

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia



Tese de Doutorado

Acesso e Utilização da Assistência Médica Ambulatorial ao Adulto na Rede de
Serviços de Saúde do Brasil

Alitéia Santiago Dilélio

Pelotas - RS, 2014

ALITÉIA SANTIAGO DILÉLIO

Acesso e Utilização da assistência Médica Ambulatorial ao Adulto na Rede de
Serviços de Saúde do Brasil

Tese apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Epidemiologia da
Universidade Federal de Pelotas, como
requisito parcial à obtenção do título de
Doutor em Epidemiologia.

Orientador: Luiz Augusto Facchini

Co-Orientadora: Elaine Tomasi

Pelotas - RS, 2014

D576a Dilélio, Alitéia Santiago

Acesso e utilização da assistência médica ambulatorial ao adulto na rede de serviços de saúde do Brasil. / Alitéia Santiago Dilélio; orientador Luiz Augusto Facchini. - Pelotas: UFPel, 2014.

208 f.: il.

Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Pelotas; Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, 2014.

1. Epidemiologia. 2. Serviços de Saúde I. Facchini, Luiz Augusto. II. Título.

CDD 614.4

ALITÉIA SANTIAGO DILÉLIO

Acesso e Utilização da Assistência Médica Ambulatorial ao Adulto na Rede de
Serviços de Saúde do Brasil

Banca examinadora

Prof^o. Dr^o. Luiz Augusto Facchini

Presidente da banca - Universidade Federal de Pelotas, RS

Prof^a. Dr^a. Alicia Matijasevich Manitto

Membro da banca - Universidade Estadual de São Paulo, SP

Prof^a. Dr^a. Anaclaudia Gastal Fassa

Membro da banca - Universidade Federal de Pelotas, RS

Prof^a. Dr^a. Marcelo Capilheira

Membro da banca - Universidade Federal de Pelotas, RS

“Eu sei que o meu trabalho é uma gota no oceano, mas sem ele o oceano seria menor”.

Madre Teresa de Calcutá

AGRADECIMENTOS

Gostaria de conseguir em algumas linhas retribuir o carinho e apoio daqueles que sempre estiveram ao meu lado. Em especial:

À Deus por guiar meus passos e fortalecer a minha fé. Nos momentos em que mais precisei, tive a certeza de não estar só. A certeza de tê-lo orientando meus passos e me levando ao melhor não permitiu que eu desistisse e realizasse sonhos que antes pareciam tão inatingíveis. Sem ele não estaria aqui!

Ao meu esposo, namorado, amigo, companheiro e confidente, Lester Vieira Zimmer, que esteve presente em todos os momentos importantes da minha vida, fornecendo todo o apoio necessário. Sendo paciente e tentando me acalmar nos momentos de incerteza. Obrigada por me aceitar exatamente como sou, admirar meu jeito de ser, sentir orgulho das pequenas mudanças e sempre acreditar em mim mais do que eu mesma.

À minha mãe, pelo amor incondicional! Amor que sempre entendeu minha ausência e fez-me acreditar que todas os obstáculos seriam superados.

Ao meu pai, que apesar da distância e do silêncio, me ensinou, com exemplos, que posso fazer diferente.

Ao professor Luiz Augusto Facchini, por suas horas de trabalho, carinho, compreensão e intenso otimismo, sempre afirmando “no final tudo da certo”.

À Elaine Tomasi, minha incansável amiga, madrinha e orientadora, obrigada pela paciência e fé mesmo quando alguns não acreditavam mais. Você soube ouvir, chamar a atenção e acreditar na minha capacidade nos momentos em que mais duvidei disso. Deus permita que possamos estar uma ao lado da outra, nas pesquisas, no trabalho e na vida pessoal. Obrigada pelo teu respeito, amizade e parceria.

À Elaine Thumé, que continua sendo um exemplo de profissional e sempre esteve disposta a me apoiar.

À Maria de Fátima Santos Maia, pela paciência e atenção dispensada nos momentos em que as dúvidas bibliográficas pareciam um mistério.

Aos colegas de doutorado, Carlos Delgado Bocanegra, Alexandre Emidio, Fabiana Ferreira, Sandra Petresco, Tales Amorim, Giancarlo Bacchieri, Fernando Wehrmeister e Gicele Minten companheiros nas horas de estudo, professores nas dúvidas e animadores nos momentos de desânimo. Obrigada pelo convívio e a oportunidade de conhecê-los.

À minha amiga Lenice Muniz que durante estes anos de intenso convívio, no ambiente acadêmico e profissional, dispensou carinho, amizade, lucidez, horas e horas de conversas e confidências, pois não foram poucos os momentos de desafios em que discutimos como prática e teoria podem se relacionar, como nossas pesquisas e evidências científicas podem transformar e qualificar nossos indicadores de morbimortalidade.

Às amigas, Caroline de Leon Linck, Denise Bermudez Pereira e Lenícia Cruz Soares, que souberam entender minha ausência e sempre conseguiram um tempinho para um abraço e palavras de carinho.

Às “ENFERMEIRAS” Eliédes Freitas Ribeiro, Ana Lúcia Costa, Maria Regina Reis, Lilian Teles Rubira, que sempre estiveram ao meu lado, me ajudando no desafio de um novo trabalho. Com destaque para: Eliédes, que ouviu meus lamentos, desapontamentos e frustrações com aquilo que não podemos mudar e a Lilian que, com seu jeito muito especial, ajudou nas superações e sucessos mostrando onde podemos fazer a diferença, fortalecendo nossa amizade.

Aos colegas do Grupo de Pesquisa AQUARES que permitiram a realização deste estudo, com dados primários de abrangência nacional e representativos do contexto de saúde brasileiro.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior pela concessão da bolsa de estudo nos meus primeiros anos de doutorado.

Agradeço a todos que participaram, direta ou indiretamente, desta fase e contribuíram para a realização de um sonho, pois: “Conhecimento é poder” (Thomas Hobbes). Muito Obrigada!!!

SUMÁRIO

Projeto de pesquisa	10
Relatório de Trabalho de Campo	123
Modificações no Projeto de Pesquisa	126
Artigos	
Artigo Original 1	128
Artigo Original 2	151
Artigo de Revisão	178
Nota à Imprensa	206

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

Esta tese é resultado de trabalho de pesquisa inserido no Projeto AQUARES, delineado para a avaliação de desempenho da rede de serviços de saúde, em uma amostra da população urbana residente em municípios de pequeno, médio e grande porte do Brasil, sendo requisito para conclusão do curso de doutorado em Epidemiologia de Alitéia Santiago Dilélio, que teve como orientador o Prof^o. Dr^o. Luiz Augusto Facchini e Co-orientadora a Prof^a. Dr^a Elaine Tomasi, do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas.

Esta tese é composta de quatro partes: 1^a) projeto de pesquisa; 2^a) relatório de trabalho de campo; 3^a) artigos originados e 4^a) resumo para divulgação na imprensa (nota à imprensa).

Os artigos que serão apresentados para a banca estão descritos a seguir:

Artigo 1 - Padrões de utilização de atendimento médico ambulatorial no Brasil entre usuários do SUS, da Saúde Suplementar e de Serviços Privados

Artigo 2 - Lack of access to and the continuity of adult health care: a national population-based survey

Artigo 3 - Desafios na Avaliação da Qualidade na Assistência Ambulatorial de Saúde: revisão sistemática

A defesa do projeto de pesquisa foi realizada no dia 27 de junho de 2011, tendo como revisora a professora Alicia Matijasevich Manitto (Universidade Federal de São Paulo) e professor Marcelo Capilheira (Universidade Federal de Pelotas). A versão do projeto apresentado neste volume inclui as modificações sugeridas pela banca.

PROJETO DE PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO
DOUTORADO EM EPIDEMIOLOGIA



Acesso e Utilização da Assistência Médica Ambulatorial ao Adulto na Rede de Serviços de Saúde do Brasil

Projeto de Pesquisa

Doutoranda: Alitéia Santiago Dilélio
Orientador: Luiz Augusto Facchini
Co-orientador: Elaine Tomasi

JUNHO - 2011

Sumário

Resumo	15
Artigos propostos.....	16
Lista de siglas e abreviaturas	17
Definição de Termos	18
1 Introdução.....	19
1.1 Revisão de Literatura	21
1.2 Acesso	22
1.3 Utilização.....	25
1.4 Qualidade	29
1.5 Desigualdades em saúde	30
2 Justificativa.....	33
3 Marco Teórico	34
4 Objetivos.....	37
4.1 Objetivo Geral.....	37
4.2 Objetivos Específicos.....	37
5 Hipóteses	38
6 Metodologia.....	39
6.1 Delineamento	39
6.2 População Alvo	39
6.3 Critérios de Inclusão	39
6.4 Critérios de Exclusão	40
6.5 Amostra.....	40
6.5.1 Cálculo do tamanho de amostra.....	40
6.5.2 Plano Amostral	41
6.5.2.1 Pressupostos do plano amostral.....	41
6.5.2.2 Cota de indivíduos por setor censitário e seleção de domicílios e indivíduos elegíveis.....	42
6.5.2.3 Distribuição proporcional da amostra por porte de município e equiprobabilidade de inclusão dos indivíduos.....	43
6.5.2.4 Número de setores censitários urbanos por porte	43
6.5.2.5 Equiprobabilidade de inclusão dos setores censitários urbanos	43
6.5.2.6 Regra de alocação de setores por porte do município	44
6.5.2.7 Número de municípios a amostrar por porte	45
6.5.2.8 Amostra final de setores censitários urbanos	47
6.6 Instrumentos.....	48
6.7 Principais Variáveis Coletadas	49
6.7.1 Definição operacional das variáveis dependentes	49
6.7.2 Definição operacional das variáveis independentes	49

6.8	Seleção e Treinamento dos Supervisores e Entrevistadores.....	51
6.9	Logística.....	52
6.10	Estudo Piloto	53
7	Coleta de Dados.....	54
8	Controle de Qualidade	56
9	Processamento de Dados	57
9.1	Participação do aluno no projeto.....	57
10	Análise de Dados	58
11	Aspectos Éticos.....	60
12	Cronograma	61
13	Divulgação dos Resultados.....	62
14	Financiamento	63
15	Referências Bibliográficas.....	64
16	Apêndices	72
	Apêndice A.....	73
	Apêndice B	75
17	Anexos.....	80
	Anexo 1 - Instrumento contendo apenas as questões referentes ao presente projeto.	81
	Anexo 2 - Manual de instruções das questões a serem utilizadas no presente projeto.....	92
	Anexo 3 - Termo de consentimento livre e esclarecido	122
	Anexo 4 - Carta de aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa.....	123

RESUMO

Introdução: Os sistemas públicos de saúde priorizam o acesso universal, equitativo e integral da população a serviços de saúde de qualidade, independente do nível de atenção e da complexidade do cuidado. Mesmo assim, persistem problemas de equidade e integralidade. O acesso equitativo a serviços de saúde eficientes e de qualidade são um desafio às políticas públicas. A demanda por serviços de saúde resulta da interação entre fatores sociais, econômicos, psicológicos e de morbidade, que influenciam diretamente na utilização e, desta forma, é eminente que os serviços se organizem a fim de atender as necessidades da população tanto em aspectos que se referem à promoção e prevenção, quanto à assistência.

Objetivo: Descrever o acesso e a utilização de serviços ambulatoriais de saúde em uma amostra representativa da população adulta residente em municípios brasileiros de pequeno, médio e grande porte.

Metodologia: Inquérito epidemiológico transversal de base populacional, delineado para a avaliação de desempenho da rede de serviços de saúde. A população-alvo do estudo é constituída por adultos entre 20 e 59 anos de idade residentes em áreas urbanas de municípios de pequeno, médio e grande porte.

Relevância: Ao identificar padrões de utilização dos serviços de saúde no Brasil, o estudo poderá contribuir para a avaliação da assistência médica ambulatorial prestada ao adulto. Também poderá ser útil no delineamento de políticas de saúde, incluindo intervenções para promoção da saúde, prevenção de risco e controle dos agravos.

ARTIGOS PROPOSTOS

➤ **Artigo 1**

Desigualdades na utilização da assistência médica ambulatorial entre adultos brasileiros, de acordo com a natureza jurídica (convênio, particular ou SUS) e o tipo de serviço utilizado (unidade básica de saúde, ambulatório e consultório).

➤ **Artigo 2**

Caracterização da falta de acesso e da utilização de serviços ambulatoriais entre adultos brasileiros, conforme variáveis sociodemográficas, comportamentais e de situação de saúde.

➤ **Artigo 3**

Revisão sistemática de literatura sobre indicadores de qualidade da assistência médica ambulatorial a adultos.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABS – Atenção Básica à Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

AQUARES – Estudo “Avaliação de Serviços de Saúde no Brasil: Acesso e Qualidade da Atenção”

DANT – Doenças e Agravos Não Transmissíveis

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

PDA – (“*Personal Digital Assistant*” / Assistente Digital Pessoal)

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PROESF – Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFPeI – Universidade Federal de Pelotas

DEFINIÇÃO DE TERMOS

1. **Acesso:** empregado como sinônimo de acessibilidade, indica o grau de facilidade ou dificuldade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde (Travassos e Castro, 2008)
2. **Atenção Básica:** conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios delimitados. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde (Brasil, 2006).
3. **Assistência Ambulatorial:** Conjunto de procedimentos médicos e terapêuticos de baixa complexidade tecnológica, realizados em ambulatórios e postos de saúde (Glossário MS, 2004). De acordo com descritores da Biblioteca Virtual em Saúde **Assistência Ambulatorial** também é citada como: cuidados ou tratamentos prestados a um indivíduo, cujas condições de saúde lhe permitem comparecer à consulta e retornar à casa, dispensando internação hospitalar (European Commission Glossary).
4. **Qualidade da Atenção:** capacidade de acesso a cuidados efetivos, em um cenário eficiente e equitativo para a otimização da saúde/bem-estar para o conjunto da população (Campbell, Roland *et al.*, 2000).
5. **Utilização de serviços de Saúde:** corresponde a todos os contatos diretos com o médico - consulta médica, internação hospitalar - ou com outros profissionais de saúde envolvidos na realização de procedimentos preventivos, diagnósticos terapêuticos ou de reabilitação (Travassos e Castro, 2008).

1 INTRODUÇÃO

Os sistemas públicos de saúde priorizam o acesso universal, equitativo e integral da população a serviços de saúde de qualidade, independente do nível de atenção e da complexidade do cuidado. Os serviços de saúde são essenciais, à medida que se organizam a fim de suprir as necessidades da população, com ênfase nas ações de promoção da saúde, prevenção, controle de agravos e reabilitação da saúde. Apesar dos avanços dos sistemas públicos na universalização do acesso, persistem problemas de equidade e integralidade, pois indivíduos com melhores condições socioeconômicas ainda apresentam maior probabilidade de utilizar os serviços de saúde (Haynes, 1991; Mustard e Frohlich, 1995; Wagstaff e van Doorslaer, 2004; van Doorslaer, Masseria *et al.*, 2006).

No Brasil, o conceito de integralidade em saúde foi incorporado a partir da Constituição de 1988 que preconiza, como uma de suas diretrizes, o atendimento integral aos indivíduos (Brasil, 1988). Mattos (2004), caracteriza a integralidade como a “apreensão ampliada das necessidades e a habilidade de reconhecer a adequação da oferta ao contexto específico da situação no qual se dá o encontro do sujeito com a equipe de saúde” (Mattos, 2004).

No Sistema Único de Saúde, a integralidade parte de uma premissa básica, a assistência integral a indivíduos e famílias, com garantia de atenção nos três níveis de complexidade de acordo com a necessidade do indivíduo. Neste sentido, remete ao ideal de que os serviços de saúde devem ser integrados através de redes assistenciais, pois as diferentes instâncias de atenção não dispõem de todos os recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida (Hartz e Contandriopoulos, 2004).

Equidade é um conceito político que expressa o compromisso moral de justiça social (Dahlgren e Whitehead, 1991; Kawachi, Subramanian *et al.*, 2002). Remete ao tema da desigualdade, que está relacionado a questões sociais e econômicas, em que indivíduos com menor renda e baixa escolaridade estão sujeitos à redução de recursos materiais e produtos sociais. Em termos conceituais, a equidade pode ser subdividida em equidade horizontal - indivíduos com mesmo problema de saúde, independente de classe social, têm a mesma oportunidade de utilização de serviços de saúde e recebem cuidados adequados às suas necessidades - e equidade

vertical - indivíduos com necessidades diferentes recebem cuidados diferentes (Pinheiro e Escosteguy, 2004; Travassos e Castro, 2008).

O acesso equitativo a serviços de saúde eficientes e de qualidade são um desafio às políticas públicas. A demanda por serviços de saúde resulta da interação entre fatores sociais, econômicos, psicológicos e de morbidade, que influenciam diretamente na utilização e, desta forma, é eminente que os serviços se organizem a fim de atender as necessidades da população tanto em aspectos que se referem à promoção e prevenção, quanto à assistência (Sawyer, Leite *et al.*, 2002; Mendoza-Sassi, Bria *et al.*, 2003; van Doorslaer, Masseria *et al.*, 2006).

O melhor prognóstico e conseqüente melhoria da qualidade de vida podem ser reflexos do acesso rápido, da assistência qualificada e do manejo adequado nos serviços de saúde.

Desta forma, a utilização dos serviços resulta da interação entre o comportamento do indivíduo que procura cuidados e do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde (Chi, 1998; Travassos e Martins, 2004; Castro, Travassos *et al.*, 2005; Travassos e Castro, 2008).

Como determinantes da utilização dos serviços destacam-se as características relacionadas às necessidades de saúde, aos usuários, aos prestadores de serviços, à organização e a política propriamente dita, que variam em função do tipo de serviço e do acesso. Este, no sentido mais amplo, indica o grau de facilidade com que as pessoas obtêm os cuidados de saúde, podendo ser subdividido em quatro dimensões: acesso potencial, realizado, efetivo e eficiente (Travassos e Martins, 2004; Travassos e Castro, 2008).

A utilização de serviços de saúde está intrinsecamente relacionada ao acesso, pois este media a relação entre a procura e a entrada no serviço, refere-se às características da oferta, que facilitam ou obstruem a sua utilização por potenciais usuários (Travassos e Castro, 2008).

Situações de iniquidade são freqüentemente observadas no que tange à utilização dos serviços de saúde e estão associadas a diferenças nas necessidades de saúde dos indivíduos, à autopercepção de saúde e à qualidade da assistência prestada (Dias da Costa e Facchini, 1997; Mendoza-Sassi e Béria, 2001; Neri e Soares, 2002; Pinheiro, Viacava *et al.*, 2002; Mendoza-Sassi, Béria *et al.*, 2003; Atella, Brindisi *et al.*, 2004; Hurley e Grignon, 2006; Lasser, Himmelstein *et al.*, 2006; Curtis e Macminn, 2007). Pode-se citar situações em que se observa a facilidade de

acesso a indivíduos de classes econômicas mais favorecidas e dificuldade de acesso às classes econômicas menos favorecidas, devido, por exemplo, à localização dos serviços, disponibilidade de profissionais e exames, horários de funcionamento dos serviços.

Neste contexto, compreender os padrões de utilização dos serviços de saúde, identificando a dinâmica de busca pelo serviço, acesso e necessidade sentida, permitiria conhecer o perfil da demanda, o dimensionamento da carga de trabalho incluindo a previsão de recursos para o atendimento da demanda e a melhoria da qualidade do serviço prestado.

1.1 Revisão de Literatura

A revisão de literatura teve como objetivo verificar o conhecimento relacionado ao acesso e à utilização de serviços de saúde na assistência médica ambulatorial prestada a adultos. A revisão foi realizada através de pesquisa às bases de dados Pubmed e Web of Science.

Para localizar estudos relevantes foram utilizados os seguintes limites: período de publicação nos últimos 10 anos, envolvendo seres humanos, nos idiomas inglês, espanhol e português, e estudos que enfocassem indivíduos com idade igual ou superior a 20 anos. Os descritores utilizados foram: *ambulatory care, health services acessibility, utilization, quality indicators health care, private sector, health insurance, primary health care*.

Durante este processo avaliaram-se 1600 títulos de artigos, ao final foram recuperados 64 resumos para serem lidos e considerados. Descartaram-se as referências referentes à temática não compatível com o projeto proposto, os que enfatizavam a atenção hospitalar, estudos com população fora da faixa etária de interesse e em área rural. Além disso foram excluídas aquelas referências que tratavam de problemas específicos como, por exemplo, tuberculose, artrite e doenças cardiovasculares. Através da leitura dos artigos novos trabalhos foram selecionados (Tabela 1).

Tabela 1. Etapas da revisão de literatura.

Descritores	1ª Busca			Após leitura de títulos			Após leitura dos resumos		
	Ambulatory Care								
	Private Sector	Health Insurance	Primary Health Care	Private Sector	Health Insurance	Primary Health Care	Private Sector	Health Insurance	Primary Health Care
Health Services Accessibility	11	97	155	1	38	50	1	11	7
Utilization	30	518	650	10	135	110	5	13	9
Quality Indicators, Health Care	6	49	84	0	17	13	0	10	8

A seguir apresenta-se uma síntese da revisão de literatura realizada até o momento, com destaque para aspectos demográficos e epidemiológicos do acesso e utilização de serviços ambulatoriais.

1.2 Acesso

Entre os objetivos da política de saúde está a melhoria do acesso a serviços. No Brasil, o Sistema Único de Saúde orienta-se pelos princípios da universalidade e igualdade do acesso e visa garantir o atendimento com base nas necessidades de saúde. (Travassos, Oliveira *et al.*, 2006; Turci, Lima-Costa *et al.*, 2010).

Não há um consenso entre os autores revisados sobre “acesso”. O conceito é complexo e multidimensional, muitas vezes sendo empregado de forma imprecisa. O conceito pode ser focado nas características dos indivíduos ou da oferta, ou mesmo na relação entre indivíduos e serviços (Travassos e Martins, 2004). Neste estudo será adotado como sinônimo de acessibilidade, se referindo à possibilidade de utilizar os serviços de saúde quando necessário (Travassos e Castro, 2008). A falta de acesso será entendida como a impossibilidade de utilizar o serviço diante de uma necessidade sentida, podendo expressar a falta de capacidade de resposta dos serviços ou a dificuldade de assegurar o atendimento à saúde (Vázquez, Silva *et al.*, 2003).

O acesso ainda pode ser interpretado como a “liberdade de utilização”, que é obtida pelo grau de informação sobre as escolhas. Thiede e McIntyre referem que a informação perpassa três dimensões do acesso equitativo: a disponibilidade, a acessibilidade financeira e a aceitabilidade, entendidas como barreiras de acesso (Thiede e McIntyre, 2008; Travassos e Castro, 2008).

O modelo comportamental de Andersen e Newman identifica o acesso como um dos mediadores da utilização dos serviços de saúde, e introduz a idéia das quatro dimensões do acesso: o acesso *potencial* que se refere aos fatores contextuais; o acesso *realizado* que se refere à utilização dos serviços, o acesso *efetivo* que se refere ao processo do cuidado e o acesso *eficiente* que se refere às mudanças nas condições de saúde e satisfação (Andersen, Yu *et al.*, 2002; Travassos e Castro, 2008). Para ilustrar as diferentes dimensões do acesso, pode-se utilizar o exemplo de um atendimento ambulatorial de um indivíduo com uma crise hipertensiva. Em primeira instância é necessário que o serviço exista para ser acessado (acesso potencial); após, mediante a necessidade de atendimento, é preciso que se busque e utilize o serviço para o manejo do problema (acesso realizado). Em sendo utilizado, é necessário que o atendimento seja resolutivo, ou seja, que os níveis tensionais sejam normalizados (acesso efetivo) e, ao final, que ele promova mudanças no sentido de manter o indivíduo normotenso (acesso eficiente).

Neste contexto, incorpora-se a necessidade de compreender os mecanismos que regulam a busca e utilização dos serviços de saúde, como a necessidade de saúde que implica ou não na busca pelo serviço e, ao buscar-se atendimento, gera-se a demanda, que é mediada pela existência ou não do serviço, principal barreira ao acesso (Travassos e Castro, 2008). Além dessa, podem ser enumeradas diversas barreiras, como a distribuição geográfica, a disponibilidade e a qualidade dos recursos humanos e tecnológicos, o modelo assistencial, entre outras (Travassos, Oliveira *et al.*, 2006).

Segundo Pereira (2001), em havendo serviços de saúde, as “necessidades” transformam-se em demanda e geram utilização dos serviços. Portanto, necessidade de saúde pode ser entendida como “qualquer distúrbio da saúde e do bem-estar, tanto do ponto de vista do paciente quanto do profissional, que possa acarretar demanda ao sistema de saúde”. Necessidades podem, ainda, ser percebidas, quando identificadas pelo próprio indivíduo e não percebidas quando identificadas apenas pelo profissional de saúde (Pereira, 2001).

Andersen et al. (2002), em estudo realizado nos EUA através de dados individuais do Inquérito Nacional de Saúde (SNIS) de 1995/1996 e de dados a nível da comunidade de múltiplas fontes de uso público, observou que o acesso foi melhor para as pessoas com seguro de saúde e uma fonte regular de cuidados e para

aqueles que vivem em comunidades com mais centros de saúde financiados pelo governo federal (Andersen, Yu *et al.*, 2002).

No Brasil, estudo realizado por Lima *et al.* (2002), a partir de dados da PNAD de 1998, buscou descrever indicadores de desigualdades no acesso e na utilização de serviços de saúde no Brasil. Os autores identificaram que aproximadamente um terço da população não tem um serviço de saúde de uso regular, que o acesso a consultas médicas e odontológicas aumenta expressivamente conforme a renda e é maior nas regiões Sudeste e Sul comparadas às regiões Nordeste e Norte; cerca de um quinto da população nunca foi ao dentista (Lima, Azoury *et al.*, 2002). Os dados demonstram que a redução de desigualdades no acesso está intrinsecamente relacionada a aspectos financeiros e regionais.

Brienza e Clapis (2002), em estudo realizado em Ribeirão Preto, ao verificar os indicadores da assistência e do acesso ao pré-natal oferecido pela rede básica de saúde, identificaram como obstáculos do acesso organizacional o tempo de espera para consulta, a falta de vagas e a dificuldade para realização de exames. Também relacionaram como obstáculos do acesso geográfico/econômico a distância da maternidade e a dificuldade financeira para o transporte (Brienza e Clapis, 2002).

Rafael e Moura (2010), ao avaliarem as barreiras de acesso ao exame de rastreamento de câncer de colo de útero, através de um inquérito domiciliar, destacaram o medo relacionado ao resultado do exame e ao profissional examinador, a vergonha e o esquecimento relacionado ao agendamento do exame (Rafael e Moura, 2010). Estes aspectos demonstram a complexidade em avaliar barreiras de acesso, pois estas se relacionam a diferentes cenários, tanto individuais e culturais, quanto organizacionais e de força de trabalho em saúde.

A discussão sobre acesso extrapola os limites físicos dos serviços de saúde, englobando características da regulação e da oferta nos níveis macro e microorganizacionais, mas também extra-setoriais, como, por exemplo, condições climáticas, de transporte, de vias públicas e de recursos financeiros. Mecanismos eficazes na organização e ordenamento dos serviços podem contribuir para a melhoria do acesso e o aumento da eficácia das ações no que se refere à cobertura, financiamento, regionalização e gestão do sistema de saúde (Guimarães e Giovanella, 2006).

Ramos e Lima (2003), ao investigar o acesso e o acolhimento em uma unidade de saúde de Porto Alegre através de um estudo qualitativo, identificaram

facilidades e dificuldades de acesso geográfico, econômico e funcional. Os autores identificaram dificuldades na organização do serviço e na competência profissional (Ramos e Lima, 2003).

Ressalta-se que é possível observar, ainda, fatores que dificultam o acesso para pessoas com deficiência, constituindo-se em marcantes problemas de infraestrutura física, identificadas como barreiras arquitetônicas de acesso ao cuidado de saúde, independente do nível de atenção. No estudo realizado por Pagliuca et al. (2007), em áreas internas de quatro hospitais de Sobral Ceará, os autores observaram como barreiras físicas de acesso escadarias sem corrimão; áreas internas de circulação com obstáculos; piso das rampas não antiderrapantes; bebedouros e telefones não são acessíveis (Pagliuca, Aragão *et al.*, 2007).

Percebe-se que a continuidade interpessoal na atenção à saúde, entendida como a relação pessoal de longa duração entre os profissionais médicos e seus pacientes, atua como um facilitador do acesso aos serviços de saúde. O estudo realizado por Rosa Filho et. al. (2008), identificou que a maior continuidade interpessoal na atenção à saúde estava associada ao sexo feminino, à idades avançadas, à maior renda, à consulta no último ano e ao relato de doença crônica (Rosa Filho, Fassa *et al.*, 2008).

1.3 Utilização

Os padrões de utilização dos serviços de saúde têm sido descritos há mais de cinco décadas e continuam sendo um desafio para os gestores (White, Williams *et al.*, 1961). Nos dias atuais a Lei dos Cuidados Inversos, proposta por Hart em 1961, e amplamente difundida, ainda serve de apoio para as discussões sobre as desigualdades no acesso aos serviços de saúde. Hart sugere que a disponibilidade da assistência médica tende a variar inversamente com a necessidade da população, isto é, quem mais precisa é quem menos se beneficia, o que gera situações de iniquidade (Hart, 1971; Maia e Caregnato, 2010).

A utilização de serviços de saúde é resultante da oferta e das características sociodemográficas e do perfil de saúde dos usuários (Pereira, 2001; Ribeiro, Barata *et al.*, 2006). Estudos demonstram que a utilização dos serviços de saúde é maior entre as mulheres, em indivíduos com mais idade, cor da pele preta e parda, com menor renda e menor escolaridade (Dias Da Costa e Facchini, 1997; Mendoza-Sassi e Béria, 2001; Ribeiro, Barata *et al.*, 2006; Turci, Lima-Costa *et al.*, 2010).

O padrão de uso dos serviços é influenciado pela demanda e pela oferta de serviços de saúde, por exemplo, o consumo de cuidados preventivos está mais relacionado à situação socioeconômica do que com a saúde percebida, enquanto que o aumento da oferta de recursos pode gerar uma demanda induzida (Rouquayrol e Barreto, 2003).

Ao estudar as desigualdades no acesso a cuidados médicos de acordo com a renda em 21 países membros da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), van Doorslaer et al. (2006) observaram que cerca da metade dos países apresentavam desigualdades na utilização de atendimento médico. Havia um favorecimento de pacientes com melhor situação, isto é, pessoas com maior renda eram significativamente mais propensas a ver um especialista e com maior frequência do que pessoas com menor renda. Essa desigualdade era mais marcante em Portugal, Finlândia e Irlanda (van Doorslaer, Masseria *et al.*, 2006).

No estudo realizado por Curtis e Macminn (2007), obteve-se uma descrição dos padrões de utilização dos serviços de saúde, incluindo consulta médica, consulta a especialistas e internações no Canadá entre 1978 e 2003, período da implantação do programa de seguro de saúde pública no país. Os autores destacam que as desigualdades na utilização de cuidados de saúde são evidentes e vêm aumentando ao longo do tempo. Ressaltam, ainda, que indivíduos com melhor condição socioeconômica têm maior probabilidade de receber cuidado de um especialista (Curtis e Macminn, 2007).

A descrição dos padrões de utilização dos serviços de saúde também pode ser observada nos estudos realizados por White et al. e Green et al.. O estudo realizado por White et al. (1961) sobre utilização de serviços de saúde em um grupo de 1000 adultos ingleses, com idade igual ou superior a 16 anos, em um período de um mês, demonstrou que 750 referiram um “sintoma” (75%), 250 consultaram um médico (25%), cinco foram encaminhados a outro médico (0,5%), nove foram hospitalizados (0,9%) e um foi referido para um hospital universitário (0,1%) (White, Williams *et al.*, 1961).

Green et al. (2001) observaram que 80% dos entrevistados referiram um “sintoma”, 327 “pensaram” em consultar um médico (32,7%), 217 consultaram um médico (21,7%), 113 consultaram um médico da atenção primária em saúde (11,3%), 104 consultaram especialistas (10,4%), 65 consultaram um especialista

para cuidado médico complementar ou alternativo (6,5%), 21 consultaram um ambulatório especializado de hospital (2,1%), 14 receberam cuidado de profissional de saúde em casa (1,4%), 13 foram atendidos em pronto-socorro (1,3%), 8 foram hospitalizados (0,8%) e um foi encaminhado para hospital universitário (0,1%) (Green, Fryer *et al.*, 2001).

Os resultados encontrados por White e Green sugerem um padrão de demanda potencial e de utilização de serviços muito similar ao longo do tempo, independente dos avanços nos sistemas de saúde, o padrão se repete expressando a falta de integralidade do cuidado de saúde (White, Williams *et al.*, 1961; Andersen, 1995; Green, Fryer *et al.*, 2001; Marshall, Leatherman *et al.*, 2004; Facchini, Piccini *et al.*, 2006; Ribeiro, Barata *et al.*, 2006)

Ao caracterizar a assistência ambulatorial a adultos jovens nos Estados Unidos, Fortuna *et al.* (2009) observaram que a utilização do atendimento médico era maior entre os adultos com idade entre 20 e 29 anos comparados aos adultos entre 30 e 39 anos, era menor entre os negros e hispânicos e que a frequência de consultas médicas preventivas era menor entre os adultos jovens (Fortuna, Robbins *et al.*, 2009).

No Brasil, estudo realizado por Szwarcwald *et al.* (2010), com dados da Pesquisa Mundial de Saúde (WHS), aborda aspectos relacionados às desigualdades socioeconômicas no uso de serviços ambulatoriais de acordo com a intensidade da necessidade. Os autores observaram que a maior utilização dos serviços de saúde esta fortemente associada à pior autopercepção de saúde, o que pode indicar que as desigualdades socioeconômicas na utilização dos serviços de saúde diminuem em situações de maior necessidade. Ainda, identificaram que indivíduos com menor escolaridade utilizam os serviços de saúde com menor frequência, apesar de apresentarem piores condições de saúde (Szwarcwald, Souza *et al.*, 2010).

Observam-se ainda, marcadas desigualdades na utilização dos serviços de saúde de acordo com a região geográfica. Estudo realizado por Travassos *et al.* (2000), encontrou diferenças significativas na utilização dos serviços de saúde de acordo com as regiões, com piores indicadores de utilização para a região Nordeste, comparada à região Sudeste (Travassos, Viacava *et al.*, 2000). O acesso melhora conforme aumenta o grau de desenvolvimento socioeconômico da região (Travassos, Oliveira *et al.*, 2006).

Travassos et al. (2002) com dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1998, observou que a utilização dos serviços de saúde era regulada pelo poder aquisitivo das famílias e das características sociais do próprio indivíduo. Tais fatores contribuíram para definir um perfil de desigualdades sociais, havendo diferenças de acordo com o gênero e entre pessoas que referiram e não referiram restrição de atividades laborais (Travassos, Viacava *et al.*, 2002).

Na avaliação realizada por Neri e Soares (2002), sobre a relação entre desigualdade social e saúde no Brasil, também com dados da PNAD de 1998, os autores concluíram que os indivíduos nos primeiros décimos da distribuição de renda – mais pobres - tinham pior acesso a seguro saúde, necessitavam de maiores cuidados médicos, mas consumiam menos os serviços de saúde. Ainda verificaram que o consumo dos serviços de saúde estava fortemente associado aos grupos sociais mais privilegiados (de maior escolaridade, acesso a seguro saúde, água, esgoto, luz e coleta de lixo) (Neri e Soares, 2002).

Dados da Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios (PNAD) demonstraram que 14% dos entrevistados procuraram um serviço de saúde nos 15 dias anteriores à entrevista e, destes, 96% foram atendidos, sendo 59% em serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) e 41% no sistema privado (IBGE, 2003).

Ribeiro et al. (2006), ao avaliarem o perfil sociodemográfico e o padrão de utilização de serviços de saúde, através da PNAD de 2003, verificou que o padrão de busca de serviços foi semelhante nos usuários e não usuários do SUS, havendo maior utilização de serviços hospitalares e de pronto-socorro pelos usuários do sistema público e maior utilização de tratamentos odontológicos e fisioterápicos pelos usuários do sistema privado. A procura por serviços de saúde nos últimos 15 dias foi majoritariamente dirigida a consultas ambulatoriais (Ribeiro, Barata *et al.*, 2006).

Estudo realizado por Turci et al. (2010), no Brasil, utilizando dados do Inquérito de Saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte e de um inquérito domiciliar realizado com adultos com 20 anos ou mais, identificou como determinantes da utilização de serviços de saúde as necessidades de saúde e se o indivíduo tinha um médico regular, mesmo em áreas com piores indicadores socioambientais (Turci, Lima-Costa *et al.*, 2010).

Dias da Costa e Facchini (1997), com base em um estudo populacional com adultos na cidade de Pelotas, observaram que a escolha pelo tipo de serviço esteve

mais relacionada à classe social do que à gravidade dos problemas de saúde, enquanto que a frequência de consultas esteve associada ao gênero, à presença de fatores de risco e aos motivos de consultas (Dias da Costa e Facchini, 1997).

Capilheira e Santos (2006), em estudo também realizado em Pelotas, encontraram maior probabilidade de consultar um médico e de “superutilizar” os serviços de saúde em mulheres, indivíduos com hospitalização no ano anterior e portadores de hipertensão arterial sistêmica (Capilheira e Santos, 2006).

1.4 Qualidade

A qualidade da atenção na área da saúde vem sendo discutida pelo menos desde a década de 30 (Lee e Jones, 1933). A avaliação dos serviços de saúde com ênfase na qualidade da assistência conquistou espaço no Brasil apenas no final da década de 1990 com o fortalecimento do controle social e a valorização da participação da comunidade nas ações de planejamento e avaliação (Trad, Bastos *et al.*, 2002; Esperidião e Trad, 2005).

Apesar do crescente interesse em estudar a qualidade dos serviços de saúde ofertados a partir da ótica dos usuários, essa não é uma tarefa fácil devido à falta de padronização dos instrumentos e conseqüente dificuldade na comparabilidade dos resultados, a redução da satisfação a percepções individuais (Turrís, 2005). Nesta perspectiva é importante considerar aspectos que claramente influenciam os modos de utilização dos serviços pelo usuário e não apenas se o usuário está satisfeito ou insatisfeito (Trad, Bastos *et al.*, 2002).

O emprego de indicadores capazes de monitorar e avaliar a qualidade dos serviços prestados ao usuário, se constitui em ferramenta estratégica na padronização de instrumentos. Assim, o indicador pode sinalizar as áreas que precisam de maior atenção, em que há a necessidade de revisão de protocolos e de reorganização do serviço. Neste sentido é importante que antes de realizar uma avaliação de qualidade se estabeleçam os critérios a serem avaliados, como por exemplo, a satisfação do usuário com o atendimento recebido ou com o tempo de espera, a infra-estrutura física e de recursos humanos, a disponibilidade de atendimento, entre outros (Mainz, 2003; Tronchin, Melleiro *et al.*, 2009).

Para exemplificar a dificuldade na compreensão, na definição e aferição da qualidade em saúde, o estudo realizado por Bosi (2010), com o objetivo de compreender concepções e experiências de gestores em relação à avaliação

qualitativa na atenção básica em saúde, com abordagem qualitativa, identificou que os conceitos qualidade e avaliação qualitativa não se mostraram claramente demarcados, confundindo-se a avaliação qualitativa com a avaliação da qualidade formal (Bosi, Pontes *et al.*, 2011).

Antes de começar qualquer avaliação é necessário decidir como será definida qualidade, compreender os fatores envolvidos e detalhar as relações causais estrutura e assistência (Donabedian, 1988).

O grau de satisfação do usuário, além de um importante indicador de qualidade do serviço de saúde e de acesso, se constitui em uma ferramenta para o gestor avaliar e monitorar os serviços e a própria gestão do sistema de saúde (Massote, Lima *et al.*, 2008). Os processos tecnológicos diagnósticos e terapêuticos, que variam de acordo com as particularidades do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada região, estado e município, também são importantes indicadores da qualidade dos cuidados (Novaes, 1996).

Segundo dados da Pesquisa Mundial de Saúde, realizada em 2003, o menor grau de satisfação, relacionado à assistência ambulatorial, é com o tempo de espera. O estudo ainda observou que, ao sofrer algum tipo de discriminação, os usuários do sistema público referiam menor grau de satisfação em todos os aspectos considerados, quando comparados aos usuários do sistema privado (Gouveia, Souza *et al.*, 2005).

No Brasil, frente à importância do tema qualidade em saúde, no ano de 2011, o Ministério da Saúde propõe mudanças nas diretrizes da atenção primária à saúde com o objetivo de incentivar os gestores locais do Sistema Único de Saúde a melhorar o padrão de qualidade da assistência oferecida aos usuários do SUS nas Unidades Básicas de Saúde e por meio das equipes de Saúde da Família. Segundo o Ministro da Saúde a satisfação da população com os serviços oferecidos nas UBS será um importante indicador para a definição dos repasses financeiros (Ministério da Saúde, 2011).

1.5 Desigualdades em saúde

Ao abordar características de acesso e utilização de serviços de saúde é eminente resgatar os conceitos de desigualdade e iniquidade, que apresentam similaridades e conexões, mas é necessário compreendê-los conceitualmente. Desigualdade se refere a diferenças, variações e disparidades que se observam na

saúde de indivíduos e grupos populacionais, enquanto iniquidade remete a juízo, teorias de justiça e de sociedade. Em outras palavras, iniquidades são desigualdades em saúde que, além de sistemáticas e relevantes são também evitáveis e desnecessárias (Gwatkin, 2000; Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, 2008).

Podemos exemplificar desigualdade em saúde como a distribuição desproporcional de doença em diferentes grupos populacionais, sendo uma população mais afetada que outra. O conceito, portanto, remete a algo mensurável e descritivo que não implica em juízo moral, mas são decorrentes de alguma forma de injustiça (Dahlgren e Whitehead, 1991).

Iniquidade reflete uma distribuição injusta dos determinantes sociais da saúde (desigualdade de oportunidades na educação ou emprego), considerando as questões referentes à responsabilidade individual, decorrente de uma escolha pessoal, por exemplo, a decisão de começar a fumar ou, decorrente de determinantes sociais, propriamente ditos, em que as escolhas são consequência de circunstâncias (propagação de doenças infecciosas, ocorrência de violência e crime) (Woodward e Kawachi, 2000; Kawachi, Subramanian *et al.*, 2002; Pellegrini Filho, 2002).

As desigualdades e iniquidades são passíveis de intervenções políticas com ações sobre os determinantes sociais de saúde (DSS), que promovem impacto na saúde, como, por exemplo, a política fiscal, a regulação do trabalho, os benefícios sociais e o financiamento de cuidados de saúde (Woodward e Kawachi, 2000; Buss e Pellegrini Filho, 2006).

O modelo de Dahlgren e Whitehead, por exemplo, identifica pontos para intervenções de políticas, considerando as diferenças individuais e entre grupos. O modelo demonstra a rede de relações entre os diversos fatores envolvidos, inclui os DSS dispostos em diferentes camadas, desde características próprias dos indivíduos (idade, sexo e fatores hereditários) até macrodeterminantes (condições socioeconômicas, culturais e ambientes gerais) (Dahlgren e Whitehead, 1991). Portanto, é possível intervir em indicadores de saúde sem alterar o tamanho das disparidades entre os grupos (Buss e Pellegrini Filho, 2007).

Apesar de não haver um consenso na forma de aferir disparidades, existe interesse em reduzir as desigualdades em saúde que ocorrem entre os grupos sociais (Almeida-Filho e Kawachi, 2003). As desigualdades entre os grupos podem

ser medidas a partir das diferenças de saúde entre indivíduos considerando os grupos sociais a que pertencem através de um sistema de monitoramento das iniquidades em saúde e de avaliação de impacto das ações intersetoriais sobre a saúde (Mackenbach e Kunst, 1997; Giatti e Barreto, 2006; Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, 2008). Neste estudo as desigualdades no acesso e no padrão de utilização dos serviços médicos ambulatoriais serão investigadas a partir de características individuais e de grupos sociais. Desta maneira, será possível estimar as diferenças considerando a natureza jurídica e o tipo de serviço, dentre outros aspectos.

O mapeamento das desigualdades e a identificação de ações capazes de reduzi-las são estratégias importantes para a promoção da equidade. A valorização da epidemiologia, como conhecimento científico, a valorização da experiência cotidiana dos usuários, profissionais e gestores locais, a cooperação técnico-científica (parcerias com instituições acadêmicas para o aperfeiçoamento/qualificação dos profissionais) e o redimensionamento da oferta de ações e serviços de saúde no território nacional destacam-se como ações institucionais capazes de promover equidade (Lucchese, 2003; Siqueira-Batista e Schramm, 2005; Cotta, Gomes *et al.*, 2007).

Esta revisão permitiu que se evidenciasse a crescente importância que os temas de acesso, utilização e qualidade dos serviços de saúde vêm ocupando na literatura nacional e internacional. A maioria dos estudos sobre acesso coloca ênfase em acesso realizado, considerado o mesmo que utilização, deixando de investigar adequadamente fatores associados à falta de acesso. Além desta, são grandes as lacunas na abordagem da qualidade da atenção à saúde, principalmente em relação aos indicadores para a sua aferição.

Para o artigo de revisão, se aplicável, será investigada a qualidade metodológica dos trabalhos a partir do modelo proposto por Downs e Black (1998) em relação ao relato, à validade externa, ao viés, ao confundimento e ao poder (Downs e Black, 1998).

2 JUSTIFICATIVA

O conhecimento sobre o padrão de utilização e sobre as características dos usuários dos serviços de saúde é fundamental ao planejamento do sistema de saúde como um todo (Mendoza-Sassi e Béria, 2001; Ministério da Saúde, 2004). O desempenho, a qualidade e barreiras de acesso dos serviços de saúde ainda são pouco conhecidos em nosso meio.

Segundo Tierney et al. (2007), ao avaliar os serviços de saúde deve ser possível distinguir entre demanda individual, acesso e utilização dos cuidados de saúde, pois barreiras no acesso e a baixa qualidade do cuidado podem comprometer o desempenho funcional do indivíduo e sua qualidade de vida. Para esta caracterização, assume extrema relevância o detalhamento da utilização dos serviços, a identificação da demanda reprimida e a qualidade dos serviços ofertados para atender aos princípios da integralidade e equidade (Tierney, Oppenheimer *et al.*, 2007).

Entender a complexidade da utilização dos serviços de saúde implica em compreender o comportamento dos indivíduos frente ao processo saúde-doença e as desigualdades em saúde. Em geral, a presença de sintomas determina a busca do serviço e o acesso promove a utilização (Rosenstock, 2005).

Ao identificar padrões de utilização dos serviços de saúde no Brasil, o estudo pode contribuir para a avaliação da assistência médica ambulatorial prestada ao adulto. Também poderá ser útil no delineamento de políticas de saúde, incluindo intervenções para promoção da saúde, prevenção de risco, controle de agravos e reabilitação da saúde.

3 MARCO TEÓRICO

O Modelo Teórico para acesso e utilização de serviços ambulatoriais de saúde destaca as complexas relações e nexos dos determinantes em tela com os desfechos de interesse (Figura 1).

Utiliza-se a teoria da determinação social em saúde para explicar a situação de saúde, o acesso e a utilização de serviços de saúde pela população adulta do país (Facchini, 1993; Krieger, 2001b; Almeida-Filho, 2004; Marmot, 2005). Esta teoria destaca a precedência das categorias sociais da produção (trabalho) e da reprodução (consumo) na explicação das diferenças históricas observadas nas condições de saúde e de utilização dos serviços de saúde dos diferentes grupos sociais. Neste âmbito também são considerados os macrodeterminantes de contexto, como por exemplo, índice de desenvolvimento humano (IDH), proporção de população recebendo Bolsa Família, número de médicos por habitantes, dentre outros. Os determinantes demográficos e comportamentais, embora apresentem efeitos próprios e diretos sobre as condições de saúde e de utilização dos serviços de saúde, são fortemente marcados pelas nuances dos determinantes sociais. Por esta razão, para avaliar as desigualdades e iniquidades no acesso e na utilização dos serviços de assistência médica ambulatorial por adultos brasileiros serão utilizadas as categorias região geográfica, porte populacional do município, renda e escolaridade.

O acesso e a utilização de serviços ambulatoriais de saúde estão fortemente determinados por características do contexto social, como por exemplo, a região geográfica e o porte populacional dos municípios; por características demográficas, socioeconômicas, comportamentais e de saúde da população e por características dos serviços de saúde.

Desigualdades no acesso e na utilização dos serviços de saúde apresentam forte associação com a região geográfica e as características dos municípios. Regiões e municípios mais pobres apresentam um contexto desfavorável em termos amplos, pois além das questões particulares de disponibilidade e infraestrutura dos serviços de saúde, apresentam maior precariedade em termos de vias e serviços de transporte, recursos financeiros da população e rede de apoio social, que explicam, em boa parte, iniquidades no consumo de serviços de saúde, em comparação a

regiões e municípios mais ricos (Travassos, Viacava *et al.*, 2000; Travassos, Oliveira *et al.*, 2006).

Vale ressaltar, que ao interior das regiões geográficas e dos municípios também ocorrem desigualdades sociais no acesso e na utilização dos serviços de saúde. Indivíduos com melhores condições sociais em termos de renda, escolaridade e condições habitacionais, apresentam maiores taxas de utilização dos serviços do que aqueles em piores condições (Marmot, 2005; Travassos, Oliveira *et al.*, 2006).

O acesso e a utilização dos serviços de saúde também são fortemente influenciados por aspectos demográficos da população, que deverão ampliar seu significado em um contexto nacional marcado por uma acelerada transição demográfica e epidemiológica (Caldwell, 2001; Carvalho e Garcia, 2003; Veras, 2007; 2009). Entre adultos há um incremento das taxas de utilização de serviços em função do aumento da idade e entre mulheres. Estas diferenças estão associadas, em boa medida, a características particulares destes grupos, sejam decorrentes de uma maior carga de doenças e agravos à saúde, ou de demandas reprodutivas e preventivas (Dias da Costa e Facchini, 1997; Mendoza-Sassi e Béria, 2001; Mendoza-Sassi, Béria *et al.*, 2003). Por outro lado, o aumento observado em indivíduos de cor da pele preta está mais associado a características sociais deste grupo populacional do que a aspectos biológicos (Krieger, 2001a; Krieger, Chen *et al.*, 2003; Travassos e Williams, 2004; Barata, Almeida *et al.*, 2007).

No contexto nacional, observa-se uma transição epidemiológica que superpõe doenças e agravos não transmissíveis (DANT) a doenças infecciosas e parasitárias (DIP) (Caldwell, 2001; Silva Júnior, Gomes *et al.*, 2003; Omran, 2005). As DIP e as DANT acometem de forma simultânea e variável, diferentes grupos e espaços sociais, modelando as demandas de acesso e de utilização de serviços de saúde. As DANT, especialmente, produzem uma sobrecarga na demanda por serviços de saúde e conseqüente impacto sobre a sociedade, devido a custos econômicos e sociais de morte prematura ou incapacitação definitiva (Rouquayrol e Barreto, 2003; Silva Júnior, Gomes *et al.*, 2003; Ribeiro, Barata *et al.*, 2006; DATASUS, 2010).

Apesar da dinamicidade dos processos demográficos e epidemiológicos, os sistemas de saúde ainda parecem fortemente orientados na perspectiva do tratamento de problemas agudos. Entretanto, as transições em curso requerem serviços capazes de assistir de maneira eficiente e com qualidade, tanto problemas

agudos tradicionais, como as DIP e novos, como a epidemia de violência e outras causas externas, quanto problemas crônicos de longo prazo (World Health Organization, 2003).

Modelo teórico

O modelo teórico apresenta a cadeia de determinantes do acesso e da utilização da assistência médica ambulatorial.

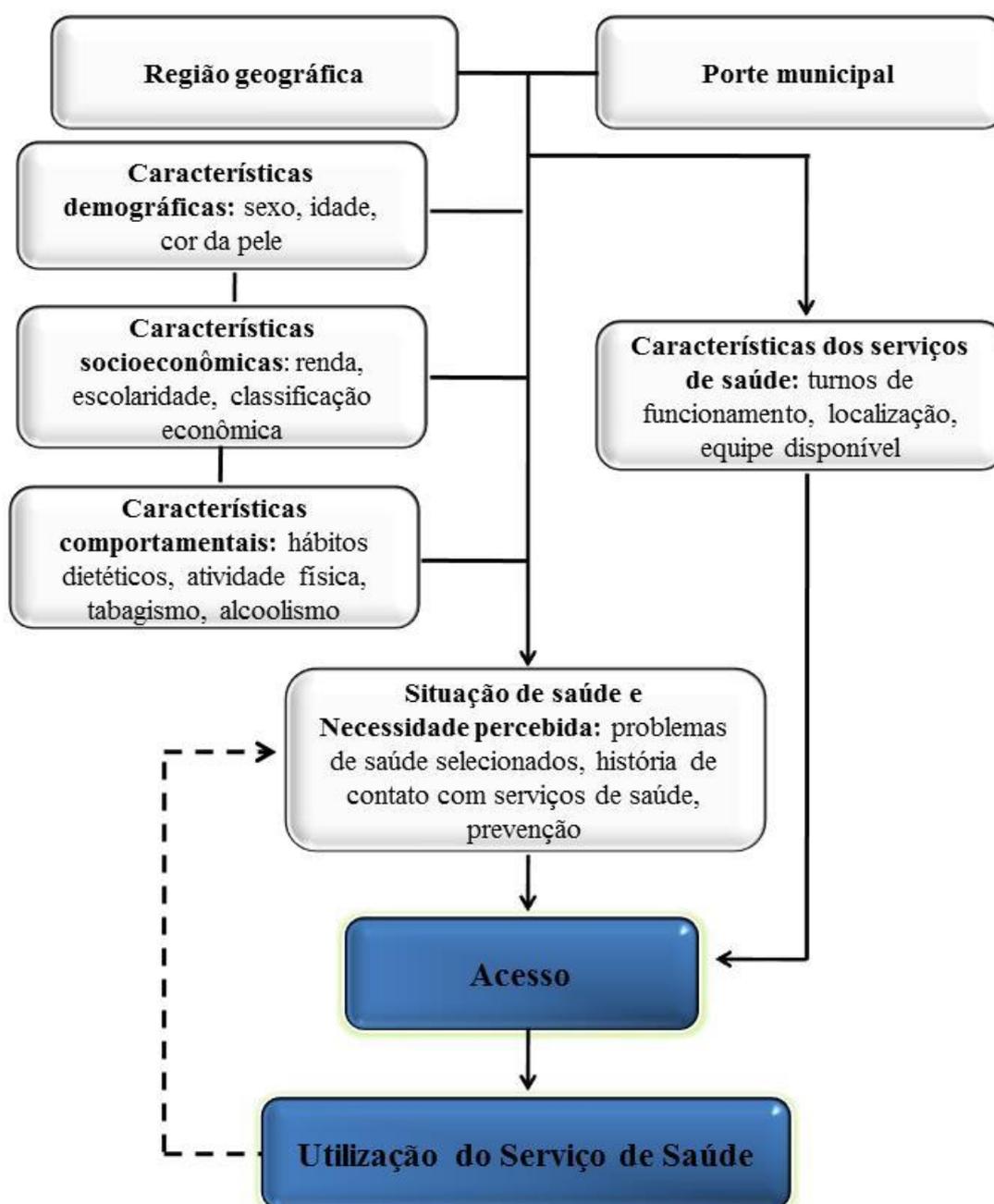


Figura 1. Modelo Teórico para acesso e utilização de serviços de saúde

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Descrever a falta de acesso e a utilização de serviços ambulatoriais de saúde em uma amostra representativa da população adulta residente em municípios brasileiros de pequeno, médio e grande porte.

4.2 Objetivos Específicos

- Descrever o perfil demográfico, socioeconômico e de situação de saúde dos adultos;
- Descrever a prevalência de falta de acesso aos serviços ambulatoriais de saúde, suas características e investigar fatores associados;
- Descrever a prevalência de utilização de serviços e investigar fatores associados;
- Descrever desigualdades na utilização da assistência médica ambulatorial conforme natureza jurídica e tipo de serviço;
- Realizar revisão de literatura sobre indicadores de qualidade da atenção e identificar sua aplicação na utilização de serviços ambulatoriais por adultos.

5 HIPÓTESES

A prevalência de falta de acesso a serviços ambulatoriais entre adultos será menor que 10%.

A falta de acesso será maior entre homens, indivíduos mais jovens, com pior situação socioeconômica, sem problemas de saúde, residentes nas regiões norte e nordeste e em municípios de menor porte.

A prevalência de utilização dos serviços ambulatoriais entre adultos nos últimos 3 meses será maior que 30%.

A utilização dos serviços ambulatoriais será maior entre mulheres, com pior situação socioeconômica, com mais idade, entre indivíduos que referem cor da pele não branca, sedentários, ex-tabagistas, com necessidades percebidas e problemas crônicos de saúde, residentes nas regiões sul e sudeste e em municípios de grande porte.

6 METODOLOGIA

A metodologia aqui descrita refere-se à utilizada no Projeto AQUARES (www.aquares.com.br).

6.1 Delineamento

Um inquérito epidemiológico transversal de base populacional foi delineado para a avaliação de desempenho da rede de serviços de saúde, em amostra da população urbana residente em municípios de pequeno, médio e grande porte. Este delineamento é adequado para diagnosticar de forma rápida e precisa a prevalência de desfechos de interesse à saúde (Rothman e Greenland, 1998). Estudos transversais de base populacional são indicados para subsidiar os gestores com informações de interesse no planejamento de políticas e ações de saúde que atendam às necessidades da população. Os estudos transversais são também relativamente baratos e passíveis de se realizar em menor tempo devido à captação rápida e objetiva das informações (Rothman e Greenland, 1998; Habicht, Victora *et al.*, 1999; Des Jarlais, Lyles *et al.*, 2004).

6.2 População Alvo

A população-alvo do estudo foi composta por adultos de 20 a 59 anos de idade, moradores da zona urbana dos municípios brasileiros.

6.3 Critérios de Inclusão

Foram incluídos no estudo todos os indivíduos adultos, moradores em domicílios particulares, na zona urbana de municípios de pequeno, médio e grande porte, na data em que a equipe de entrevistadores esteve no município.

6.4 Critérios de Exclusão

Foram excluídos do estudo os indivíduos que, no momento da entrevista estavam privados de liberdade por decisão judicial, ou residindo em Instituições de Longa Permanência.

6.5 Amostra

6.5.1 Cálculo do tamanho de amostra

O ponto de partida do plano amostral do Projeto AQUARES foi o cálculo do tamanho da amostra. Para calcular o tamanho da amostra do estudo descritivo sobre o padrão de acesso e utilização de serviços de saúde foram utilizadas as prevalências do desfecho encontradas no estudo de Green (Green, Fryer *et al.*, 2001). Para estimativas de prevalências de 10% a 80% foi estabelecida uma margem de erro de dois pontos percentuais (pp), para prevalências de 6,5% a margem de erro foi de um pp, para prevalências de 2% o erro foi de 0,5 pp e para prevalências menores de 2% o erro foi de 0,3 pp (Tabela 2).

Tabela 2. Tamanho de amostra para estudo da prevalência para padrão de acesso e utilização de serviços de saúde. AQUARES - UFPel. Pelotas, 2008-2009.

Margem de erro (pontos percentuais)	Prevalência do desfecho (%)									
	80	33	11	10	6,5	2	1,4	1,3	1,0	0,8
0,3	-	-	-	-	-	-	5.883	5.477	4.208	3.387
0,5	-	-	-	-	-	3009	2120	1971	-	-
1,0	-	-	-	-	2333	-	-	-	-	-
2,0	1536	2122	940	864	-	-	-	-	-	-

Para o desfecho falta de acesso estimou-se uma prevalência de 3% e erro de 0,5 ponto percentual obtendo-se uma amostra de 4.897 adultos. Para o desfecho utilização estimou-se uma prevalência de 25% nos três meses anteriores à entrevista e erro de 2 pontos percentuais obtendo-se uma amostra de 2965 adultos, ambos com nível de confiança de 95%, acrescentando-se 10% para perdas e efeito de delineamento de 1,5.

Para investigar associações com a falta de acesso e a utilização, com nível de significância de 5% e poder de 80%, o maior tamanho de amostra necessário foi de 6.481 adultos, considerando a baixa renda como fator de exposição. Assim, ao acrescentar 10% para perdas, 15% para fatores de confusão e um efeito de delineamento de 1,5, obteve-se uma amostra de 12.298 adultos. Esta amostra também foi suficiente e adequada para comparar diferenças por gênero, idade, sedentarismo e problemas de saúde referentes à falta de acesso e utilização de serviços de saúde individuais.

A coleta de dados concluída em abril de 2009, obteve uma amostra final de 12.402 adultos. A Tabela 3 apresenta os cálculos para o estudo de associação.

Tabela 3. Tamanho de amostra para estudo de associação para falta de acesso e utilização de serviços de saúde.

Grupo não exposto	Prevalência de falta de acesso		RP	Amostra
	Não-expostos	Expostos		
Mulheres	4,0	6,0	1,5	3.924
Mais velhos	3,6	5,4	1,5	6.040
Melhor situação socioeconômica	3,0	4,5	1,5	6.481
Com problemas crônicos de saúde	3,3	5,3	1,6	5.694
Prevalência de utilização				
Homens	25,0	37,5	1,5	460
Brancos	25,0	30,0	1,2	2.580
Mais jovens	30,0	36,0	1,2	2.226
Melhor situação socioeconômica	30,0	36,0	1,2	2.082
Não sedentários	20,0	24,0	1,2	3.464
Sem problemas crônicos de saúde	30,0	36,0	1,2	1.992

6.5.2 Plano Amostral

6.5.2.1 Pressupostos do plano amostral

Para aumentar a representatividade da amostra, optou-se por localizá-la segundo a distribuição proporcional da população em cinco estratos de porte populacional dos municípios brasileiros. A amostra foi localizada em setores censitários urbanos, em um marco de amostras complexas com múltiplos níveis de unidades amostrais (IBGE, 2006; Szwarcwald e Damacena, 2008).

O primeiro nível foi representado pelo porte do município, o segundo pelo município, o terceiro por setores censitários urbanos, o quarto por domicílios e o quinto e último nível por indivíduos elegíveis residentes nos domicílios. Os indivíduos constituem a unidade de análise do estudo e a amostra foi localizada em domicílios em cada setor censitário. Para efeitos de estimativas, a seleção de municípios e setores censitários urbanos utilizou os dados do Censo Populacional Brasileiro de 2000, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (IBGE, 2006). O módulo padrão de referência territorial e populacional para as estimativas amostrais foi o setor censitário urbano, definido como um agregado de aproximadamente 300 domicílios e 1000 habitantes.

Após o cálculo do tamanho amostral, os municípios foram agregados por porte populacional. Os municípios com menos de 10 mil habitantes foram denominados de “muito pequenos”; aqueles de 10 mil a menos de 20 mil habitantes, “pequenos”; os de 20 mil a menos de 100 mil habitantes, “médios”; os de 100 mil a menos de 1,1 milhão de habitantes, “grandes” e aqueles a partir de 1,1 milhão de habitantes denominados “muito grandes” (Tabela 4, coluna A). Ao interior de cada porte, os municípios foram sorteados aleatoriamente. Em cada município os setores censitários urbanos também foram definidos através de sorteio aleatório. Em cada setor foi localizada uma cota de domicílios, suficiente para reunir o número de adultos estimado por setor, com início aleatório e localização sistemática de domicílios. Em cada domicílio foram incluídos todos os indivíduos elegíveis, ainda que se ultrapassasse a cota pré-definida.

6.5.2.2 Cota de indivíduos por setor censitário e seleção de domicílios e indivíduos elegíveis

A definição do número de indivíduos a localizar em cada setor censitário urbano (unidade padrão de agregação populacional) considerou uma concentração média de pessoas por domicílio urbano de 1,94 adultos de 20 a 59 anos (IBGE, 2006). Assim, em um setor, ou seja, em 300 domicílios seriam encontradas 582 adultos de 20 a 59 anos. Buscando melhorar a dispersão da amostra em cada setor censitário, optou-se por selecionar a cota de 17 adultos.

Os domicílios foram selecionados em todos os setores segundo salto sistemático com início aleatório. Em cada domicílio foram estudados todos os residentes elegíveis. Segundo a estimativa de concentração de adultos por

domicílio, para localizar a cota de 17 adultos por setor optou-se por incluir 10 domicílios por setor com pulo, ou intervalo de 30 domicílios.

6.5.2.3 Distribuição proporcional da amostra por porte de município e eqüiprobabilidade de inclusão dos indivíduos

Ao dispor do tamanho da população urbana em cada porte populacional de município foi possível estimar a sua proporção em relação à população urbana total do país (Tabela 4, coluna C e E).

Assim, a amostra foi distribuída em cada porte de municípios, segundo a proporção de população urbana do respectivo porte: Muito pequenos = 4,8%, Pequenos = 6,8%, Médios = 26,2%, Grandes = 40,1%, Muito grandes = 22,1%. Obtendo-se o número de indivíduos a amostrar em cada porte populacional (Tabela 4, coluna F). A divisão do número de indivíduos da amostra a selecionar nos municípios de cada porte pela população urbana do respectivo porte auto-ponderou a amostra, estimando a probabilidade de inclusão dos indivíduos no estudo (Tabela 4, coluna G).

6.5.2.4 Número de setores censitários urbanos por porte

A divisão do número de indivíduos a amostrar nos municípios de cada porte pela cota de 17 adultos a localizar por setor censitário resultou no número de setores censitários urbanos a estudar em cada porte e no conjunto do estudo (Tabela 4, coluna H). Assim, no Brasil, considerados os arredondamentos, seriam estudados 601 setores urbanos, com a seguinte distribuição por porte populacional:

- Municípios muito pequenos = 29 setores
- Municípios pequenos = 41 setores
- Municípios médios = 157 setores
- Municípios grandes = 241 setores
- Municípios muito grandes = 133 setores

6.5.2.5 Eqüiprobabilidade de inclusão dos setores censitários urbanos

A divisão do número de setores censitários urbanos estimados em cada porte pelo número de setores censitários urbanos a amostrar no respectivo porte projetou a razão média de 1 setor urbano amostrado a cada 257,6 setores urbanos

estimados no país, com uma pequena variabilidade por porte do município, em função de arredondamentos:

- Muito Pequeno = 1 : 255
- Pequeno = 1 : 256
- Médio = 1 : 259
- Grandes = 1 : 258
- Muito Grandes = 1 : 257

6.5.2.6 Regra de alocação de setores por porte do município

Tomando como referência a estimativa de setores censitários urbanos por município brasileiro, obtida através da divisão da população urbana por 1000, foi construída a seguinte regra de alocação de setores por porte do município:

- Seleção de **1 setor a cada 10 mil habitantes** urbanos nos municípios **menores de 100 mil habitantes**.
- Acréscimo de **mais 1 setor a cada 100 mil habitantes** urbanos nos municípios **de 100 mil a menos de 1,1 milhão de habitantes**.
- Soma de **mais 1 setor a cada 1 milhão de habitantes** urbanos nos municípios **de 1,1 milhão e mais habitantes**.

A aplicação da regra aos municípios estratificados por tamanho resultou nos seguintes intervalos:

- Municípios muito pequenos = 1 setor
- Municípios pequenos = 2 setores
- Municípios médios = 3 a 10 setores
- Municípios grandes = 11 a 20 setores
- Municípios muito grandes = 21 a 30 setores

A **mediana do intervalo em cada porte** de município foi, então, utilizada como a **cota de setores a sortear** por porte de município. Por consequência, serão amostrados:

- 1 setor nos municípios menores de 10 mil habitantes,
- 2 setores nos municípios de 10 mil a menos de 20 mil habitantes,
- 6 setores nos municípios de 20 mil a menos de 100 mil habitantes,
- 15 setores nos municípios de 100 mil a menos de 1,1 milhão de habitantes e
- 25 setores nos municípios de 1,1 milhão e mais habitantes.

6.5.2.7 Número de municípios a amostrar por porte

O passo seguinte foi à obtenção do número de municípios a amostrar em cada porte, que resultou da divisão do número de setores urbanos a sortear em cada porte de municípios pela cota de setores do respectivo porte.

Arredondando o número de municípios a sortear em cada porte para se dispor da cota de setores censitários em cada porte, obteve-se uma amostra total de 100 municípios brasileiros, com a seguinte distribuição:

- 29 municípios com menos de 10 mil habitantes,
- 21 municípios de 10 mil a menos de 20 mil habitantes,
- 27 municípios de 20 mil a menos de 100 mil habitantes,
- 17 municípios de 100 mil a menos de 1,1 milhão habitantes e
- 6 municípios de 1,1 milhão e mais habitantes.

Utilizando tábua de números aleatórios, selecionou-se a amostra de municípios em cada porte. Para esta seleção foi excluído o Distrito Federal, restando um total de 5.563 municípios. A partir das informações do IBGE (IBGE, 2006), os municípios foram listados por ordem crescente de acordo com o tamanho da população. A seguir foi sorteado um número aleatório para demarcar o início da seleção e após, foi calculado o “pulo” para a seleção sistemática dos 100 municípios, nas cinco regiões geopolíticas do Brasil (Quadro 1).

Quadro 1. Municípios selecionados para o estudo. AQUARES - UFPel. Pelotas, 2008 - 2009.

Estado	Municípios
Acre	Tarauacá
Alagoas	Maragogi Taquarana
Bahia	Alagoinhas Caetité Feira de Santana Itaeté Itajuípe Morro do Chapéu Ouriçangas Planalto
Ceará	Fortaleza Maranguape Paraipaba
Espírito Santo	Divino de São Lourenço Vila Velha
Goiás	Campo Limpo de Goiás Goiânia Santa Terezinha de Goiás

Cont. Quadro 1. Municípios selecionados para o estudo. AQUARES - UFPel.
Pelotas, 2008 - 2009.

Maranhão	Igarapé do Meio Montes Altos
Mato Grosso do Sul	Laguna Carapã
Mato Grosso	Arenápolis Cuiabá Planalto da Serra Primavera do Leste Rondonópolis
Minas Gerais	Araguari Belo Horizonte Bocaina de Minas Campo Azul Conceição do Rio Verde Congonhas Cuparaque Espera Feliz Heliadora Ipatinga Itapeçerica Presidente Olegário Santos Dumont Uberlândia
Rondônia	Governador Jorge Teixeira Monte Negro
Pernambuco	Exú Jatobá
Piauí	Porto Alegre do Piauí
Sergipe	Poço Redondo
Tocantins	Palmeira do Tocantins
Rio Grande do Norte	Ipanguaçu Pedra Grande
Pará	Acará Belém Canaã dos Carajás Currealinho Nova Ipixuna Santa Bárbara do Pará
Paraíba	Esperança Montadas Poço Dantas Soledade
Paraná	Colombo Conselheiro Mairinck Curitiba Irati Mariluz Mauá da Serra Nova Esperança Pérola D'Oeste Ponta Grossa

Cont. Quadro 1. Municípios selecionados para o estudo. AQUARES - UFPel.
Pelotas, 2008 - 2009.

Rio de Janeiro	Magé Santa Maria Madalena Trajano de Moraes
Rio Grande do Sul	Alvorada Braga Capão do Cipó Giruá Porto Alegre São Jerônimo Senador Salgado Filho Sete de Setembro
Santa Catarina	Balneário Arroio do Silva Bela Vista do Toldo Leoberto Leal Pouso Redondo São Francisco do Sul Timbó Videira
São Paulo	Alumínio Araçatuba Castilho Elias fausto Embú Fernandópolis Gália Limeira Mirandópolis Palmital Paulo de Farias Salto de Pirapora São José dos Campos

6.5.2.8 Amostra final de setores censitários urbanos

Em seguida, multiplicou-se a mediana de setores necessários em cada porte pelo número de municípios a amostrar no respectivo porte, obtendo-se um arredondamento do número de setores estimados. A amostra total de setores passou, então, de 601 para 638 setores (Tabela 4, coluna H).

Após o sorteio dos municípios procedeu-se o sorteio dos setores em cada município, através de tábua de números aleatórios, completando o plano para localização dos domicílios e da amostra populacional.

A partir da lista dos setores censitários dos municípios, disponibilizadas pelo IBGE (DATASUS, 2000), foram considerados para fins de elegibilidade, apenas os setores urbanos comuns e não especiais, sendo excluídos os setores rurais e os especiais (aglomerado subnormal, quartéis, bases militares, alojamento e

acampamentos, embarcações, barcos e navios, aldeia indígena, colônias penais, presídios e cadeias, asilos, orfanatos, conventos e hospitais).

O número de setores sorteados em cada município foi proporcional ao número de setores válidos e ao porte populacional. Ao interior de cada município os setores válidos foram listados em ordem decrescente de acordo com a média de renda dos chefes de família. Os setores foram sorteados após a definição do “pulo” necessário para se alcançar o número de setores estabelecido para cada município.

Tabela 4. Distribuição da amostra por porte populacional do município, proporcional à população urbana e probabilidade de inclusão dos indivíduos.
AQUARES - UFPel. Pelotas, 2008 - 2009.

População dos municípios	Total Municípios	População urbana	% Pop. Urb. pop total	% Pop. Urb. por porte	Amostra adultos % pop urb	Probabil. am. adul/pop urb (1:100.000)	Amostra final de setores
A	B	C	D	E	F	G	H
0 a <10 mil	2.662	7.381.834	53,1	4,8	490	6,6	29
10 mil < 20 mil	1.291	10.497.658	56,5	6,8	694	6,6	42
20 mil < 100 mil	1.344	40.618.305	76,6	26,2	2.672	6,6	162
100 mil < 1,1 milhão	254	62.111.674	97,4	40,1	4.090	6,6	255
>= 1,1 milhão	12	34.212.999	97,6	22,1	2.254	6,6	150
Total Brasil	5.563	154.822.472	84,0	100	10.200	6,6	638

6.6 Instrumentos

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados constituíram-se de dois questionários estruturados e padronizados, divididos em:

- individual, composto por variáveis demográficas, comportamentais, de hábitos de saúde, de doenças crônicas e de utilização de serviços de saúde (Anexo 1);
- familiar, composto por variáveis socioeconômicas, aplicado por domicílio.

Ambos os instrumentos e manuais de instrução encontram-se na íntegra no endereço eletrônico www.aquares.com.br.

6.7 Principais Variáveis Coletadas

6.7.1 Definição operacional das variáveis dependentes

O primeiro desfecho considerado foi a **falta de acesso**, aqui definida como, diante de uma necessidade, buscar o atendimento médico e não conseguir este atendimento, nos três meses anteriores a entrevista. Para obter esta informação questionou-se a todos os entrevistados se haviam sido atendidos por algum médico nos últimos três meses. Se a resposta fosse negativa, o entrevistado respondia se, apesar de não ter sido atendido por médico, havia precisado deste atendimento. A seguir a redação das questões como utilizadas no instrumento.

- Desde <TRÊS MESES ATRÁS>, o Sr(a) foi atendido por algum médico?
- SE NÃO: Apesar de não ter sido atendido por médico, o Sr(a) precisou deste atendimento desde <TRÊS MESES ATRÁS>?
- SE PRECISOU: O Sr(a) buscou atendimento médico desde <TRÊS MESES ATRÁS>?
- SE BUSCOU ATENDIMENTO MÉDICO: Por qual motivo não foi atendido?

O segundo desfecho foi à **utilização de atendimento médico**, aqui definido pelo uso de atendimento médico nos três meses anteriores à entrevista. Para obter esta informação questionou-se a todos os entrevistados se haviam sido atendidos por algum médico nos últimos três meses, excluindo hospitalização, atendimento em pronto-socorro e em casa. A seguir a redação da questão como utilizada no instrumento.

- Desde <TRÊS MESES ATRÁS>, o Sr(a) foi atendido por algum médico?

6.7.2 Definição operacional das variáveis independentes

As definições das variáveis independentes são descritas a seguir (Tabela 5).

Tabela 5. Definição operacional das variáveis independentes.

	<i>Variável</i>	<i>Tipo de variável</i>	<i>Operacionalização da variável</i>
Características sociodemográficas	Sexo	Categórica dicotômica	Masculino ou Feminino
	Idade	Numérica discreta Categórica ordinal	Idade referida em anos completos Agrupada posteriormente.
	Cor da pele	Categórica nominal	Branca, negra, parda, amarela e indígena. Conforme observação do entrevistador.
	Renda familiar per capita	Numérica contínua	Em salários mínimos
	Nível econômico	Categórica ordinal	Classificação conforme ABEP, nível A, B, C, D e E.
	Escolaridade	Numérica discreta Categórica ordinal	Em anos completos. 0-4 anos; 5-8 anos; 9-12 anos e mais de 13 anos.
Características comportamentais	Tabagismo	Categórica ordinal Categórica dicotômica	<u>Fumante</u> : 1cigarros/dia nos últimos 30 dias; <u>Ex-fumante</u> : parou de fumar há pelo menos 30 dias; <u>Nunca fumou</u> . Fuma sim ou não.
	Nível de atividade física	Categórica dicotômica	Sedentário (até 149min/sem) e ativo (\geq 150min/sem), conforme IPAQ, autorreferido na última semana.
	Índice de massa corporal (IMC)	Numérica contínua Categórica ordinal	Peso(kg) dividido pela altura (m^2) autorreferidos. <u>Normal</u> : 18,5-24,9 kg/m^2 ; <u>Sobrepeso</u> : 25-29,9 kg/m^2 ; <u>Obesidade</u> : $\geq 30 kg/m^2$.
Situação de saúde	Hipertensão arterial sistêmica	Categórica dicotômica	Sim ou não, autorreferido.
	Diabetes Mellitus	Categórica dicotômica	Sim ou não autorreferido.
	Problema de Nervos	Categórica dicotômica	Sim ou não autorreferido.
Necessidade percebida	Falta de ar ou dificuldade para respirar	Categórica dicotômica	Sim ou não autorreferido.
	Febre	Categórica dicotômica	Sim ou não autorreferido.
	Dor muito forte	Categórica dicotômica	Sim ou não autorreferido.
	Perda súbita de consciência	Categórica dicotômica	Sim ou não autorreferido.
Características de Região	Região geográfica	Categórica nominal	Norte, nordeste, sudeste, sul, centro-oeste.
	Porte municipal	Categórica nominal	< 10.000 hab., de 10.001 à <20.000 hab., de 20.000 à <100.000 hab., de 100.000 à <1.00.000 hab., 1.000.001 e mais hab.

Cont. Tabela 5. Definição operacional das variáveis independentes.

Características dos serviços	Tipo de convênio de saúde	Categórica nominal	Convênio, particular, SUS.
	Tipo de serviço	Categórica nominal	Posto de saúde, ambulatório do hospital, ambulatório da faculdade, centro de especialidades, sindicato ou empresa/associação de bairro, consultório por convênio ou plano de saúde, consultório particular, CAPS.
		Categórica nominal	Agrupada posteriormente.

As variáveis utilizadas para definir nível econômico segundo classificação da ABEP são: posse de itens (empregada mensalista, banheiro, televisão colorida, rádio, automóvel, geladeira, freezer, videocassete ou dvd e lavadora de roupa), grau de instrução do chefe da família.

6.8 Seleção e Treinamento dos Supervisores e Entrevistadores

A inscrição para o processo seletivo para contratação de supervisores e entrevistadores foi direcionada a indivíduos acima de 18 anos, com, no mínimo, ensino médio completo, conhecimento em informática, disponibilidade de se ausentar da cidade e facilidade para relacionamento em equipe.

Os inscritos foram submetidos ao primeiro módulo da capacitação, totalizando 40 horas. Após a avaliação do desempenho neste módulo, foram selecionados 11 supervisores e 55 entrevistadores, que foram submetidos ao segundo módulo da capacitação, num total de 32 horas. Dentre os critérios de seleção foram consideradas a frequência e participação nas atividades, o domínio das tecnologias, a postura (educação, espírito de equipe), facilidade de comunicação e experiência anterior em pesquisa.

A infraestrutura para as atividades da capacitação incluiu: auditório, salas de apoio para realização de atividades em grupos de até 30 pessoas, espaço de apoio para café, banheiros e material de higiene, três projetores multimídia, PDAs, notebooks e mochilas completas (esfigmomanômetro, balança, fita métrica e escala de faces).

Além disso, materiais de escritórios como: fichas de inscrição, fichas para avaliação dos candidatos, crachás, folhas de ofício e canetas esferográficas.

6.9 Logística

Com vistas a uma maior eficiência no cumprimento do cronograma e no uso otimizado dos recursos financeiros e materiais, a coordenação do estudo optou pela coleta de dados eletrônica, através de um computador do tipo PDA (*Personal Digital Assistant*), dispensando o uso de papel, reduzindo o período do trabalho de campo e agilizando o processamento dos dados. Esta tecnologia também possibilitou a localização do domicílio do entrevistado através do Sistema de Posicionamento Global (GPS – *Global Positioning System*).

Optou-se pela realização do estudo em quatro trajetos denominados de Trajeto Sul, Sudeste, Nordeste e Pantanal, embora em muitos casos a denominação do trajeto extrapolasse a distribuição geográfica regional brasileira, permitindo, por exemplo, a inclusão de um estado do Norte no Trajeto Pantanal ou no Trajeto Nordeste.

Após definição dos trajetos, traçou-se uma estratégia para percorrê-los, em alguns momentos a equipe estava reunida e em outros, se dividia para realizar a coleta ao mesmo tempo em mais de um município. Tal estratégia diminuiu o tempo de trabalho de campo pela execução simultânea de municípios. Em municípios com seis ou mais setores censitários a serem estudados os dados foram coletados com a equipe reunida, naqueles com um ou dois setores censitários a equipe foi dividida. Esta definição possibilitou a decisão de trabalhar com onze equipes de cinco indivíduos divididas em: quatro equipes no trajeto Sul, quatro equipes no trajeto Sudeste, duas equipes no trajeto Nordeste e, uma equipe no trajeto Pantanal.

Calculando-se uma razão de oito entrevistas por dia por entrevistador, definiu-se que equipes de cinco entrevistadores estariam adequadas ao tamanho do instrumento e ao tempo estimado em estudo piloto para a aplicação do mesmo.

Várias estratégias foram utilizadas para a supervisão do trabalho de campo, entre elas: viagens a municípios por parte da coordenação do estudo; utilização de um supervisor de campo que viajava entre os diferentes trajetos; acompanhamento via internet, feito pela Coordenação do Trabalho de Campo e demais Coordenadores do estudo e; a plotagem dos dados coletados em função da utilização do PDA.

6.10 Estudo Piloto

O estudo piloto foi realizado em um setor censitário da cidade de Pelotas-RS para cada grupo de 4 entrevistadores e 1 supervisor. Esse estudo consistiu de testagem final dos instrumentos, manual e organização do trabalho, além do treinamento final para os supervisores e entrevistadores.

7 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados entre os meses de agosto de 2008 e abril de 2009 por 55 auxiliares de pesquisa, em 11 equipes compostas por quatro entrevistadores e um supervisor.

Para cada setor censitário foi preenchida uma planilha de setor cujo cabeçalho era preenchido antes da equipe sair a campo. O número de identificação era composto à medida que se localizavam os elegíveis para entrevistar, como exemplificado no Quadro 2. Neste exemplo, o número gerado pelo PDA seria 2101001014220101.

Quadro 2. Exemplo de composição do número de identificação de questionário de adultos. AQUARES - UFPeL. Pelotas, 2008 - 2009.

Grupo populacional	Região	Estado	Município	Setor	Entrevistador	Domicílio	Adulto
2	1	01	001	14	22	01	01

Os adultos em condições de responder o questionário (com autonomia), surdos-mudos com tradutor ou aqueles que falassem outro idioma que não o português, mas dispusessem de tradutor, foram considerados elegíveis para o estudo.

Foram considerados sem autonomia os moradores elegíveis do domicílio que não dispunham de condições mentais suficientes para responder o instrumento, como por exemplo, pessoas alcoolizadas ou sob efeito de substâncias ilícitas (drogas), vítimas de paralisia cerebral, pessoas com seqüela de AVC (acidente vascular cerebral) ou traumas que prejudicassem totalmente a comunicação. Nesses casos, foram utilizados informantes-chaves, ou seja, pessoas responsáveis que poderiam responder o questionário pelo elegível sem autonomia, desde que concordasse com isso. Nestas ocasiões, quem assinava o termo de consentimento era o informante-chave.

Os critérios definidos para considerar um informante-chave foram: ter idade maior ou igual à 16 anos, ser responsável pelos cuidados de saúde, por levar ao médico, por tomar decisões sobre a situação de saúde e a busca de serviços.

Em caso de recusa do elegível, o entrevistador registrava na planilha e comunicava o supervisor, fazendo uma tentativa de reversão. Se tivesse sucesso, a entrevista era realizada e a planilha de dados era atualizada. Mantida a recusa, o supervisor registrava no PDA, compunha o número de identificação, inseria informações possíveis, confirmava a recusa e encerrava.

Em caso de domicílios fechados, cujos vizinhos informassem morar elegíveis, o entrevistador registrava na planilha de setor. Fazia uma tentativa em outro momento do deslocamento pelo setor e, se encontrasse a pessoa, aplicava o questionário. Se não, ele próprio registrava no PDA, compunha o número de identificação, inseria informações possíveis, confirmava a perda e encerrava.

Ao final de cada visita, o entrevistador avisava que, caso o domicílio fosse sorteado, outro membro do estudo - um supervisor - poderia voltar para refazer algumas perguntas com o objetivo de realizar o controle de qualidade.

Ao encerramento de cada setor censitário, o supervisor copiava o arquivo de dados do cartão de memória do PDA de cada entrevistador para seu *notebook*. Uma vez copiados, os arquivos eram renomeados, identificando a data, o entrevistador e o supervisor. Em seguida, era realizado o “zeramento” do PDA, ou seja, o cartão voltava a ter somente as estruturas dos bancos de dados para o trabalho de campo nos próximos setores censitários.

Ao final de cada município de pequeno porte, ou semanalmente para os municípios de médio e grande porte, estes arquivos com os dados coletados eram enviados por correio eletrônico a três diferentes membros da coordenação do estudo.

Cada remessa das equipes era acompanhada de um relatório de alteração dos dados. Este relatório consistia em uma planilha contendo o número de identificação do questionário, o bloco e a pergunta a que se referia o comentário e o dado que deveria ser corrigido com sua justificativa.

8 CONTROLE DE QUALIDADE

O controle de qualidade do estudo foi realizado pelo supervisor de cada equipe. Ao final de um dia de trabalho aproximadamente 10% dos instrumentos preenchidos eram sorteados, para uma nova visita que era realizada em, no máximo, três dias após a coleta. O supervisor da equipe de posse de um instrumento específico e de um PDA próprio para esta coleta, realizava esta nova entrevista. Os questionários do controle de qualidade eram compostos por perguntas-chave que possibilitassem a identificação de possíveis erros ou respostas falsas, além de possibilitar a avaliação da concordância entre as respostas.

9 PROCESSAMENTO DE DADOS

Uma vez recebidos os arquivos de dados oriundos do trabalho de campo, a primeira tarefa era reuni-los em lotes de aproximadamente 100 arquivos. Cada lote era testado em sua integridade e posteriormente processado, tornando-se o arquivo do lote de processamento.

Uma criteriosa avaliação automatizada verificava se todos os blocos estavam preenchidos corretamente e se não existiam registros em duplicidade. Feita esta verificação, os bancos parciais eram convertidos, bloco a bloco. Após esta conversão, os blocos de cada questionário eram reunidos constituindo assim, gradativamente, o arquivo final com todos os registros.

A primeira tarefa após a constituição dos bancos de dados era confrontar o número de registros existentes com aqueles anotados nas planilhas dos entrevistadores e com as observações dos relatórios de alteração de dados. Sempre que necessário, as alterações eram feitas nos bancos finais.

9.1 Participação do aluno no projeto

O projeto de doutorado utilizará dados do estudo AQUARES, desenvolvido no período de 2008/2009, com o objetivo de avaliar o acesso e a qualidade da atenção em serviços de saúde. A doutoranda integrou a equipe técnica do projeto, participando das diversas etapas do estudo, desde a definição de objetivos e elaboração de instrumentos e manual de instruções, além da transcrição do questionário para o *PDA*. Participou, ainda, da seleção, treinamento e capacitação dos entrevistadores e supervisores, das reuniões de monitoramento e acompanhamento do trabalho de campo e da limpeza do banco de dados.

10 ANÁLISE DE DADOS

A análise dos dados será realizada no programa estatístico Stata 12.0. Na análise inicial, algumas variáveis serão transformadas em categóricas ordinais. A análise descritiva incluirá cálculos de percentuais e intervalos de confiança de 95% para as variáveis categóricas; e média, mediana e desvio-padrão para as variáveis numéricas. Posteriormente, serão realizadas análises bivariadas e multivariáveis para o teste das hipóteses do estudo. Para todos os testes de hipóteses será adotado um nível de significância de 5%.

A análise bruta será conduzida com a intenção de calcular a prevalência de falta de acesso e a prevalência de utilização de serviços de saúde conforme os grupos das variáveis independentes, com respectivos riscos relativos, intervalos de confiança e valores p. Nas análises ajustadas, serão calculadas as razões de prevalência ajustadas, intervalos de confiança e valores p do cruzamento entre os desfechos e as variáveis independentes.

No caso da comparação de variáveis categóricas dicotômicas, será realizado o teste do qui-quadrado. No caso de comparação de uma variável categórica dicotômica com outra ordinal, será realizado o teste para tendência linear, além do qui-quadrado. Na análise multivariável, será realizada regressão de Poisson com base em um modelo de análise (Figura 2 e 3).

Os fatores de confusão serão detectados a partir do modelo hierarquizado, e serão considerados como tal, quando estiverem distorcendo a associação entre duas variáveis, associados com o desfecho, com a exposição em questão e não fizerem parte da cadeia causal que leva da exposição ao desfecho.

Variáveis com valor p <20% na análise multivariável serão mantidas no modelo de regressão como possíveis fatores de confusão.



Figura 2. Modelo de Análise para falta de acesso aos serviços de saúde



Figura 3. Modelo de Análise para Utilização de serviços de saúde

11 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da UFPel para avaliação, sendo aprovado em reunião de 23 de novembro de 2007, conforme ofício 152/07 (Anexo 4). Os princípios éticos foram assegurados através da:

- realização da coleta de dados após assinatura do consentimento livre e esclarecido pelos entrevistados (Anexo 3);
- garantia do direito de não participação na pesquisa;
- sigilo sobre os dados individuais coletados.

A OMS classifica esse processo como sendo de risco mínimo aos participantes, uma vez que a coleta de dados foi realizada através de um questionário, incluindo a aferição da pressão arterial, do peso, da altura e da circunferência abdominal (World Health Organization, 2002). Os indivíduos identificados com problemas de saúde foram encaminhados ao serviço de saúde mais próximo.

13 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

A divulgação dos resultados será realizada através de:

- Volume de tese para obtenção do título de Doutora em Epidemiologia;
- Artigo de revisão em revista científica;
- Dois artigos originais em revista científica;
- Imprensa escrita local;
- Participação eventos nacionais e internacionais.

14 FINANCIAMENTO

O presente estudo está inserido no Projeto AQUARES que recebeu financiamento do Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde no montante de R\$ 1.800.000,00 (um milhão e oitocentos mil reais).

15 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida-Filho, N. Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis. Ciência & Saúde Coletiva, v.9, n.4, p.865-884. 2004.
- Almeida-Filho, N. e I. Kawachi. Research on health inequalities in Latin America and the Caribbean: bibliometric analysis (1971-2000) and descriptive content analysis (1971-1995). American Journal of Public Health, v.93, n.12, p.2037. 2003.
- Andersen, R. M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? J Health Soc Behav, p.1-10. 1995.
- Andersen, R. M., H. Yu, *et al.* Access to medical care for low-income persons: how do communities make a difference? Med Care Res Rev, v.59, n.4, Dec, p.384-411. 2002.
- Atella, V., F. Brindisi, *et al.* Determinants of access to physician services in Italy: a latent class seemingly unrelated probit approach. Health Economics, v.13, n.8, p.657-68. 2004.
- Barata, R. B., M. F. Almeida, *et al.* Health inequalities based on ethnicity in individuals aged 15 to 64, Brazil, 1998. Cad Saude Publ, v.23, n.2, p.305-313. 2007.
- Bosi, M. L. M., R. J. S. Pontes, *et al.* Dimensões da qualidade na avaliação em saúde: concepções de gestores. Rev Saude Publ, v.44, n.2, p.318-324. 2011.
- Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado. 1988
- _____. Portaria 648 de 28 de março de 2006: aprova a Política Nacional da Atenção Básica. Brasília: MS. 2006
- Brienza, A. M. e M. J. Clapis. Acesso ao pré-natal na rede básica de saúde do município de Ribeirão Preto: análise da assistência recebida por um grupo de mulheres. Proceedings of the 8. Brazilian Nursing Communication Symposium. São Paulo: Brasil 2002.
- Buss, P. M. e A. Pellegrini Filho. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. Cad Saude Publ, v.22, n.9, p.2005-2008. 2006.
- _____. A saúde e seus determinantes sociais. v.17, n.1, p.77-93. 2007.
- Caldwell, J. C. Population health in transition. Bulletin of the World Health Organization, v.79, n.2, p.159-160. 2001.

Campbell, S. M., M. O. Roland, *et al.* Defining quality of care. Social Science & Medicine, v.51, n.11, p.1611-1625. 2000.

Capilheira, M. F. e I. S. Santos. Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos. Rev Saude Publ, v.40, n.3, p.436-443. 2006.

Carvalho, J. A. M. e R. A. Garcia. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. Cad Saude Publ, v.19, n.3, p.725-733. 2003.

Castro, M. S. M., C. Travassos, *et al.* Efeito da oferta de serviços de saúde no uso de internações hospitalares no Brasil. Rev Saude Publ, v.39, n.2, p.277-84. 2005.

Chi, C. An event count model for studying health services utilization. Med Care, v.36, n.12, Dec, p.1639-59. 1998.

Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais Da Saúde. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2008

Cotta, R. M. M., A. P. Gomes, *et al.* Pobreza, injustiça, e desigualdade social: repensando a formação de profissionais de saúde. Rev Bras Educ Médica, v.31, n.3, p.278-286. 2007.

Curtis, L. J. e W. J. Macminn. Health-care utilization in Canada: 25 years of evidence. SEDAP (Social and Economic Dimensions of an Aging Population). 2007.

Dahlgren, G. e M. Whitehead. Policies and strategies to promote social equity in health: Institute of Future Studies. 1991

Datasus. Informações de saúde. Brasília: MS. 2000 (Disponível em: <http://www.datasus.gov.br> Acessado em: out. 2007)

_____. Cadernos dos municípios. Brasília: MS. 2010 (Disponível em: <http://www.datasus.gov.br> Acessado em: jan. 2011)

Des Jarlais, D. C., C. Lyles, *et al.* Improving the reporting quality of nonrandomized evaluations of behavioral and public health interventions: the TREND statement. American Journal of Public Health, v.94, n.3, Mar, p.361-6. 2004.

Dias Da Costa, J. S. e L. A. Facchini. Utilização de serviços ambulatoriais em Pelotas: onde a população consulta e com que freqüência. Rev Saude Publ, v.31, n.4, p.360-369. 1997.

Donabedian, A. The quality of care. JAMA, v.260, n.12, p.1743. 1988.

Downs, S. H. e N. Black. The feasibility of creating a checklist for the assessment of the methodological quality both of randomised and non-randomised studies of health care interventions. J Epidemiol Community Health, v.52, n.6, p.377. 1998.

Esperidião, M. e L. A. B. Trad. Avaliação de satisfação de usuários. Ciência & Saúde Coletiva, v.10, p.303-312. 2005.

Facchini, L. A. Por que a doença? A inferência causal e os marcos teóricos de análise. In: J. T. P. Buschinelli, L. E. Rocha, *et al* (Ed.). Isto é trabalho de gente? Vida doença e trabalho no Brasil. São Paulo: Vozes, 1993. Por que a doença? A inferência causal e os marcos teóricos de análise, p.33-55

Facchini, L. A., R. X. Piccini, *et al*. Projeto de Monitoramento e Avaliação do Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF). Pelotas: UFPel. 2006

Fortuna, R. J., B. W. Robbins, *et al*. Ambulatory care among young adults in the United States. Ann Intern Med, v.151, n.6, Sep 15, p.379-85. 2009.

Giatti, L. e S. M. Barreto. Situação do indivíduo no mercado de trabalho e iniquidade em saúde no Brasil. Rev Saude Publ, v.40, n.1, p.99-106. 2006.

Gouveia, G. C., W. V. Souza, *et al*. Health care users' satisfaction in Brazil, 2003. Cad Saude Publ, v.21, p.S109-S118. 2005.

Green, L. A., G. E. Fryer, Jr., *et al*. The ecology of medical care revisited. N Engl J Med, v.344, n.26, Jun 28, p.2021-5. 2001.

Guimarães, L. e L. Giovanella. European integration and health policies: repercussions of the internal European Market on access to health services. Cad Saude Publ, v.22, n.9, p.1795-1807. 2006.

Gwatkin, D. R. Health inequalities and the health of the poor: What do we know? What can we do? Bulletin of the World Health Organization, v.78, n.1, p.3-18. 2000.

Habicht, J. P., C. G. Victora, *et al*. Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. Int J Epidemiol, v.28, n.1, p.10-18. 1999.

Hart, J. T. The inverse care law. Lancet, v.297, n.7696, Feb 27, p.405-12. 1971.

Hartz, Z. M. e A. P. Contandriopoulos. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um " sistema sem muros". Cad Saude Publ, v.20, p.S331-S336. 2004.

Haynes, R. Inequalities in health and health service use: evidence from the general household survey. Soc Sci Med, v.33, n.4, p.361-68. 1991.

Hurley, J. e M. Grignon. Income and equity of access to physician services. Can Med Assoc J, v.174, n.2, p.187-88. 2006.

Ibge. PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: síntese de indicadores 2003. Rio de Janeiro: IBGE. 2003

_____. Dados populacionais. Rio de Janeiro: IBGE. 2006 (Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>)

Kawachi, I., S. V. Subramanian, *et al.* A glossary for health inequalities. J Epidemiol Community Health, v.56, n.9, p.647. 2002.

Krieger, N. A glossary for social epidemiology. J Epidemiol Community Health v.55, n.10, p.693. 2001a.

_____. Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. International Journal of Epidemiology, v.30, n.4, p.668. 2001b.

Krieger, N., J. T. Chen, *et al.* Race/ethnicity, gender, and monitoring socioeconomic gradients in health: a comparison of area-based socioeconomic measures—the public health disparities geocoding project. American Journal of Public Health, v.93, n.10, p.1655. 2003.

Lasser, K. E., D. U. Himmelstein, *et al.* Access to care, health status, and health disparities in the United States and Canada: results of a cross-national population-based survey. Am J Public Health, v.96, n.7, p.1300-07. 2006.

Lee, R. I. e L. W. Jones. The fundamentals of good medical care. Chicago: The University of Chicago Press, v.22. 1933. 67 p. (Publications of the Committee on the Costs of Medical Care)

Lima, J. C., E. B. Azoury, *et al.* Desigualdades no acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil; Inequalities in the access and use of health care services in Brazil. Saúde e Debate, v.26, n.60, p.62-70. 2002.

Lucchese, P. T. R. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. Ciência & Saúde Coletiva, v.8, n.2, p.439-448. 2003.

Mackenbach, J. P. e A. E. Kunst. Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: An overview of available measures illustrated with two examples from Europe* 1. Social Science & Medicine, v.44, n.6, p.757-771. 1997.

Maia, M. F. S. e S. E. Caregnato. Desigualdades no acesso aos serviços de saúde: estudo bibliométrico sobre a lei dos cuidados inversos. XI Encontro Nacional de Pesquisa em Ciência da Informação. 2010.

Mainz, J. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. International Journal for Quality in Health Care, v.15, n.6, p.523. 2003.

Marmot, M. Social determinants of health inequalities. Lancet, v.365, n.9464, p.1099-1104. 2005.

Marshall, M., S. Leatherman, *et al.* Selecting indicators for the quality of health promotion, prevention and primary care at the health systems level in OECD countries. Paris, France: OECD Publishing. 2004

Massote, A. W., A. M. D. Lima, *et al.* A Contribuição de Estudos de Percepção da População Usuária na Avaliação da Atenção Básica. In: Z. M. A. Hartz, E. Felisberto, *et al* (Ed.). Meta-avaliação da Atenção Básica à Saúde: teoria e prática. Rio de Janeiro, v.1, 2008. A Contribuição de Estudos de Percepção da População Usuária na Avaliação da Atenção Básica, p.410

Mattos, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cad Saude Publ, v.20, n.5, p.1411-1416. 2004.

Mendoza-Sassi, R. e J. U. Béria. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. Cad Saude Publ, v.17, n.4, p.819-32. 2001.

Mendoza-Sassi, R., J. U. Béria, *et al.* Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study. Rev Saude Publ, v.37, n.3, p.372-378. 2003.

Mendoza-Sassi, R., J. U. Bria, *et al.* Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study. Rev Saude Publica, v.37, n.3, p.372-78. 2003.

Ministério Da Saúde. Saúde Brasil: contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa. Brasília: MS. 2004

_____. Saúde fortalece atenção básica para melhorar qualidade da assistência à população Brasília: MS. 2011 (Disponível em: http://dab.saude.gov.br/noticia/noticia_ret_detalhe.php?cod=1291)

Mustard, C. A. e N. Frohlich. Socioeconomic status and the health of the population. Med Care, v.33, n.12, p.DS43-DS54. 1995.

Neri, M. e W. Soares. Desigualdade social e saúde no Brasil. Cad Saude Publ. 2002.

Novaes, H. M. Epidemiologia e avaliação em serviços de atenção médica: novas tendências na pesquisa. Cad Saude Publica, v.12 n.Suppl 2, p.7-12. 1996.

Omran, A. R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. The Milbank Quarterly, v.83, n.4, p.731-757. 2005.

Pagliuca, L. M. F., A. E. A. Aragão, *et al.* Acessibilidade e deficiência física: identificação de barreiras arquitetônicas em áreas internas de hospitais de Sobral, Ceará. Rev Esc Enferm USP, v.41, n.4, p.581-588. 2007.

Pellegrini Filho, A. Inequidades de acceso a la información e inequidades en salud. Revista Panamericana de Salud Pública, v.11, n.5-6, p.409-412. 2002.

Pereira, M. G. Serviços de Saúde. In: M. G. Pereira (Ed.). Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. Serviços de Saúde, p.513-537

Pinheiro, R. S. e C. C. Escosteguy. Epidemiologia e Serviços de Saúde. In: R. A. Medronho, M. D. Carvalho, *et al* (Ed.). Epidemiologia. São Paulo: Atheneu, 2004. Epidemiologia e Serviços de Saúde, p.361-369

Pinheiro, R. S., F. Viacava, *et al*. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v.7, n.4, p.687-707. 2002.

Rafael, R. M. R. e A. Moura. Barreiras na realização da colpocitologia oncótica: um inquérito domiciliar na área de abrangência da Saúde da Família de Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saude Publ, v.26, n.5, p.1045-50. 2010.

Ramos, D. D. e M. A. D. S. Lima. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad Saude Publ, v.19, n.1, p.27-34. 2003.

Ribeiro, M. C. S. A., R. B. Barata, *et al*. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS-PNAD 2003. Ciência & Saúde Coletiva, v.11, n.4, p.1011-1022. 2006.

Rosa Filho, L. A., A. G. Fassa, *et al*. Fatores associados à continuidade interpessoal na atenção à saúde: estudo de base populacional. Cad Saude Publ, v.24, n.4, p.915-925. 2008.

Rosenstock, I. M. Why people use health services. Milbank Memorial Fund., v.83, n.4, p.Online only-Online only. 2005.

Rothman, K. J. e S. Greenland. Modern epidemiology. Philadelphia: Lippincott-Raven 1998. 737 p.

Rouquayrol, M. Z. e M. Barreto. Abordagem descritiva em epidemiologia. In: M. Z. Rouquayrol e N. Almeida Filho (Ed.). Epidemiologia e saúde. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. Abordagem descritiva em epidemiologia, p.83-121

Sawyer, D. O., I. C. Leite, *et al*. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v.7, n.4, p.757-76. 2002.

Silva Júnior, J. B., F. B. C. Gomes, *et al*. Doenças e agravos não transmissíveis: bases epidemiológicas. In: M. Z. Rouquayrol e N. Almeida Filho (Ed.). Epidemiologia e saúde. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. Doenças e agravos não transmissíveis: bases epidemiológicas, p.289-311

Siqueira-Batista, R. e F. R. Schramm. A saúde entre a iniquidade ea justiça: contribuições da igualdade complexa de Amartya Sen. Ciência & Saúde Coletiva, v.10, n.1, p.129-142. 2005.

Szwarcwald, C., P. Souza, *et al*. Socioeconomic inequalities in the use of outpatient services in Brazil according to health care need: evidence from the World Health Survey. BMC Health Services Research, v.10, n.1, p.217. 2010.

Szwarcwald, C. L. e G. N. Damacena. Amostras complexas em inquéritos populacionais: planejamento e implicações na análise estatística dos dados. Rev Bras Epidemiol, v.11, p.38-45. 2008.

Thiede, M. e D. McIntyre. Information, communication and equitable access to health care: a conceptual note. Cad Saude Publ, v.24, n.5, p.1168-1173. 2008.

Tierney, W. M., C. C. Oppenheimer, *et al.* A national survey of primary care practice-based research networks. Ann Fam Med, v.5, n.3, May-Jun, p.242-50. 2007.

Trad, L. A. B., A. C. S. Bastos, *et al.* Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. Ciência & Saúde Coletiva, v.7, n.3, p.581-589. 2002.

Travassos, C. e M. Castro. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: E. Giovanella Lo (Ed.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ 2008. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde., p.215-46

Travassos, C. e M. Martins. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad Saude Publ, v.20, p.S190-S198. 2004.

Travassos, C., E. X. G. Oliveira, *et al.* Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. Ciência & Saúde Coletiva, v.11, n.4, p.975-986. 2006.

Travassos, C., F. Viacava, *et al.* Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v.5, n.1, p.133-149. 2000.

_____. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. Rev Panam Salud Publica, v.11, n.5-6, p.365-73. 2002.

Travassos, C. e D. R. Williams. The concept and measurement of race and their relationship to public health: a review focused on Brazil and the United States. Cad Saude Publ, v.20, n.3, p.660-678. 2004.

Tronchin, D. M. R., M. M. Melleiro, *et al.* Subsídios teóricos para a construção e implantação de indicadores de qualidade em saúde. Rev Gaúcha Enferm, v.30, n.3, p.542. 2009.

Turci, M. A., M. F. Lima-Costa, *et al.* Intraurban differences in the use of ambulatory health services in a large brazilian city. J Urban Health, v.87, n.6, Dec, p.994-1006. 2010.

Turris, S. A. Unpacking the concept of patient satisfaction: a feminist analysis. Journal of advanced nursing, v.50, n.3, p.293-298. 2005.

van Doorslaer, E., C. Masseria, *et al.* Inequalities in access to medical care by income in developed countries. By: . Can Med Assoc J, v.174, n.2, p.177-83. 2006.

Vázquez, M. L., M. R. F. Silva, *et al.* Participação social nos serviços de saúde: concepções dos usuários e líderes comunitários em dois municípios do Nordeste do Brasil. Cad Saude Publ, v.19, n.2, p.579-591. 2003.

Veras, R. Fórum. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. Cad Saude Publ, v.23, n.10, p.2463-2466. 2007.

_____. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. Rev Saude Publ, v.43, n.3, p.548-554. 2009.

Wagstaff, A. e E. van Doorslaer. Overall versus socioeconomic health inequality: a measurement framework and two empirical illustrations. Health Economics, v.13, n.3, p.297-301. 2004.

White, K. L., T. F. Williams, *et al.* The ecology of medical care. N Engl J Med, v.265, Nov 2, p.885-92. 1961.

Who (World Health Organization). Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Geneva: WHO. 2003. 105 p.

Woodward, A. e I. Kawachi. Why reduce health inequalities? Journal of Epidemiology and Community Health, v.54, n.12, p.923. 2000.

World Health Organization. International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects. Geneva: WHO 2002.

16 APÊNDICES

APÊNDICE A

Quadro 1. Estudos sobre acesso a serviços de saúde.

Autores e Ano	Local	Delineamento	Amostra ("n" e faixa etária)	Objetivo estudo	Principais Achados
Andersen, Yu et al. 2002	EUA	Inquérito Nacional de Saúde e fontes de uso público	500.000 ou mais e crianças menores de 18 anos e adultos de 19 a 64 anos	Avaliar o impacto de variáveis ao nível da comunidade, além dos efeitos de características individuais, relativas ao acesso para crianças e adultos de baixa renda residentes em grandes áreas metropolitanas. Verificar o desempenho na promoção do acesso da saúde para a população de baixa renda.	A proporção de recebimento de consulta variou de 63% a 99% para crianças e de 62% para 83% para os adultos. O acesso era melhor para os indivíduos com seguro saúde e uma fonte regular de cuidado e para aqueles que vivem em comunidades com mais centros de saúde financiados pelo governo.
Brienza e Clapis, 2002	Ribeirão Preto, MG, Brasil	Qualitativa – descritiva exploratória	35 mulheres de 14 a 37 anos	Verificar os indicadores da assistência pré-natal oferecida pela Rede Básica de Saúde do município de Ribeirão Preto para um grupo de mulheres e identificar como ocorreu o acesso destas mulheres ao pré-natal	54,6% das mulheres iniciaram o pré-natal no segundo trimestre da gestação e 40% tiveram menos de 6 consultas no pré-natal. O acesso organizacional apresentou obstáculos relacionados ao tempo de espera para consulta, falta de vagas e dificuldade para realização de exames. Como acesso geográfico/econômico, foram relacionados a distância da maternidade, bem como a dificuldade financeira para o transporte
Pagliuca, Aragão Almeida, 2007	Sobral, Ceará, Brasil	Transversal	4 hospitais	Identificar as barreiras físicas encontradas pelos portadores de deficiência em áreas internas de quatro hospitais de Sobral-Ceará	Presença de rampas de acesso (100%); escadaria sem corrimão (50%); portas possuem largura ideal (100%); as de vai-e-vem não têm visor (100%); áreas internas de circulação possuem obstáculos (100%); piso das rampas não antiderrapantes (100%); rampas e escadas com corrimão (50%), mas fora do padrão legal. Um hospital é térreo, os outros possuem treze escadas internas; balcões (80%) e assentos públicos (33%) atendem à legislação; bebedouros e telefones não são acessíveis (97%).

Continuação Quadro 1. Estudos sobre acesso a serviços de saúde.

Autores e Ano	Local	Delimitação	Amostra ("n" e faixa etária)	Objetivo estudo	Principais Achados
Rafael e Moura, 2010	Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, Brasil	Transversal	281 mulheres	Analisar as barreiras impeditivas do acesso ao rastreamento do câncer do colo uterino no âmbito da Saúde da Família do Município de Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, Brasil	O medo relacionado ao resultado do exame (39,85%; IC95%: 34,09-45,61) e ao profissional examinador (31,31%; IC95%: 25,866,77), a vergonha (39,85%; IC95%: 34,09-45,61) e o esquecimento relacionado ao agendamento do exame (32,02%; IC95%: 26,53-37,51) foram referidos como as principais barreiras impeditivas do acesso.
Ramos e Lima, 2003	Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil	Qualitativa – descritiva exploratória	1 unidade de grande porte e 17 entrevistas	Caracterizar, a partir da ótica de usuários, o acesso ao atendimento e como vem sendo prestado o serviço que lhes é oferecido, quanto à forma como são acolhidos, em uma unidade de saúde de Porto Alegre.	A organização do serviço e a competência profissional determinaram facilidades com relação ao acolhimento, levando à satisfação dos usuários. A má recepção e desempenho profissional insatisfatório foram dificuldades identificadas.
Filho et al., 2008	Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil	Transversal	3.133 adultos com 20 anos ou mais	Estudar a prevalência de continuidade interpessoal na atenção à saúde e seus determinantes	A prevalência de continuidade interpessoal na atenção à saúde foi de 43,7% (IC95%: 42,0-45,5). Sexo feminino, idades avançadas, maior renda, consulta no último ano, relato de doença crônica e não consultarem no sistema público de saúde apresentaram maior continuidade interpessoal na atenção à saúde. Entre os que consultam em unidades básicas de saúde, sexo feminino, aumento da idade e o Programa Saúde da Família estiveram associados com continuidade interpessoal na atenção à saúde.
Lima et. al., 2002	Brasil	Transversal, PNAD 1998	Todas as idades	Descrever indicadores de desigualdades no acesso e na utilização de serviços de saúde no Brasil, destacando principalmente duas dimensões: a geográfica e a de renda.	Aproximadamente um terço da população não tem um serviço de saúde de uso regular; o tipo de serviço usado como forma de entrada ao sistema de saúde varia principalmente conforme a renda familiar; o acesso a consultas médicas e odontológicas aumenta expressivamente conforme a renda e é maior nas regiões sudeste e sul que nas regiões nordeste e norte; cerca de um quinto da população nunca foi ao dentista, sendo que a maior parte destas pessoas possui renda familiar inferior a 2 salários mínimos e moram nas regiões norte e nordeste.

APÊNDICE B

Quadro 2. Estudos sobre utilização de serviços de saúde.

Autores e Ano	Local	Delineamento	Amostra ("n" e faixa etária)	Objetivo estudo	Principais Achados
Dias da Costa e Facchini, 1997	Pelotas, RS, Brasil	Transversal	1.657 adultos de 20 a 69 anos	Descrever a utilização de serviços médicos ambulatoriais na cidade de Pelotas.	O tipo de serviço estava associado com variáveis sociais (classe social, escolaridade e local de residência). A frequência de consultas relacionou-se com sexo feminino, fatores de risco e motivos de consultas. A escolha do tipo de serviço de saúde dependia de fatores ligados à classe social antes de variáveis associadas à gravidade dos problemas de saúde.
Mendoza-Sassi e Béria, 2001	Países da América e Europa	Revisão Sistemática, incluiu estudos Transversal, Longitudinal e Caso-controle	Todas as idades	Estudar fatores associados à utilização dos serviços de saúde em diferentes países.	A média de consultas, a proporção de pessoas que consultaram e à proporção que concentram o maior número de consultas foram similares. Crianças, mulheres em idade fértil e idosos utilizavam mais o serviços. A classe social baixa e o grupo com menor escolaridade se associaram com a utilização. O maior uso dos serviços de saúde é mediado por maior necessidade em saúde. Segundo o tipo de sistema, os grupos menos favorecidos podem receber uma atenção insuficiente. Entre os fatores relacionados aos serviços de saúde ter um médico definido determina uma utilização mais adequada. Esta estratégia pode servir para atenuar as diferenças na atenção médica entre os diferentes grupos sociais.
Ribeiro, Barata et al., 2006	Brasil	Transversal, PNAD 2003	384.834 pessoas, Todas as idades	Identificar a utilização de serviços de saúde resultante da oferta e das características sociodemográficas e do perfil de saúde dos usuários.	Nos usuários do SUS há predomínio de mulheres, crianças, pretos e pardos, baixa escolaridade e renda. Há associação entre estado de saúde regular/ruim e utilização dos serviços do SUS, entre o atendimento pelo SUS e usuários de baixa escolaridade e renda. O padrão de busca de serviços foi semelhante nos usuários e não usuários do SUS. Os resultados apontam para a contribuição do SUS na universalização e equidade de acesso aos serviços de saúde. No entanto, os não atendidos (4%) são indivíduos adultos, pretos e pardos e de baixa escolaridade e renda.

Continuação Quadro 2. Estudos sobre utilização de serviços de saúde.

Autores e Ano	Local	Delineamento	Amostra ("n" e faixa etária)	Objetivo estudo	Principais Achados
Turci, Lima-Costa et al., 2010	Belo Horizonte, MG, Brasil	Transversal	6.830 pessoas, média de idade 41,7 anos	Identificar os determinantes de utilização de serviços de saúde entre adultos de um município brasileiro de grande porte e disparidades intraurbanas no uso de cuidado em saúde.	O uso dos serviços de saúde foi maior entre as mulheres e aumentou com a idade. Foi determinada principalmente pelas necessidades de saúde e se o indivíduo tinha um médico regular, mesmo entre aqueles que vivem em áreas da cidade com os piores indicadores sócio-ambientais.
van Doorslaer et al., 2006	21 países da Organização de Cooperação e Desenvolvimento para o ano de 2000	Transversal	425.880 pessoas acima de 16 anos	Examinar a equidade na utilização de atendimento médico em 21 países da Organização de Cooperação e Desenvolvimento para o ano de 2000.	A desigualdade na utilização de atendimento médico favoreceu os indivíduos em melhor situação econômica em cerca de metade dos 21 países da Organização de Cooperação e Desenvolvimento. O grau de desigualdade em favor dos ricos no uso médico é mais elevado nos Estados Unidos e México, seguido pela Finlândia, Portugal e Suécia. Na maioria dos países, não foram encontradas evidências de desigualdade na distribuição dos atendimentos de clínica geral em todos os grupos de renda, e onde isso ocorre, geralmente indica uma distribuição pró-pobres. No entanto, em todos os países para os quais existem dados disponíveis, após o controle de diferenças na necessidade, as pessoas com rendas mais altas são significativamente mais propensas a ver um especialista que as pessoas com rendimentos mais baixos e, na maioria dos países, também com mais frequência. Desigualdade pró-rico é especialmente grande em Portugal, Finlândia e Irlanda.
Curtis e Macminn, 2007	Canadá	Transversal	Indivíduos acima de 20 anos	Descrever os padrões de utilização de serviços de saúde prestados pelos serviços públicos (médicos, especialistas e hospitais) no Canadá entre 1978 e 2003.	As desigualdades na utilização dos serviços de saúde são aparentes nos serviços públicos segurados; que parece ser mais relevante no contato inicial com o sistema ao invés do número de visitas. Serviços especializados são particularmente problemáticos e tornando-se mais ao longo do tempo.
White et al., 1961	EUA	Transversal	1000 indivíduos com idade igual ou superior a 16 anos	Descrever padrão de utilização de serviços de saúde	Dos 1000 indivíduos que utilizaram os serviços de saúde, 750 referiram um sintoma (75%), 250 consultaram um médico (25%), cinco foram encaminhados a outro médico (0,5%), nove foram hospitalizados (0,9%) e um foi referido para um hospital universitário (0,1%).

Continuação Quadro 2. Estudos sobre utilização de serviços de saúde.

Autores e Ano	Local	Delineamento	Amostra ("n" e faixa etária)	Objetivo estudo	Principais Achados
Green et al., 2001	EUA	Transversal	1001 adultos e 480 crianças	Atualizar o relatório de 1961 realizado por White et al., incluindo dados sobre crianças, sites adicionais e tipos de serviços de saúde.	Do total de indivíduos, 800 apresentaram sintomas, 327 relataram procurar cuidados médicos, 217 consultaram um médico (113 consultaram um médico da atenção primária e 104 consultaram outros especialistas), 65 consultaram um profissional de cuidado complementar ou alternativo, 21 consultaram um ambulatório hospitalar, 14 receberam atendimento de saúde em casa, 13 recebem atendimento em um pronto-socorro, 8 foram hospitalizadas, e menos de 1 (0,7) foi admitido em um hospital acadêmico.
Facchini, Piccini et al., 2006	Pelotas, RS, Brasil	Transversal	118 crianças de um a três anos; 107 mulheres que tiveram filhos nos últimos dois anos; 115 adultos entre 30 e 64 anos e 98 idosos a partir dos 65 anos.	Estudar e avaliar a Atenção Básica à Saúde em suas dimensões político-institucional, organizacional da atenção, cuidado integral e desempenho do sistema.	A Atenção Básica à Saúde em Pelotas apresenta um desempenho semelhante a média do Lote, embora seus problemas tenham sido maiores do que aqueles revelados para o conjunto dos municípios avaliados e suas desvantagens necessitam de uma importante atenção dos gestores, no sentido de ampliar e qualificar esta atenção à população local.
Fortuna et al., 2009	EUA	Transversal	734000 adultos entre 20 e 29 anos	Caracterizar o atendimento ambulatorial de adultos jovens.	Adultos jovens referem utilizar menos o atendimento médico e raramente recebem cuidados preventivos.

Continuação Quadro 2. Estudos sobre utilização de serviços de saúde.

Autores e Ano	Local	Delineamento	Amostra ("n" e faixa etária)	Objetivo estudo	Principais Achados
Szwarcwald et al., 2010	Brasil	Transversal	5000 adultos com idade igual ou superior a 18 anos	Descrever as desigualdades socioeconômicas no uso de serviços ambulatoriais de acordo com a intensidade da necessidade.	A análise mostrou que o gradiente social na utilização de serviços ambulatoriais diminui à medida que a necessidade é mais intensa. Entre os indivíduos com saúde auto-avaliada boa, possíveis explicações para a desigualdade são o menor uso de serviços preventivos e fornecimento desigual dos serviços de saúde entre os grupos socialmente desfavorecidos, ou o uso excessivo dos serviços de saúde pelos ricos. Por outro lado, os resultados indicam um adequado desempenho do sistema de saúde brasileiro na redução das desigualdades socioeconômicas em saúde em piores situações de necessidade.
Travassos, Viacava et al., 2000	Sudeste e Nordeste do Brasil	Transversal	Todas as idades	Descrever a equidade no uso de serviços de saúde a partir de duas dimensões: a geográfica e a social.	Observou-se pequena redução dos níveis de desigualdades no período analisado (1989-1996/1997), com o sistema de saúde atual mantendo-se caracterizado por marcadas iniquidades.
Travassos, Oliveira et al., 2006	Brasil	Transversal, PNAD 1998 e 2003	350.000 em 1998 e 385.000 em 2003, com crianças e adultos	Avaliar o padrão das desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde em 2003 e compará-lo com o padrão existente em 1998, usando os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD).	Houve alguma diminuição das desigualdades sociais no acesso, mas as desigualdades geográficas no acesso aumentaram no período de estudo. Na região Sul, uma das mais desenvolvidas do país, persiste um padrão de forte desigualdade social e o estado do Rio Grande do Sul destaca-se pela magnitude das desigualdades sociais no acesso
Travassos et al., 2002	Brasil	Transversal, PNAD 1998	344.975 indivíduos de todas as idades	Investigar o perfil de utilização de serviços de saúde por homens e mulheres no Brasil.	A formulação de políticas voltadas para a redução das desigualdades no consumo de serviços de saúde deve considerar as diferenças entre mulheres e homens, além da importância das características familiares. Ressalta-se a necessidade de incluir as dimensões gênero e família na especificação dos modelos de uso de serviços de saúde.

Continuação Quadro 2. Estudos sobre utilização de serviços de saúde.

Autores e Ano	Local	Delineamento	Amostra ("n" e faixa etária)	Objetivo estudo	Principais Achados
Neri e Soares, 2002	Brasil	Transversal, PNAD 1998	342.156 indivíduos de zero a 64 anos	Avaliar as necessidades e o consumo dos serviços de saúde e o acesso a seguro saúde ao longo da distribuição de renda.	Em geral, observou-se que os indivíduos nos primeiros décimos da distribuição de renda têm pior acesso a seguro saúde, necessitam de maiores cuidados médicos, mas consomem menos os serviços de saúde. As outras características extra rendimento indicam que os principais determinantes para o consumo dos serviços de saúde estariam fortemente associados aos grupos sociais mais privilegiados (de maior escolaridade, acesso a seguro saúde, água, esgoto, luz, coleta de lixo) e a fatores que apontam para capacidade de geração de oferta desses serviços no país.
Capilheira e Santos, 2006	Pelotas, RS Brasil	Transversal	3.100 adultos com idade igual ou superior a 20 anos,	Identificar características individuais associadas à maior probabilidade de consultar o médico e o fazer em excesso.	Estiveram associados à consulta e sua superutilização ser do sexo feminino, ser hipertenso e ter estado hospitalizado no ano anterior, além do aumento de idade e piora da autopercepção de saúde.

17ANEXOS

Anexo 1 – Instrumento contendo apenas as questões referentes ao presente projeto.

	Universidade Federal de Pelotas Centro de Pesquisas Epidemiológicas Departamento de Medicina Social		 AQUARES
VAMOS FAZER SUA IDENTIFICAÇÃO			
Grupo populacional: (1) Criança / Mulher (2) Adulto (3) Idoso Região: _ Estado: __ Município: ___ Setor: ___ Entrevistador: __ Domicílio: __ Indivíduo elegível: __ Número de identificação: _____ 1. Qual é o seu nome? _____ 2. Qual o seu endereço? _____ 3. Qual o telefone para contato? (_ _) _____ 4. Qual é a sua idade? ___ (anos completos) 5. (!) Sexo: (1) Masculino (2) Feminino 6. Qual é a sua cor: (9) IGN (1) Branca (branco, clara, pele clara) (2) Amarela (orientais) (3) Parda (pardo, pardo claro) (4) Morena (moreno, moreno claro, moreno escuro, moreno jambo) (5) Indígena (6) Mulata (mulato, mulato claro, mulato escuro) (7) Mestiça (mestiço, miscigenado, caboclo, misto, mameluco, híbrido) (8) Preta (preto, pele escura, negro, africano)		Grupop _ Região _ Estado __ Munic ___ Setor ___ Entrev __ Domic __ Indiv __ Idade ___ Sexo _ Pele _ Ler _ Serie _ Grau _ Vivcomp _ Conjug _	
AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE ATIVIDADES FÍSICAS E PRIMEIRO EU GOSTARIA QUE O SR(A) PENSASSE APENAS NAS ATIVIDADES QUE FAZ NO SEU TEMPO LIVRE (LAZER).			
27. Nos últimos sete dias, quantos dias o Sr(a) fez caminhadas no seu tempo livre? (9) IGN (0) Nenhum → PULE PARA 29 (1) 1 dia (2) 2 dias (3) 3 dias (4) 4 dias (5) 5 dias (6) 6 dias (7) 7 dias		Camdia_	
28. SE CAMINHOU: Nos dias em que o Sr(a) fez essas caminhadas, quanto tempo		Mica_ _ _	

<p>no total elas duraram por dia? (888) NSA (999) IGN ___ ___ minutos</p>		
<p>29. Nos últimos sete dias, quantos dias por semana o Sr(a) fez atividades físicas FORTES no seu tempo livre? Por ex.: correr, fazer ginástica de academia, pedalar em ritmo rápido, praticar esportes competitivos, etc. (9) IGN (0) Nenhum → PULE PARA 31 (1) 1 dia (2) 2 dias (3) 3 dias (4) 4 dias (5) 5 dias (6) 6 dias (7) 7 dias</p>		Fordia_
<p>30. SE FEZ ATIVIDADES FÍSICAS FORTES: Nos dias em que o Sr(a) fez essas atividades, quanto tempo no total elas duraram por dia? (888) NSA (999) IGN ___ ___ minutos</p>		Minf_ _ _
<p>31. Nos últimos sete dias, quantos dias por semana o Sr(a) fez atividades físicas MÉDIAS fora as caminhadas no seu tempo livre? Por ex.: nadar ou pedalar em ritmo médio, praticar esportes por diversão, etc. (9) IGN (0) Nenhum → PULE PARA ORIENTAÇÃO ANTERIOR A 33 (1) 1 dia (2) 2 dias (3) 3 dias (4) 4 dias (5) 5 dias (6) 6 dias (7) 7 dias</p>		Media_
<p>32. SE FEZ ATIVIDADES FÍSICAS MÉDIAS: Nos dias em que o Sr(a) fez essas atividades, quanto tempo no total elas duraram por dia? (888) NSA (999) IGN ___ ___ minutos</p>		Mime_ _ _
<p>AGORA EU GOSTARIA QUE O SR(A) PENSASSE COMO SE DESLOCA DE UM LUGAR AO OUTRO QUANDO ESTE DESLOCAMENTO DURA PELO MENOS 10 MINUTOS SEGUIDOS. PODE SER A IDA E VINDA DO TRABALHO OU QUANDO OS SR(A) VAI FAZER COMPRAS, VISITAR A AMIGOS, IR AO MERCADO E ETC.</p>		
<p>33. Nos últimos sete dias, quantos dias por semana o Sr(a) usou bicicleta para ir de um lugar a outro? (9) IGN (0) Nenhum → PULE PARA 35 (1) 1 dia (2) 2 dias (3) 3 dias (4) 4 dias (5) 5 dias (6) 6 dias (7) 7 dias</p>		Bicidia_
<p>34. SE USOU BICICLETA: Nesses dias, quanto tempo no total o Sr(a) pedalou por dia? (888) NSA (999) IGN ___ ___ minutos</p>		Mib_ _ _
<p>35. Nos últimos sete dias, quantos dias por semana o Sr(a) caminhou para ir de um lugar a outro? (9) IGN (0) Nenhum → PULE PARA 37 (1) 1 dia (2) 2 dias (3) 3 dias (4) 4 dias</p>		Camdia_

(5) 5 dias (6) 6 dias (7) 7 dias		
36. SE CAMINHOU: Nesses dias, quanto tempo no total o Sr(a) caminhou por dia? ____ minutos	(888) NSA (999) IGN	Micam_ _ _
AGORA VAMOS FALAR SOBRE O HÁBITO DE FUMAR		
42. O Sr(a) é ou já foi fumante? (0) Não, nunca fumou (1) Já fumou, mas parou de fumar (2) Sim, fuma	(9) IGN	Fuma _
AGORA VAMOS FALAR SOBRE ALGUNS PROBLEMAS DE SAÚDE		
73. O Sr(a) sentiu falta de ar ou dificuldade para respirar desde <TRÊS MESES ATRÁS>? (0) Não→PULE PARA 78 (1) Sim	(9) IGN	Faltar _
74. SE SIM: Quantas vezes: __ vezes	(88) NSA (99) IGN	Nfar _ _
75. O Sr(a) necessitou atendimento médico por falta de ar ou dificuldade para respirar nesta última vez? (0) Não→PULE PARA 78 (1) Sim	(8) NSA (9) IGN	Necfalt _
76. SE SIM: Nesta última vez, o Sr(a) recebeu atendimento médico por falta de ar ou dificuldade para respirar? (0) Não→PULE PARA 78 (1) Sim	(8) NSA (9) IGN	Atfalt _
77. SE SIM: Onde Sr(a) recebeu atendimento médico por falta de ar ou dificuldade para respirar nesta última vez? (88) NSA (99) IGN (00) nenhuma vez Posto de Saúde: __ vezes Ambulatório do hospital: __ vezes Ambulatório da faculdade: __ vezes Centro de especialidades: __ vezes Sindicato ou empresa / Associação de bairro: __ vezes Consultório por Convênio ou Plano de Saúde: __ vezes Consultório particular: __ vezes Pronto-socorro do SUS: __ vezes Pronto-atendimento particular / convênio: __ vezes Outro: __ vezes Qual: _____		Ps __ Ah __ Af __ Ce __ Seab __ Cmps __ Cmp __ Psus __ Pacv __ Ou __ Qlocfa __
78. O Sr(a) teve febre desde <TRÊS MESES ATRÁS>? (0) Não→PULE PARA 83 (1) Sim	(9) IGN	Febre _
79. SE SIM: Quantas vezes: __ vezes	(88) NSA (99) IGN	Nfeb _ _
80. O Sr(a) necessitou atendimento médico por febre nesta última vez? (0) Não→PULE PARA 83 (1) Sim (8) NSA (9) IGN		Necfeb _
81. SE SIM: Nesta última vez, o Sr(a) recebeu atendimento médico por febre? (0) Não→PULE PARA 83 (1) Sim (8) NSA (9) IGN		Atfeb _
82. SE SIM: Onde Sr(a) recebeu atendimento médico por febre nesta última vez? (88) NSA (99) IGN (00) nenhuma vez Posto de Saúde: __ vezes Ambulatório do hospital: __ vezes Ambulatório da faculdade: __ vezes Centro de especialidades: __ vezes Sindicato ou empresa / Associação de bairro: __ vezes Consultório por Convênio ou Plano de Saúde: __ vezes Consultório particular: __ vezes Pronto-socorro do SUS: __ vezes		P1s1 __ Ah1 __ Af1 __ Ce1 __ Seab1 __ Cmps1 __ Cmp1 __ Psus1 __ Pacv1 __

Pronto-atendimento particular / convênio: __ vezes	Ou1 __
Outro: __ vezes	Qlocfe1 __
Qual: _____	
83. O Sr(a) sentiu dor muito forte desde <TRÊS MESES ATRÁS>? (9) IGN	Dorint _
(0) Não→PULE PARA 88 (1) Sim	
84. SE SIM: Quantas vezes: (88) NSA (99) IGN	Ndor __
__ vezes	
85. O Sr(a) necessitou atendimento médico por dor muito forte da última vez? (8) NSA (9) IGN	Necdor _
(0) Não→PULE PARA 88 (1) Sim	
86. SE SIM: O Sr(a) recebeu atendimento médico por dor muito forte da última vez? (8) NSA (9) IGN	Atdor _
(0) Não→PULE PARA 88 (1) Sim	
87. SE SIM: Onde Sr(a) recebeu atendimento médico por dor muito forte nesta última vez? (88) NSA (99) IGN (00) nenhuma vez	Ps2 __
Posto de Saúde: __ vezes	Ah2 __
Ambulatório do hospital: __ vezes	Af2 __
Ambulatório da faculdade: __ vezes	Ce2 __
Centro de especialidades: __ vezes	Seab2 __
Sindicato ou empresa / Associação de bairro: __ vezes	Cmps2 __
Consultório por Convênio ou Plano de Saúde: __ vezes	Cmp2 __
Consultório particular: __ vezes	Psus2 __
Pronto-socorro do SUS: __ vezes	Pacv2 __
Pronto-atendimento particular / convênio: __ vezes	Ou2 __
Outro: __ vezes	Qlocdo2 __
Qual: _____	
88. O Sr(a) teve perda súbita de consciência (apagou/ ficou inconsciente/ desmaiou/ teve ataque) desde <TRÊS MESES ATRÁS>? (9) IGN	Incons _
(0) Não→PULE PARA INSTRUÇÃO ANTERIOR A 93 (1) Sim	
89. SE SIM: Quantas vezes: (88) NSA (99) IGN	Ninc __
__ vezes	
90. O Sr(a) necessitou atendimento médico por perda súbita de consciência (apagou/ ficou inconsciente/ desmaiou/ teve ataque) da última vez? (8) NSA (9) IGN	Necinc _
(0) Não→PULE PARA INSTRUÇÃO ANTERIOR A 93 (1) Sim	
91. SE SIM: O Sr(a) recebeu atendimento médico por perda súbita de consciência (apagou/ ficou inconsciente/ desmaiou/ teve ataque) da última vez? (8) NSA (9) IGN	Atinc _
(0) Não→PULE PARA INSTRUÇÃO ANTERIOR A 93 (1) Sim	
92. SE SIM: Onde Sr(a) recebeu atendimento médico por perda súbita de consciência (apagou/ ficou inconsciente/ desmaiou/ teve ataque) da última vez? (88) NSA (99) IGN (00) nenhuma vez	
Posto de Saúde: __ vezes	Ps3 __
Ambulatório do hospital: __ vezes	Ah3 __
Ambulatório da faculdade: __ vezes	Af3 __
Centro de especialidades: __ vezes	Ce3 __
Sindicato ou empresa / Associação de bairro: __ vezes	Seab3 __
Consultório por Convênio ou Plano de Saúde: __ vezes	Cmps3 __
Consultório particular: __ vezes	Cmp3 __
Pronto-socorro do SUS: __ vezes	Psus3 __
Pronto-atendimento particular / convênio: __ vezes	Pacv3 __
Outro: __ vezes	Ou3 __
Qual: _____	Qlocic3 __
AGORA VAMOS FALAR SOBRE PROBLEMA DE PRESSÃO	
104. Algum médico lhe disse que o Sr(a) tem hipertensão (pressão alta)?	Hipert _
(0) Não →PULE PARA INSTRUÇÃO ANTERIOR A 115 (1) Sim (9) IGN	

AGORA VAMOS FALAR SOBRE PROBLEMA DE AÇÚCAR NO SANGUE			
115. Algum médico lhe disse que o Sr(a) tem diabetes (açúcar alto no sangue)? (9) IGN (0) Não →PULE PARA INSTRUÇÃO ANTERIOR A 128 (1) Sim			Diabet _
AGORA VAMOS FALAR SOBRE PROBLEMA DE NERVOS			
128. Algum médico lhe disse que o Sr(a) tem problema de nervos? (9) IGN (0) Não →PULE PARA INSTRUÇÃO ANTERIOR A 137 (1) Sim			Nervos _
AGORA VAMOS FALAR SOBRE ATENDIMENTO MÉDICO. NÃO CONSIDERAR HOSPITALIZAÇÃO, ATENDIMENTO EM PRONTO-SOCORRO E EM CASA.			
204. Desde <TRÊS MESES ATRÁS>, o Sr(a) foi atendido por algum médico? (0) Não (1) Sim → PULE PARA 212 (9) IGN			Med _
205. SE NÃO: Apesar de não ter sido atendido por médico, o Sr(a) precisou deste atendimento desde <TRÊS MESES ATRÁS>? (9) IGN (0) Não→ PULE PARA A INSTRUÇÃO ANTERIOR A 254 (1) Sim			Pqmed _
206. Por qual motivo precisou de atendimento médico? (8) NSA (9) IGN			
Achou que precisava pois se sentia doente	(0) Não (1) Sim		Meddoe2 _
Revisar / acompanhar problema saúde	(0) Não (1) Sim		Medrev2 _
Fazer um check-up	(0) Não (1) Sim		Medchk2 _
Pedir exames	(0) Não (1) Sim		Medexa2 _
Pedir receita	(0) Não (1) Sim		Medrec2 _
Pedir atestado	(0) Não (1) Sim		Medat2 _
Levar resultado de exames	(0) Não (1) Sim		Medres2 _
Fazer consulta de pré-natal	(0) Não (1) Sim		Medpn2 _
Fazer pré-câncer	(0) Não (1) Sim		Medpc2 _
Fazer exame "da próstata" / "de sangue para próstata"/ PSA / Toque retal	(0) Não (1) Sim		Medpsa2 _
Outro	(0) Não (1) Sim		Medout2 _
Qual: _____	(88) NSA (99) IGN		Qmedout2 _
207. SE PRECISOU: O Sr(a) buscou atendimento médico desde <TRÊS MESES ATRÁS>? (9) IGN (0) Não→APLIQUE 210-211 E PULE PARA A INSTRUÇÃO ANTERIOR A 254 (1) Sim→APLIQUE 208, 209 e 210 E PULE PARA A INSTRUÇÃO ANTERIOR A 254			Proatme _
208. SE SIM: Onde buscou o atendimento médico? (8) NSA (9) IGN			
Posto de Saúde	(0) Não (1) Sim		Ubs15 _
Ambulatório do hospital	(0) Não (1) Sim		Amhos15 _
Ambulatório da faculdade	(0) Não (1) Sim		Amfa15 _
Centro de especialidades	(0) Não (1) Sim		Cesp15 _
Sindicato ou empresa / Associação de bairro	(0) Não (1) Sim		Caps15 _
Consultório por Convênio ou Plano de Saúde	(0) Não (1) Sim		Sinba15 _
Consultório particular	(0) Não (1) Sim		Cvpl15 _
CAPS	(0) Não (1) Sim		Medp15 _
Outro	(0) Não (1) Sim		Outg15 _
Qual: _____	(88) NSA (99) IGN		Ondg15 _ _
209. SE BUSCOU ATENDIMENTO MÉDICO: Por qual motivo não foi atendido? (8) NSA (9) IGN			
Não tinha médico	(0) Não (1) Sim		Semed _
Não tinha ficha	(0) Não (1) Sim		Semficha _
Estava fechado no momento que procurei	(0) Não (1) Sim		Fecha _
Não podia pagar	(0) Não (1) Sim		Naopag _
Outro	(0) Não (1) Sim		Outraz _
Qual: _____	(88) NSA (99) IGN		Qmotnat _ _
210. (#) O que aconteceu com o Sr(a) se precisou ser atendido por algum médico e não consultou? (8) NSA (9) IGN (0) Piorou			Medfim _

- (1) Continua como antes
 (2) Melhorou um pouco
 (3) Melhorou bastante
 (4) Curou / resolveu

211. SE NÃO BUSCOU: Por qual motivo não buscou atendimento com médico? (8) NSA (9) IGN

Dificuldade de conseguir ficha ou agendamento pelo SUS	(0) Não	(1) Sim	Difag _
Não tinha médico para atender onde costuma consultar	(0) Não	(1) Sim	Semed2 _
Não tinha como ir marcar a consulta	(0) Não	(1) Sim	Difmarc _
Não podia pagar	(0) Não	(1) Sim	Naopag2 _
Teve medo / não quis	(0) Não	(1) Sim	Medo _
Tinha compromissos com a família ou no trabalho	(0) Não	(1) Sim	Compro _
Porque melhorou	(0) Não	(1) Sim	Melho _
Outro	(0) Não	(1) Sim	Outraz2 _
Qual: _____	(88) NSA	(99) IGN	Qoutraz2 _

212. SE FOI ATENDIDO: Quantas vezes o Sr(a) foi atendido por médico desde <TRÊS MESES ATRÁS> até agora no... (88) NSA (99) IGN (00) nenhuma vez

Posto de Saúde do seu bairro: __ vezes			Ubs1 __
Quantas destas vezes foram no último mês? __			Nubs1 __
Ambulatório do hospital: __ vezes			Ambh1 __
Quantas destas vezes foram no último mês? __			Namh1 __
Ambulatório da faculdade: __ vezes			Ambfa1 __
Quantas destas vezes foram no último mês? __			Nambf1 __
Centro de Especialidades: __ vezes			Cenes1 __
Quantas destas vezes foram no último mês? __			Ncees1 __
Sindicato ou empresa / Associação de bairro: __ vezes			Sindi1 __
Quantas destas vezes foram no último mês? __			Nsindi1 __
Consultório por Convênio ou Plano de Saúde: __ vezes			Conpl1 __
Quantas destas vezes foram no último mês? __			Ncopl1 __
Consultório particular: __ vezes			Conpa1 __
Quantas destas vezes foram no último mês? __			Ncopa1 __
CAPS: __ vezes			Caps1 __
Quantas destas vezes foram no último mês? __			Ncaps1 __
Outro: __ vezes			Outlo1 __
Qual: _____			Qouoc1 __
Quantas destas vezes foram no último mês? __			Xouo1 __

AGORA VAMOS FALAR DA ÚLTIMA VEZ QUE FOI ATENDIDO POR MÉDICO

213. Por qual motivo foi atendido por médico desta última vez? (8) NSA (9) IGN

Achou que precisava pois se sentia doente	(0) Não	(1) Sim	Meddoe2 _
Revisar / acompanhar problema saúde	(0) Não	(1) Sim	Medrev2 _
Fazer um check-up	(0) Não	(1) Sim	Medchk2 _
Pedir exames	(0) Não	(1) Sim	Medexa2 _
Pedir receita	(0) Não	(1) Sim	Medrec2 _
Pedir atestado	(0) Não	(1) Sim	Medat2 _
Levar resultado de exames	(0) Não	(1) Sim	Medres2 _
Fazer consulta de pré-natal	(0) Não	(1) Sim	Medpn2 _
Fazer pré-câncer	(0) Não	(1) Sim	Medpc2 _
Fazer exame "da próstata"/"de sangue para próstata"/PSA /Toque retal	(0) Não	(1) Sim	Medpsa2 _
Outro	(0) Não	(1) Sim	Medout2 _
Qual: _____	(88) NSA	(99) IGN	Qmedout2 _

214. O Sr(a) gastou algum dinheiro no último atendimento médico?	(0) Não→ PULE PARA 216 (1) Sim (8) NSA (9) IGN	Mepdin _
215. SE SIM: Quanto?	R\$ _____ (8888) NSA (9999) IGN	Meqt _ _ _ _
216. O atendimento médico foi por algum convênio, particular ou SUS?	(1) Por algum convênio (2) Particular (3) SUS (8) NSA (9) IGN	Mepag _
217. O Sr(a) foi encaminhado por algum serviço de saúde ou foi por conta própria?	(1) Encaminhado (2) Conta própria→ PULE PARA 219 (8) NSA (9) IGN	Medenc _
218. SE FOI ENCAMINHADO: Quem lhe encaminhou?	(01) Posto de Saúde (02) Ambulatório do hospital (03) Ambulatório da faculdade (04) Centro de especialidades (05) Sindicato ou empresa / Associação de bairro (06) Pronto-Socorro do SUS (07) Pronto atendimento do Convênio ou Plano de Saúde (08) Consultório por Convênio ou Plano de Saúde (09) Consultório particular (10) CAPS (11) Outro Qual: _____ (88) NSA (99) IGN	Medqenc_ _
219. Onde o Sr(a) foi atendido pelo médico nesta última vez?	(88)NSA (99) IGN (01) Posto de Saúde→ PULE PARA 221 (02) Ambulatório do hospital (03) Ambulatório da faculdade (04) Centro de especialidades (05) Sindicato ou empresa / Associação de bairro→ PULE PARA 221 (06) Consultório por Convênio ou Plano de Saúde→ PULE PARA 221 (07) Consultório particular→ PULE PARA 221 (08) CAPS→ PULE PARA 221 (09) Outro Qual: _____ → PULE PARA 221 (88) NSA (99) IGN	Medond2_ _
220. Qual o tipo de ambulatório ou clínica onde o Sr(a) foi atendido pelo médico?	(88) NSA (99) IGN (01) Dermatologia (02) Fisiatria (03) Ginecologia (04) Hemodiálise (05) Imunologia (06) Infectologia (07) Neurologia (08) Oftalmologia (09) Otorrinolaringologia (10) Pré-natal (11) Psiquiatria (12) Puericultura (13) Quimioterapia (14) Radioterapia (15) Gastroenterologia (16) Tratamento da hanseníase (17) Tratamento de HIV / AIDS (18) Tratamento odontológico (19) Tratamento da tuberculose (20) Traumatologia e ortopedia (21) Outro Qual: _____ (88) NSA (99) IGN	Qmeambu _ _
221. O médico que lhe atendeu nesta última consulta foi o mesmo que lhe atendeu anteriormente em algum posto de saúde / SUS?	(8) NSA (9) IGN (0) Não (1) Sim → PULE PARA 223	Mesmeccs _
222. O médico que lhe atendeu nesta última consulta foi o mesmo que lhe atendeu anteriormente pelo convênio / plano de saúde / particular?	(8) NSA (9) IGN (0) Não (1) Sim	Mesmecv _
223. Este médico que lhe atendeu era:	(88) NSA (99) IGN (01) Clínico Geral (02) Cardiologista (03) Dermatologista (10) Pediatra (11) Pneumologista (12) Psiquiatra	Medtip _ _

- (04) Ginecologista (13) Angiologista
 (05) Nefrologista (14) Oncologista (médico de câncer)
 (06) Neurologista (15) Infectologista
 (07) Oftalmologista (16) Gastroenterologista
 (08) Ortopedista (17) Outro
 (09) Otorrinolaringologista Qual: _____ (88) NSA (99) IGN

224. Quanto tempo demorou para conseguir o atendimento médico?

___ dias (000) Atendido no mesmo dia (888) NSA (999) IGN

225. Qual sua opinião sobre o tempo de espera para ser atendido pelo médico?

(8) NSA (9) IGN



(1) Péssimo



(2) Ruim



(3) Regular



(4) Bom



(5) Ótimo

226. Qual sua opinião sobre o atendimento médico que recebeu?

(8) NSA (9) IGN



(1) Péssimo



(2) Ruim



(3) Regular



(4) Bom



(5) Ótimo

227. O local onde foi atendido(a) pelo médico é aqui na cidade? (8) NSA (9) IGN

(0) Não (1) Sim → PULE PARA 230

228. SE NÃO: Qual o nome da cidade onde consultou?

(888) NSA (999) IGN

229. Por que teve que ir para outra cidade?

(88) NSA (99) IGN

- (01) Aqui não tem posto de saúde
 (02) Aqui não tem médico
 (03) Aqui não atendem este tipo de problema
 (04) Aqui não tinha ficha
 (05) Aqui tem que pagar
 (06) Não gosta do atendimento daqui
 (07) Aqui eles não resolvem
 (08) Outro motivo

Qual: _____ (88) NSA (99) IGN

230. Como o Sr(a) foi até o local onde foi atendido pelo médico? (8) NSA (9) IGN

- | | | | |
|-----------------------------------|----------|----------|--------------|
| Caminhando | (0) Não | (1) Sim | Medcam _ |
| De bicicleta | (0) Não | (1) Sim | Medbike _ |
| De carroça | (0) Não | (1) Sim | Medcarça _ |
| De ônibus / lotação / Van / Kombi | (0) Não | (1) Sim | Medbus _ |
| De ambulância/ SAMU | (0) Não | (1) Sim | Medambu _ |
| De carro particular | (0) Não | (1) Sim | Medcar _ |
| De táxi | (0) Não | (1) Sim | Medtaxi _ |
| De moto | (0) Não | (1) Sim | Medmoto _ |
| De barco | (0) Não | (1) Sim | Medbarco _ |
| De avião | (0) Não | (1) Sim | Medaviao _ |
| Outro | (0) Não | (1) Sim | Medoutr _ |
| Qual: _____ | (88) NSA | (99) IGN | Qmedoutr _ _ |

231. Foi necessário gastar algum dinheiro em transporte para ir consultar com o médico? (9) IGN

(0) Não → PULE PARA 233 (1) Sim

232. SE SIM: Quem pagou para o Sr(a) ir consultar com o médico?

(8) NSA (9) IGN

Eu mesmo

(0) Não (1) Sim

Mepropia _

Prefeitura	(0) Não (1) Sim	Meprefet _
Comunidade / associação de moradores	(0) Não (1) Sim	Mepcomu _
Políticos	(0) Não (1) Sim	Mepolitc _
Igreja	(0) Não (1) Sim	Mepigrej _
Parentes, vizinhos ou amigos	(0) Não (1) Sim	Mepamigo _
233. Quanto tempo levou para chegar até o consultório médico para ser atendido?		Mechtp _ _
__ hora(s) e __ minutos	(88 / 88) NSA (99 / 99) IGN	Mecmtp _ _
234. (#) Ao sair do atendimento médico o Sr(a) considera que seu problema:		Meresv _
(0) Piorou	(8) NSA (9) IGN	
(1) Continua como antes		
(2) Melhorou um pouco		
(3) Melhorou bastante		
(4) Curou / resolveu		
235. O Sr(a) recebeu alguma explicação sobre o motivo que fez o Sr(a) procurar o atendimento com o médico?	(8) NSA (9) IGN	Meexp _
(0) Não (1) Sim		
236. O Sr(a) saiu do atendimento médico com alguma receita de remédio(s)?		Reme _
(0) Não → PULE PARA 240 (1) Sim	(8) NSA (9) IGN	
237. O Sr(a) conseguiu todos o(s) remédio(s) pelo SUS?	(8) NSA (9) IGN	Remesus _
(0) Não (1) Sim → PULE PARA 240		
238. SE NÃO: O Sr(a) comprou algum remédio?	(8) NSA (9) IGN	Mecomre _
(0) Não → PULE PARA 240 (1) Algum (2) Todos		
239. SE COMPROU ALGUM OU TODOS: Quanto gastou?		Mega _ _ _ _
R\$ _ _ _ _	(8888) NSA (9999) IGN	
240. Após este atendimento médico, o Sr(a) se tratou de alguma outra forma além do que o médico lhe receitou nesta consulta?	(8) NSA (9) IGN	Outrat3 _
(0) Não → PULE PARA 242 (1) Sim		
241. SE SIM: O que fez?	(8) NSA (9) IGN	Cha3 _
Tomou algum chá	(0) Não (1) Sim	Benzer3 _
Mandou benzer	(0) Não (1) Sim	Apoirel3 _
Buscou apoio na religião	(0) Não (1) Sim	Curande3 _
Buscou curandeiro	(0) Não (1) Sim	Reiki3 _
Reiki	(0) Não (1) Sim	Acup3 _
Acupuntura	(0) Não (1) Sim	Masg3 _
Massagem	(0) Não (1) Sim	Homeo3 _
Homeopatia	(0) Não (1) Sim	Flor3 _
Florais	(0) Não (1) Sim	Routro3 _
Outro	(0) Não (1) Sim	Qroutro3 _ _
Qual: _____	(88) NSA (99) IGN	
242. O Sr(a) saiu do atendimento com o médico com pedido de algum exame?		Exame _
(0) Não → PULE PARA 249 (1) Sim	(8) NSA (9) IGN	
243. SE SIM: Agora vou lhe dizer uma lista de exames e gostaria que o Sr(a) me dissesse quais foram solicitados nesta última consulta:	(8) NSA (9) IGN	
Exame de sangue	(0) Não (1) Sim	Sangue _
Exame de urina	(0) Não (1) Sim	Urina _
Exame de fezes	(0) Não (1) Sim	Fezes _
Raio X de dentes	(0) Não (1) Sim	Rxdent _
Outros tipos de Raio X	(0) Não (1) Sim	Rxgeral _
Ultrassom	(0) Não (1) Sim	Ultras _
Eletrocardiograma	(0) Não (1) Sim	Ecg _
Eletroencefalograma	(0) Não (1) Sim	Eeg _
Tomografia	(0) Não (1) Sim	Tomo _
Biópsia	(0) Não (1) Sim	Biopsia _
Ressonância	(0) Não (1) Sim	Ressona _

Mamografia	(0) Não	(1) Sim	Mamogr _
Outro	(0) Não	(1) Sim	Exaout _
Qual: _____	(88) NSA	(99) IGN	Exaout __
Total de exames: __	(88) NSA	(99) IGN	Totexa __
244. SE FOI SOLICITADO ALGUM EXAME: Quantos exames o Sr(a) fez?			Fezexa __
__ exames (00) nenhum	(88) NSA	(99) IGN	
245. Se deixou de fazer algum do(s) exame(s) solicitado(s), qual(is) o(s) motivo(s)?	(8) NSA	(9) IGN	
Agendou, mas ainda não realizou	(0) Não	(1) Sim	Agend _
Não conseguiu pelo SUS e não podia pagar	(0) Não	(1) Sim	Susnao _
Não achou que precisava	(0) Não	(1) Sim	Naopre _
Não quis	(0) Não	(1) Sim	Naoquis _
Não tinha como ir marcar/ fazer	(0) Não	(1) Sim	Naopode _
Não tinha na cidade	(0) Não	(1) Sim	Naocida _
Outro	(0) Não	(1) Sim	Outmoti _
Qual: _____	(88) NSA	(99) IGN	Qoutmot __
246. O Sr(a) gastou algum dinheiro para fazer o(s) exame(s)?	(8) NSA	(9) IGN	Expdin _
(0) Não → PULE PARA 248	(1) Sim		
247. SE SIM: Quanto?	(8888) NSA	(9999) IGN	Expqg _ _ _ _
R\$ _ _ _ _			
248. O(s) exame(s) que o Sr(a) fez foi(ram) por algum convênio, particular ou SUS?	(8) NSA	(9) IGN	
Por algum convênio	(0) Não	(1) Sim	Exconv _
Particular	(0) Não	(1) Sim	Expart _
SUS	(0) Não	(1) Sim	Exsus _
249. O Sr(a) saiu desta consulta encaminhado para atendimento em outro local?			Moutlo _
(0) Não → PULE PARA INSTRUÇÃO ANTERIOR A 254	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN
250. SE SIM: Para onde foi encaminhado?	(8) NSA	(9) IGN	
Posto de Saúde	(0) Não	(1) Sim	Ubs15 _
Ambulatório do hospital	(0) Não	(1) Sim	Ambhs15 _
Ambulatório da Faculdade	(0) Não	(1) Sim	Ambfa15 _
Centro de especialidades	(0) Não	(1) Sim	Cesp15 _
Sindicato ou empresa / Associação de bairro	(0) Não	(1) Sim	Sindi15 _
Consultório por Convênio ou Plano de Saúde	(0) Não	(1) Sim	Conpla15 _
Consultório particular	(0) Não	(1) Sim	Conpoa15 _
CAPS	(0) Não	(1) Sim	Caps15 _
Outro	(0) Não	(1) Sim	Outlo15 _
Qual: _____	(88) NSA	(99) IGN	Qoutlo15 __
251. SE SIM: Para que tipo de atendimento foi encaminhado?	(8) NSA	(9) IGN	
De atendimento médico clínico geral	(0) Não	(1) Sim	Clin1 _
De atendimento médico especialista	(0) Não	(1) Sim	Espec1 _
De atendimento médico, mas não sabe qual especialidade	(0) Não	(1) Sim	Med1 _
De odontologia	(0) Não	(1) Sim	Odon1 _
De enfermagem	(0) Não	(1) Sim	Enf1 _
De fisioterapia	(0) Não	(1) Sim	Fisio1 _
De psicologia	(0) Não	(1) Sim	Psico1 _
De nutrição	(0) Não	(1) Sim	Nut1 _
De educação física	(0) Não	(1) Sim	Fisica1 _
De acupuntura	(0) Não	(1) Sim	Acup1 _
De fonoaudiologia	(0) Não	(1) Sim	Fono1 _
De serviço social	(0) Não	(1) Sim	Asoc1 _
De terapia ocupacional	(0) Não	(1) Sim	Terap1 _
Outro	(0) Não	(1) Sim	Outat1 _
Qual: _____	(88) NSA	(99) IGN	Qoutat1 __

252. O Sr(a) deixou de ter algum atendimento do(s) encaminhamento(s) feitos pelo médico?	(0) Não → PULE PARA INSTRUÇÃO ANTERIOR A 254	(1) Sim	(9) IGN	Meatenc _
253. Por que o Sr(a) não teve algum atendimento do(s) encaminhamentos feitos pelo médico?		(8) NSA	(9) IGN	
Agendou, mas ainda não foi atendido	(0) Não	(1) Sim		Agnfa2 _
Não conseguiu pelo SUS e não podia pagar	(0) Não	(1) Sim		Susna2 _
Não achou que precisava	(0) Não	(1) Sim		Napre2 _
Não quis	(0) Não	(1) Sim		Naoqis2 _
Não tinha como ir marcar/ fazer	(0) Não	(1) Sim		Naopod2 _
Não tinha na cidade	(0) Não	(1) Sim		Naocid2 _
Outro	(0) Não	(1) Sim		Outmo2 _
Qual: _____	(88) NSA	(99) IGN		Qoutmo2 _
AGORA VOU LHE PESAR, MEDIR E VER DE NOVO A SUA PRESSÃO				
317. Medidas da pressão:				
Sistólica 2: ____				Sist2 ____
Diastólica 2: ____				Diast2 ____
318. Peso:				
Medida 1: ____ kg _ gr				
Medida 2: ____ kg _ gr				
Peso da Roupa (ver tabela): _____ gr				Pesm _____
Média: ____ kg _ Gr				
319. Altura:				
Medida 1: ____ cm				
Medida 2: ____ cm				
Média: ____ cm				Altum ____
320. Circunferência Abdominal:				
Medida 1: ____ cm				
Medida 2: ____ cm				
Média: ____ cm				Circum ____
321. O QUESTIONÁRIO FOI RESPONDIDO:				
(1) Todo pelo entrevistado → ENCERRE O QUESTIONÁRIO				
(2) Todo pelo(a) entrevistado, com ajuda				
(3) Algumas respostas foram dadas por outra pessoa				Auxire _
(4) Maior parte das respostas foi dada por outra pessoa				
(5) Todas as respostas foram dadas por outra pessoa				
322. POR QUAL MOTIVO RECEBEU AUXÍLIO?			(8) NSA	
Problema mental	(0) Não	(1) Sim		Pment _
Problemas neurológicos	(0) Não	(1) Sim		Pneuro _
Demência	(0) Não	(1) Sim		Deme _
Alcoolizado	(0) Não	(1) Sim		Alcool _
Surdos/ mudos	(0) Não	(1) Sim		Surd _
Impossibilidade de responder após três tentativas	(0) Não	(1) Sim		Trest _
Devido à hospitalização	(0) Não	(1) Sim		Hospi _
Viagem	(0) Não	(1) Sim		Viagem _
Incapacidade física mental ou física grave	(0) Não	(1) Sim		Incgra _
OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!!!				

Anexo 2 – Manual de instruções das questões a serem utilizadas no presente projeto



Universidade Federal de Pelotas
Departamento de Medicina Social
Centro de Pesquisas Epidemiológicas



**MANUAL DE INSTRUÇÕES
ADULTOS**

SUMÁRIO

	Página
1. Definições para serviços de saúde / locais para recebimento de orientações	3
2. Identificação	4
3. Promoção de saúde e cuidados preventivos	
a. Orientações para manter o peso ideal, comer com pouco sal, comer pouco doce ou açúcar, comer pouca gordura e fritura;	5
b. Atividade física no lazer	8
c. Atividade física em deslocamentos	11
d. Hábito de fumar;	13
e. Saúde bucal;	15
f. Doenças sexualmente transmissíveis (DST)	16
g. Exames preventivos	17
4. Problemas de saúde	
a. Falta de ar ou dificuldade para respirar, febre, dor muito forte e perda súbita de consciência	19
b. Excesso de peso	22
c. Pressão alta	24
d. Diabetes	26
e. Problemas de nervos	28
5. Acesso e utilização de serviços de saúde	
a. Hospitalização	30
b. Atendimento em Pronto-Socorro	35
c. Atendimento por médico	41
d. Atendimento por outro profissional de saúde	50
e. Atendimento de saúde em casa	57
6. Medidas	
a. Pressão arterial	64
b. Peso	65
c. Altura	66
d. Circunferência abdominal	66
7. Anexos	
a. Tabela de pesos de roupas	67

DEFINIÇÕES PARA SERVIÇOS DE SAÚDE / LOCAIS PARA RECEBIMENTO DE ORIENTAÇÕES

Posto de Saúde: qualquer Unidade Básica de Saúde ou Posto de Saúde.

Ambulatório da faculdade: ambulatório localizado em instituição de ensino superior (faculdade) fora do ambiente hospitalar.

Ambulatório do hospital: ambulatório ou conjunto de consultórios, de uma ou mais especialidades, que funciona dentro de um hospital e realiza atendimento de usuários não hospitalizados, incluindo atividades típicas de postos ou centros de saúde. Exemplo: ambulatório de mastologia do Hospital Escola da Fundação de Apoio Universitário de Pelotas (FAU).

Centro de especialidades: serviço de saúde de nível secundário, ambulatorial, localizado em instituição de ensino ou não, fora do ambiente hospitalar, atendendo especificamente especialidades da área de saúde. Exemplos: Centro de Especialidades da Secretaria Municipal de Saúde, Hemocentro e Centro de Referência de Saúde do Trabalhador.

Sindicato ou empresa / Associação de bairro: serviço disponibilizado por empresa ou sindicato da categoria profissional ou associação de moradores. Estabelecimento que tem como atividade básica prestar assistência médica aos empregados da empresa e seus dependentes, ou aos empregados ou associados do sindicato e seus dependentes.

Consultório por Convênio ou Plano de saúde: consultório particular ou não cujo atendimento é realizado por algum plano ou convênio de saúde (Unimed, Pias, Saúde Maior, etc.). Este item inclui os pronto-atendimentos dos convênios; estabelecimento que se caracteriza por ter um conjunto de consultórios médicos, de uma ou várias especialidades, destinado a prestar assistência médica de caráter predominantemente curativo e pela ausência de regime de internação. Além do atendimento ambulatorial, pode, ainda, desenvolver intervenções cirúrgicas que não demandem internação e exames complementares.

Consultório particular: consultório particular cujo atendimento é pago diretamente pelo usuário ao profissional sem envolvimento de convênio ou plano de saúde.

Em casa: domicílio do entrevistado.

Programa de televisão / rádio: algum programa, campanha ou propaganda de televisão ou rádio.

Na escola: estabelecimento escolar. No caso de orientações, considerar aquelas recebidas através de aulas, palestras, encontros, eventos realizados no ambiente escolar.

Na fisioterapia: clínicas ou ambulatórios onde são prestados atendimentos em fisioterapia.

Na rua: considerar via pública de qualquer espécie. No caso de orientações, considerar panfletos e outros materiais recebidos em ruas, parques, praças, etc.

No trabalho: refere-se a estabelecimento ou instituição onde o entrevistado exerce atividade remunerada.

No clube: refere-se a estabelecimento ou instituição que se destina à promoção de atividades de lazer.

Outro: local não contemplado nas alternativas acima. Informar por extenso (teclado do PDA) qual o outro local citado pelo(a) entrevistado(a).

IDENTIFICAÇÃO

4. Qual é a sua idade? _ _ _ (anos completos)

Registrar a idade em anos completos, informada pela pessoa, utilizando o teclado do PDA.

5. (!) Sexo: (1) Masculino (2) Feminino

O(a) entrevistador(a) deve registrar o sexo do(a) entrevistado(a) com base em sua observação.

6. Qual a sua cor: (9) IGN

- (1) Branca (branco, clara, pele clara)
- (2) Amarela (orientais)
- (3) Parda (pardo, pardo claro)
- (4) Morena (moreno, moreno claro, moreno escuro, moreno jambo)
- (5) Indígena
- (6) Mulata (mulato, mulato claro, mulato escuro)
- (7) Mestiça (mestiço, miscigenado, caboclo, misto, mameluco, híbrido)
- (8) Preta (preto, pele escura, negro, africano)

Perguntar exatamente como está escrito e deixar a pessoa responder. Assinalar o que for dito, sem questionamentos. O que nos interessa é a cor ou raça **como definido pelo respondente**, e não na avaliação do(a) entrevistador(a), de forma a manter a compatibilidade com o IBGE. Se a pessoa usar um termo que deixe dúvida, leia as alternativas disponíveis e peça para que a pessoa escolha uma delas.

7. O(A) Sr(a) sabe ler e escrever?

(0) Não → PULE PARA 9 (1) Sim (9) IGN

Se "Não" (0), pular para a pergunta 9.

8. Até que série o(a) Sr(a) completou na escola? (8 / 8) NSA (9 / 9) IGN

_ série do _ grau (0 / 0) = sabe ler e escrever e não completou série na escola)

Registrar a última série ou ano concluído com aprovação, e em seguida o grau. Caso o(a) entrevistado(a) não tenha completado nenhum ano na escola, preencher ambos os espaços com "0", como segue: **0** série do **0** grau.

Cursos preparatórios (pré-vestibular) não serão considerados. Levar em conta as seguintes equivalências dos diferentes nomes que os cursos receberam durante os últimos anos.

Denominações	Série referida	Grau	Série codificada
Primeiro grau ou ensino fundamental	1-8	1 ^o	1-8
Primário	1-5		1-5
Ginásio	1-3		6-8
Segundo grau ou ensino médio	1-3	2 ^o	1-3
Colegial	1-3		1-3
Científico	1-3		1-3
Clássico	1-3		1-3
Normal	1-3		1-3
Ensino técnico profissionalizante	1-2		4-5
Cursos universitários	1 ou mais	3 ^o	1-6
Pós-graduação	1 ou mais	4 ^o	1-4

9. Atualmente, o Sr(a) vive com companheiro(a)?	(9) IGN
(0) Não (1) Sim	

Queremos saber se, atualmente, a pessoa tem um(a) companheiro(a) vivendo junto, independente do estado civil.

10. Qual seu estado civil atual?	(9) IGN
(1) Solteiro	
(2) Casado	
(3) Separado / divorciado	
(4) Viúvo(a)	

Aqui queremos saber a situação do estado civil atual, independente se tem companheiro(a) ou não.

AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE ATIVIDADES FÍSICAS E PRIMEIRO EU GOSTARIA QUE O SR(A) PENSASSE APENAS NAS ATIVIDADES QUE FAZ NO SEU TEMPO LIVRE (LAZER).

<p>- PARA RESPONDER ESSAS PERGUNTAS O(A) ENTREVISTADO(A) DEVE SABER QUE:</p> <p>- ATIVIDADES FÍSICAS FORTES SÃO AQUELAS QUE EXIGEM GRANDE ESFORÇO FÍSICO E QUE FAZEM RESPIRAR MUITO MAIS RÁPIDO QUE O NORMAL.</p> <p>- ATIVIDADES FÍSICAS MÉDIAS SÃO AQUELAS QUE EXIGEM ESFORÇO FÍSICO MÉDIO E QUE FAZEM RESPIRAR UM POUCO MAIS RÁPIDO QUE O NORMAL.</p> <p>- EM TODAS AS PERGUNTAS SOBRE ATIVIDADE FÍSICA, CONSIDERAR SOMENTE AQUELAS QUE DURAM PELO MENOS 10 MINUTOS SEGUIDOS.</p>
--

<p>27. Nos últimos sete dias, quantos dias o Sr(a) fez caminhadas no seu tempo livre?</p> <p>(9) IGN</p> <p>(0) Nenhum → PULE PARA 29</p> <p>(1) 1 dia</p> <p>(2) 2 dias</p> <p>(3) 3 dias</p> <p>(4) 4 dias</p> <p>(5) 5 dias</p> <p>(6) 6 dias</p> <p>(7) 7 dias</p>

A pergunta se refere aos últimos sete dias, ou seja, se a entrevista estiver sendo realizada numa quarta-feira, o período é desde quarta-feira da semana passada. Queremos saber em quantos dias, destes últimos sete, o(a) entrevistado(a) caminhou pelo menos 10 minutos seguidos no seu tempo livre, sem contar caminhadas para ou no trabalho, nem em casa, em atividades domésticas.

As caminhadas que durem menos de 10 minutos não devem ser consideradas. Se o(a) entrevistado(a) ficar em dúvida quanto ao número de dias que ele realizou caminhadas, considere o menor número referido. Por exemplo: Se o(a) entrevistado(a) disser “Talvez três ou quatro dias”, considere como resposta três dias.

28. SE CAMINHOU: Nos dias em que o Sr(a) fez essas caminhadas, quanto tempo no

total elas duraram por dia? __ __ __ minutos por dia	(888) NSA	(999) IGN
--	-----------	-----------

Nesta pergunta queremos saber o tempo que o indivíduo gastou para realizar as caminhadas nos dias citados anteriormente. Se o(a) entrevistado(a) responder “em média faço 30 minutos” considere, o tempo de 30 minutos. Se o(a) entrevistado(a) responder: “Caminho uns 30 ou 40 minutos”, considere o menor tempo referido. Se o(a) entrevistado(a) relatar que caminhou por 20 minutos na quarta-feira e 40 minutos no sábado, você deverá fazer uma média: somando o tempo gasto com caminhada em cada dia, dividindo pelo número de dias que o indivíduo caminhou $(20+40)/2 = 30$ minutos. Caso o(a) entrevistado(a) não consiga responder essa questão codifique com 999.

29. Nos últimos sete dias, quantos dias por semana o Sr(a) fez atividades físicas FORTES no seu tempo livre? Por ex.: correr, fazer ginástica de academia, pedalar em ritmo rápido, praticar esportes competitivos, etc.	(9) IGN
---	---------

(0) Nenhum → PULE PARA 31

- (1) 1 dia
- (2) 2 dias
- (3) 3 dias
- (4) 4 dias
- (5) 5 dias
- (6) 6 dias
- (7) 7 dias

A codificação deverá ser feita de acordo com o número de dias que o(a) entrevistado(a) fez atividades físicas FORTES por mais de 10 minutos seguidos. O valor 0 deverá ser utilizado quando a resposta for “nenhum dia”. Caso o(a) entrevistado(a) não saiba responder, codifique com 9.

Se o(a) entrevistado(a) perguntar: “O que são atividades fortes?”, leia novamente a pergunta, lembrando que atividades físicas FORTES são aquelas que precisam de um grande esforço físico que fazem respirar MUITO mais forte que o normal. Se o(a) entrevistado(a) ficar em dúvida quanto ao número de dias que ele realizou atividades fortes, considere o menor número referido.

30. SE FEZ ATIVIDADES FÍSICAS FORTES: Nos dias em que o Sr(a) fez essas atividades, quanto tempo no total elas duraram por dia? __ __ __ minutos por dia	(888) NSA	(999) IGN
--	-----------	-----------

Nesta pergunta queremos saber o tempo que o indivíduo gastou para realizar atividades FORTES nos dias citados anteriormente. Se o(a) entrevistado(a) responder “em média faço 30 minutos” considere, o tempo de 30 minutos. Se o(a) entrevistado(a) responder que faz atividades fortes “uns 30 ou 40 minutos”, considere o menor tempo referido. Se o(a) entrevistado(a) relatar que faz atividades fortes por 20 minutos na quarta-feira e 40 minutos no sábado, você deverá fazer uma média: somando o tempo gasto com atividades fortes em cada dia, dividindo pelo número de dias que o indivíduo fez atividades fortes $(20+40)/2 = 30$ minutos. Caso o(a) entrevistado(a) não consiga responder essa questão codifique com 999.

31. Nos últimos sete dias, quantos dias por semana o Sr(a) fez atividades físicas MÉDIAS fora as caminhadas no seu tempo livre? Por ex.: nadar ou pedalar em ritmo médio, praticar esportes por diversão, etc.	(9) IGN
---	---------

(0) Nenhum → PULE PARA ORIENTAÇÃO ANTERIOR A 33

- (1) 1 dia
- (2) 2 dias
- (3) 3 dias
- (4) 4 dias
- (5) 5 dias
- (6) 6 dias
- (7) 7 dias

A codificação deverá ser feita de acordo com o número de dias que o(a) entrevistado(a) fez atividades físicas médias por mais de 10 minutos seguidos. O valor 0 deverá ser utilizado quando a resposta for “nenhum dia”. Caso o(a) entrevistado(a) não saiba responder, codifique com o valor 9.

Se o(a) entrevistado(a) perguntar: “O que são atividades médias?”, leia novamente a pergunta, lembrando que atividades físicas MÉDIAS são aquelas que precisam de algum esforço físico que fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal. Se o(a) entrevistado(a) ficar em dúvida quanto ao número de dias que ele realizou atividades médias, considere o menor número referido.

32. SE FEZ ATIVIDADES FÍSICAS MÉDIAS: Nos dias em que o Sr(a) fez essas atividades, quanto tempo no total elas duraram por dia? (888) NSA (999) IGN
 ___ ___ minutos

Nesta pergunta queremos saber o tempo que o indivíduo gastou para realizar atividades MÉDIAS nos dias citados anteriormente. Se o(a) entrevistado(a) responder “em média faço 30 minutos” considere, o tempo de 30 minutos. Se o(a) entrevistado(a) responder que faz atividades médias “uns 30 ou 40 minutos”, considere o menor tempo referido. Se o(a) entrevistado(a) relatar que faz atividades médias por 20 minutos na quarta-feira e 40 minutos no sábado, você deverá fazer uma média: somando o tempo gasto com atividades médias em cada dia, dividindo pelo número de dias que o indivíduo fez atividades médias $(20+40)/2 = 30$ minutos. Caso o(a) entrevistado(a) não consiga responder essa questão codifique com 999.

AGORA EU GOSTARIA QUE O SR(A) PENSASSE COMO SE DESLOCA DE UM LUGAR AO OUTRO QUANDO ESTE DESLOCAMENTO DURA PELO MENOS 10 MINUTOS SEGUIDOS. PODE SER A IDA E VINDA DO TRABALHO OU QUANDO OS SR(A) VAI FAZER COMPRAS, VISITAR A AMIGOS, IR AO MERCADO E ETC.

33. Nos últimos sete dias, quantos dias por semana o Sr(a) usou bicicleta para ir de um lugar a outro? (9) IGN

- (0) Nenhum → PULE PARA 35
- (1) 1 dia
- (2) 2 dias
- (3) 3 dias
- (4) 4 dias
- (5) 5 dias
- (6) 6 dias
- (7) 7 dias

A codificação deverá ser feita de acordo com o número de dias que o(a) entrevistado(a) pedalou por mais de 10 minutos seguidos. O valor 0 deverá ser utilizado quando a resposta for “nenhum dia”. Caso o(a) entrevistado(a) não saiba responder, codifique com o valor 9. Se o(a) entrevistado(a) ficar em dúvida quanto ao número de dias que ele pedalou mais de 10 minutos seguidos, considere o menor número referido.

34. SE USOU BICICLETA: Nesses dias, quanto tempo no total o Sr(a) pedalou por dia? (888) NSA (999) IGN

__ __ __ minutos

Nesta pergunta queremos saber o tempo que o indivíduo gastou para pedalar nos dias citados anteriormente. Se o(a) entrevistado(a) responder “em média pedalo 30 minutos” considere, o tempo de 30 minutos. Se o(a) entrevistado(a) responder que pedalou “uns 30 ou 40 minutos”, considere o menor tempo referido. Se o(a) entrevistado(a) relatar que pedalou por 20 minutos na quarta-feira e 40 minutos no sábado, você deverá fazer uma média: somando o tempo gasto com pedaladas em cada dia, dividindo pelo número de dias que o indivíduo pedalou $(20+40)/2 = 30$ minutos. Caso o(a) entrevistado(a) não consiga responder essa questão codifique com 999.

35. Nos últimos sete dias, quantos dias por semana o Sr(a) caminhou para ir de um lugar a outro? (9) IGN

(0) Nenhum → PULE PARA 37

- (1) 1 dia
- (2) 2 dias
- (3) 3 dias
- (4) 4 dias
- (5) 5 dias
- (6) 6 dias
- (7) 7 dias

A diferença desta pergunta para a de número x é que aqui interessa o número de dias em que fez caminhadas para deslocamentos e na anterior era caminhadas no tempo livre. A codificação deverá ser feita de acordo com o número de dias que o(a) entrevistado(a) caminhou por mais de 10 minutos seguidos. O valor 0 deverá ser utilizado quando a resposta for “nenhum dia”. Caso o(a) entrevistado(a) não saiba responder, codifique com o valor 9. Se o(a) entrevistado(a) ficar em dúvida quanto ao número de dias que ele caminhou mais de 10 minutos seguidos, considere o menor número referido.

36. SE CAMINHOU: Nesses dias, quanto tempo no total o Sr(a) caminhou por dia?

__ __ __ minutos (888) NSA (999) IGN

Nesta pergunta queremos saber o tempo que o indivíduo gastou para caminhar nos dias citados anteriormente. Se o(a) entrevistado(a) responder “em média caminho 30 minutos” considere, o tempo de 30 minutos. Se o(a) entrevistado(a) responder que caminha “uns 30 ou 40 minutos”, considere o menor tempo referido. Se o(a) entrevistado(a) relatar que caminha por 20 minutos na quarta-feira e 40 minutos no sábado, você deverá fazer uma média: somando o tempo gasto com caminhadas em cada dia, dividindo pelo número de dias que o indivíduo caminhou $(20+40)/2 = 30$ minutos. Caso o(a) entrevistado(a) não consiga responder essa questão codifique com 999.

AGORA VAMOS FALAR SOBRE O HÁBITO DE FUMAR

42. O Sr.(a) é ou já foi fumante?

(9) IGN

- (0) Não, nunca fumou
- (1) Já fumou, mas parou de fumar
- (2) Sim, fuma

Registrar conforme a resposta do(a) entrevistado(a). É considerada fumante a pessoa que, nos últimos 30 dias, fumou pelo menos um cigarro por dia. Em dúvida, considerar a opinião do(a) entrevistado(a).

AGORA VAMOS FALAR SOBRE ALGUNS PROBLEMAS DE SAÚDE

73. O Sr(a) sentiu falta de ar ou dificuldade para respirar desde <TRÊS MESES ATRÁS>?

(0) Não→PULE PARA 78 (1) Sim (9) IGN

As duas expressões: “falta de ar” e “dificuldade de respirar” aqui são consideradas como sinônimos. Se o(a) entrevistado(a) referir algum outro problema respiratório, como asma ou bronquite, mas não referir este sintoma nos últimos três meses, considerar “não”. Substituir expressão <TRÊS MESES ATRÁS> pela data correspondente aos 90 dias antes da entrevista. Por exemplo, se a entrevista estiver for realizada em 10 de agosto, o enunciado correto será: O sr(a) sentiu falta de ar ou dificuldade de respirar desde 10 de maio até agora?

74. SE SIM: Quantas vezes: (88) NSA (99) IGN

__ vezes

Perguntar quantas vezes nestes últimos três meses ele(a) sentiu falta de ar ou dificuldade de respirar.

75. O Sr(a) necessitou atendimento médico por falta de ar ou dificuldade para respirar nesta última vez? (8) NSA (9) IGN

(0) Não→PULE PARA 78 (1) Sim

Esta pergunta se refere à percepção do(a) entrevistado(a) sobre a necessidade de atendimento médico para falta de ar ou dificuldade de respirar na última vez que isso aconteceu, independente de ter buscado algum atendimento médico ou não. Se ele(a) só teve uma vez, a pergunta se refere a esta vez. Se necessário, enfatize que é atendimento de médicos e não de outros profissionais ou outras pessoas.

76. SE SIM: Nesta última vez, o Sr(a) recebeu atendimento médico por falta de ar ou dificuldade para respirar? (8) NSA (9) IGN

(0) Não→PULE PARA 78 (1) Sim

Esta pergunta se refere ao recebimento, de fato, de atendimento médico por causa da falta de ar ou da dificuldade de respirar na última vez que precisou.

77. SE SIM: Onde Sr(a) recebeu atendimento médico por falta de ar ou dificuldade para respirar nesta última vez? (88) NSA (99) IGN (00) nenhuma vez

Posto de Saúde: __ vezes

Ambulatório do hospital: __ vezes

Ambulatório da faculdade: __ vezes

Centro de especialidades: __ vezes

Sindicato ou empresa / Associação de bairro: __ vezes

Consultório por Convênio ou Plano de Saúde: __ vezes

Consultório particular: __ vezes

Pronto-socorro do SUS: __ vezes

Pronto-atendimento particular / convênio: __ vezes

Outro: __ vezes

Qual: _____ (88) NSA (99) IGN

Ler todas as alternativas de resposta, uma a uma, e perguntar o número de vezes em cada local. Considerar, em caso de dúvida, as definições para serviços de saúde. Se responder "SIM" para outro local, informar por extenso (teclado do PDA) qual o outro local citado pelo(a) entrevistado(a).

78. O Sr(a) teve febre desde <TRÊS MESES ATRÁS>? (9) IGN
(0) Não→PULE PARA 83 (1) Sim

Considerar a resposta do(a) entrevistado(a), independente se foi febre alta ou não. Se o(a) entrevistado(a) não tiver certeza se teve febre ou não, considerar "não". A pergunta é sobre febre, independente do que possa ter causado essa febre. Substituir expressão <TRÊS MESES ATRÁS> pela data correspondente aos 90 dias antes da entrevista. Por exemplo, se a entrevista estiver for realizada em 10 de agosto, o enunciado correto será: O sr(a) teve febre desde 10 de maio até agora?

79. SE SIM: Quantas vezes: (88) NSA (99) IGN
__ vezes

Perguntar quantas vezes nestes últimos três meses ele(a) teve febre.

80. O Sr(a) necessitou atendimento médico por febre nesta última vez?
(0) Não→PULE PARA 83 (1) Sim (8) NSA (9) IGN

Esta pergunta se refere à percepção do(a) entrevistado(a) sobre a necessidade de atendimento médico por causa da febre na última vez que teve febre, independente de ter buscado algum atendimento médico ou não. Se ele(a) só teve uma vez, a pergunta se refere a esta vez. Se necessário, enfatize que é atendimento de médicos e não de outros profissionais ou outras pessoas.

81. SE SIM: Nesta última vez, o Sr(a) recebeu atendimento médico por febre?
(0) Não→PULE PARA 83 (1) Sim (8) NSA (9) IGN

Esta pergunta se refere ao recebimento, de fato, de atendimento médico por causa da febre na última vez que precisou.

82. SE SIM: Onde Sr(a) recebeu atendimento médico por febre nesta última vez?
(88) NSA (99) IGN (00) nenhuma vez

Posto de Saúde: __ vezes

Ambulatório do hospital: __ vezes

Ambulatório da faculdade: __ vezes

Centro de especialidades: __ vezes

Sindicato ou empresa / Associação de bairro: __ vezes

Consultório por Convênio ou Plano de Saúde: __ vezes

Consultório particular: __ vezes

Pronto-socorro do SUS: __ vezes

Pronto-atendimento particular / convênio: __ vezes

Outro: __ vezes

Qual: _____ (88) NSA (99) IGN

Ler todas as alternativas de resposta, uma a uma, e perguntar o número de vezes em cada local. Considerar, em caso de dúvida, as definições para serviços de saúde. Se responder "SIM" para outro local, informar por extenso (teclado do PDA) qual o outro local citado pelo(a) entrevistado(a).

83. O Sr(a) sentiu dor muito forte desde <TRÊS MESES ATRÁS>? (9) IGN
(0) Não (1) Sim

Independente do local ou das causas da dor, queremos saber se, de acordo com a percepção do entrevistado, ele(a) sentiu dor muito forte no período dos últimos 90 dias.

84. SE SIM: Quantas vezes: (88) NSA (99) IGN
__ vezes

Perguntar quantas vezes nestes últimos três meses ele(a) sentiu dor muito forte.

85. O Sr(a) necessitou atendimento médico por dor muito forte nesta última vez?
(0) Não → PULE PARA 88 (1) Sim (8) NSA (9) IGN

Esta pergunta se refere à percepção do(a) entrevistado(a) sobre a necessidade de atendimento médico para dor muito forte na última vez que isso aconteceu, independente de ter buscado algum atendimento médico ou não. Se ele(a) só teve uma vez, a pergunta se refere a esta vez. Se necessário, enfatize que é atendimento de médicos e não de outros profissionais ou outras pessoas.

86. SE SIM: Nesta última vez, o Sr(a) recebeu atendimento médico por dor muito forte ? (8) NSA (9) IGN
(0) Não → PULE PARA 88 (1) Sim

Esta pergunta se refere ao recebimento, de fato, de atendimento médico por causa de dor muito forte na última vez que precisou.

87. SE SIM: Onde Sr(a) recebeu atendimento médico por dor muito forte nesta última vez? (88) NSA (99) IGN (00) nenhuma vez

Posto de Saúde: __ vezes

Ambulatório do hospital: __ vezes

Ambulatório da faculdade: __ vezes

Centro de especialidades: __ vezes

Sindicato ou empresa / Associação de bairro: __ vezes

Consultório por Convênio ou Plano de Saúde: __ vezes

Consultório particular: __ vezes

Pronto-socorro do SUS: __ vezes

Pronto-atendimento particular / convênio: __ vezes

Outro: __ vezes

Qual: _____ (88) NSA (99) IGN

Ler todas as alternativas de resposta, uma a uma, e perguntar o número de vezes em cada local. Considerar, em caso de dúvida, as definições para serviços de saúde. Se responder "SIM" para outro local, informar por extenso (teclado do PDA) qual o outro local citado pelo(a) entrevistado(a).

88. O Sr(a) teve perda súbita de consciência (apagou/ ficou inconsciente/ desmaiou/ teve ataque) desde < TRÊS MESES ATRÁS> ? (9) IGN
(0) Não → PULE PARA INSTRUÇÃO ANTERIOR A 93 (1) Sim

Considerar a resposta do(a) entrevistado(a), independente do que causou esse desmaio ou ataque. Se o(a) entrevistado(a) não tiver certeza do que aconteceu, considerar "não". A pergunta é perda súbita de consciência, independente do que possa ter causado esse sintoma. Substituir expressão <TRÊS MESES ATRÁS> pela data correspondente aos 90 dias antes da entrevista. Por exemplo, se a entrevista estiver for realizada em 10 de agosto,

o enunciado correto será: O sr(a) teve perda súbita de consciência desde 10 de maio até agora?

89. SE SIM: Quantas vezes: (88) NSA (99) IGN
 __ __ vezes

Perguntar quantas vezes nestes últimos três meses ele(a) teve perda súbita de consciência (apagou/ ficou inconsciente/ desmaiou/ teve ataque).

90. O Sr(a) necessitou atendimento médico por perda súbita de consciência (apagou/ ficou inconsciente/ desmaiou/ teve ataque) nesta última vez?
 (0) Não→PULE PARA INSTRUÇÃO ANTERIOR A 93 (1) Sim (8) NSA (9) IGN

Esta pergunta se refere à percepção do(a) entrevistado(a) sobre a necessidade de atendimento médico por causa da perda súbita de consciência na última vez que aconteceu, independente de ter buscado algum atendimento médico ou não. Se ele(a) só teve uma vez, a pergunta se refere a esta vez. Se necessário, enfatize que é atendimento de médicos e não de outros profissionais ou outras pessoas.

91. SE SIM: Nesta última vez, o Sr(a) recebeu atendimento médico por perda súbita de consciência (apagou/ ficou inconsciente/ desmaiou/ teve ataque)? (8) NSA (9) IGN
 (0) Não→PULE PARA INSTRUÇÃO ANTERIOR A 93
 (1) Sim

Esta pergunta se refere ao recebimento, de fato, de atendimento médico por causa da perda súbita de consciência na última vez que precisou.

92. SE SIM: Onde Sr(a) recebeu atendimento médico por perda súbita de consciência (apagou/ ficou inconsciente/ desmaiou/ teve ataque) nesta última vez?
 (88) NSA (99) IGN (00) nenhuma
 vez
 Posto de Saúde: __ __ vezes
 Ambulatório do hospital: __ __ vezes
 Ambulatório da faculdade: __ __ vezes
 Centro de especialidades: __ __ vezes
 Sindicato ou empresa / Associação de bairro: __ __ vezes
 Consultório por Convênio ou Plano de Saúde: __ __ vezes
 Consultório particular: __ __ vezes
 Pronto-socorro do SUS: __ __ vezes
 Pronto-atendimento particular / convênio: __ __ vezes
 Outro: __ __ vezes
 Qual: _____ (88) NSA (99) IGN

Ler todas as alternativas de resposta, uma a uma, e perguntar o número de vezes em cada local. Considerar, em caso de dúvida, as definições para serviços de saúde. Se responder "SIM" para outro local, informar por extenso (teclado do PDA) qual o outro local citado pelo(a) entrevistado(a).

AGORA VAMOS FALAR SOBRE PROBLEMA DE PRESSÃO

104. Algum médico lhe disse que o Sr(a) tem hipertensão (pressão alta)?

(0) Não → PULE PARA INSTRUÇÃO ANTERIOR A 115	(1) Sim	(9) IGN
--	---------	---------

Anote a opção referida pela pessoa. Se a pessoa referir que nenhum médico falou que tem pressão alta marque a opção 0 “Não”; se referir que algum médico falou que tem pressão alta marque a opção 1 “Sim” e caso a pessoa não saiba informar, marque a opção 9 “IGN”. Se a pessoa referir que tinha pressão alta, está fazendo tratamento e a pressão vem se mantendo normal, marque a opção 1 “Sim”. Se for uma gestante que teve pressão alta na gravidez, mas não tem mais e não precisa mais fazer tratamento, marque 0 “Não”.

AGORA VAMOS FALAR SOBRE PROBLEMA DE AÇÚCAR NO SANGUE

115. Algum médico lhe disse que o Sr(a) tem diabetes (açúcar alto no sangue)?
--

(0) Não → PULE PARA INSTRUÇÃO ANTERIOR A 128
--

(1) Sim

(9) IGN

Anote a opção referida pela pessoa. Se a pessoa referir que nenhum médico falou que tem diabetes marque a opção 0 “Não”; se referir que algum médico falou que tem diabetes marque a opção 1 “Sim” e caso a pessoa não saiba informar marque a opção 9 “IGN”. Se a pessoa referir que tinha diabetes, está fazendo tratamento e o açúcar vem se mantendo normal, marque a opção 1 “Sim”.

AGORA VAMOS FALAR SOBRE PROBLEMA DE NERVOS

128. Algum médico lhe disse que o Sr(a) tem problema de nervos?	(9) IGN
--	---------

(0) Não → PULE PARA INSTRUÇÃO ANTERIOR A 137
--

(1) Sim

Anote a opção referida pela pessoa. Se a pessoa referir que nenhum médico falou que tem problema de nervos marque a opção 0 “Não”; se referir que algum médico falou que tem problema de nervos marque a opção 1 “Sim” e caso a pessoa não saiba informar marque a opção 9 “IGN”. Se a pessoa referir que tinha problema de nervos, está fazendo tratamento e vem se mantendo bem, marque a opção 1 “Sim”.

AGORA VAMOS FALAR SOBRE ATENDIMENTO MÉDICO.

NÃO CONSIDERAR HOSPITALIZAÇÃO, ATENDIMENTO EM PRONTO-SOCORRO E EM CASA.

204. Desde <TRÊS MESES ATRÁS>, o Sr(a) foi atendido por algum médico?
--

(0) Não

(1) Sim → PULE PARA 212

Enfatize que você quer saber sobre atendimento por algum médico sem ser em uma hospitalização, atendimento em pronto-socorro ou em casa. Substituir expressão <TRÊS MESES ATRÁS> pela data correspondente aos 90 dias antes da entrevista. Por exemplo, se a entrevista estiver for realizada em 10 de agosto, o enunciado correto será: O sr(a) foi atendido por algum médico desde 10 de maio até agora?

205. SE NÃO: Apesar de não ter sido atendido por médico, o Sr(a) precisou deste atendimento desde <TRÊS MESES ATRÁS>?	(9) IGN
--	---------

(0) Não → PULE PARA A INSTRUÇÃO ANTERIOR A 254
--

(1) Sim

Aqui é importante saber se, mesmo não tendo sido atendido por algum médico no período de 90 dias, o(a) entrevistado(a) considera que precisou de atendimento médico no mesmo período. Se não precisou, vá para o bloco do atendimento por outro profissional de saúde (pergunta 253).

206. Por qual motivo precisou de atendimento médico?	(8) NSA	(9) IGN
Achou que precisava pois se sentia doente	(0) Não	(1) Sim
Revisar / acompanhar problema saúde	(0) Não	(1) Sim
Fazer um check-up	(0) Não	(1) Sim
Pedir exames	(0) Não	(1) Sim
Pedir receita	(0) Não	(1) Sim
Pedir atestado	(0) Não	(1) Sim
Levar resultado de exames	(0) Não	(1) Sim
Fazer consulta de pré-natal	(0) Não	(1) Sim
Fazer pré-câncer	(0) Não	(1) Sim
Fazer exame "da próstata" / "de sangue para próstata"/ PSA /	(0) Não	(1) Sim
Toque retal		
Outro	(0) Não	(1) Sim
Qual: _____	(88) NSA	(99) IGN

Independente de ter buscado atendimento, o(a) entrevistado(a) pode ter tido mais de um motivo para ter precisado de atendimento médico no período. Ler todas as alternativas de resposta, uma a uma. Se responder "SIM" para outro motivo, informar por extenso (teclado do PDA) qual o outro motivo citado pelo(a) entrevistado(a).

207. SE PRECISOU: O Sr(a) buscou atendimento médico desde <TRÊS MESES ATRÁS>?

(9) IGN

(0) Não → APLIQUE 210-211 E PULE PARA A INSTRUÇÃO ANTERIOR A 254

(1) Sim → APLIQUE 208-209-210 E PULE PARA A INSTRUÇÃO ANTERIOR A 254

Uma vez que o(a) entrevistado(a) referiu ter precisado de atendimento médico no período, queremos saber se ele procurou, buscou este atendimento. Se não buscou, aplique as questões 209 e 210 e pule para o bloco do atendimento por outro profissional de saúde (pergunta 253). Se buscou, aplique as perguntas 207, 208 e 209 e então pule para o bloco do atendimento por outro profissional de saúde (pergunta 253).

208. SE SIM: Onde buscou o atendimento médico?

(8) NSA

(9) IGN

Posto de Saúde	(0) Não	(1) Sim
Ambulatório do hospital	(0) Não	(1) Sim
Ambulatório da faculdade	(0) Não	(1) Sim
Centro de especialidades	(0) Não	(1) Sim
Sindicato ou empresa / Associação de bairro	(0) Não	(1) Sim
Consultório por Convênio ou Plano de Saúde	(0) Não	(1) Sim
Consultório particular	(0) Não	(1) Sim
CAPS	(0) Não	(1) Sim
Outro	(0) Não	(1) Sim
Qual: _____		

Ler cada uma das opções de tratamentos e assinalar de acordo com a resposta do(a) entrevistado(a).

209. SE BUSCOU ATENDIMENTO MÉDICO: Por qual motivo não foi atendido?

(8) NSA

(9) IGN

Não tinha médico	(0) Não	(1) Sim
Não tinha ficha	(0) Não	(1) Sim

Estava fechado no momento que procurei	(0) Não	(1) Sim
Não podia pagar	(0) Não	(1) Sim
Outro	(0) Não	(1) Sim
Qual: _____	(88) NSA	(99) IGN

Ler todas as alternativas de resposta, uma a uma, e registrar de acordo com a resposta do(a) entrevistado(a).

210. (#) O que aconteceu com o Sr(a) se precisou ser atendido por algum médico e não consultou? (8) NSA (9) IGN

- (0) Piorou
- (1) Continua como antes
- (2) Melhorou um pouco
- (3) Melhorou bastante
- (4) Curou / resolveu

O importante aqui é saber o que aconteceu com a pessoa e seu problema de saúde, no caso de precisar de atendimento médico e não ter consultado. Se necessário, ler as opções de resposta sem enfatizar nenhuma delas.

211. SE NÃO BUSCOU: Por qual motivo não buscou atendimento com médico?

	(8) NSA	(9) IGN
Dificuldade de conseguir ficha ou agendamento pelo SUS	(0) Não	(1) Sim
Não tinha médico para atender onde costuma consultar	(0) Não	(1) Sim
Não tinha como ir marcar a consulta	(0) Não	(1) Sim
Não podia pagar	(0) Não	(1) Sim
Teve medo / não quis	(0) Não	(1) Sim
Tinha compromissos com a família ou no trabalho	(0) Não	(1) Sim
Porque melhorou	(0) Não	(1) Sim
Outro	(0) Não	(1) Sim
Qual: _____	(88) NSA	(99) IGN

Ler todas as alternativas de resposta, uma a uma, e registrar de acordo com a resposta do(a) entrevistado(a). Se responder "SIM" para outro motivo, informar por extenso (teclado do PDA) qual o outro local motivo referido pelo(a) entrevistado(a).

212. SE FOI ATENDIDO: Quantas vezes o Sr(a) foi atendido por médico desde <TRÊS MESES ATRÁS> no... (88) NSA (99) IGN (00) nenhuma

vez

- Posto de Saúde do seu bairro: __ vezes
- Quantas destas vezes foram no último mês? __
- Ambulatório do hospital: __ vezes
- Quantas destas vezes foram no último mês? __
- Ambulatório da faculdade: __ vezes
- Quantas destas vezes foram no último mês? __
- Centro de Especialidades: __ vezes
- Quantas destas vezes foram no último mês? __
- Sindicato ou empresa / Associação de bairro: __ vezes
- Quantas destas vezes foram no último mês? __

Consultório por Convênio ou Plano de Saúde: __ vezes
 Quantas destas vezes foram no último mês? __
 Consultório particular: __ vezes
 Quantas destas vezes foram no último mês? __
 CAPS: __ vezes
 Quantas destas vezes foram no último mês? __
 Outro: __ vezes
 Qual: _____
 Quantas destas vezes foram no último mês? __

Aqui é importante quantificar as vezes em que o(a) entrevistado(a) foi atendido por médico EM CADA LOCAL nos últimos 90 dias e quantas destas vezes isto ocorreu nos últimos 30 dias. Atenção: o número de vezes nos últimos 30 dias não poderá ser maior do que o número de vezes nos últimos 90 dias em cada local.

AGORA VAMOS FALAR DA ÚLTIMA VEZ QUE FOI ATENDIDO POR MÉDICO

213. Por qual motivo foi atendido por médico desta última vez?	(8) NSA	(9) IGN
Achou que precisava pois se sentia doente	(0) Não	(1) Sim
Revisar / acompanhar problema saúde	(0) Não	(1) Sim
Fazer um check-up	(0) Não	(1) Sim
Pedir exames	(0) Não	(1) Sim
Pedir receita	(0) Não	(1) Sim
Pedir atestado	(0) Não	(1) Sim
Levar resultado de exames	(0) Não	(1) Sim
Fazer consulta de pré-natal	(0) Não	(1) Sim
Fazer pré-câncer	(0) Não	(1) Sim
Fazer exame “da próstata” / “de sangue para próstata”/ PSA /	(0) Não	(1) Sim
Toque retal		
Outro	(0) Não	(1) Sim
Qual: _____	(88) NSA	(99) IGN

Enfatize que é o motivo pelo qual foi atendido por algum médico da última vez que consultou nos últimos 90 dias. Ler as respostas, uma a uma, e registrar conforme a resposta. Se responder “SIM” para outro motivo, informar por extenso (teclado do PDA) qual o outro motivo citado pelo(a) entrevistado(a).

214. O Sr(a) gastou algum dinheiro no último atendimento médico? (8) NSA (9) IGN
 (0) Não → PULE PARA 216 (1) Sim

Interessa aqui saber se foi feito pagamento de algum valor com recursos da própria pessoa ou de outro indivíduo, residente ou não na mesma unidade domiciliar, pela consulta médica.

ATENÇÃO: se o valor foi (ou será) integralmente reembolsado por plano de saúde, não deve ser considerado como gasto com esta consulta.

215. SE SIM: Quanto? (8888) NSA (9999) IGN
 R\$ _____

Informar o total, em reais, do que foi gasto com esta última consulta médica, desde que não integralmente reembolsado por plano de saúde.

216. O atendimento médico foi por algum convênio, particular ou SUS? (8) NSA (9) IGN

- (1) Por algum convênio
 (2) Particular
 (3) SUS

Considerar pelo SUS quando não teve nenhum gasto com este atendimento médico.

217. O Sr(a) foi encaminhado por algum serviço de saúde ou foi por conta própria?

- (1) Encaminhado (2) Conta própria → PULE PARA 219 (8) NSA (9) IGN

O que interessa saber aqui é se o(a) entrevistado(a) tomou a iniciativa de consultar desta última vez – conta própria – ou se algum serviço de saúde o(a) encaminhou.

218. SE FOI ENCAMINHADO: Quem lhe encaminhou? (88) NSA (99) IGN

- (01) Posto de Saúde
 (02) Ambulatório do hospital
 (03) Ambulatório da faculdade
 (04) Centro de especialidades
 (05) Sindicato ou empresa / Associação de bairro
 (06) Consultório por Convênio ou Plano de Saúde
 (07) Consultório particular
 (08) CAPS
 (09) Outro

Qual: _____ (88) NSA (99) IGN

No caso de ter sido encaminhado, queremos saber qual o serviço de saúde que fez o encaminhamento desta última vez.

219. Onde o Sr(a) foi atendido pelo médico nesta última vez? (88) NSA (99) IGN

- (01) Posto de Saúde → PULE PARA 221
 (02) Ambulatório do hospital
 (03) Ambulatório da faculdade
 (04) Centro de especialidades
 (05) Sindicato ou empresa / Associação de bairro → PULE PARA 221
 (06) Consultório por Convênio ou Plano de Saúde → PULE PARA 221
 (07) Consultório particular → PULE PARA 221
 (08) CAPS → PULE PARA 221
 (09) Outro

Qual: _____ → PULE PARA 221 (88) NSA (99) IGN

Esta pergunta se refere ao serviço de saúde em que o(a) entrevistado(a) teve o atendimento médico desta última vez. As opções 01, 05, 06, 07, 08 fazem pular para a pergunta 220. As opções 02, 03 e 04 precisam do detalhamento sobre a especialidade médica (pergunta 219).

220. Qual o tipo de ambulatório ou clínica onde o Sr(a) foi atendido pelo médico?

(88) NSA (99)IGN

- | | | |
|-------------------|---------------------------|--------------------------------|
| (01) Dermatologia | (08) Oftalmologia | (15) Gastroenterologia |
| (02) Fisiatria | (09) Otorrinolaringologia | (16) Tratamento da hanseníase |
| (03) Ginecologia | (10) Pré-natal | (17) Tratamento de HIV / AIDS |
| (04) Hemodiálise | (11) Psiquiatria | (18) Tratamento odontológico |
| (05) Imunologia | (12) Puericultura | (19) Tratamento da tuberculose |
| (06) Infectologia | (13) Quimioterapia | (20) Traumatologia e ortopedia |
| (07) Neurologia | (14) Radioterapia | (21) Outro Qual: _____ |

Se o(a) entrevistado(a) não entender, pergunte qual a especialidade do médico que lhe atendeu desta última vez, ou lembre do problema citado na pergunta 212.

221. O médico que lhe atendeu nesta última consulta foi o mesmo que lhe atendeu anteriormente em algum posto de saúde / SUS? (8) NSA (9) IGN
(0) Não (1) Sim → PULE PARA 223

Independente de o(a) entrevistado(a) ter consultado nesta última vez em um posto de saúde (unidade básica), queremos saber se ele(a) identificou o médico que lhe atendeu nesta última vez como o mesmo que já lhe atendeu em outras ocasiões em algum posto de saúde.

222. O médico que lhe atendeu nesta última consulta foi o mesmo que lhe atendeu anteriormente pelo convênio / plano de saúde / particular? (8) NSA (9) IGN
(0) Não (1) Sim

Independente de o(a) entrevistado(a) ter consultado nesta última vez por convênio / plano de saúde ou particular, queremos saber se ele(a) identificou o médico que lhe atendeu nesta última vez como o mesmo que já lhe atendeu em outras ocasiões em algum consultório pelo convênio / plano de saúde ou consultório particular.

223. Este médico que lhe atendeu era: (88) NSA (99) IGN

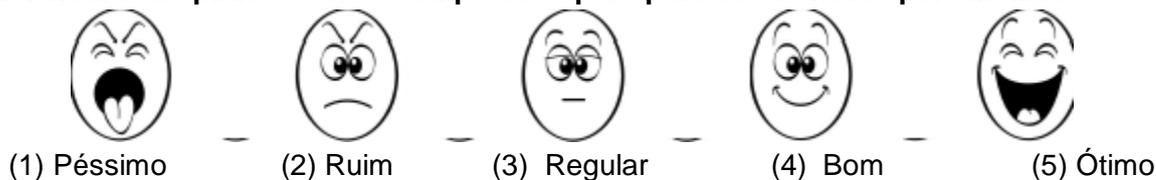
(01) Clínico Geral	(10) Pediatra
(02) Cardiologista	(11) Pneumologista
(03) Dermatologista	(12) Psiquiatra
(04) Ginecologista	(13) Angiologista
(05) Nefrologista	(14) Oncologista (médico de câncer)
(06) Neurologista	(15) Infectologista
(07) Oftalmologista	(16) Gastroenterologista
(08) Ortopedista	(17) Outro
(09) Otorrinolaringologista	Qual: _____ (88) NSA (99) IGN

Aqui é preciso registrar a especialidade do médico que fez este atendimento desta última vez, independente do tipo de clínica em que foi atendido (pergunta 219). Se responder "SIM" para outro especialista, informar por extenso (teclado do PDA) qual o outro especialista citado pelo(a) entrevistado(a).

224. Quanto tempo demorou para conseguir o atendimento médico?
__ __ __ dias (000) Atendido no mesmo dia (888) NSA (999) IGN

Queremos saber quantos dias o(a) entrevistado(a) levou para ser atendido pelo médico nesta última vez. Se foi atendido no mesmo dia, registrar com 000.

225. Qual sua opinião sobre o tempo de espera para ser atendido pelo médico?



Mostre a cartela com as faces ao(à) entrevistado(a) e peça que ele lhe diga qual a que melhor se parece com a forma como ele(a) se sentiu em relação ao tempo de espera para este atendimento pelo médico. Se necessário, leia as expressões abaixo de cada face e

aponte enquanto estiver lendo. Enfatize que é sobre o tempo de espera para ser atendido(a).

226. Qual sua opinião sobre o atendimento médico que recebeu?



(1) Péssimo



(2) Ruim



(3) Regular



(4) Bom



(5) Ótimo

Mostre a cartela com as faces ao(à) entrevistado(a) e peça que ele lhe diga qual a que melhor se parece com a forma como ele(a) se sentiu em relação ao atendimento que recebeu na consulta com o médico nesta última vez. Se necessário, leia as expressões abaixo de cada face e aponte enquanto estiver lendo. Enfatize que é sobre o atendimento que ele(a) recebeu nesta vez que consultou.

227. O local onde foi atendido(a) pelo médico é aqui na cidade? (8) NSA (9) IGN

(0) Não

(1) Sim → PULE PARA 230

Queremos saber se este último atendimento médico foi no mesmo município de residência do(a) entrevistado(a).

228. SE NÃO: Qual o nome da cidade onde consultou? (888) NSA (999) IGN

Anotar o nome do município onde ele(a) foi atendido desta última vez, utilizando o teclado do PDA.

229. Por que teve que ir para outra cidade?

(88) NSA (99) IGN

IGN

(01) Aqui não tem posto de saúde

(02) Aqui não tem médico

(03) Aqui não atendem este tipo de problema

(04) Aqui não tinha ficha

(05) Aqui tem que pagar

(06) Não gosta do atendimento daqui

(07) Aqui eles não resolvem

(08) Outro motivo

Qual: _____

Faça a pergunta e espere a resposta. Queremos saber aqui O PRINCIPAL MOTIVO pelo qual o(a) entrevistado(a) teve que ser atendido por médico em outro município que não o de sua residência.

230. Como o Sr(a) foi até o local onde foi atendido pelo médico? (8) NSA (9) IGN

Caminhando

(0) Não (1) Sim

De bicicleta

(0) Não (1) Sim

De carroça

(0) Não (1) Sim

De ônibus / lotação / Van / Kombi

(0) Não (1) Sim

De ambulância/ SAMU

(0) Não (1) Sim

De carro particular

(0) Não (1) Sim

De táxi

(0) Não (1) Sim

De moto	(0) Não	(1) Sim
De barco	(0) Não	(1) Sim
De avião	(0) Não	(1) Sim
Outro	(0) Não	(1) Sim
Qual: _____	(88) NSA	(99) IGN

Aqui interessa registrar os meios de transporte utilizados para o deslocamento até o local do atendimento médico para esta última vez. Leia cada uma das opções de meio de transporte e registre de acordo com a resposta do(a) entrevistado(a).

231. Foi necessário gastar algum dinheiro em transporte para ir consultar com médico?	(9) IGN
(0) Não → PULE PARA 233	(1) Sim

Esta pergunta se refere a despesas com deslocamento até o local da consulta com médico para este último atendimento.

232. SE SIM: Quem pagou para o Sr(a) ir consultar com o médico?	(8) NSA	(9) IGN
Eu mesmo	(0) Não	(1) Sim
Prefeitura	(0) Não	(1) Sim
Comunidade / associação de moradores	(0) Não	(1) Sim
Políticos	(0) Não	(1) Sim
Igreja	(0) Não	(1) Sim
Parentes, vizinhos ou amigos	(0) Não	(1) Sim

O importante aqui é registrar a fonte dos recursos gastos para o deslocamento do(a) entrevistado(a) até o local da consulta com médico por ocasião deste último atendimento. Ler cada uma das opções de motivos e assinalar de acordo com a resposta do(a) entrevistado(a).

233. Quanto tempo levou para chegar até o consultório médico para ser atendido?	(88 / 88) NSA	(99 / 99) IGN
__ hora(s) e __ minutos		

Queremos saber quanto tempo o(a) entrevistado(a) levou para o deslocamento entre sua casa e o local onde foi atendido pelo médico desta última vez. Registrar em horas e minutos, utilizando o teclado do PDA. Para valores menores que um (1), registrar com zero (0). Se a resposta foi “meia hora”, registre 0 horas e 30 minutos; se a resposta foi “quase três horas”, registre 2 horas e 45 minutos.

234. (#) Ao sair do atendimento médico o Sr(a) considera que seu problema:	(8) NSA	(9) IGN
(0) Piorou		
(1) Continua como antes		
(2) Melhorou um pouco		
(3) Melhorou bastante		
(4) Curou / resolveu		

Queremos saber a opinião do(a) entrevistado(a) sobre o que aconteceu com ele(a) e seu problema depois do atendimento. Incluir todas as opções de resposta no enunciado da pergunta, em conjunto, sem enfatizar nenhuma delas.

235. O Sr(a) recebeu alguma explicação sobre o motivo que fez o Sr(a) procurar o atendimento com o médico?	(8) NSA	(9) IGN
(0) Não	(1) Sim	

Independente de o(a) entrevistado(a) conhecer o motivo deste seu atendimento, queremos saber se o médico forneceu alguma explicação sobre este motivo.

236. O Sr(a) saiu do atendimento médico com alguma receita de remédio(s)?

(0) Não → PULE PARA 240 (1) Sim (8) NSA (9) IGN

Interessa saber aqui se o(a) entrevistado(a), ao sair da consulta médica, recebeu alguma receita para algum medicamento, independente de ter recebido, para levar para casa, um ou mais medicamentos sob a forma de amostra grátis.

237. O Sr(a) conseguiu todos o(s) remédio(s) pelo SUS?

(8) NSA (9) IGN

(0) Não (1) Sim → PULE PARA 240

Deseja-se saber se o(a) entrevistado(a) conseguiu todos o(s) remédio(s) pelo SUS, de forma gratuita, sem pagar nada, independente do local onde tenha conseguido. Se o(a) entrevistado(a) pagou pelos remédios, ou por parte deles, considere "NÃO".

Considerar SIM se o(a) entrevistado(a) conseguiu de forma completamente gratuita, diretamente ou através de outras pessoas, de alguma instituição ou entidade beneficente, como igrejas, associações de bairro, sindicatos, associações profissionais, etc.

238. SE NÃO: O Sr(a) comprou algum remédio?

(8) NSA (9) IGN

(0) Não → PULE PARA 240 (1) Algum (2) Todos

Queremos saber se, uma vez que não conseguiu todos os remédios gratuitamente, se o(a) entrevistado(a) comprou algum remédio prescrito por ocasião desta última consulta médica.

239. SE COMPROU ALGUM OU TODOS: Quanto gastou?

(8888) NSA (9999) IGN

R\$ _ _ _ _

No caso de ter comprado algum ou todos os medicamentos, queremos saber quanto gastou com a compra destes medicamentos. Se não sabe informar, registrar 9999.

240. Após este atendimento médico, o Sr(a) se tratou de alguma outra forma além do que o médico lhe receitou nesta consulta?

(8) NSA (9) IGN

(0) Não → PULE PARA 242 (1) Sim

A pergunta se refere a outras formas de tratamento, além dos medicamentos receitados pelo médico, para o problema que ocasionou o atendimento médico desta última vez.

241. SE SIM: O que fez?

(8) NSA (9) IGN

Tomou algum chá	(0) Não	(1) Sim
Mandou benzer	(0) Não	(1) Sim
Buscou apoio na religião	(0) Não	(1) Sim
Buscou curandeiro	(0) Não	(1) Sim
Reiki	(0) Não	(1) Sim
Acupuntura	(0) Não	(1) Sim
Massagem	(0) Não	(1) Sim
Homeopatia	(0) Não	(1) Sim
Florais	(0) Não	(1) Sim
Outro	(0) Não	(1) Sim
Qual: _____	(88) NSA	(99) IGN

Ler cada uma das opções de tratamentos e assinalar de acordo com a resposta do(a) entrevistado(a).

242. O Sr(a) saiu do atendimento com o médico com pedido de algum exame?

(8) NSA (9) IGN

(0) Não → PULE PARA 249 (1) Sim

Considerar qualquer tipo de exame.

243. SE SIM: Agora vou lhe dizer uma lista de exames e gostaria que o Sr(a) me dissesse quais foram solicitados nesta última consulta:		
	(8) NSA	(9) IGN
Exame de sangue	(0) Não	(1) Sim
Exame de urina	(0) Não	(1) Sim
Exame de fezes	(0) Não	(1) Sim
Raio X de dentes	(0) Não	(1) Sim
Outros tipos de Raio X	(0) Não	(1) Sim
Ultrassom	(0) Não	(1) Sim
Eletrocardiograma	(0) Não	(1) Sim
Eletroencefalograma	(0) Não	(1) Sim
Tomografia	(0) Não	(1) Sim
Biópsia	(0) Não	(1) Sim
Ressonância	(0) Não	(1) Sim
Mamografia	(0) Não	(1) Sim
Outro	(0) Não	(1) Sim
Qual: _____	(88) NSA	(99) IGN
Total de exames: _ _		

Ler cada uma das opções de exames e assinalar de acordo com a resposta do(a) entrevistado(a). Ao final, registrar o total de exames, ou seja, a quantidade de exames diferentes que o(a) entrevistado(a) referiu.

244. SE FOI SOLICITADO ALGUM EXAME: Quantos exames o Sr(a) fez?		
_ _ exames (00 = nenhum)	(88) NSA	(99) IGN

Independente de qual (ou quais) exame(s) fez, queremos saber quantos foram efetivamente realizados. Não considerar os exames já marcados e ainda não realizados.

245. Se deixou de fazer algum do(s) exame(s) solicitado(s), qual(is) o(s) motivo(s)?		
	(8) NSA	(9) IGN
Agendou, mas ainda não realizou	(0) Não	(1) Sim
Não conseguiu pelo SUS e não podia pagar	(0) Não	(1) Sim
Não achou que precisava	(0) Não	(1) Sim
Não quis	(0) Não	(1) Sim
Não tinha como ir marcar/ fazer	(0) Não	(1) Sim
Não tinha na cidade	(0) Não	(1) Sim
Outro	(0) Não	(1) Sim
Qual: _____	(88) NSA	(99) IGN

Ler cada uma das opções de tratamentos e assinalar de acordo com a resposta do(a) entrevistado(a).

246. O Sr(a) gastou algum dinheiro para fazer o(s) exame(s)?		
(0) Não → PULE PARA 248	(1) Sim	(8) NSA (9) IGN

Interessa aqui saber se foi feito pagamento de algum valor com recursos da própria pessoa ou de outro indivíduo, residente ou não na mesma unidade domiciliar, pela consulta médica. **ATENÇÃO:** se o valor foi (ou será) integralmente reembolsado por plano de saúde, não deve ser considerado como gasto com este atendimento.

247. SE SIM: Quanto?		
R\$ _ _ _ _	(8888) NSA	(9999) IGN

Informar o total, em reais, do que foi gasto com este atendimento médico, desde que não integralmente reembolsado por plano de saúde.

248. O(s) exame(s) que o Sr(a) fez foi(ram) por algum convênio, particular ou SUS?		
	(8) NSA	(9) IGN
Por algum convênio	(0) Não	(1) Sim
Particular	(0) Não	(1) Sim
SUS	(0) Não	(1) Sim

Considerar pelo SUS quando não teve nenhum gasto com este atendimento.

249. O Sr(a) saiu desta consulta encaminhado para atendimento em outro local?		
	(8) NSA	(9) IGN
(0) Não → PULE PARA INSTRUÇÃO ANTERIOR A 254	(1) Sim	

Considerar qualquer forma de encaminhamento, por escrito ou verbal.

250. SE SIM: Para onde foi encaminhado?		
	(8) NSA	(9) IGN
Posto de Saúde	(0) Não	(1) Sim
Ambulatório do hospital	(0) Não	(1) Sim
Ambulatório da Faculdade	(0) Não	(1) Sim
Centro de especialidades	(0) Não	(1) Sim
Sindicato ou empresa / Associação de bairro	(0) Não	(1) Sim
Consultório por Convênio ou Plano de Saúde	(0) Não	(1) Sim
Consultório particular	(0) Não	(1) Sim
CAPS	(0) Não	(1) Sim
Outro	(0) Não	(1) Sim
Qual: _____	(88) NSA	(99) IGN

Ler cada uma das opções de tratamentos e assinalar de acordo com a resposta do(a) entrevistado(a).

251. SE SIM: Para que tipo de atendimento foi encaminhado?		
	(8) NSA	(9) IGN
De atendimento médico clínico geral	(0) Não	(1) Sim
De atendimento médico especialista	(0) Não	(1) Sim
De atendimento médico, mas não sabe qual especialidade	(0) Não	(1) Sim
De odontologia	(0) Não	(1) Sim
De enfermagem	(0) Não	(1) Sim
De fisioterapia	(0) Não	(1) Sim
De psicologia	(0) Não	(1) Sim
De nutrição	(0) Não	(1) Sim
De educação física	(0) Não	(1) Sim
De acupuntura	(0) Não	(1) Sim
De fonoaudiologia	(0) Não	(1) Sim
De serviço social	(0) Não	(1) Sim
De terapia ocupacional	(0) Não	(1) Sim
Outro	(0) Não	(1) Sim
Qual: _____	(88) NSA	(99) IGN

Ler cada uma das opções de serviços para os quais possa ter sido encaminhado e assinalar de acordo com a resposta do(a) entrevistado(a).

252. O Sr(a) deixou de ter algum atendimento do(s) encaminhamento(s) feitos pelo médico?		
	(1) Sim	(9) IGN
(0) Não → PULE PARA INSTRUÇÃO ANTERIOR A 254	(1) Sim	(9) IGN

Independente de quais – ou quantos – atendimentos, queremos saber se o(a) entrevistado(a) recebeu este(a) atendimento(s).

253. Por que o Sr(a) não teve algum atendimento do(s) encaminhamentos feitos pelo médico?	(8) NSA	(9) IGN
Agendou, mas ainda não foi atendido	(0) Não	(1) Sim
Não conseguiu pelo SUS e não podia pagar	(0) Não	(1) Sim
Não achou que precisava	(0) Não	(1) Sim
Não quis	(0) Não	(1) Sim
Não tinha como ir marcar/ fazer	(0) Não	(1) Sim
Não tinha na cidade	(0) Não	(1) Sim
Outro	(0) Não	(1) Sim
Qual: _____	(88) NSA	(99) IGN

Ler cada uma das opções de motivos e assinalar de acordo com a resposta do(a) entrevistado(a).

AS QUESTÕES DE NÚMERO 317 A 320 SE REFEREM ÀS MEDIDAS E ESTÃO ORIENTADAS APÓS A 322.

321. O QUESTIONÁRIO FOI RESPONDIDO:

- (1) Todo pelo entrevistado → ENCERRE O QUESTIONÁRIO
- (2) Todo pelo(a) entrevistado, com ajuda
- (3) Algumas respostas foram dadas por outra pessoa
- (4) Maior parte das respostas foi dada por outra pessoa
- (5) Todas as respostas foram dadas por outra pessoa

Esta pergunta não deve ser feita; ela deve ser respondida com base na sua observação. É importante que desde o início da entrevista você fique atento para, ao final, poder assinalar a opção que mais se aproxima da situação daquela entrevista em relação à autonomia do entrevistado em fornecer as respostas.

322. POR QUAL MOTIVO RECEBEU AUXÍLIO?	(8) NSA	
Problema mental	(0) Não	(1) Sim
Problemas neurológicos	(0) Não	(1) Sim
Demência	(0) Não	(1) Sim
Alcoolizado	(0) Não	(1) Sim
Surdos/ mudos	(0) Não	(1) Sim
Impossibilidade de responder após três tentativas	(0) Não	(1) Sim
Devido à hospitalização	(0) Não	(1) Sim
Viagem	(0) Não	(1) Sim
Incapacidade física mental ou física grave	(0) Não	(1) Sim

Aqui é importante assinalar uma ou mais opções que, de acordo com sua percepção, fizeram a pessoa receber auxílio para responder o questionário (opções 2 a 5 da questão anterior).

MEDIDAS

Nesse bloco você vai realizar medidas de peso, altura, pressão arterial e circunferência abdominal. Todas as medidas vão ser realizadas duas vezes e depois deve-se fazer a média das mesmas.

As roupas que o indivíduo estiver usando deverão ser observadas e anotadas para posterior desconto do peso conforme tabela anexa nesse manual. Descreva detalhadamente as roupas que estavam sendo usadas durante a coleta de medidas. Isto não deve ser perguntado ao entrevistado; apenas registre as roupas de acordo com a observação.

317. Medidas da pressão:

Sistólica 2: _ _ _

Diastólica 2: _ _ _

Primeiramente pergunte se você pode medir a pressão da pessoa. Se ela concordar, enquanto você coloca o aparelho, vá explicando como será o procedimento.

Para medir a pressão arterial você deverá seguir os seguintes passos:

1) Certificar-se que o participante não se alimentou, bebeu, fumou ou exercitou-se 30 minutos antes da medição e de que não está com vontade de urinar na hora de fazer a medida.

Se estiver com vontade de urinar, pedir para que ele faça xixi antes de medir a pressão.

Quando ele voltar, espere 5 minutos para fazer a medida. Enquanto isso, pode ir fazendo as outras perguntas do questionário.

→ Se o entrevistado for fumante, e acender um cigarro durante a entrevista, perguntar há quanto tempo ele fumou o último cigarro; se for mais de 30 minutos, medir a PA antes que ele fume.

2) Para realizar a primeira medida, já deverá ter decorrido pelo menos 15 minutos de entrevista com o participante sentado respondendo ao questionário. Este cuidado é importante porque o participante tem que estar pelo menos 15 minutos sentado para que a medida da pressão arterial seja válida.

3) O participante deverá estar sentado, em posição ereta, em uma cadeira com os pés apoiados no chão (ver a figura 1).

4) Sempre que possível colocar o manguito no punho esquerdo.

Atenção: não coloque o manguito sobre a roupa. Então, envolva o punho esquerdo com o manguito, deixando uma distância de aproximadamente um dedo indicador entre a borda do manguito de pulso e a articulação do punho, com o visor voltado para cima (no mesmo lado que a palma da mão);

5) Pressionar levemente o velcro para que ele se fixe bem;

6) Posicionar a unidade ao nível do coração como mostra a Figura 1;

7) Solicitar que o participante permaneça imóvel e não fale durante a medição;

8) Apertar Power para iniciar a medição.

9) A braçadeira começará a inflar, e o aparelho emitirá um sinal sonoro.

10) Ao final da medição a braçadeira desinfla totalmente e o aparelho pára de apitar.

11) Realizar o registro como mostrado no monitor, ou seja, o primeiro valor (o valor maior) você registra no primeiro campo, o menor valor registre no campo ao lado. Veja ilustração do aparelho na Figura 1, em que se observa os números 130 e 83. Então, 130 é no primeiro valor e 78 é no campo ao lado. Este registro ficaria:

12) Depois de pelo menos 15 minutos, repita o processo.

Pressão:

130/083

318. Peso:

Medida 1: ___ kg _ g

Medida 2: ___ kg _ g

Peso da Roupa (ver tabela): _____ g

Média: ___ kg _ g

O local deve ter iluminação adequada e espaço suficiente para a verificação do peso.

O entrevistado deve estar vestindo roupas leves e estar descalço.

Certificar-se de que não está segurando nenhum objeto (celular, chaves, etc) ou portando objetos nos bolsos.

Verificar também que não esteja apoiado em parede, porta, janela ou em outra pessoa.

Ligue a balança e certifique-se de que ela está com a escala em Kg (pino que encontra-se na parte traseira a balança).

Colocar a balança e lugar firme e nivelado.

Movimente a balança pisando sobre o vidro ou deslocando-a para a esquerda ou direita. O número 8 irá aparecer na tela e inicia-se uma seqüência da esquerda para a direita, até aparecer o número 0,0.

Com a balança zerada, o entrevistado deve subir na plataforma, com os pés posicionados próximos às marcas da balança, em posição firme e com os braços caídos ao longo do corpo.

Inicia-se a medição do peso e o peso final irá ser indicado quando o número piscar duas vezes.

Fazer a leitura e registrar o peso imediatamente com o máximo de atenção, em 6 segundos a balança desliga-se automaticamente.

O peso deve ser registrado em quilogramas, com variação de 100 gramas.

Repita o processo.

OBSERVAÇÕES:

Se o entrevistado subir na balança quando a mesma estiver mostrando a seqüência de números 8 a tela indicará 0,0, o entrevistado deverá descer e o processo deverá ser realizado novamente.

Se o entrevistado pesar mais do que 150Kg, o display irá indicar **ERR**.

Quando aparecer na tela **Lo**, significa baixa energia e a bateria deve ser trocada.

319. Altura:

Medida 1: ___ cm

Medida 2: ___ cm

Média: ___ cm

A pessoa deve estar descalça (ou com meias finas, no máximo) vestindo pouca roupa de forma que a posição do corpo possa ser vista.

O indivíduo deve ficar de pé, em uma superfície plana, encostado em uma parede ou porta.

O peso deve ser distribuído igualmente nos dois pés e a cabeça erguida (plano Frankfurt). Este plano é originado pela união dos pontos “orifício do ouvido” e o “canto externo do olho”, formando uma linha imaginária, paralela ao chão.

Certificar-se de que a pessoa não está com o cabelo preso ou possuindo tiaras, caso ela estiver utilizado solicite que retire.

Os braços devem estar soltos livremente ao lado do corpo, com as palmas das mãos viradas para as coxas.

Os pés devem estar levemente afastados.

Os calcanhares devem estar juntos e encostados na base da parede.

A escápula e as nádegas devem estar em contato com a parede.

A pessoa deve respirar profundamente e manter-se em posição completamente ereta sem alterar a carga nos calcanhares.

A trena deve ser estendida, fixando o ponto zero da mesma no chão.

Fazer a leitura e registrar a altura imediatamente com o máximo de atenção.

A medida é anotada com aproximação de 0,1 cm e anotada no momento da coleta.

Repita o processo.

320. Circunferência Abdominal:

Medida 1: _ _ _ cm

Medida 2: _ _ _ cm

Média: _ _ _ cm

Medir na metade da distância entre a face inferior da última costela e a porção superior da crista ilíaca, é importante que a fita fique justa mas não apertada.

SITUAÇÕES ESPECIAIS:

NOS CASOS EM QUE O ENTREVISTADO ESTIVER EM CADEIRA DE RODAS OU ACAMADO, NÃO É NECESSÁRIO PESAR E MEDIR.

Tabela de pesos de roupas – Adultos e Idosos

Roupas	Peso (gramas)
Bermuda de brim	300
Bermuda de algodão	220
Blusa de <i>cotton</i> manga curta	150
Blusão de lã fino	280
Calça comprida de sarja	500
Calça de moletom fina	330
Calça de moletom grossa	450
Calça de pijama de malha de algodão	150
Calça de pijama de pelúcia	270
Calça jeans	750
Calção	150
Camisa de algodão manga curta	270
Camisa de algodão manga longa	300
Camiseta de malha manga curta	200
Camiseta de malha manga longa	230
Camiseta de pijama de algodão	200
Meia soquete	80
Regata	150
Roupão comprido	900
Saia curta	100
Short de tecido fino	100
Short de brim	200
Vestido de malha	200
Vestido de viscose	230

TABELA DE PESOS DAS ROUPAS

Roupas	Peso (g)
Abrigo de tactel.....	750
Bermuda de tecido de brim.....	300
Bermuda de linha.....	150
Bermuda de nylon.....	150
Bermuda de tecido de algodão.....	220
Bermuda javanesa.....	< 100
Bermuda jeans (ciclista).....	500
Blusa de buclê.....	150
Blusa de coton manga curta.....	150
Blusa de crochê.....	150
Blusa de lã (básica).....	220
Blusa de linha manga curta.....	150
Blusa de linha manga longa.....	230
Blusão de lã fino.....	280
Blusão de lã grosso.....	430
Blusão de pijama de pelúcia.....	230
Calça comprida de brim (sarja).....	500
Calça de couro.....	750
Calça de crepe.....	300
Calça de lã.....	400
Calça de linho.....	100
Calça de lycra.....	100
Calça de moleton fina.....	330
Calça de moleton grossa.....	450
Calça de pijama de pelúcia.....	270
Calça de pijama malha de algodão.....	150
Calça de tactel (forrada).....	420
Calça de tactel (sem forro).....	330
Calça de tergal.....	600
Calça de veludo.....	700
Calça jeans.....	750

Calça skatista.....	350
Calção	150
Camisa de brim manga curta.....	250
Camisa de brim manga longa.....	300
Camisa de lã.....	600
Camisa de linha manga longa.....	230
Camisa manga curta de algodão.....	270
Camisa manga longa de algodão.....	300
Camisa seda ou viscose manga curta.....	100
Camiseta de malha manga curta.....	200
Camiseta de malha manga longa.....	230
Camiseta de pijama de algodão.....	200
Camiseta interna manga curta.....	120
Camiseta interna manga longa.....	150
Camisola de algodão.....	200
Camisola de nylon.....	< 100
Casaco de lã.....	280
Casaco de tactel.....	420
Chambre de algodão fino.....	200
Chambre grosso.....	400
Cinto de couro.....	150
Colete de brim.....	300
Colete de lã.....	350
Fusô de coton.....	300
Fusô de lã.....	300
Macacão de brim curto.....	1000
Meia soquete.....	< 100
Mini-saia jeans.....	250
Moleton fino.....	350
Moleton grosso.....	490
Pijama de algodão.....	250
Pijama de seda.....	200
Regata.....	150

Roupão comprido.....	900
Saia comprida.....	250
Saia curta de lã.....	250
Saia curta.....	100
Saia de couro.....	350
Saia longa de lã.....	350
Saia longa de linho.....	250
Short (tecido fino – cotton, malha).....	100
Short de brim.....	200
Túnica de lã fina.....	300
Túnica de lã grossa.....	520
Túnica de linho.....	200
Túnica de veludo.....	400
Vestido de brim comprido.....	350
Vestido de brim curto.....	300
Vestido de malha.....	200
Vestido de viscose.....	230

Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia
Departamento de Medicina Social
Faculdade de Medicina
Universidade Federal de Pelotas, RS.



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelotas, agosto de 2008.

Prezado Sr(a),

Nós, da Universidade Federal de Pelotas, estamos realizando uma pesquisa para avaliar o acesso e a utilização de serviços de saúde da população brasileira, com interesse especial na qualidade dos cuidados de saúde que são oferecidos pelos serviços.

Todas as informações serão coletadas através de um questionário e da aferição da pressão arterial, do peso e da altura, os quais terão caráter sigiloso e voluntário, sem risco para a saúde e sem administração de qualquer substância, medicamento ou remédio ou exames laboratoriais. Comprometemo-nos a encaminhar os casos que necessitem de maiores cuidados para serem atendidos em algum serviço de saúde.

Assim sendo, solicitamos a gentileza de assinar o Termo de autorização abaixo, caso concorde em participar do estudo.

Em caso de esclarecimentos ou dúvidas, estaremos à sua disposição através do telefone (0xx53) 32841300, com Prof. Luiz Augusto Facchini.

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____ fui esclarecido sobre a pesquisa para avaliar o acesso e a utilização de serviços de saúde da população brasileira em 2008 e concordo que os dados fornecidos sejam utilizados na realização da mesma. Pelotas, ____ de _____ de 2008.

Assinatura: _____

Atenciosamente,
Luiz Augusto Facchini
Coordenador da Pesquisa

Anexo 4 - Carta de aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 152/07

Pelotas, 26 de novembro de 2007.

Ilmo.Sr.
Prof. Dr. Luiz Augusto Facchini

Projeto: **“Acesso e Utilização de Serviço de Saúde: Avaliação do Desempenho e da Qualidade dos Cuidados de Saúde em Municípios Brasileiros”**.

Prezado Pesquisador;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e APROVADO por esse Comitê, em reunião de 23 de novembro de 2007, quanto às questões éticas e metodológicas, incluindo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com a Resolução 196/96 do CNS.

Assinatura manuscrita em tinta preta, legível como "M. Urriaga".

Prof.ª Maria Elizabeth de O. Urriaga
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL



RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia



RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO

Doutoranda: Alitéia Santiago Dilélio

Orientador: Luiz Augusto Facchini

Co-Orientadora: Elaine Tomasi

Pelotas - RS, 2014

As etapas do trabalho de campo estão descritas na seção de metodologia do projeto. Os dados utilizados para este estudo foram obtidos a partir do Projeto AQUARES (Avaliação de Serviços de Saúde no Brasil: acesso e qualidade da atenção) realizado no período de 2008/2009 anterior ao ingresso do Programa de Pós Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas.

A doutoranda integrou a equipe técnica do projeto, participando das diversas etapas do estudo, desde a definição de objetivos e elaboração de instrumentos e manual de instruções, além da transcrição do questionário para o PDA. Ainda, participou da seleção, treinamento e capacitação dos entrevistadores e supervisores, das reuniões de monitoramento e acompanhamento do trabalho de campo e da limpeza do banco de dados.

Mais informações sobre o Projeto AQUARES podem ser obtidas no relatório, disponível: https://dms.ufpel.edu.br/aquares/downloads/rela_aquares_final%20.pdf

A aluna realizou a revisão bibliográfica a fim de apropriar-se do objeto de estudo, observando o que já foi publicado e as evidências descritas. A revisão também auxiliou na definição do marco teórico, dos objetivos e hipóteses. Após, a aluna realizou a seleção de variáveis apresentando a metodologia e a proposta de análise dos dados.

MODIFICAÇÕES NO PROJETO DE PESQUISA

Modificações no Projeto de Pesquisa

Foram realizadas modificações em:

Artigo 1 - “Desigualdades na utilização da assistência médica ambulatorial entre adultos brasileiros, de acordo com a natureza jurídica (convênio, particular ou SUS) e o tipo de serviço utilizado (unidade básica de saúde, ambulatório e consultório)” foi modificado para “Padrões de utilização de atendimento médico ambulatorial no Brasil entre usuários do SUS, da Saúde Suplementar e de Serviços Privados”, pois se optou por descrever a utilização de serviços ambulatoriais como um todo investigando as diferenças de acordo com a natureza do serviço (SUS, convênio e particular).

Artigo 2 - “Caracterização da falta de acesso e da utilização de serviços ambulatoriais entre adultos brasileiros, conforme variáveis sociodemográficas, comportamentais e de situação de saúde” foi modificado para “Lack of access to and continuity of adult health care: a national population-based survey” (Falta de acesso e continuidade da atenção à saúde em adultos: inquérito nacional de base populacional). Optou-se por focar apenas a falta de acesso investigando as barreiras de acesso aos serviços de saúde e na continuidade do cuidado.

Artigo 3 - “Revisão sistemática de literatura sobre indicadores de qualidade da assistência médica ambulatorial a adultos” foi modificado para “Desafios na Avaliação da Qualidade na Assistência Ambulatorial de Saúde: revisão sistemática”. A modificação foi realizada a fim de ampliar a revisão e apresentar as definições de qualidade e desempenho em saúde, muito utilizadas nas avaliações de serviços de saúde, além de permitir descrever os modelos conceituais, dimensões e indicadores descritos na literatura.

NOTA À IMPRENSA

Nota à imprensa

Características da utilização e problemas no acesso na rede de serviços ambulatoriais de saúde: a realidade para os adultos brasileiros

Os pesquisadores Alitéia Santiago Dilélio, Luiz Augusto Facchini e Elaine Tomasi, do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, realizaram estudo sobre o acesso e utilização de atendimentos e serviços em uma amostra representativa da população adulta de municípios de pequeno, médio e grande porte, em que foram entrevistados 12.402 adultos de 20 a 59 anos de idade em 100 cidades do Brasil.

Neste estudo, verificou-se que um terço dos adultos utilizou o atendimento médico ambulatorial nos três meses anteriores à entrevista. O SUS foi responsável por mais da metade (53,6%) dos atendimentos, algum convênio de saúde foi utilizado por 34,0% da amostra e os serviços privados por 12,4%, independente da região, do porte populacional e dos problemas de saúde.

A utilização de atendimento médico foi maior entre as mulheres, os de mais idade, os de pele branca, com maior escolaridade, com renda superior a um salário mínimo, que viviam com companheiro e apresentavam alguma doença.

A falta de acesso aos serviços e aos atendimentos com profissionais de saúde foi de 3,0% para internação hospitalar, 2,9% para atendimento domiciliar, 2,1% para atendimento em pronto socorro, 2,0% para atendimento por outro profissional de saúde e 1,1% para atendimento médico.

Apesar de baixas, as proporções de falta de acesso aos diferentes serviços de saúde assumem outra dimensão se for considerado o conjunto dos adultos residentes em áreas urbanas no Brasil. Com base na necessidade de atendimento, a maior falta de acesso foi para serviços de urgência, atingindo mais de 360.000 adultos.

Os principais motivos de falta de acesso foram problemas da estrutura e organização, como falta de leitos, de profissionais, de ficha/vaga do tipo de atendimento necessário e cobrança pelo atendimento.

Ao estimar a falta de acesso aos serviços de saúde, observou-se que o direito universal a saúde no Brasil ainda não foi alcançado. As projeções podem apoiar a

gestão no dimensionamento de esforços dirigidos ao seu enfrentamento, como por exemplo, a ampliação da estrutura física dos serviços e da força de trabalho.

Apesar dos avanços dos estudos brasileiros e da diversidade de indicadores para avaliar a qualidade na assistência nos serviços de saúde, mesmo agrupados em diversas dimensões, parece que pouco se tem avançado na sua utilização para a melhoria das condições de saúde e da modificação de políticas e programas.

A oferta de serviços de qualidade e acesso oportuno é um dos principais objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS). Mas ainda há muito que avançar na organização da rede de serviços e nos processos de trabalho, principalmente no que tange à informatização dos sistemas a fim de permitir o monitoramento contínuo e a avaliação regular dos indicadores de saúde.