99 = IGN]

A096) ANTES DE PARAR DE FUMAR, QUANTOS CIGARROS O(A) SR.(A) FUMAVA POR DIA?

___ cigarros

[88 = NSA / 99 = IGN]

A096a) CONSIDERANDO TODO O PERÍODO, DESDE QUE O(A) SR.(A) COMEÇOU A FUMAR, QUANTOS CIGARROS, EM MÉDIA, O(A) SR.(A) FUMOU POR DIA?

___ cigarros

[88 = NSA / 99 = IGN]

A097) O(A) SR.(A) FUMAVA...? *Ler opções*

a) **Cigarro industrializado com filtro** (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN

b) **Cigarro industrializado sem filtro** (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN

c) **Cigarro de palha enrolado a mão** (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN

d) **Cigarro de papel enrolado a mão** (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN

e) **Outro** (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN Se sim: **QUAL?** _____

A098) DESDE QUE O(A) SR.(A) COMEÇOU A FUMAR, QUAL O TIPO DE CIGARRO QUE O(A) SR.(A) MAIS FUMOU? (*Marque apenas uma opção. Se for "outro", especifique*).

- (1) Cigarro industrializado com filtro
- (2) Cigarro industrializado sem filtro
- (3) Cigarro de palha enrolado a mão
- (4) Cigarro de papel enrolado a mão
- (5) Outro QUAL? _____
- (8) NSA
- (9) IGN

AS PERGUNTAS QUE FAREI AGORA SÃO SOBRE O CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS.

A099)ALGUM FAMILIAR COM LAÇO DE SANGUE DO(A) SR.(A) JÁ TEVE PROBLEMAS RELACIONADOS AO CONSUMO DE ÁLCOOL A PONTO DE PRECISAR DE ALGUM TIPO DE TRATAMENTO?

- (0) Não→ *Vá para A101*
- (1) Sim
- (9) IGN→ *Vá para A101*

A100)QUAL O PARENTESCO DESTE FAMILIAR COM O(A) SR.(A)? *Múltipla escolha*

- (1) Pai
- (2) Mãe
- (3) Irmãos **QUANTOS?** _____
- (4) Avós maternos
- (5) Avós paternos
- (6) Parentes de segundo grau maternos (tio/tia/primos)
- (7) Parentes de segundo grau paternos (tio/tia/primos)
- (10) Outro**QUAL GRAU DE PARENTESCO?** _____
- (8) NSA
- (9) IGN

A101)COM QUE IDADE O(A) SR.(A) EXPERIMENTOU BEBIDAS ALCOÓLICAS PELA PRIMEIRA VEZ?

___ anos completos

[00= nunca bebeu→*Vá para A112/* IGN = 99]

AGORA EU FAREI ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O SEU USO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS DURANTE OS ÚLTIMOS 12 MESES. É MUITO IMPORTANTE PARA NÓS SABERMOS QUANTO O(A) SENHOR (A) GERALMENTE BEBE E SE EM ALGUM MOMENTO JÁ TEVE ALGUM TIPO DE PROBLEMA COM BEBIDAS ALCOÓLICAS. POR FAVOR, SEJA O MAIS SINCERO E PRECISO O POSSÍVEL. TODAS AS INFORMAÇÕES SERÃO TRATADAS COM TOTAL SIGILO.

A102)QUANTAS VEZES POR ANO, MÊS OU SEMANA O(A) SR.(A) TOMA BEBIDAS DE ÁLCOOL?*Ler opções*

- (0) **Nunca** → *Vá para A112*
 (1) **Uma vez por mês ou menos**
 (2) **Duas a quatro vezes por mês**
 (3) **Duas a três vezes por semana**
 (4) **Quatro ou mais vezes por semana**
 (9) **IGN** → *Vá para A112*

A103) NAS OCASIÕES EM QUE BEBE, QUANTAS DOSES, COPOS OU GARRAFAS O(A) SR.(A) COSTUMA BEBER? *Mostrar cartão 2A*

__ __ doses

[88 = NSA / 99=IGN]

A104) QUANTAS VEZES POR ANO, MÊS OU SEMANA O(A) SR.(A) TOMA “SEIS OU MAIS DOSES” EM UMA OCASIÃO... *Ler opções e mostrar cartão 2B*

- (0) **Nunca**
 (1) **Menos que uma vez ao mês**
 (2) **Uma vez ao mês**
 (3) **Uma vez por semana**
 (4) **Todos os dias ou quase todos**
 (8) **NSA**
 (9) **IGN**

A105) DESDE <MÊS> DO ANO PASSADO, QUANTAS VEZES O(A) SR.(A) ACHOU QUE NÃO SERIA CAPAZ DE CONTROLAR A QUANTIDADE DE BEBIDA DEPOIS DE COMEÇAR? *Ler opções*

- (0) **Nunca**
 (1) **Menos que uma vez ao mês**
 (2) **Uma vez ao mês**
 (3) **Uma vez por semana**
 (4) **Todos os dias ou quase todos**
 (8) **NSA**
 (9) **IGN**

A106) DESDE <MÊS> DO ANO PASSADO QUANTAS VEZES O(A) SR.(A) NÃO CONSEGUIU CUMPRIR COM ALGUM COMPROMISSO POR CAUSA DA BEBIDA? *Ler opções*

- (0) **Nunca**
 (1) **Menos que uma vez ao mês**
 (2) **Uma vez ao mês**
 (3) **Uma vez por semana**
 (4) **Todos os dias ou quase todos**
 (8) **NSA**
 (9) **IGN**

A107) **DESDE<MÊS> DO ANO PASSADO QUANTAS VEZES O(A) SR.(A) DEPOIS DE TER BEBIDO MUITO, PRECISOU BEBER PELA MANHÃ PARA SE SENTIR MELHOR?** *Ler opções*

- (0) Nunca
- (1) Menos que uma vez ao mês
- (2) Uma vez ao mês
- (3) Uma vez por semana
- (4) Todos os dias ou quase todos
- (8) NSA
- (9) IGN

A108) **DESDE<MÊS> DO ANO PASSADO QUANTAS VEZES O(A) SR.(A) SENTIU CULPA OU REMORSO DEPOIS DE BEBER?** *Ler opções*

- (0) Nunca
- (1) Menos que uma vez ao mês
- (2) Uma vez ao mês
- (3) Uma vez por semana
- (4) Todos os dias ou quase todos
- (8) NSA
- (9) IGN

A109) **DESDE<MÊS> DO ANO PASSADO QUANTAS VEZES O(A) SR.(A) NÃO CONSEGUIU SE LEMBRAR DO QUE ACONTECEU NA NOITE ANTERIOR POR CAUSA DA BEBIDA?** *Ler opções*

- (0) Nunca
- (1) Menos que uma vez ao mês
- (2) Uma vez ao mês
- (3) Uma vez por semana
- (4) Todos os dias ou quase todos
- (8) NSA
- (9) IGN

AGORA FAREI MAIS DUAS PERGUNTAS SOBRE USO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS, PORÉM ESSAS PODEM SE REFERIR A TODO O PERÍODO DE SUA VIDA, E NAO SOMENTE AO ÚLTIMO ANO (12 MESES).

A110) **ALGUMA VEZ NA VIDA O(A) SR.(A) OU ALGUMA OUTRA PESSOA JÁ SE MACHUCOU, SE PREJUDICOU POR CAUSA DE O(A) SR.(A) TER BEBIDO?** *Ler opções*

- (0) Não
- (2) Sim, mas não no último ano
- (4) Sim, durante o último ano
- (8) NSA

(9) IGN

A111) **ALGUMA VEZ NA VIDA ALGUM PARENTE, AMIGO, MÉDICO OU OUTRO PROFISSIONAL DA SAÚDE JÁ SE PREOCUPOU COM O(A) SR.(A) POR CAUSA DE BEBIDA OU LHE DISSE PARA PARAR DE BEBER?** *Ler opções*

(0) Não

(2) Sim, mas não no último ano

(4) Sim, durante o último ano

(8) NSA

(9) IGN

ALERTA: As questões A112 até A135 não poderão ser respondidas caso o(a) entrevistado(a) utilize somente SONDA como meio de alimentação.

Qual a via de alimentação utilizada pelo(a) entrevistado(a)?

(0) Somente sonda → *Vá para A135*

(1) Via oral

(2) Via oral + sonda

AGORA VOU LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE A SUA ALIMENTAÇÃO PARA RESPONDER AS PRÓXIMAS PERGUNTAS. PENSE NA SUA ALIMENTAÇÃO NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, OU SEJA, DESDE <DIA> DA SEMANA PASSADA ATÉ HOJE.

A112) **NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, EM QUANTOS DIAS O(A) SR.(A) COMEU LEGUMES OU VERDURAS COZIDOS OU CRUS? BATATA E MANDIOCA/AIPIM NÃO DEVEM SER CONSIDERADOS.**

__ dias

[0 = não comeu / 8 = NSA / 9 = IGN]

A113) **NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, EM QUANTOS DIAS O(A) SR.(A) COMEU FRUTAS?**

__ dias

[0 = não comeu / 8 = NSA / 9 = IGN]

A114) **NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, EM QUANTOS DIAS O(A) SR.(A) COMEU FEIJÃO?**

__ dias

[0 = não comeu / 8 = NSA / 9 = IGN]

A115) **NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, EM QUANTOS DIAS O(A) SR.(A) TOMOU LEITE DE VACA?**

__ dias

[0 = não tomou → *Vá para A117 / 8 = NSA / 9 = IGN*]

A116) NA MAIORIA DAS VEZES QUE O(A) SR.(A) TOMA LEITE, QUE TIPO DE LEITE COSTUMA TOMAR? *Ler opções*

- (1) Leite em pó integral
- (2) Leite em pó desnatado
- (3) Leite pasteurizado integral
- (4) Leite pasteurizado desnatado
- (5) Leite pasteurizado semidesnatado
- (6) Leite de vaca “in natura”
- (8) NSA
- (9) IGN

A117) NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, EM QUANTOS DIAS O(A) SR.(A) COMEU ALIMENTOS INTEGRAIS, TAIS COMO PÃO INTEGRAL, BOLACHA INTEGRAL, ARROZ INTEGRAL OU AVEIA?

__ dias

[0 = não comeu / 8 = NSA / 9 = IGN]

A118) NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, EM QUANTOS DIAS O(A) SR.(A) COMEU CARNE VERMELHA (BOI, PORCO, OVELHA)?

__ dias

[0 = não comeu → *Vá para A120 / 8 = NSA / 9 = IGN*]

A119) QUANDO O(A) SR.(A) COME CARNE VERMELHA, COSTUMA? *Ler opções*

- (1) Tirar o excesso de gordura visível
- (2) Comer com a gordura
- (8) NSA
- (9) IGN

A120) NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, EM QUANTOS DIAS O(A) SR.(A) COMEU FRANGO/GALINHA?

__ dias

[0 = não comeu → *Vá para A122 / 8 = NSA / 9 = IGN*]

A121) QUANDO O(A) SR.(A) COME FRANGO/GALINHA, COSTUMA? *Ler opções*

- (1) Tirar a pele
- (2) Comer com a pele
- (8) NSA
- (9) IGN

A122) NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, EM QUANTOS DIAS O(A) SR.(A) COMEU FRITURAS?

__ dias

[0 = não comeu / 8 = NSA / 9 = IGN]

A123) NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, EM QUANTOS DIAS O(A) SR.(A) COMEU

ALIMENTOS EM CONSERVA COMO PEPINO, OU ALIMENTOS ENLATADOS COMO SARDINHA?

___ dias [0 = não comeu / 8 = NSA / 9 = IGN]

A124)NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, EM QUANTOS DIAS O(A) SR.(A) COMEU ALIMENTOS EMBUTIDOS, TAIS COMO SALSICHA, PRESUNTO, SALAME OU LINGUIÇA?

___ dias [0 = não comeu / 8 = NSA / 9 = IGN]

A125)NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, EM QUANTOS DIAS O(A) SR.(A) COMEU PRODUTOS INDUSTRIALIZADOS CONGELADOS E PRONTOS PARA CONSUMO, TAIS COMO LASANHA, PIZZA, HAMBÚRGUER OU NUGGETS?

___ dias

[0 = não comeu / 8 = NSA / 9 = IGN]

A126)NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, EM QUANTOS DIAS O(A) SR.(A) COMEU ALIMENTOS DOCES, TAIS COMO PEDAÇOS DE BOLO OU TORTA, CHOCOLATES, BALAS, SOBREMESAS CASEIRAS, OU COMPOTAS?

___ dias

[0 = não comeu / 8 = NSA / 9 = IGN]

A127)NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, EM QUANTOS DIAS O(A) SR.(A)TOMOU REFRIGERANTE NORMAL OU SUCOS ARTIFICIAS ADOÇADOS EM CAIXA OU EM PÓ?

___ dias

[0 = não comeu / 8 = NSA / 9 = IGN]

AGORA VAMOS FALAR SOBRE O HÁBITO DE TOMAR CHIMARRÃO.

A128)O(A) SR.(A) COSTUMA TOMAR CHIMARRÃO?

(0) Não → *Vá para A135*

(1) Sim

A129)O SR.(A) COSTUMA TOMAR CHIMARRÃO UMA VEZ OU MAIS POR SEMANA?

(0) Não → *Vá para A135*

(1) Sim

(8) NSA

A130) QUANTOS DIAS POR SEMANA O(A) SR.(A) COSTUMA TOMAR

CHIMARRÃO?

___ dia(s) por semana [8 = NSA / 9=IGN]

A131) **QUANTOO(A) SR.(A) COSTUMA TOMAR POR DIA?** *Ler opções*

a) ___ **CUIAS**

[00 = Não toma / 88 = NSA / 99 = IGN]

b) ___ **TÉRMICAS**

[00 = Não toma / 88 = NSA / 99 = IGN]

c) ___ **CHALEIRAS**

[00 = Não toma / 88 = NSA / 99 = IGN]

A132) **A <CUIA/TÉRMICA/CHALEIRA> QUE O(A) SR.(A) COSTUMA TOMAR É?** *Ler opções*

(1) **pequena**

(2) **média**

(3) **grande**

(8) NSA

(9) IGN

ATENÇÃO NO PULO: se o/a entrevistado/a respondeu térmica ou chaleira:

A133) **O(A) SR.(A) TOMA ESTA <TÉRMICA/CHALEIRA> SOZINHO(A) OU DIVIDE COM OUTRA PESSOA?**

(1) Toma sozinho(a) → *Vá para A135*

(2) Divide com outra pessoa

(8) NSA

(9) IGN → *Vá para A135*

A134) **COM QUANTAS PESSOAS O(A) SR.(A) DIVIDE?**

___ pessoas

[88 = NSA / 99 = IGN]

ALERTA: As questões A135 até A144 só poderão ser respondidas pelo(a) próprio(a) entrevistado(a). NÃO poderão ser respondidas por outra pessoa (cuidador ou responsável).

O(A) entrevistado(a) está respondendo o questionário sozinho(a) ou sem ajuda?

(0) Não → *Vá para A145*

(1) Sim

AGORA EU VOU LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS E O(A) SR.(A.) IRÁ ESCOLHER A RESPOSTA QUE MELHOR REFLETE COMO TEM SE SENTIDO NA ÚLTIMA SEMANA

ATENÇÃO: Entregue o cartão 3 ao(a) entrevistado(a) para que ele(a) acompanhe a aplicação do questionário.

A135) O(A) SR.(A) TEM SIDO CAPAZ DE RIR E ACHAR GRAÇA DAS COISAS...?

Mostrar cartão 3

- (0) Como sempre fiz
- (1) Não tanto quanto antes
- (2) Sem dúvida, menos que antes
- (3) De jeito nenhum
- (8) NSA
- (9) IGN

A136) O(A) SR.(A) TEM PENSADO NO FUTURO COM ALEGRIA...? *Mostrar cartão 3*

- (0) Sim, como de costume
- (1) Um pouco menos que de costume
- (2) Muito menos que de costume
- (3) Praticamente não
- (8) NSA
- (9) IGN

A137) O(A) SR.(A) TEM SE CULPADO SEM RAZÃO QUANDO AS COISAS DÃO ERRADO...? *Mostrar cartão 3*

- (0) Não, de jeito nenhum
- (1) Raramente
- (2) Sim, às vezes
- (3) Sim, muito frequentemente
- (8) NSA
- (9) IGN

A138) O(A) SR.(A) TEM FICADO ANSIOSO(A) OU PREOCUPADO(A) SEM UMA BOA RAZÃO...? *Mostrar cartão 3*

- (3) Sim, muito seguido
- (2) Sim, às vezes
- (1) De vez em quando
- (0) Não, de jeito nenhum
- (8) NSA
- (9) IGN

A139) O(A) SR.(A) TEM SE SENTIDO ASSUSTADO(A) OU EM PÂNICO SEM UM BOM MOTIVO...? *Mostrar cartão 3*

- (3) Sim, muito seguido
- (2) Sim, às vezes
- (1) Raramente
- (0) Não, de jeito nenhum
- (8) NSA
- (9) IGN

A140) O(A) SR.(A) TEM SE SENTIDO SOBRECARGADO(A) PELAS TAREFAS E ACONTECIMENTOS DO SEU DIA-A-DIA...?Mostrar cartão 3

- (3) Sim. Na maioria das vezes não consegue lidar bem com eles
- (2) Sim. Algumas vezes consegue lidar bem como antes
- (1) Não. Na maioria das vezes consegue lidar bem com eles
- (0) Não. Consegue lidar com eles tão bem quanto antes
- (8) NSA
- (9) IGN

A141) O(A) SR(A) TEM SE SENTIDO TÃO INFELIZ QUE TEM TIDO DIFICULDADE DE DORMIR...?Mostrar cartão 3

- (3) Sim, na maioria das vezes
- (2) Sim, algumas vezes
- (1) Raramente
- (0) Não, nenhuma vez
- (8) NSA
- (9) IGN

A142) O(A) SR.(A) TEM SE SENTIDO TRISTE OU MUITO MAL...?Mostrar cartão 3

- (3) Sim, na maioria das vezes
- (2) Sim, muitas vezes
- (1) Raramente
- (0) Não, de jeito nenhum
- (8) NSA
- (9) IGN

A143) O(A) SR.(A) TEM SE SENTIDO TÃO TRISTE QUE TEM CHORADO...?Mostrar cartão 3

- (3) Sim, a maior parte do tempo
- (2) Sim, muitas vezes
- (1) Só de vez em quando
- (0) Não, nunca
- (8) NSA
- (9) IGN

A144) O(A) SR.(A) TEM PENSADO EM FAZER ALGUMA COISA CONTRA SI MESMO(A) ...?Mostrar cartão 3

- (3) Sim, muitas vezes

- (2) Às vezes
- (1) Raramente
- (0) Nunca
- (8) NSA
- (9) IGN

ATENÇÃO!!

Se a soma das alternativas de resposta (questões A135 a A144) for
→ **IGUAL OU MAIOR A 13**, ao final da entrevista entregue a lista com locais
de atendimento ao entrevistado.

ALERTA: Para as questões A145 até A159, serão excluídos os indivíduos cadeirantes e/ou acamados ou com alguma impossibilidade de permanecer em pé.

O(A) entrevistado(a) apresenta alguma dessas condições?

- (0) Não
- (1) Sim → *Vá para A160*

**AGORA EU PERGUNTAREI SOBRE O TEMPO QUE O(A) SR.(A) PASSA
REALIZANDO DIFERENTES TIPOS DE ATIVIDADES FÍSICAS EM UMA SEMANA
NORMAL.**

**POR FAVOR, RESPONDA ESTAS PERGUNTAS MESMO QUE NÃO SE
CONSIDERE UMA PESSOA FISICAMENTE ATIVA.**

**PENSE PRIMEIRO SOBRE O TEMPO QUE O(A) SR.(A) PASSA NO TRABALHO.
CONSIDERE TRABALHO COMO SENDO AS TAREFAS QUE O(A) SR.(A) TEM
QUE FAZER, REMUNERADAS OU VOLUNTÁRIAS, INCLUINDO ESTUDAR,
TREINAR, ARRUMAR A CASA OU VARRER O QUINTAL.**

**PARA RESPONDER AS PRÓXIMAS QUESTÕES, POR FAVOR, CONSIDERE
QUE ATIVIDADES FÍSICAS INTENSAS SÃO AQUELAS QUE PRECISAM DE UM
GRANDE ESFORÇO FÍSICO E QUE CAUSAM UM GRANDE AUMENTO EM SUA
RESPIRAÇÃO E BATIMENTOS DO CORAÇÃO, E QUE ATIVIDADES FÍSICAS**

MÉDIAS SÃO AQUELA QUE EXIGEM ESFORÇO FÍSICO MODERADO E PROVOCAM UM PEQUENO AUMENTO EM SUA RESPIRAÇÃO E BATIMENTOS DO CORAÇÃO.

A145)O SEU TRABALHO ENVOLVE ATIVIDADES FÍSICAS INTENSAS COMO CARREGAR GRANDES PESOS, CAPINAR, TRABALHAR COM ENXADA OU TRABALHAR COM CONSTRUÇÃO, FAZER SERVIÇOS DOMÉSTICOS DENTRO DE CASA OU NO QUINTAL POR PELO MENOS 10 MINUTOS SEGUIDOS? *Mostrar cartão 4A*

(0) Não → *Vá para A148*

(1) Sim

(9) IGN → *Vá para A148*

A146)EM UMA SEMANA NORMAL, EM QUANTOS DIAS O(A)SR.(A)FAZ ATIVIDADES FÍSICAS INTENSAS COMO PARTE DO SEU TRABALHO?

__ dias

[8 = NSA / 9=IGN]

A147)QUANTO TEMPO O(A)SR.(A)PASSA REALIZANDO ATIVIDADES FÍSICAS INTENSAS EM UM DIA NORMAL DE TRABALHO?

__ horas __ minutos

[88/88 = NSA / 99/99=IGN]

A148)O SEU TRABALHO ENVOLVE ATIVIDADES DE INTENSIDADE MÉDIA COMO CAMINHAR EM RITMO RÁPIDO OU CARREGAR PESOS LEVES, ATIVIDADES DOMÉSTICAS DENTRO DE CASA OU NO QUINTAL COMO VARRER, ASPIRAR, OU CORTAR A GRAMA POR PELO MENOS 10 MINUTOS SEGUIDOS? *Mostrar cartão 4B*

(0) Não → *Vá para A151*

(1) Sim

(9) IGN → *Vá para A151*

A149)EM UMA SEMANA NORMAL, QUANTOS DIAS O(A) SR.(A) REALIZA ATIVIDADES DE INTENSIDADE MÉDIA COMO PARTE DO SEU TRABALHO?

__ dias

[8 = NSA / 9=IGN]

A150)QUANTO TEMPO O(A) SR.(A) PASSA REALIZANDO ATIVIDADES DE INTENSIDADE MÉDIA EM UM DIA NORMAL DE TRABALHO?

__ horas [88/88 = NSA / 99/99 = IGN]

__ minutos [88/88 = NSA / 99/99=IGN]

POR FAVOR, PARA RESPONDER AS PRÓXIMAS QUESTÕES EXCLUA AS ATIVIDADES FÍSICAS QUE O(A) SR.(A) REALIZA NO TRABALHO E JÁ MENCIONADAS ANTERIORMENTE.

AGORA, POR FAVOR, PENSE SOBRE COMO O(A) SR.(A) COSTUMA SE DESLOCAR DE UM LUGAR PARA OUTRO, COMO, POR EXEMPLO, PARA IR AO TRABALHO, MERCADO, IGREJA, LAVOURA OU OUTROS LOCAIS QUE O(A) SR.(A) FREQUENTA.

A151) O(A) SR.(A) CAMINHA OU UTILIZA BICICLETA POR PELO MENOS 10 MINUTOS SEGUIDOS PARA IR DE UM LUGAR PARA OUTRO?

Mostrar cartão 4C

(0) Não → *Vá para A154*

(1) Sim

(9) IGN → *Vá para A154*

A152) EM UMA SEMANA NORMAL, EM QUANTOS DIAS O(A) SR.(A) CAMINHA OU ANDA DE BICICLETA POR PELO MENOS 10 MINUTOS SEGUIDOS PARA IR DE UM LUGAR A OUTRO?

__ dias

[8 = NSA / 9 = IGN]

A153) QUANTO TEMPO O(A) SR.(A) PASSA CAMINHANDO OU ANDANDO DE BICICLETA PARA IR DE UM LUGAR A OUTRO EM UM DIA NORMAL?

__ __ horas __ __ minutos

[88/88 = NSA / 99/99 = IGN]

POR FAVOR, PARA RESPONDER AS PRÓXIMAS QUESTÕES NÃO CONSIDERE AS ATIVIDADES FÍSICAS QUE O(A) SR.(A) REALIZA NO SEU TRABALHO OU AO SE DESLOCAR DE UM LUGAR PARA O OUTRO, QUE O(A) SR.(A) JÁ MENCIONOU ANTERIORMENTE.

AGORA, POR FAVOR, PENSE SOBRE ESPORTES, EXERCÍCIOS FÍSICOS E OUTRAS ATIVIDADES RECREATIVAS COMO DANÇAR E PEDALAR, QUE O(A) SR.(A) FAZ EM UMA SEMANA NORMAL. LEMBRE-SE QUE ATIVIDADES FÍSICAS INTENSAS SÃO AQUELAS QUE PRECISAM DE UM GRANDE ESFORÇO FÍSICO E QUE CAUSAM UM GRANDE AUMENTO EM SUA RESPIRAÇÃO E BATIMENTOS DO CORAÇÃO, E QUE ATIVIDADES FÍSICAS MÉDIAS SÃO AQUELAS QUE EXIGEM ESFORÇO FÍSICO MODERADO E PROVOCAM UM PEQUENO AUMENTO EM SUA RESPIRAÇÃO E BATIMENTOS DO CORAÇÃO.

A154) O(A) SR.(A) REALIZA ALGUM ESPORTE, EXERCÍCIO FÍSICO OU ATIVIDADE RECREATIVA INTENSA COMO CORRER OU PRATICAR ESPORTES INTENSOS COMO GINÁSTICA AERÓBICA, FUTEBOL, PEDALAR RÁPIDO DE

BICICLETA, BASQUETE, VÔLEI, MUSCULAÇÃO, LUTAS POR PELO MENOS 10 MINUTOS SEGUIDOS? *Mostrar cartão 4D*

(0) Não → *Vá para A157*

(1) Sim

(9) IGN → *Vá para A157*

A155) EM UMA SEMANA NORMAL, EM QUANTOS DIAS O(A) SR.(A) REALIZA ESPORTES, EXERCÍCIOS FÍSICOS OU ATIVIDADES RECREATIVAS INTENSAS?

__ dias

[8 = NSA / 9 = IGN]

A156) QUANTO TEMPO O(A) SR.(A) PASSA REALIZANDO ESPORTES, EXERCÍCIOS FÍSICOS OU ATIVIDADES RECREATIVAS INTENSAS EM UM DIA NORMAL?

__ horas __ minutos

[88/88 = NSA / 99/99 = IGN]

A157) O(A) SR.(A) REALIZA ALGUM ESPORTE, EXERCÍCIO FÍSICO OU ATIVIDADE RECREATIVA DE INTENSIDADE MÉDIA COMO CAMINHAR RÁPIDO, PEDALAR DEVAGAR A BICICLETA, NADAR, GINÁSTICA, YÔGA, PILATES, JOGAR ESPORTES RECREATIVOS POR PELO MENOS 10 MINUTOS SEGUIDOS? *Mostrar cartão 4E*

(0) Não → *Vá para A160*

(1) Sim

(9) IGN

A158) EM UMA SEMANA NORMAL, EM QUANTOS DIAS O(A) SR.(A) REALIZA ESPORTES, EXERCÍCIOS FÍSICO OU ATIVIDADES RECREATIVAS DE INTENSIDADE MÉDIA?

__ dias

[8 = NSA / 9 = IGN]

A159) QUANTO TEMPO O(A) SR.(A) PASSA REALIZANDO ESPORTES, EXERCÍCIOS FÍSICOS OU ATIVIDADES RECREATIVAS DE INTENSIDADE MÉDIA EM UM DIA NORMAL?

__ horas __ minutos

[88/88 = NSA / 99/99 = IGN]

AGORA, POR FAVOR, PENSE SOBRE O TEMPO QUE O(A) SR.(A) PASSA SENTADO EM CASA, NO TRABALHO OU SE DESLOCANDO DE CARRO/ÔNIBUS. POR FAVOR, NÃO CONSIDERE O TEMPO QUE O(A) SR.(A) PASSA DORMINDO.

A160) QUANTO TEMPO O(A) SR.(A) COSTUMA FICAR SENTADO(A) OU RECLINADO(A) EM UM DIA NORMAL? *Mostrar cartão 4F*

__ __ horas __ __ minutos

[88/88 = NSA / 99/99=IGN]

AGORA VOU LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE CRIMINALIDADE E PERCEPÇÃO DE SEGURANÇA.

A161)O(A) SR.(A) CONSIDERA SUA VIZINHANÇA SEGURA CONTRA CRIMES?

- (0) Não
- (1) Mais ou menos
- (2) Sim
- (9) IGN

A162)DESDE <MÊS>DO ANO PASSADOQUANTAS VEZES ACONTECEU COMPRA OU VENDA DE DROGAS PERTO DA SUA CASA?

- (0) Nunca
- (1) Uma vez
- (2) Mais que uma vez
- (9) IGN

A163) DESDE <MÊS>DO ANO PASSADO, QUANTAS VEZES ACONTECEU UM FURTO NA SUA VIZINHANÇA, ISTO É, FOI LEVADO ALGO SEM USO DE VIOLÊNCIA OU AMEAÇA?

- (0) Nunca
- (1) Uma vez
- (2) Mais que uma vez
- (9) IGN

A164)DESDE <MÊS> DO ANO PASSADO, QUANTAS VEZES ACONTECEU UMA AGRESSÃO FÍSICA ENTRE PESSOAS NA SUA VIZINHANÇA?

- (0) Nunca
- (1) Uma vez
- (2) Mais que uma vez
- (9) IGN

A165)DESDE <MÊS> DO ANO PASSADO, QUANTAS VEZES ACONTECEU UM ROUBO NA SUA VIZINHANÇA, ISTO É, FOI LEVADO ALGO COM USO DE VIOLÊNCIA OU AMEAÇA?

- (0) Nunca
- (1) Uma vez
- (2) Mais que uma vez
- (9) IGN

A166)DESDE<MÊS>DOANO PASSADO, QUANTAS VEZES ACONTECEUASSASSINATO NA SUA VIZINHANÇA?

- (0) Nunca
- (1) Uma vez
- (2) Mais que uma vez
- (9) IGN

A167) **DESDE <MÊS> DO ANO PASSADO, QUANTAS VEZES O(A) SR.(A) FOI VÍTIMA DE FURTO, ISTO É, FOI LEVADO ALGUM PERTENCE SEU SEM USO DE VIOLÊNCIA OU AMEAÇA?**

- (0) Nunca
- (1) Uma vez
- (2) Mais que uma vez
- (9) IGN

A168) **DESDE <MÊS> DO ANO PASSADO, QUANTAS VEZES O(A) SR.(A) FOI VÍTIMA DE ROUBO, ISTO É, FOI LEVADO ALGUM PERTENCE SEU COM USO DE VIOLÊNCIA OU AMEAÇA?**

- (0) Nunca
- (1) Uma vez
- (2) Mais que uma vez
- (9) IGN

A169) **DESDE <MÊS> DO ANO PASSADO, QUANTAS VEZES O(A) SR.(A) FOI VÍTIMA DE AGRESSÃO FÍSICA DE ALGUÉM QUE NÃO SEJA DA SUA FAMÍLIA?**

- (0) Nunca
- (1) Uma vez
- (2) Mais que uma vez
- (9) IGN

A170) **DESDE <MÊS> DO ANO PASSADO, QUANTAS VEZES O(A) SR.(A) SE ENVOLVEU EM UMA BRIGA COM USO DE AGRESSÃO FÍSICA?**

- (0) Nunca
- (1) Uma vez
- (2) Mais que uma vez
- (9) IGN

MEDIDAS

A171) *Observare anotar. O(A) entrevistado(a) tem alguma impossibilidade de permanecer na posição ereta (cadeirantes e/ou acamados ou com prótese nos membros inferiores)?*

- (0) Não
- (1) Sim → *Vá para A174*

SÓ PARA MULHERES:

A172) **A SRA ESTÁ GRÁVIDA OU TEVE FILHO HÁ MENOS DE 6 MESES?**

- (0) Não
- (1) Sim → *Vá para A174*
- (8) NSA

A173) **O(A) SR.(A) USA GESSO EM ALGUMA PARTE DO CORPO?**

- (0) Não
- (1) Sim → *Vá para medida 3*

Medida 1 – AGORA, GOSTARIA DE MEDIR A SUA ALTURA. O(A) SR.(A) PODE FICAR DESCALÇO, POR FAVOR. SUBA NO ESTADIÔMETRO DE COSTAS PARA ELE, COM OS PÉS JUNTOS, DE MANEIRA QUE OS OSSOS DO TORNOZELO FIQUEM ENCOSTADOS. POR FAVOR, PERMANEÇA COM AS MÃOS AO LONGO DO CORPO E OLHANDO PARA FRENTE.

Alerta: Para registrar a medida utilize vírgula. Utilize a casa decimal após a vírgula e não arredonde.

Resultado da medida 1: ____ , ____ cm

[888,8 = NSA]

[999,9 = IGN]

Se a altura não pode ser medida por qualquer motivo, registre aqui:

Medida 2 : AGORA, GOSTARIA DE PESAR O(A) SR.(A). POR FAVOR, VOU PRECISAR QUE O(A) SR.(A) SUBA NA BALANÇA E OLHE PARA FRENTE, COM OS BRAÇOS AO LONGO DO CORPO. PERMANEÇA EM PÉ, COM O PESO IGUALMENTE DISTRIBUÍDO EM AMBOS OS PÉS.

Alerta: Para registrar a medida utilize vírgula. Preencha todas as casas, incluindo o zero quando necessário e não arredonde. Ex.: 90,8 = 090,8

Anote o valor que aparecer no visor da balança:

____ , ____ kg

[888,8 = NSA]

[999,9 = IGN]

Se o peso não pode ser aferido por qualquer motivo, registre aqui.

Anote as roupas que o entrevistado está usando.

Medida 3: **AGORA, GOSTARIA DE MEDIR A SUA CINTURA. O(A) SR.(A) PODE PERMANECER DE PÉ. POR FAVOR, VOU PRECISAR QUE O(A) SR.(A) FIQUE COM A SUA CINTURA EXPOSTA PARA MEDI-LA.**

ALERTA: Para registrar a medida utilize vírgula. Preencha todas as casas, incluindo o zero quando necessário e não arredonde. Ex.: 82,4 = 082,4

Anote o resultado da 1ª medida: ____ ____, ____cm

[888,8 = NSA]

[999,9 = IGN]

Anote o resultado da 2ª medida: ____ ____, ____ cm

[888,8 = NSA]

[999,9 = IGN]

Se a diferença entre a primeira e a segunda medida for maior do que 1 cm, realizar a terceira medida.

Anote o resultado da 3ª medida: ____ ____, ____cm

[888,8 = NSA]

[999,9 = IGN]

Se a circunferência da cintura não pode ser medida por qualquer motivo, registre aqui:

Alerta: As questões A174 até A209 só poderão ser respondidas pelo(a) próprio(a) entrevistado(a). NÃO poderão ser respondidas por outra pessoa (cuidador ou responsável).

O(A) entrevistado(a) está respondendo o questionário sozinho(a) ou sem ajuda?

(0) Não → *Finalize o bloco A*

(1) Sim

AGORA EU VOU LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS E O(A) SR.(A.) IRÁ ESCOLHER A RESPOSTA QUE MELHOR REFLETE COMO TEM SE SENTIDO NAS DUAS ÚLTIMAS SEMANAS

AS QUESTÕES A SEGUIR SÃO SOBRE COMO O(A) SR.(A) SE SENTE A RESPEITO DA SUA QUALIDADE DE VIDA. POR FAVOR, ESCOLHA A RESPOSTA QUE LHE PARECER MAIS ADEQUADA. SE O(A) SR.(A) NÃO TIVER CERTEZA DE QUAL RESPOSTA ESCOLHER, GERALMENTE, A PRIMEIRA QUE O(A) SR.(A) PENSOU É A MELHOR. POR FAVOR, PENSE SOBRE SEUS VALORES, PREOCUPAÇÕES, PRAZERES E DESEJOS. LEMBRE-SE AS SUAS RESPOSTAS DEVEM SER BASEADAS NAS DUAS ÚLTIMAS SEMANAS.

A174) COMO É SUA QUALIDADE DE VIDA...? *Ler opções*

- (1) Muito ruim
- (2) Ruim
- (3) Regular
- (4) Boa
- (5) Muito boa
- (9) IGN

A175) O(A) SR.(A) ESTÁ SATISFEITO(A) COM SUA SAÚDE...? *Ler opções*

- (1) Muito insatisfeito(a)
- (2) Insatisfeito(a)
- (3) Regular
- (4) Satisfeito(a)
- (5) Muito satisfeito(a)
- (9) IGN

ATENÇÃO: Entregue o Cartão 5 ao(a) entrevistado(a)

A176) O(A) SR.(A) TEVE ALGUMA DOR QUE LHE IMPEDIU DE FAZER O QUE PRECISAVA...? *Ler opções e mostrar cartão 5A*

- (5) Não
- (4) Muito pouco
- (3) Mais ou menos
- (2) Bastante
- (1) Completamente
- (9) IGN

A177) O(A) SR.(A) PRECISA DE ALGUM TRATAMENTO MÉDICO PARA FAZER SUAS ATIVIDADES DO DIA-A-DIA? *Mostrar cartão 5A*

- (5) Não

- (4) Muito pouco
- (3) Mais ou menos
- (2) Bastante
- (1) Completamente
- (9) IGN

A178) **O(A) SR.(A) APROVEITA A VIDA?** *Ler opções e mostrar cartão 5B*

- (1) **Não**
- (2) **Muito pouco**
- (3) **Mais ou menos**
- (4) **Bastante**
- (5) **Completamente**
- (9) IGN

A179) **O(A) SR.(A) ACHA QUE A SUA VIDA TEM SENTIDO?** *Mostrar cartão 5B*

- (1) Não
- (2) Muito pouco
- (3) Mais ou menos
- (4) Bastante
- (5) Completamente
- (9) IGN

A180) **O(A) SR.(A) CONSEGUE SE CONCENTRAR?** *Mostrar cartão 5B*

- (1) Não
- (2) Muito pouco
- (3) Mais ou menos
- (4) Bastante
- (5) Completamente
- (9) IGN

A181) **O(A) SR.(A) SE SENTE SEGURO NO SEU DIA-A-DIA?** *Mostrar cartão 5B*

- (1) Não
- (2) Muito pouco
- (3) Mais ou menos
- (4) Bastante
- (5) Completamente
- (9) IGN

A182) **O(A) SR.(A) ACHA QUE O MEIO EM QUE O(A) SR.(A) VIVE É SAUDÁVEL?**
Mostrar cartão 5B

- (1) Não
- (2) Muito pouco
- (3) Mais ou menos

- (4) Bastante
- (5) Completamente
- (9) IGN

AS QUESTÕES SEGUINTE PERGUNTAM SOBRE O QUANTO O(A) SR.(A) FOI CAPAZ DE FAZER CERTAS COISAS NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS. ALGUMAS DELAS PODEM PARECER REPETIDAS, NÃO SE PREOCUPE É ASSIM MESMO.

A183)O(A) SR.(A) TEM ENERGIA SUFICIENTE PARA O SEU DIA-A-DIA?*Mostrar cartão 5B*

- (1) Não
- (2) Muito pouco
- (3) Mais ou menos
- (4) Bastante
- (5) Completamente
- (9) IGN

A184)O(A) SR.(A) ACEITA A SUA APARÊNCIA FÍSICA?*Mostrar cartão 5B*

- (1) Não
- (2) Muito pouco
- (3) Mais ou menos
- (4) Bastante
- (5) Completamente
- (9) IGN

A185)O(A) SR.(A)TEM DINHEIRO SUFICIENTE PARA REALIZAR SUAS NECESSIDADES? *Mostrar cartão 5B*

- (1) Não
- (2) Muito pouco
- (3) Mais ou menos
- (4) Bastante
- (5) Completamente
- (9) IGN

A186)O(A) SR.(A)CONSEGUE AS INFORMAÇÕES QUE PRECISA? *Mostrar cartão 5B*

- (1) Não
- (2) Muito pouco
- (3) Mais ou menos
- (4) Bastante
- (5) Completamente
- (9) IGN

A187)O(A) SR.(A) REALIZA ATIVIDADES DE LAZER? *Mostrar cartão 5B*

- (1) Não
- (2) Muito pouco
- (3) Mais ou menos
- (4) Bastante
- (5) Completamente
- (9) IGN

A188) **O(A) SR.(A) É CAPAZ DE SE MOVIMENTAR...?** *Ler opções*

- (1) **Muito mal**
- (2) **Mal**
- (3) **Regular**
- (4) **Bem**
- (5) **Muito bem**
- (9) IGN

A189) **O(A) SR.(A) ESTÁ SATISFEITO(A) COM O SEU SONO...?** *Ler opções e mostrar cartão 5C*

- (1) **Muito insatisfeito(a)**
- (2) **Insatisfeito(a)**
- (3) **Regular**
- (4) **Satisfeito(a)**
- (5) **Muito satisfeito(a)**
- (9) IGN

A190) **O(A) SR.(A) ESTÁ SATISFEITO(A) COM SUA CAPACIDADE PARA FAZER SUAS TAREFAS DO DIA-A-DIA?** *Mostrar cartão 5C*

- (1) Muito insatisfeito(a)
- (2) Insatisfeito(a)
- (3) Regular
- (4) Satisfeito(a)
- (5) Muito satisfeito(a)
- (9) IGN

A191) **O(A) SR.(A) ESTÁ SATISFEITO(A) COM SUA CAPACIDADE PARA TRABALHAR?** *Mostrar cartão 5C*

- (1) Muito insatisfeito(a)
- (2) Insatisfeito(a)
- (3) Regular
- (4) Satisfeito(a)
- (5) Muito satisfeito(a)
- (9) IGN

A192) **O(A) SR.(A) ESTÁ SATISFEITO(A) CONSIGO MESMO(A)?** *Mostrar cartão 5C*

- (1) Muito insatisfeito(a)
- (2) Insatisfeito(a)
- (3) Regular
- (4) Satisfeito(a)
- (5) Muito satisfeito(a)
- (9) IGN

A193)O(A) SR.(A) ESTÁ SATISFEITO(A) COM SUAS RELAÇÕES PESSOAIS?*Mostrar cartão 5C*

- (1) Muito insatisfeito(a)
- (2) Insatisfeito(a)
- (3) Regular
- (4) Satisfeito(a)
- (5) Muito satisfeito(a)
- (9) IGN

A194)O(A) SR.(A) ESTÁ SATISFEITO(A) COM SUA VIDA SEXUAL? *Mostrar cartão 5C*

- (1) Muito insatisfeito(a)
- (2) Insatisfeito(a)
- (3) Regular
- (4) Satisfeito(a)
- (5) Muito satisfeito(a)
- (9) IGN

A195)O(A) SR.(A) ESTÁ SATISFEITO(A) COM O APOIO QUE RECEBE DOS SEUS AMIGOS?*Mostrar cartão 5C*

- (1) Muito insatisfeito(a)
- (2) Insatisfeito(a)
- (3) Regular
- (4) Satisfeito(a)
- (5) Muito satisfeito(a)
- (9) IGN

A196)O(A) SR.(A) ESTÁ SATISFEITO(A) COM O LOCAL ONDE MORA?*Mostrar cartão 5C*

- (1) Muito insatisfeito(a)
- (2) Insatisfeito(a)
- (3) Regular
- (4) Satisfeito(a)
- (5) Muito satisfeito(a)
- (9) IGN

A197)O(A) SR.(A) ESTÁ SATISFEITO(A) COM A FACILIDADE PARA CONSEGUIR

ATENDIMENTO NO SERVIÇO DE SAÚDE?*Mostrar cartão5C*

- (1) Muito insatisfeito(a)
- (2) Insatisfeito(a)
- (3) Regular
- (4) Satisfeito(a)
- (5) Muito satisfeito(a)
- (9) IGN

A198)O(A) SR.(A) ESTÁ SATISFEITO(A) COM O MEIO DE TRANSPORTE QUE USA?*Mostrar cartão 5C*

- (1) Muito insatisfeito(a)
- (2) Insatisfeito(a)
- (3) Regular
- (4) Satisfeito(a)
- (5) Muito satisfeito(a)
- (9) IGN

A PRÓXIMA QUESTÃO É SOBRE A FREQUÊNCIA COM QUE O(A) SR.(A) SENTIU OU VIVEU CERTAS COISAS NAS DUAS ÚLTIMAS SEMANAS.**A199)O(A) SR.(A) TEM SENTIMENTOS NEGATIVOS, TAIS COMO MAU HUMOR, TRISTEZA, ANSIEDADE, DEPRESSÃO...?***Ler opções*

- (5) Nunca
- (4) Raramente
- (3) Frequentemente
- (2) Muito frequentemente
- (1) Sempre
- (9) IGN

AGORA VAMOS FALAR SOBRE O SEU SONO, POR FAVOR, DE ACORDO COM O CARTÃO DIGA QUAL O**NÚMERO QUE MELHOR DESCREVE A SUA RESPOSTA:****A200)COM QUE FREQUÊNCIAO(A) SR.(A) TEM DIFICULDADE DE ADORMECER À NOITE ...?***Ler opções e mostrar cartão6*

- (1) Nunca
- (2) Muito raramente
- (3) Raramente
- (4) Às vezes
- (5) Frequentemente
- (6) Muito frequentemente
- (7) Sempre
- (9) IGN

A201)COM QUE FREQUÊNCIAO(A) SR.(A) ACORDA DE MADRUGADA E NÃO CONSEGUE ADORMECER DE NOVO?*Mostrar cartão6*

- (1) Nunca
- (2) Muito raramente
- (3) Raramente
- (4) Às vezes
- (5) Frequentemente
- (6) Muito frequentemente
- (7) Sempre
- (9) IGN

A202)COM QUE FREQUÊNCIAO(A) SR.(A) TOMA TRANQUILIZANTES OU REMÉDIOS PARA DORMIR?*Mostrar cartão6*

- (1) Nunca
- (2) Muito raramente
- (3) Raramente
- (4) Às vezes
- (5) Frequentemente
- (6) Muito frequentemente
- (7) Sempre
- (9) IGN

A203)COM QUE FREQUÊNCIAO(A) SR.(A) DORME DURANTE O DIA?*Mostrar cartão6*

- (1) Nunca
- (2) Muito raramente
- (3) Raramente
- (4) Às vezes
- (5) Frequentemente
- (6) Muito frequentemente
- (7) Sempre
- (9) IGN

A204)COM QUE FREQUÊNCIAO ACORDAR DE MANHÃ, O(A) SR.(A) AINDA SE SENTE CANSADO(A)?*Mostrar cartão6*

- (1) Nunca
- (2) Muito raramente
- (3) Raramente
- (4) Às vezes
- (5) Frequentemente
- (6) Muito frequentemente
- (7) Sempre
- (9) IGN

A205)COM QUE FREQUÊNCIAO(A) SR.(A) RONCA À NOITE (QUE O(A) SR.(A)

SAIBA)?*Mostrar cartão6*

- (1) Nunca
- (2) Muito raramente
- (3) Raramente
- (4) Às vezes
- (5) Frequentemente
- (6) Muito frequentemente
- (7) Sempre
- (9) IGN

A206)COM QUE FREQUÊNCIAO(A) SR.(A) ACORDA DURANTE À NOITE?*Mostrar cartão6*

- (1) Nunca
- (2) Muito raramente
- (3) Raramente
- (4) Às vezes
- (5) Frequentemente
- (6) Muito frequentemente
- (7) Sempre
- (9) IGN

A207)COM QUE FREQUÊNCIAO(A) SR.(A) ACORDA COM DOR DE CABEÇA?*Mostrar cartão6*

- (1) Nunca
- (2) Muito raramente
- (3) Raramente
- (4) Às vezes
- (5) Frequentemente
- (6) Muito frequentemente
- (7) Sempre
- (9) IGN

A208)COM QUE FREQUÊNCIAO(A) SR.(A) SENTE CANSAÇO SEM TER NENHUM MOTIVO APARENTE?*Mostrar cartão6*

- (1) Nunca
- (2) Muito raramente
- (3) Raramente
- (4) Às vezes
- (5) Frequentemente
- (6) Muito frequentemente
- (7) Sempre
- (9) IGN

A209)COM QUE FREQUÊNCIAO(A) SR.(A)TEM SONO AGITADO, COMO

MUDANÇAS DE POSIÇÃO OU MOVIMENTOS DE PERNAS/BRAÇOS (QUE O(A) SR.(A) SAIBA)?*Mostrar cartão6*

- (1) Nunca
- (2) Muito raramente
- (3) Raramente
- (4) Às vezes
- (5) Frequentemente
- (6) Muito frequentemente
- (7) Sempre
- (9) IGN

MUITO OBRIGADA PELA SUA ATENÇÃO E POR TER RESPONDIDO NOSSAS PERGUNTAS!

APÊNDICE 3 – Carta de apresentação consórcio rural 2015/2016



Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-graduação em Epidemiologia



CARTA DE APRESENTAÇÃO

Prezado(a) Sr.(a),

Somos do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas e estamos realizando uma pesquisa sobre a saúde da população, de 18 anos ou mais de idade, residente na zona rural da cidade de Pelotas. O(A) Sr.(a) está entre as 2016 pessoas que farão parte desta pesquisa, cujos resultados possibilitarão conhecer aspectos importantes sobre a saúde desta população da cidade e, assim, propor medidas para promoção da saúde.

O(A) Sr.(a) está recebendo a visita de uma de nossas entrevistadoras, devidamente treinada para esta função e portando as nossas credenciais (crachá de identificação e carta de apresentação), que lhe fará perguntas relacionadas à sua saúde. Ela irá conversar com o(a) Sr.(a) sobre os detalhes desta pesquisa e poderá responder a qualquer pergunta que o(a) Sr.(a) queira fazer. A sua participação é muito importante, pois sua residência não poderá ser substituída por outra e sua colaboração ao responder as perguntas é essencial para nosso estudo.

Os dados coletados serão sigilosos e analisados com auxílio de computadores. Em hipótese alguma as pessoas que responderem ao questionário terão seus nomes, endereços ou telefones divulgados. Caso o(a) Sr.(a) se sinta desconfortável com alguma pergunta ou com a entrevista, não é obrigado(a) a respondê-la. Se quiser, poderá entrar em contato com a equipe de mestrandos e professores que coordenam o estudo pelo telefone ou no endereço abaixo, das 08:00 às 12:00h e das 14:00 às 18:00h.

Desde já agradecemos sua colaboração,

Prof.ª Luciana Tovo Rodrigues

Prof.ª Helen Gonçalves

Prof.ª Maria Cecília Formoso Assunção

Prof.ª Elaine Tomasi

(Pesquisadoras responsáveis)

Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia - UFPel
Centro de Pesquisas Epidemiológicas Rua Marechal Deodoro, 1160 - 3º Piso
Bairro Centro - Pelotas, RS - CEP 96020-220 - Caixa Postal 464 Tel/fax +55 (53) 3284 - 1300 RAMAL CONSÓRCIO: 1334

APÊNDICE 4 - Termo de consentimento livre e esclarecido consórcio rural.



Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-graduação em Epidemiologia



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Sr.(a),

Nós, professores e alunos do Curso de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), gostaríamos de convidar o(a) Sr.(a) para participar da pesquisa Avaliação da Saúde de Adultos Residentes na Zona Rural do Município de Pelotas – RS. O objetivo do estudo é avaliar as condições de saúde das pessoas com 18 anos ou mais de idade que residem na zona rural do município. Os resultados deste estudo contribuirão para o conhecimento da saúde da população rural de Pelotas com 18 ou mais anos de idade e deverão fazer parte de artigos científicos, podendo também ser divulgados nos jornais locais e na página oficial da internet do Centro de Pesquisas Epidemiológicas: <http://www.epidemio-ufpel.org.br>. *No final, pretendemos ainda enviar a todos os participantes um informativo sobre os principais resultados do estudo.*

Para que o(a) Sr.(a) possa entender melhor, informamos que:

PROCEDIMENTOS: Para participar da pesquisa o(a) Sr.(a) responderá a um questionário contendo perguntas sobre a sua saúde, hábitos de vida, alimentação, uso de medicamentos e de serviços de saúde, se pratica atividade física, entre outros temas importantes. Além disso, pretendemos realizar medidas da cintura e avaliar o peso e a altura. Com essas medidas poderemos avaliar a sua composição corporal. O(a) Sr.(a) receberá o resultado das medidas mediante contato pessoal ou telefônico.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA: Sua participação é voluntária. O(A) Sr.(a) mesmo após ter sido entrevistado poderá cancelar a sua participação no estudo, sem que isso lhe cause qualquer prejuízo.

DESPESAS: O(A) Sr.(a) NÃO terá que pagar nada para participar do estudo, em momento algum.

RISCOS: A sua participação não trará riscos ou prejuízos à sua saúde ou segurança. Os riscos são mínimos, visto que qualquer pergunta poderá lhe fazer pensar, refletir. Na realização das medidas (peso e altura) toda a segurança será providenciada.

SIGILO: Garantimos total sigilo das informações obtidas, ou seja, tudo o que for respondido será usado somente para esta pesquisa e seu nome não será divulgado em qualquer fase do estudo.

Queremos salientar que alguns entrevistados poderão ser novamente entrevistados, especialmente quando algumas perguntas podem não ter sido feitas.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Pelotas. O(A) Sr.(a) ficará com uma cópia deste documento com o nosso telefone e endereço, podendo nos procurar para tirar suas dúvidas sobre o estudo e a sua participação quando achar melhor. A sua assinatura nesse documento significa que entendeu todas as informações e concorda em participar desse estudo. Por favor, assinale abaixo os procedimentos que o(a) Sr.(a) concorda em fazer:

- ☐ Questionário
- ☐ Medida de peso e altura
- ☐ Medida de circunferência da cintura

NOME COMPLETO: _____

ASSINATURA: _____

DATA: ____/____/2016

Prof.ª Luciana Tovo Rodrigues Prof.ª Helen Gonçalves Prof.ª Maria Cecília Formoso Assunção Prof.ª Elaine Tomasi
(Pesquisadoras responsáveis)

Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia - UFPel
Centro de Pesquisas Epidemiológicas Rua Marechal Deodoro, 1160 - 3º Piso
Bairro Centro - Pelotas, RS - CEP 96020-220 - Caixa Postal 464 Tel/fax +55 (53)3284 – 1300 RAMAL CONSÓRCIO: 1334

4 RELATÓRIO DO SUBESTUDO

4.1 INTRODUÇÃO

Este estudo surgiu dentro da possibilidade de avaliar os serviços de saúde da zona rural através de seus profissionais e estabelecer relações entre uma avaliação técnico-científico e a percepção de qualidade de seus usuários, medida através da satisfação com a UBS.

Anterior ao trabalho de campo foi realizada uma visita à superintendente de Atenção Básica do município, a fim de obter consentimento para realizar o estudo nas UBS da zona rural. A superintendente foi informada dos objetivos do estudo e recebeu uma cópia do projeto, e, após leitura criteriosa, consentiu com a realização do estudo. (ANEXO A)

Em fevereiro de 2016 foi iniciado um subestudo que avaliou todas as 14 UBS através de entrevistas com os 25 profissionais de saúde e 3 gestores. Em 11 UBS, o próprio profissional médico ou enfermeiro respondeu o questionário do gestor, alegando que não havia a figura específica do gestor na unidade.

4.2 QUESTIONÁRIOS

O estudo utilizou 3 questionários: um questionário a ser aplicado apenas no gestor, com 47 questões sobre a estrutura da UBS, um questionário para os profissionais de saúde, composto de 16 perguntas sociodemográficas e o PCATool, composto por 77 questões.

4.3 MANUAL DE INSTRUÇÕES

O único questionário que contou com um manual de instruções foi o PCATool, cujo manual de instruções está disponível no sítio:²

² Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf>.

4.4 AMOSTRA E PROCESSO DE AMOSTRAGEM

Por se tratar de um estudo que incluiu todos os profissionais de saúde de todas as UBS da zona rural, não houve processo de amostragem. O estudo pode ser caracterizado como um censo, já que não houve perdas ou recusas.

4.5 SELEÇÃO E TREINAMENTO DAS ENTREVISTADORAS

Nesta etapa foi selecionada uma auxiliar de pesquisa que foi treinada pela mestranda para realizar as entrevistas. A seleção ocorreu de forma informal, porém, a mestranda supervisionou a realização das entrevistas em 7 UBS

4.6 ESTUDO PILOTO

Com o intuito de familiarizar a mestranda com os instrumentos utilizados foi realizado um estudo piloto em 2 UBS administradas pela UFPel (CSU e Vila Municipal), onde foram entrevistados 6 profissionais de saúde.

4.7 LOGÍSTICA E TRABALHO DE CAMPO

O estudo foi iniciado em fevereiro de 2016 e concluído em maio de 2016. Para o deslocamento até a zona rural foi utilizado o transporte coletivo (ônibus) ou então o veículo próprio da mestranda. Todos os questionários foram impressos em papel.

4.8 CONTROLE DE QUALIDADE

Durante todo o processo houve a supervisão da mestranda que esteve presente durante metade das entrevistas. Após a realização das entrevistas em

papel, foi realizada dupla digitação através do programa Epi-Data3.1 para checagem de inconsistências, o banco foi então exportado para o pacote estatístico STATA14.1 onde foram realizadas as análises descritivas e posteriormente esses dados foram adicionados aos dados coletados no consórcio para análise final do projeto.

4.9 RESULTADOS GERAIS

Conforme consta na seção “Alterações do projeto” a variável de adequação estrutural não foi utilizada, logo não foram utilizados para o presente estudo os questionários com questões para o gestor e o questionário de características sociodemográficas dos profissionais de saúde. Estudos adicionais utilizando estes dados estão previstos para março de 2017. O escore geral do PCATool obteve média geral de 7.48 (IC95% 7.04-7.93). Dos atributos avaliados o que obteve pior resultado foi o atributo acesso de primeiro contato- acessibilidade, que apresentou média de 4.13(IC95% 3.66-4.59). O atributo que apresentou melhor resultado foi a orientação familiar, com média de 8.71(IC95% 7.88-9.53)

Atributo	Média	Erro-padrão	IC95%
Acessibilidade	4.13	0.22	(3.66-4.59)
Longitudinalidade	8.61	0.26	(8.06-9.16)
Integração de cuidados	7.31	0.34	(6.60-8.02)
Sistema de Informações	8.44	0.43	(7.55-9.33)
Serviços disponíveis	7.56	0.26	(7.01-8.11)
Serviços prestados	7.98	0.32	(7.30-8.66)
Orientação familiar	8.71	0.39	(7.88-9.53)
Orientação comunitária	7.13	0.50	(3.08-8.18)
Escore Essencial	7.34	0.20	(6.90-7.77)
Escore Geral	7.48	0.21	(7.04-7.93)

4.10 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi realizado após a permissão da superintendente de atenção básica do município. (Anexo A). Todos os profissionais foram informados sobre os objetivos do estudo e concordaram em participar do mesmo assinando um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo B).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pelotas, com parecer nº1.363.979 como parte do consórcio.

4.11 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados deste sub-estudo serão apresentados na reunião do conselho municipal de saúde após a finalização do mestrado. O mestrado está previsto para terminar em março de 2017. Será realizado uma descrição de todos os dados coletados.

4.13 ORÇAMENTO

Os custos do subestudo foram arcados pela mestranda responsável e consistiu na impressão do cartão de respostas do PCATool e dos questionários em folha A4, além dos custos com o transporte até a zona rural.

ANEXO A

Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia



Pelotas, 19 de Novembro de 2015.

Autorização para realização de Pesquisa

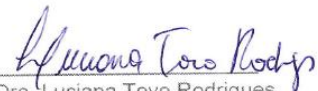
Prezada Sra.

Eu, Ana Carolina Oliveira Ruivo, mestranda do curso de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, venho através deste, solicitar autorização para realizar uma pesquisa em saúde com os profissionais médicos, enfermeiros e gestores que atuam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Zona Rural do município de Pelotas.

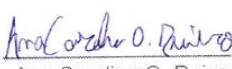
O objetivo da pesquisa é avaliar o grau de orientação para Atenção Primária à Saúde das UBS por meio da percepção dos médicos e enfermeiros que atuam nas mesmas. Para tal será aplicado um questionário de 77 questões que compõem o instrumento PCA-Tool (Primary Care Assessment Tool), questionário este traduzido e validado no Brasil e disponibilizado livremente pelo Ministério da Saúde no endereço eletrônico: http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/manual_instrumento_avaliacao. Esta pesquisa faz parte de um consórcio de pesquisas que tem por objetivo estudar aspectos de saúde da população adulta que reside na zona rural de Pelotas.

Também é objetivo do estudo avaliar a adequação às recomendações do Ministério da Saúde acerca da estrutura física das UBS. Para tal será utilizado um questionário que tem por base o Manual da Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde, publicado pelo Ministério da Saúde em 2008. (Apêndice 1). Esse questionário será respondido pelo gestor das UBS.

Os médicos, enfermeiros e gestores assinarão um termo de consentimento livre e esclarecido no qual uma cópia ficará com a mestranda e outra com o profissional. Apenas serão incluídos no estudo aqueles que aceitarem participar do mesmo. (Apêndice 2)


Dra. Luciana Tovo Rodrigues

(Professora responsável)


Ana Carolina O. Ruivo

(mestranda responsável)


Eliades de Freitas Ribeiro
Diretora de Ações em Saúde
- SMS -
Matrícula: 8192

ANEXO B

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Avaliação das Unidades Básicas de Saúde da Zona Rural de Pelotas

Esta pesquisa irá avaliar os serviços de saúde da zona rural. O título da pesquisa é “Os serviços de saúde da zona rural de Pelotas: uma avaliação técnica comparada com a visão do usuário” Está sendo realizada por um grupo de pesquisa pertencente ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Farão parte do estudo os profissionais médicos e enfermeiros da zona rural que aceitarem livremente participar da pesquisa, após leitura, aceitação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Sua participação nesta pesquisa compreenderá responder a um instrumento para avaliar a qualidade da atenção à saúde prestada no seu serviço de saúde. Este estudo implica apenas na disponibilidade de tempo para responder ao instrumento. A entrevista será realizada no seu ambiente de trabalho. Ressaltamos que a concordância ou não em participar da pesquisa em nada irá alterar sua condição profissional na Unidade de Saúde em que você trabalha e você poderá em qualquer momento desistir da pesquisa. Para fins de pesquisa os pesquisadores garantem que seu nome será preservado e que nenhum dado sobre sua pessoa ou do conteúdo individual da sua entrevista será divulgado. Eu, _____, fui informado(a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Fui informado(a) da garantia de receber resposta a qualquer dúvida acerca dos procedimentos; da liberdade de tirar meu consentimento, a qualquer momento e da garantia de que não serei identificado(a) quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa.

Assinatura do (a) Profissional

Nome

Data

Assinatura do (a) Pesquisador(a)

5 ARTIGO ORIGINAL

Relação entre atributos da atenção primária e satisfação dos usuários
Relationship between the attributes of primary health care and the user's
satisfaction

The role of primary care attributes on user's satisfaction

Ana Carolina Oliveira Ruivo;¹ Bruno Pereira Nunes;² Mariângela Freitas da Silveira¹

¹ Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas. Rua Marechal Deodoro, 1160, 3º piso, Pelotas/RS. CEP 96020-220.

² Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas

Endereço para correspondência:

Ana Carolina Oliveira Ruivo

Rua: Marechal Deodoro, 1160, 3º piso – Centro

Caixa Postal 464 / 96020-220 – Pelotas/RS

Fone/Fax: +55 (53) 3284-1300

E-mail: ruivo.anacarolina@gmail.com

RESUMO

Objetivo: avaliar a associação entre a satisfação dos usuários das Unidades Básicas de Saúde (UBS) da zona rural de Pelotas e os atributos da Atenção Primária à Saúde (APS)

Métodos: Para estimar a satisfação do usuário foi realizado um estudo transversal de base populacional com adultos residentes na zona rural de um município de grande porte do sul do Brasil. Já para estimar o cumprimento dos atributos da APS foi utilizado o instrumento PCATool versão profissionais aplicado a médicos e enfermeiros que atuam nas UBS da zona rural.

Resultados: a prevalência de satisfação com a UBS foi de 64,5%. O escore geral de orientação à APS foi 7,48 (IC95% 7,04 - 7,93). O atributo pior avaliado foi o acesso de primeiro contato que obteve média de 4,13 (IC95% 3,66 - 4,59), enquanto que o atributo melhor avaliado foi a orientação familiar com média 8,78 (IC95% 7,88 - 9,53). Atendimento em UBS com alto grau de orientação à APS esteve associado ao aumento de 25% na satisfação dos usuários (RP 1,25 IC95% 1,10-1,44) Os atributos positivamente associados à satisfação foram acesso de primeiro contato, longitudinalidade, orientação familiar e orientação comunitária.

Conclusões: os achados evidenciaram uma relativa baixa proporção de satisfação com as UBS da zona rural do município de Pelotas-RS e que serviços de saúde fortemente orientados à APS estão associados positivamente com a satisfação do usuário, o que pode orientar os gestores na melhoria da qualidade dos serviços.

Palavras-chave: avaliação de serviços de saúde em zona rural, satisfação do usuário, atributos da Atenção Primária à Saúde

ABSTRACT

Objective: To evaluate the association between satisfaction of users of the Basic Health Units (UBS) in the rural area of Pelotas and the attributes of Primary Health Care (PHC).

Methods: The study was composed of two different methodologies. To estimate user satisfaction, a cross-sectional population-based study was conducted among adults living in the rural area of a large city in southern Brazil. In order to estimate the compliance with the APS attributes, PCATool instrument was applied to health professionals, doctors and nurses, working in the UBS in the rural area.

Results: The prevalence of satisfaction with the UBS was of 64,5 %. The overall APS orientation score of the rural UBS was 7,78. Attendance in UBS with a high degree of orientation to PCH was associated with a 25% increase in user satisfaction (PR 1,25 95% CI 1,10-1,44). The attributes positively associated to satisfaction were first contact access, longitudinality, family orientation and community orientation.

Conclusions: The findings evidenced a relative low proportion of satisfaction with UBS in the rural area of the city of Pelotas-RS, and, that health services strongly oriented to APS are positively associated with user satisfaction, which may guide managers in improving services quality.

Key words: rural health services evaluation, primary care attributes user' satisfaction

INTRODUÇÃO

Oferecer serviços da melhor qualidade possível é o principal objetivo dos sistemas de saúde, porém, não se pode ter um serviço de alta qualidade se o alvo deste cuidado — o usuário — não estiver satisfeito ¹.

Usuários mais satisfeitos tem maior adesão ao tratamento e referem relações médico-pacientes mais efetivas, contribuindo assim para resultados clínicos mais favoráveis ².

O tema satisfação do usuário foi abordado recentemente pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ), que através de uma amostra de 65.000 usuários de Unidades Básicas de Saúde (UBS) de todo Brasil encontrou prevalência de satisfação com o serviço de 79,5% ³.

Os objetivos dos sistemas de saúde são garantir para toda a população o melhor nível de saúde disponível aos menores custos possíveis e diminuir desigualdades em saúde ⁴. A Organização Panamericana de Saúde, pautada pelas consistentes evidências existentes, reconhece que a Atenção Primária à Saúde (APS) é o melhor modelo para organizar os sistemas de saúde, sobretudo por ser a melhor estratégia para produzir equidade na saúde das populações ⁵.

A avaliação dos serviços de saúde tem importante marco em Avedis Donabedian, que propôs que a qualidade de um serviço pode ser avaliada através do adequado funcionamento da tríade: estrutura, processo e resultado. Aspectos estruturais avaliam a estrutura física e organizacional. Aspectos processuais avaliam se as atividades desempenhadas pelo serviço estão adequadas ao conhecimento científico vigente. E, por fim, os resultados avaliam a efetividade do cuidado e seu impacto sobre a saúde de sua população ⁶.

Para Barbara Starfield, a APS pode ser operacionalizada através de quatro atributos essenciais: acesso de primeiro contato, coordenação da atenção, integralidade e longitudinalidade, e três atributos derivados: orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural ⁷.

Dentro da perspectiva de avaliação da APS, Starfield e colaboradores desenvolveram, a partir do referencial teórico de Donabedian, um instrumento que mede a extensão e o cumprimento dos atributos da APS, o PCA-Tool (Primary Care Assessment Tool) que foi traduzido e validado no Brasil por Hauser *et al* ⁸. Cada atributo é composto por componentes de estrutura e processo.

A rede de serviços de saúde das zonas rurais do Brasil é caracterizada por elementos que a difere da zona urbana, como defasagem de profissionais, dificuldade de acesso e pouca variedade de profissionais de saúde ⁹. Em zonas rurais, mais ainda, os serviços de atenção primária são a principal porta de entrada para o sistema de saúde e, portanto, seu adequado funcionamento torna-se fundamental para a qualidade do cuidado da população que reside em áreas rurais ⁹.

Em 2005, um estudo realizado com dados da PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios) para avaliar o acesso e a utilização dos serviços de saúde nas áreas rurais e urbanas do Brasil, mostrou que nas zonas rurais o principal serviço de saúde utilizado por adultos é a Unidade Básica de Saúde (UBS) ¹⁰.

No Brasil, muitos autores têm pesquisado o tema e investigado a relação entre a satisfação do usuário e seus fatores associados,^{11,12,13,14,15} porém a associação da satisfação com as características da estrutura e processo de trabalho é escassa, sobretudo na zona rural.

O objetivo do presente estudo é avaliar a associação entre a satisfação do usuário das UBS da zona rural de Pelotas e o grau de orientação à APS das UBS.

MÉTODOS

Esse estudo foi realizado através de duas coletas de dados distintas. Para estimar o grau de orientação à APS foi realizado um estudo com médicos e enfermeiros que atuam na zona rural, onde todos responderam ao PCATool versão profissionais. Em um segundo momento foi realizado um estudo com adultos residentes na zona rural de Pelotas. Este estudo faz parte de um estudo maior denominado consórcio de pesquisa¹⁶. Através do consórcio foi avaliada a satisfação do usuário.

O consórcio de pesquisas é um estudo transversal de base populacional. A população alvo do estudo foram os adultos (>18 anos) residentes na zona rural do município de Pelotas-RS. Foram considerados inelegíveis indivíduos institucionalizados, que não falassem português ou que possuísem algum tipo de incapacidade cognitiva para responder o questionário. O município de Pelotas localiza-se no Rio Grande do Sul e possui uma população de aproximadamente 330.000 habitantes, destes, aproximadamente 7% (22.082) reside na zona rural. A zona rural é formada por oito distritos divididos em 50 setores censitários, de acordo com o IBGE¹⁷.

Metodologia do estudo com os profissionais da zona rural

O questionário do PCATool é composto por 77 questões sobre os atributos da APS. As respostas são estruturadas em uma escala tipo Likert com intervalo de 1 a 4, sendo 1= com certeza não, 2=provavelmente não, 3= provavelmente sim 4= com certeza sim. Cada um dos atributos gera seu próprio escore através da soma de todas as respostas e divisão pelo número de questões de cada atributo. Para transformar os escores obtidos em uma escala de 0 a 10 usa-se o seguinte cálculo:

$$\text{Escore de cada atributo} = \frac{(\text{escore obtido}-1) \times 10}{3}$$

3

Após o cálculo do escore de cada um dos atributos, é calculado o escore essencial e geral. O escore essencial é obtido por meio da média dos atributos essenciais (acesso, longitudinalidade, coordenação e integralidade). O escore geral é obtido através das médias dos atributos essenciais e derivados (orientação familiar e comunitária). Para este estudo foi calculado o escore geral de cada um dos profissionais e após foi calculado o escore geral da UBS somando os valores de todos os escores dos profissionais que trabalham na mesma UBS e dividindo pelo número de profissionais. As UBS foram classificadas como sendo de alto grau de orientação à APS se obtivesse escore geral ≥ 6.6 .

Após a identificação dos 25 médicos e enfermeiros que atuam nas 14 UBS da zona rural de Pelotas, os mesmos foram convidados a participar do estudo e, após serem informados sobre os objetivos, concordaram em participar assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A forma de organização das UBS é majoritariamente através da Estratégia Saúde da Família, das 14 UBS, apenas 2 não são organizadas desta forma. Os profissionais responderam a um questionário

do PCATool impresso em papel que foi submetido à dupla digitação através do programa Epi Data 3.1 para então ser exportado para o pacote estatístico STATA14.1, onde foram realizadas análises descritivas de cálculo de média, intervalo e confiança e erro padrão de cada um dos atributos avaliados.

Metodologia do consórcio de pesquisas

O tamanho amostral mínimo deste estudo foi de 1267, calculado através do programa OpenEpi¹⁸, utilizando como parâmetros prevalência de satisfação com a UBS de 64%, efeito de delineamento de 2, erro aceitável de 4 pontos percentuais, acréscimo de 10% para perdas e recusas. Para todos os cálculos foi utilizado poder estatístico de 80% e nível de significância de 95%.

A amostra foi composta por indivíduos de todos os distritos da zona rural do município de Pelotas. O processo de amostragem foi realizado em vários estágios. Inicialmente foram sorteados 24 dos 50 setores censitários da zona rural. Na etapa seguinte foi utilizado o software *GoogleEarth* para identificar, dentro de cada setor, conglomerados de domicílios, que foram posteriormente classificadas como núcleos. Considerou-se um núcleo cada conglomerado com no mínimo 5 domicílios, localizados a um raio de um quilometro a partir de seu centro, compreendido pela área com maior ramificação de vias ou estradas. Por fim, para a seleção dos domicílios, foi adotado o seguinte procedimento: iniciava-se pelo maior núcleo e, ao chegar ao centro deste núcleo, um dos mestrados girava um objeto pontiagudo (geralmente uma garrafa) para indicar a direção a ser percorrida para seleção das

residências. Tal procedimento foi adotado para garantir aleatoriedade ao processo amostral.

Para avaliação da satisfação com a UBS foi utilizada a seguinte pergunta “Qual a sua opinião sobre esse posto de saúde?” Neste momento era apresentado ao entrevistado um cartão com a escala de faces de Andrews composto de 7 faces. Entrevistados que escolhessem as faces de 1 a 3 foram considerados satisfeitos e os que escolhessem as faces de 4 a 7 foram considerados insatisfeitos.

As variáveis utilizadas para ajuste de confusão foram: sexo (masculino e feminino), idade (18-24, 25-39, 40-59 e ≥ 60 anos), cor da pele autorreferida (branca e não branca), escolaridade (0-4 anos, 5-8 anos e >9 anos), classe social (ABEP), número de consultas com o médico no último ano (nenhuma, 1-3, 4 ou mais), data da última consulta (no último mês, entre 1-3 meses, entre 4-6 meses, entre 7-12 meses, há um ano ou mais), tempo para conseguir a consulta (atendido no mesmo dia, entre 1-7 dias, mais de 7 dias), opinião sobre esperar muito para ser atendido (não, sim, mais ou menos), tempo que esperou para ser atendido (até 1 hora e mais de 1 hora), satisfação com o atendimento da recepção (satisfeita e insatisfeita), satisfação com o profissional de saúde (satisfeita e insatisfeita), se achou que a consulta durou o tempo que esperava (sim, não/durou mais tempo, não/durou menos tempo) e tempo de duração da consulta (até 5 min, entre 6-10min, entre 11-15 min, mais de 15min). Para as análises estatísticas foram adicionados aos dados coletados no consórcio os dados coletados no censo dos profissionais. Através de uma variável chave (“Qual o posto de saúde da sua região?”) foi possível associar as respostas obtidas pelo consórcio com a avaliação realizada com os profissionais. As análises foram realizadas usando pacote estatístico STATA14.1. Inicialmente

foram realizadas análises descritivas para caracterizar a amostra e demonstrar as frequências absolutas e relativas das variáveis analisadas.

Posteriormente foi realizada análise multivariável através de regressão de Poisson, utilizando as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, ABEP, escolaridade e cor da pele) e as variáveis de utilização e opinião sobre o serviço para ajuste. Para todas as análises o comando svy foi utilizado, para considerar o efeito do processo amostral complexo. Todas as medidas foram expressas em razão de prevalências (RP).

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas no dia 11 de dezembro de 2015, com parecer de número 1.363.979. Todos os indivíduos que participaram da pesquisa foram informados sobre os objetivos do estudo e convidados a participarem da pesquisa, os que concordaram assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

O consórcio identificou 1694 indivíduos adultos elegíveis ao estudo. Destes, 1519 participaram do estudo. A taxa de perdas e recusas foi de 10,3%. Dos 1519 participantes 51,7% eram mulheres e 85,3% se declararam brancos. A proporção de entrevistados na faixa etária de 40-59 anos foi de 39,0%, enquanto que os idosos (>60 anos) representaram 27,0% da amostra. A maioria dos entrevistados tinha menos de 5 anos de estudo (38,6%) (Tabela 1).

O coeficiente de concordância do kappa ponderado foi de 0,73 para a questão sobre o serviço de saúde utilizado.

Dos 1519 participantes, 32 referiram que a sua UBS de referência é em outro município (município vizinho). Dos demais respondentes 248 (16,5%) nunca consultaram na UBS da sua região. Dentro dos 1239 que consultaram na UBS alguma vez na vida, 24 não responderam à pergunta sobre satisfação com a UBS (escala de faces). A maioria (23) havia consultado há mais de 12 meses e não sabia como opinar. Ao todo 1215 responderam à pergunta sobre satisfação com a UBS. (Tabela 1)

Acerca da utilização da UBS para consultas médicas, 40,9% dos entrevistados consultaram de 1 a 3 vezes no último ano. A maioria dos entrevistados realizou a última consulta nos últimos 6 meses ou menos (75%). Grande parte dos usuários que procuraram o serviço de saúde foram atendidos no mesmo dia (78,3%). Aproximadamente 15% dos entrevistados revelaram que a última consulta durou 5 minutos ou menos. Aproximadamente 65% dos usuários estavam satisfeitos com a UBS. (Tabela 1)

O estudo dos profissionais de saúde entrevistou 25 profissionais médicos e enfermeiros que responderam ao questionário PCATool. O escore geral obteve média de 7,48 (IC95% 7,04-7,93) e o escore essencial média de 7,34 (IC95% 6,90-7,77) O atributo pior avaliado foi o acesso com média de 4,13 (IC95% 3,66-4,59) enquanto que o atributo melhor avaliado foi a orientação familiar com média de 8,71 (IC95% 7,88-9,53) (Tabela 2)

Dentro dos usuários que consultaram na UBS alguma vez na vida, 16,8% consultaram em UBS avaliadas como serviços de baixo grau de orientação à APS.

Dos usuários que consultaram em UBS com alto grau de orientação à APS, aproximadamente 33% estavam insatisfeitos. (Tabela 1)

Na Tabela 3 encontramos os resultados da análise bruta e ajustada da relação entre os atributos da atenção primária e a satisfação do usuário. Consultar em UBS com alto grau de orientação à APS aumenta, em média, 25% da satisfação do usuário. (RP: 1,25 IC95% 1,10-1,44) Na análise ajustada, os atributos que se mostraram associados ao aumento da satisfação do usuário foram: acesso de primeiro contato RP: 1,21 (IC95% 1,11- 1,31), longitudinalidade RP: 1,19 (IC95% 1,06-1,35), orientação familiar RP: 1,19 (1,06-1,34) e orientação comunitária RP: 1,15 (1,02-1,31). (Tabela 3)

DISCUSSÃO

Entre as limitações deste estudo, temos que 20% da amostra consultou há mais de um ano. Com a finalidade de minimizar o viés de memória, as análises foram ajustadas para a variável “data da última consulta”. Outra limitação do estudo é o reduzido número de UBS avaliadas, o que pode ter diminuído a capacidade estatística de detectar associações.

O percentual de satisfação com a UBS encontrado neste estudo foi menor do que aqueles descritos em outros estudos brasileiros^{3,11,12,13,14}. Porém, a exceção do PMAQ, nenhum destes estudos incluiu a zona rural. Outro aspecto importante é que a maneira de medir satisfação foi distinta entre os estudos. O PMAQ mediu a satisfação do usuário através de uma pergunta sobre a opinião com o cuidado recebido, já em um estudo de 2011 realizado em Porto alegre, para avaliar a

satisfação dos pacientes ambulatoriais, a satisfação foi medida através de uma pergunta sobre a última consulta ¹¹. Certamente as diferentes metodologias limitam a comparação dos resultados.

Há pouca referência na literatura sobre estudos que avaliem a satisfação do usuário na zona rural. Em 2011, no estado do Rio Grande do Norte, foi realizado um estudo qualitativo utilizando grupos focais para conhecer a satisfação de populações rurais de duas cidades do estado, o autor descreve que encontrou elevada satisfação, mas não mensura esse conceito em termos numéricos ¹⁹.

Uma das principais dificuldades de avaliar a satisfação do usuário é o chamado “viés de cortesia”, no qual o usuário tem limitações em expressar sua insatisfação com o serviço, esse fenômeno pode influenciar a resposta do usuário no sentido de sobrestimar o real nível de satisfação. Esse problema é especialmente importante se o usuário for questionado por membros da equipe de saúde ²⁰. No presente estudo, a coleta de dados foi realizada na casa do usuário por entrevistadoras que desconheciam os entrevistados, possivelmente minimizando o viés de cortesia.

Em sua ampla investigação sobre o impacto da atenção primária na saúde das populações, Barbara Starfield conclui que sistemas de saúde orientados pela atenção primária são mais equânimes e satisfatórios aos pacientes ²¹. Os achados deste estudo vão ao encontro dos das evidências de Starfield, pois quanto maior o grau de orientação a APS, maior a satisfação do usuário.

Os achados de Starfield incluem principalmente países desenvolvidos. Porém, em 2011, um estudo realizado no Peru para avaliar o grau de satisfação dos usuários de um serviço de atenção primária e o cumprimento de três atributos da

APS (acesso, longitudinalidade e coordenação) sugeriu que há relação entre cumprimento dos atributos da APS e satisfação do usuário ²². No atual estudo, os atributos que se mostraram associados à satisfação foram o acesso de primeiro contato, a longitudinalidade, a orientação familiar e a orientação comunitária.

Em relação aos atributos da APS avaliados nas UBS, o atributo acesso de primeiro contato apresentou o pior resultado, similar ao encontrado em outros estudos realizados no Brasil ^{23, 24}. Cabe ressaltar que a maioria das questões que compõe esse atributo questiona se o serviço está aberto à noite e aos finais-de-semana, sobretudo na ocorrência de algum problema de saúde agudo. Entretanto, essas atribuições estão além do contrato trabalhista firmado entre serviço e profissionais no município. Porém, este é um importante aspecto para refletirmos, sobretudo frente à atual expansão de serviços de pronto-atendimento.

O atributo melhor avaliado foi a orientação familiar. No entanto ele é medido através da percepção do profissional sobre o atendimento, e esta pode ser diferente da percepção do usuário.

Corroborando esta hipótese, em 2008, um estudo avaliativo realizado em Amparo (SP), utilizando o PCATool versões reduzidas e adaptadas por Macinko ²⁵ comparou a perspectiva do usuário com a do profissional de saúde sobre os atributos da APS. Paradoxalmente, os profissionais avaliaram o atributo orientação familiar de maneira muito mais positiva que os usuários. ²⁶ No presente estudo, aproximadamente 1/3 dos entrevistados cuja UBS foi classificada como unidade de alto escore de orientação à APS estavam insatisfeitos com o serviço, o que demonstra que a avaliação do profissional captada pelo PCATool pode ser mais otimista que a perspectiva do usuário.

O controle social é uma das diretrizes mais características do SUS, dentro dos atributos da APS o que melhor reflete o controle social é a orientação comunitária, pois questiona como ocorre o diálogo entre serviço e comunidade. A associação encontrada entre satisfação e orientação comunitária, reforça a importância do usuário como cidadão capaz de opinar e intervir no próprio serviço, buscando o seu contínuo aperfeiçoamento ²⁸.

A longitudinalidade é o único dos atributos definidos por Barbara Starfield exclusivo da APS e é considerado um de seus atributos essenciais. Em 2005 Fan *et al.* investigaram a relação entre longitudinalidade e satisfação e, após ajuste para variáveis sociodemográficas, encontrou associação positiva entre satisfação e longitudinalidade ²⁹. O presente estudo, assim como o de Fan *et al* encontrou associação na mesma direção.

Em 2009 foi realizado em Porto Alegre um estudo transversal de base populacional que investigou a associação entre satisfação do usuário e grau de orientação à APS, serviços de alto grau de orientação estavam positivamente associados a usuários mais satisfeitos, porém, o referido estudo não conseguiu determinar quais atributos estariam mais associados à satisfação do usuário.³⁰

Aproximadamente 1/3 dos usuários que utilizaram serviços com alto grau de orientação estavam insatisfeitos com o serviço, apesar da suposta superioridade do serviço ofertado, sobre este fato é oportuno enfatizar que a satisfação do usuário é um desfecho multidimensional que envolve não apenas as experiências que o usuário teve com o serviço mas também suas expectativas sobre a qualidade do cuidado. Cabe ressaltar também que o PCATool é um instrumento quantitativo,

portanto dimensões subjetivas da avaliação da qualidade seriam melhor detectadas por estudos qualitativos.⁸

Por fim, os achados evidenciaram uma relativa baixa proporção de satisfação com as UBS da zona rural do município de Pelotas-RS. Os atributos da APS mais fortemente associados à satisfação foram o acesso de primeiro contato, a longitudinalidade, e a orientação familiar e comunitária. De modo geral, serviços com alto grau de orientação à APS aumentaram a satisfação do usuário independentemente da influência de questões individuais. Os determinantes da satisfação dos usuários incluem fatores de diferentes esferas, tanto pessoais como dos serviços de saúde, sendo necessária a avaliação e entendimento dessas características para a melhoria do grau de satisfação da população que utiliza os serviços de atenção primária na zona rural.

REFERÊNCIAS

1. Akerman M, Nadanovsky P. Avaliação dos serviços de saúde: avaliar o quê? **Cad. de Saúde Pública.** 1992; 8:361-365.
2. Howard M, *et al.* Patient satisfaction with care for urgent health problems: a survey of family practice patients. **Ann Fam Med.** 2007; (5):419-424.
3. BRASIL. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ). **Ministério da Saúde.** Departamento de Atenção Básica 2013.
4. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasil. **Ministério da Saúde,** 2002.
5. Morales L, Blanco J. Sobre la renovación de la atención primaria de salud en las Américas. **Rev. Panamericana de Salud Pública.** 2007;22: 292-293.
6. Starfield B. Primary Care: concept, evaluation and policy. New York: **Oxford University Press,** 1992.
7. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? **Jama.** 1988; 260(12): 1743-1748.
8. Hauser L, Castro R, Vigo Á, Trindade T, Gonçalves M, Stein A, Duncan B, Harzheim E. Tradução, adaptação, validade e medidas de fidedignidade do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool) no Brasil: versão profissionais de saúde. **Rev. Brasileira de Medicina de Família e Comunidade** [Internet]. 2013 Set 16; [Citado em 2017 Mar 16]; 8(29): 244-255. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/821>
9. Targa LV. A Prática da Medicina Rural. Porto Alegre, Artmed, 2012 in Duncan *et al.* **Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências.** 4ed. Porto Alegre. Artmed. 2013.

10. Kassouf A. Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil. Brasília. **Rev. Econ. Sociol. Rural.** 2005; 43(1): 29-44.
11. Bastos G, Fasolo L. Fatores que influenciam a satisfação do paciente ambulatorial em uma população de baixa renda: um estudo de base populacional. **Rev. Bras. Epidemiol.** 2013.
12. Halal I, Sparenberger F, Bertoni A, Ciacomel C, Seibel CE, Lahude FM, *et al.* Avaliação da qualidade de assistência primária à saúde em localidade urbana da região Sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública;** 28: 131-6.
13. Kloetzel K, BERTONI AM, IRAZOQUI MC, CAMPOS VPG, *et. al.* Controle de qualidade em atenção primária à saúde. I—A satisfação do usuário Quality control in primary health care. I Consumer satisfaction. **Cad. de Saúde Pública.** 1998; 14(3): 623-628.
14. Lima-Costa MF, Loyola Filho Ald. Fatores associados ao uso e à satisfação com os serviços de saúde entre usuários do Sistema Único de Saúde na Região Metropolitana de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde.** 2008; 17: 247-257.
15. Esperidião M. Avaliação de satisfação de usuários. **Ciência & Saúde Coletiva.** 2005; 10: 303-312.
16. Barros AJD, *et al.* O Mestrado do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da UFPel baseado em consórcio de pesquisa: uma experiência inovadora. **Rev. Bras. Epidemiol.** 2008; 11(1): 133-144.
17. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - **Ministério Do Planejamento Orçamento e Gestão.** XII Censo Demográfico. Brasil. 2010.

18. Dean AG, Sullivan KM, Soe MM. OpenEpi: Open Source Epidemiologic. **Statistics for Public Health**. 2013.
19. Uchoa AC, Souza EL, Spinelli AFS, Medeiros RG, Peixoto DCS, Silva RAR, *et al*. Avaliação da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família na zona rural de dois pequenos municípios do Rio Grande do Norte. **Physis** . 2011.
20. Askew I, Tapsoba P, Ouédraogo Y, Viadro C, Bakouan D, Sebgo P. Quality of care in family planning programmes: a rapid assessment in Burkina Faso. **Health Pol Plann** 1993; 8:19-32.
21. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. **The Milbank Quarterly**. 2005; 83(3):457-502. doi:10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x.
22. Cuba-Fuentes M, Jurado G, Estrella E. Evaluación Del cumplimiento de los atributos de La Atención Primaria y grado de satisfacción de los usuarios de um establecimiento de primer nivel de atención. **Rev. Med. Hered**. 2011; 22(1).
23. Chomatas E. *et. al*. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. **Rev. Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. 2013.
24. Castro R, *et al*. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. **Cad. Saúde Pública** [Internet]. 2012.
25. Macinko J, Almeida C, Sá PK. A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in **Brazil Health Policy Plan**. 2007; 22(3): 167-77. <http://dx.doi.org/10.1093/heapol/czm008>

26. Pimenta A, Coimbra A, Livorato F, Barros J, Rezende T. Pesquisa sobre organização e desempenho das Unidades de Saúde da Família de Amparo (SP): utilização de metodologia de avaliação rápida. **Divulg Saúde Debate**. 2008;42:102-17.
27. Bastos GAN, Santos I.S, Costa JSD.d, Capilheira MF. Uso de serviços ambulatoriais nos últimos 15 anos: comparação de dois estudos de base populacional. **Rev. bras. Epidemiol**. 14(4): 620-632. 2011.
28. Crevelim MA, Peduzzi M. Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários?. **Ciênc. saúde coletiva** [Internet]. 10(2): 323-331. 2005.
29. Fan VS, Burman M, McDonell MB, Fihn SD. Continuity of care and other determinants of patient satisfaction with primary care. **JGIM** [periódico na Internet] 2005.
30. Zils A, Castro R, Oliveira M, Harzheim E, Duncan B. Satisfação dos usuários da rede de Atenção Primária de Porto Alegre. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. 2009

Tabela 1. Caracterização da amostra de acordo com variáveis sociodemográficas, utilização da UBS, satisfação com a UBS e escore geral. Adultos residentes na zona rural de Pelotas 2016. (N=1519)

Variável	N	%
Sexo		
Masculino	734	48,3
Feminino	785	51,7
Idade (anos)		
18-24	174	11,5
19-39	341	22,5
40-59	593	39,0
60 ou mais	410	27,0
Cor da pele		
Branca	1.296	85,3
Não branca	223	14,7
Escolaridade		
0-4 anos	582	38,6
5-8	558	36,9
>9 anos	369	24,5
Classe Social (ABEP)		
A ₂ /B ₁ /B ₂	301	20,0
C ₁	382	25,5
C ₂	431	28,7
D/E	387	25,8
Número de consultas com médico no último ano		
Nenhuma	428	28,6
1 – 3	612	40,9
4 ou mais	208	13,9
Nunca consultou na UBS*	248	16,6

* No questionário havia a possibilidade de resposta “Nunca consultou na UBS” e as entrevistadoras foram orientadas a perguntar se o usuário nunca consultou na UBS.

Tabela 1 (continuação). Caracterização da amostra de acordo com variáveis sociodemográficas, utilização da UBS, satisfação com a UBS e escore geral. Adultos residentes na zona rural de Pelotas 2016. (N=1519)

Variável	N	%
Data da última consulta		
No último mês	248	21,5
Entre 1 e 3 meses	224	19,4
Entre 4 e 6 meses	229	19,8
Entre 7 e 12 meses	156	13,5
Mais de um ano	296	25,6
Tempo para conseguir a consulta		
Atendido no mesmo dia	947	78,3
Entre 1-7 dias	167	13,8
Mais de 7 dias	95	7,9
Esperou muito para ser atendido?		
Não	951	78,2
Sim	212	17,4
Mais ou menos	53	4,4
Quanto tempo esperou para ser atendido?		
Até 1 hora	824	69,0
Mais de 1 hora	369	31,0
Satisfação com o atendimento da recepção		
Satisfeita	1.033	86,4
Insatisfeita	163	13,6
Satisfação com o atendimento do profissional de saúde		
Satisfeita	1.044	86,3
Insatisfeita	166	13,7
A consulta demorou o tempo que esperava		
Sim	850	70,0
Não, durou mais	83	6,9
Não, durou menos	280	23,1

Tabela 1 (continuação) Caracterização da amostra de acordo com variáveis sociodemográficas, utilização da UBS, satisfação com a UBS e escore geral. Adultos residentes na zona rural de Pelotas 2016. (N=1519)

Variável	N	%
Quanto tempo demorou a consulta		
Até de 5 min	171	14,5
Entre 6-10 min	253	21,4
Entre 11-15 min	265	22,4
Mais de 15 min	493	41,7
Qual a opinião sobre a UBS		
Satisfeita	431	64,5
Insatisfeita	784	35,5
Escore PCA-Tool		
Baixo grau (<6.6)	251	16,8
Alto grau (≥6.6)	1.326	83,2

Tabela 2. Descrição dos atributos do PCATool e Escore essencial e geral. Profissionais de saúde da zona rural de Pelotas 2016. (N=25)

Atributo	Média (IC95%)	Erro-padrão	valor.min.	valor. max
Acessibilidade	4,13 (3,66-4,59)	0,22	2,9	6,6
Longitudinalidade	8,61 (8,06-9,16)	0,26	6,1	9,7
Integração de cuidados	7,31 (6,60-8,02)	0,34	5,0	9,4
Sistema de Informações	8,44 (7,55-9,33)	0,43	5,5	10
Serviços disponíveis	7,56 (7,01-8,11)	0,26	3,4	9,2
Serviços prestados	7,98 (7,30-8,66)	0,32	4,2	9,3
Escore Essencial	7,34 (6,90-7,77)	0,20	4,9	8,8
Orientação familiar	8,71 (7,88-9,53)	0,39	4,4	10,0
Orientação comunitária	7,13 (3,08-8,18)	0,50	3,3	10,0
Escore Geral	7,48 (7,04-7,93)	0,21	4,7	9,1

Tabela 3. Análise bruta e ajustada para a satisfação com a UBS conforme os atributos da APS. Pelotas 2016

Variáveis	%	Satisfação com a UBS			
		RP (IC95%) bruta	Valor-p*	RP (IC95%) ajustada**	Valor p*
Escore Geral			<0,00		<0,00
Baixo grau	50,87	1,00		1,00	
Alto grau	66,89	1,31(1,11-1,54)		1,25(1,10-1,44)	
Acesso de primeiro contato			<0,00		<0,00
Baixo grau	64,25	1,00		1,00	
Alto grau	80,00	1,24(1,13-1,36)		1,21(1,11-1,31)	
Longitudinalidade			<0,00		<0,00
Baixo grau	47,69	1,00		1,00	
Alto grau	65,55	1,37(1,24-1,51)		1,19(1,06-1,35)	
Coordenação: integração de cuidados			0,89		0,24
Baixo grau	63,7	1,00		1,00	
Alto grau	64,74	1,01(0,79-1,30)		1,07(0,95-1,20)	
Coordenação: sistema de informações			0,06		0,07
Baixo grau	75,44	1,00		1,00	
Alto grau	69,04	0,84(0,79-1,11)		0,95(0,87-1,09)	

*Regressão de Poisson com ponderação para amostras por conglomerados.

** Ajuste para variáveis sociodemográficas e de opinião e utilização dos serviços.

Tabela 3. (Continuação) Análise bruta e ajustada para a satisfação com a UBS conforme os atributos da APS. Pelotas 2016

Variáveis	%	Satisfação com a UBS			
		RP (IC95%) bruta	Valor-p*	RP (IC95%) ajustada**	Valor p*
Integralidade: serviços disponíveis			0,09		0,10
Baixo grau	53,80	1,00		1,00	
Alto grau	66,22	1,23(0,96-1,56)		1,15(0,96-1,38)	
Integralidade: serviços prestados			0,36		0,41
Baixo grau	56,88	1,00		1,00	
Alto grau	65,35	1,14(0,83-1,57)		1,07(0,89-1,28)	
Escore Essencial					0,41
Baixo grau	56,88	1,00	0,36	1,00	
Alto grau	65,35	1,14(0,83-1,57)		1,07(0,89-1,25)	
Orientação familiar			<0,00		<0,00
Baixo grau	91,98	1,00		1,00	
Alto grau	95,99	1,37(1,24-1,51)		1,19(1,06-1,34)	
Orientação comunitária			0,03		<0,00
Baixo grau	47,17	1,00		1,00	
Alto grau	59,12	1,18(1,00-1,40)		1,15(1,02-1,31)	

*Regressão de Poisson com ponderação para amostras por conglomerados.

** Ajuste para variáveis sociodemográficas e de opinião e utilização dos serviços.

6 NOTA PARA IMPRENSA

34% dos moradores da zona rural estão insatisfeitos com serviço das UBS, aponta estudo.

Uma pesquisa da Universidade Federal de Pelotas mostra que 34% dos moradores da zona rural de Pelotas estão insatisfeitos com o serviço prestado pelas Unidades Básicas de Saúde na região. A proporção de usuários insatisfeitos com o serviço na zona rural de Pelotas ficou acima do percentual nacional de 19,5%, divulgado pela Pesquisa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção (PMAQ).

Os dados são parte de dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, desenvolvida pela mestranda Ana Carolina Ruivo, sob orientação da professora Mariângela Freitas da Silveira.

A pesquisa entrevistou mais de 1,5 mil moradores da zona rural de Pelotas na faixa etária a partir dos 18 anos, entre janeiro e junho de 2016, nos oito distritos da região - Cascata, Cerrito Alegre, Colônia Z3, Monte Bonito, Quilombo, Rincão da Cruz, Santa Silvana e Triunfo.

Os resultados revelam que o tempo de duração da consulta é uma das causas principais da insatisfação com o serviço. Aproximadamente 15% dos entrevistados revelaram que a última consulta durou cinco minutos ou menos. A avaliação do usuário sobre o recepcionista e o profissional também teve influência sobre o grau de satisfação com o serviço, a avaliação positiva aumentou a satisfação, em média, em 66% e 33%, respectivamente. Além desses fatores, pessoas que se declararam brancas estavam 12% mais satisfeitas com a UBS do que não brancos. Outro dado não menos importante revela que 16% entrevistados

nunca consultaram uma UBS da região. “Quer dizer que uma parcela considerável da população procura atendimento em locais mais distantes”, afirma a autora.

Um segundo estudo realizou um censo com 25 profissionais, médicos e enfermeiros que atuam nas 14 Unidades Básicas de Saúde da zona rural. Por meio de aplicação de questionário, o censo fez o levantamento de características necessárias para proporcionar atendimento adequado aos usuários. Das 14 unidades, apenas duas UBS não atingiram o escore mínimo de 6,6 para uma avaliação positiva. Essas duas unidades atendem a 16% da amostra estudada.