



**Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Medicina
Departamento de Medicina Social
Programa de Pós Graduação em Epidemiologia**



**DETERMINANTES E EFEITOS DA
CONTINUIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE:
ESTUDO DE BASE POPULACIONAL EM
PELOTAS, RS**

Dissertação de Mestrado

Luiz Artur Rosa Filho

Orientadora: Anaclaudia Gastal Fassa
CO-orientadora: Vera Maria Vieira Paniz

Pelotas, RS
Novembro, 2006

**Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Medicina
Departamento de Medicina Social
Programa de Pós Graduação em Epidemiologia**

**DETERMINANTES E EFEITOS DA
CONTINUIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE:
ESTUDO DE BASE POPULACIONAL EM
PELOTAS, RS**

**Mestrando: Luiz Artur Rosa Filho
Orientador: Anaclaudia Gastal Fassa
Co-orientador: Vera Maria Vieira Paniz**

A apresentação desta dissertação é exigência do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas para obtenção do título de mestre

Pelotas,RS
Novembro de 2006

AGRADECIMENTOS

A minha Bruna, pela paciência que teve em todas as segundas-feiras quando o acúmulo dos plantões do fim de semana + trabalho diário + Pré e pós testes + Aulas de estatísticas pareciam obstáculos intransponíveis. Tu foste e será, sempre, a solução para minhas angústias.

Mãe, quando eu tinha 12 anos, me mandaste fazer 250 Km/semana durante três anos, para aprender inglês. Naquele momento abria-se um mundo em que os limites não eram geográficos, esses limites passaram a ser os meus sonhos.... e nesse mundo, tudo, mas tudo mesmo, pode ser alcançado.

Pai, carregar teu nome sempre me impôs uma responsabilidade a mais. Lembro das vezes em que me mandaste ao banco, depois das 15:00h para pagar aquelas pilhas de carnês do “INPS” e dizer que era o filho do Luiz Artur. Sem querer ou até querendo, tu estavas me transformando em um cidadão, com deveres a cumprir e direitos a serem clamados. Foste tu que me deste esta sede de saber sempre mais sobre Economia, Política, Informação, Administração, História e até... de Medicina.

Camila, minha irmã e companheira de quatro anos em Pelotas, ter morado contigo me ensinou muito sobre como conviver com o gênero oposto, sobre esforço e seriedade em tudo aquilo que se faz.

Mariana, te colocar para dormir quando pequena e observar tu crescer e virar “dotorá” me ensinou muito de Humanidades, e até hoje, me ensinas a ser realmente humano.

Ana Claudia, obrigado por tudo, foste a orientadora que eu precisava em todos os momentos. Saiba que quando eu caí, foste firme e quando subi, me trouxeste de volta a Terra. Quando alguém me ouvir falar em ti, não ouvirá: mas... entretanto.... só que...

Vera, minha co-orientadora, tuas sugestões e correções foram decisivas para aqueles que estão começando a ler esta dissertação entendam o que este aprendiz de cientista está realmente querendo dizer.

Aos meus colegas de Mestrado, obrigado pelo convívio, ao sentar ao meu lado nas atividades do mestrado, cada um de vocês tornou-se cúmplice de minhas limitações e muitas vezes vocês foram um suporte para o meu avanço. Todos, sem exceção, foram em algum momento importantes na construção do meu conhecimento.

Ao Centro de Pesquisas Epidemiológicas/UFPel, vocês são símbolo de um Brasil a ser construído. Esse departamento estará em todas as minhas argumentações sobre qualidade, produtividade e responsabilidade social. Vocês constroem com excelência uma Universidade pública, gratuita e de qualidade.

Aqueles que ajudaram a me construir como ser humano e para meus ídolos de ontem e de hoje.

Aqueles que me apresentaram e ensinaram Ciência, desde sempre.

Aqueles amigos que não vejo, não falo, mas que constam em todas as minhas memórias de outros tempos.

Aqueles que sorriam ao receber nas mãos esta dissertação, mas não estão mais aqui.

Finalmente, meu agradecimento para aqueles que acreditam em um mundo de paz e justiça social; aos que lutam por uma sociedade inclusiva e sem preconceitos e para aqueles que defendem a saúde, a educação e a terra como um bem de todos.

SUMÁRIO

1. Projeto de pesquisa	06
1.1 Introdução	08
1.2 Objetivos	25
1.3 Metodologia	27
2. Relatório do trabalho de campo	45
3. Relatório para imprensa	63
4. Artigo	66
5. Anexos	90
5.1 Questionário do trabalho de campo	92
5.2 Normas da Revista	104

PROJETO DE PESQUISA



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

Determinantes e efeitos da Continuidade na Atenção à Saúde: estudo de base populacional em Pelotas, RS

Projeto de Pesquisa

LUIZ ARTUR ROSA FILHO

Prof. Orientadora: Anaclaudia G Fassa

Co-orientadora: Vera Vieira Paniz

Revisor: Luiz Augusto Facchini

**Pelotas
Rio Grande do Sul, Brasil
Setembro 2005**

1.Introdução:

1.1 Justificativa

A continuidade na atenção à saúde (C.A.S.) é uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais ou unidades de saúde e os pacientes, independente da existência ou não de doença que desencadeia uma série de eventos coerentes e consistentes com as necessidades do indivíduo^{1, 2}. A atenção às necessidades de saúde de um paciente ao longo do tempo é um indicador da qualidade dos serviços de saúde³⁻⁵ e maior preditor do acesso ao sistema de saúde⁶.

O estabelecimento destes vínculos é um aspecto fundamental da integralidade na saúde⁷ e, por conseguinte, da Atenção Primária⁸

Segundo Pinheiro: “(...), *a integralidade emerge como um princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, que se caracterizaria pela busca também contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional*”.

A continuidade na atenção à saúde propõe ao gestor, o reconhecimento de sua responsabilidade sobre determinado grupo de pessoas com necessidades múltiplas e diversas. Aos profissionais de saúde enseja a responsabilidade pelo manejo das necessidades individuais de saúde de acordo com as estruturas assistências necessárias.

A interface entre esses profissionais e a C.A.S. pressupõe confiança e conhecimento mútuos⁹ entre o médico e seu paciente, sendo importante determinante da satisfação dos pacientes com a atenção primária^{4, 8}. A capacidade de reconhecer as necessidades em saúde, situações de vida, riscos e exposições dos indivíduos pode ser uma excelente estratégia de promoção da equidade, a qual se refere ao reconhecimento das diferentes necessidades das populações⁷.

A atenção primária estabeleceu as bases para a saúde, capazes de identificar aspirações sociais, satisfazer necessidades e modificar o meio ambiente, atribuindo aos

profissionais e grupos sociais a responsabilidade pela mediação entre as iniquidades em saúde presentes em nossa sociedade¹⁰.

Entretanto, como se dará este amplo conhecimento necessário sobre a realidade de um paciente que o médico não conhece, não convive e talvez nunca mais veja? A continuidade na atenção à saúde estabelece um padrão de atenção capaz de vincular os pacientes e permitir intervenções equânimes.

A C.A.S. é potencialmente uma estratégia capaz de otimizar o padrão de utilização dos serviços, ajustando às necessidades da população e estimando com maior propriedade a oferta assistencial necessária a qualquer demanda em saúde.

A operacionalização desta relação de longo tempo entre o médico ou serviço de saúde e o paciente se apresenta de maneira diversa nos artigos revisados ^{1, 11, 12}, o que acaba por limitar a avaliação da consistência dos achados ¹³.

Alguns trabalhos caracterizam a C.A.S. através da concentração dos cuidados em saúde em um profissional específico, alguns desses estudos incluem índices como o UPC (*User Provider Continuity*), que é a razão das consultas com o médico de referência/total de consultas em um determinado tempo ^{4, 14, 15}. A crítica a este indicador ocorre quando o indivíduo faz poucas consultas, pois assim ele terá um alto índice de Continuidade pelo número restrito de seu denominador, ou ainda por incluir a possibilidade que o médico não seja o mais adequado para prover continuidade por ser um médico de urgência por exemplo. Em estudo prévio, não houve correlação entre este indicador e confiança dos pacientes com seu médico.¹⁴

Dentre os indicadores com profissional específico, ainda destacam-se os estudos que avaliam continuidade na atenção apenas pelo relato do médico de referência (*Regular Doctor*) e o tempo da relação médico-paciente ^{2-6, 8, 11, 16, 17}. Entre os estudos que usaram este indicador estão dois estudos brasileiros ^{5, 17}. A maior limitação deste tipo de indicador é que a pessoa pode ter um médico ao qual seja capaz de identificar inclusive seu nome, mas que não procure-o há muito tempo.¹¹

Outra categoria de indicadores é aquela em que não é necessário um cuidador específico. Nessa forma de estimar continuidade destaca-se o MMCI (*Modified Modified Continuity Index*), baseado no número de diferentes médicos e o número total de consultas.

Esse modelo de análise foi usado em alguns estudos prévios para estudar associação entre continuidade e alguns desfechos como hospitalização e consultas de urgência¹⁸⁻²⁰.

Há ainda estudos que avaliaram os efeitos de um local como fonte regular de saúde, comparando-se o vínculo com o serviço e os vínculos com os profissionais de saúde encontrou-se associação semelhantes com a utilização dos serviços de saúde.¹⁷

Nos últimos anos, houve esforços de homogeneização operacional da C.A.S., dando origem a algumas definições como Haggerty em 2003, que a dividiu em três tipos: Continuidade de Informação, em que há uma sistematização da informação em papel ou até acumulada na memória do profissional; Continuidade de Manejo, que se refere à capacidade de resposta às necessidades em saúde, principalmente dos doentes crônicos e a Continuidade de Relação, que se refere à vinculação terapêutica com a equipe de saúde¹.

Ainda em 2003, Saultz¹² hierarquizou a C.A.S. em: Continuidade de Informação, cuja característica principal é a capacidade de armazenar informação sobre o paciente; Continuidade Longitudinal, em que o paciente tem um local com uma equipe a fim de prestar-lhe os cuidados necessários em saúde; Continuidade Interpessoal, em que o paciente conhece seu médico pelo nome e confia neste.

Entre todos os indicadores e tentativas de padronização da compreensão da C.A.S., esta última mostra uma evolução no marco conceitual, pois ao separar as várias formas de C.A.S. compreende-se que a diversidade anterior de indicadores, aparentemente não conectados, reflete fenômenos complementares da C.A.S. Indicadores como UPC, MMCI e *Regular Doctor* seriam capazes de avaliar a Continuidade Longitudinal, enquanto a Continuidade Interpessoal depende de fatores relacionados a proximidade entre o médico e seu paciente, por exemplo, se o paciente sabe o nome de seu médico¹².

1.2 A Saúde no Brasil

No Brasil, no final da década de 70, surgiram movimentos com objetivos comuns de inclusão social e reformas democráticas, cujo eixo principal era a saúde. Esses movimentos propunham um sistema de saúde baseado em relações sociais e humanas, distintas do modelo da época, baseado em relações de capital ou beneficente. Este movimento denominou-se

Reforma Sanitária, e seus efeitos acabaram por criar uma proposta de mudança no sistema de saúde brasileiro.

Em 1988, a reforma do modelo assistencial público de saúde, prevista na própria Constituição Brasileira daquele ano, se consolida com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). O novo sistema, baseado na atenção primária, tem como marcos conceituais: integralidade, universalidade dos cuidados em saúde, equidade e intersetorialidade das atividades. O Artigo sete da Lei federal 8080/1990 define integralidade como um “*Conjunto articulado e contínuo das ações e serviços de saúde preventivos e curativos...*”²¹

Em 1994, a estruturação do Programa de Saúde da Família (P.S.F.) surge com o propósito de ser uma nova estratégia de reorientação dos modelos de atenção em saúde baseada na adscrição/territorialização e responsabilização/vínculo da população com a equipe de saúde²². A continuidade na atenção à saúde é considerada uma característica das experiências com Medicina Familiar no mundo²³. Muitos países como Canadá, Inglaterra e Cuba usam a continuidade na atenção como uma diretriz do modelo assistencial. Os dois primeiros vinculam seus pacientes ao médico chamado General Practitioner¹⁴ enquanto em Cuba, o vínculo se dá com Médico de Família²⁴

As concepções teóricas que estruturam o Sistema Único de Saúde e o Programa de Saúde da Família têm sua implantação limitada por vários fatores como a baixa remuneração dos profissionais de saúde e os interesses econômicos dos sistemas locais na implantação do P.S.F.. Estes obstáculos inserem-se na dificuldade do SUS em alterar o perfil de investimentos públicos em saúde, hoje predominantes na atenção secundária e terciária.

1.3 A Saúde em Pelotas

Pelotas, uma cidade localizada no sul do Brasil, com aproximadamente 330.000 habitantes, com atividade econômica predominante comercial e de serviços, está em Gestão Plena do Sistema Municipal, de acordo com a Norma Operacional Básica 01/96 (NOB) desde 2000. Neste município, o acesso aos serviços de saúde não é o principal problema, uma vez que tem uma boa infra-estrutura em saúde. Os recursos financeiros existentes (52.434.047 reais em 2001) são caracterizados por uma grande concentração nos cuidados hospitalares, em

detrimento dos cuidados primários em saúde. Essa má distribuição dos recursos resulta em aumento da iniquidade em saúde, uma vez que beneficia menos os grupos mais vulneráveis.²⁵

A cidade possui os três níveis de atenção à saúde. O nível primário, constituído pelas 54 Unidades Básicas de Saúde (UBS), com 30% dos pacientes atendidos pelo Programa de Saúde da Família. Este programa garante uma relativa facilidade de acesso a estes serviços, inclusive com alguns indicadores de super-utilização por parte da população^{26, 27}, considerando-se os parâmetros de 2-3 consultas habitantes/ano.

A opção de Pelotas por implantar o Programa de Saúde da Família apresenta limitações já identificadas em outras cidades de médio/grande porte que optaram por esta estratégia, com grandes limitações de recursos humanos e econômicos.

A baixa valorização dos profissionais que trabalham na atenção primária e mesmo no Programa de Saúde da Família manifesta-se pela alta rotatividade dos profissionais nas equipes, não apenas por suas opções pessoais como eventualmente como uma opção gerencial do sistema local, fato comprovado em Setembro de 2005, quando o gestor local “transfere” oito equipes de local por dificuldades em manejar problemas pontuais de relacionamento. Problemas esses facilmente compreensíveis quando se reconhece a dificuldade que os profissionais de saúde têm para trabalhar em equipe, e cuja resolução impossibilitou a C.A.S. para mais de 20.000 habitantes de Pelotas.

As dificuldades no acesso a medicação e exames para os pacientes da atenção primária reduzem a capacidade resolutiva das unidades de saúde locais, limitando a qualidade na atenção à saúde. No caminho oposto, caminha a política pública e privada de saúde de Pelotas, com os recentes investimentos em novos serviços de saúde de nível secundário e terciário.

A ampliação de leitos de tratamento intensivo, adulto e infantil, os novos serviços de saúde da UFPel (antigo Hospital Santa Tereza e futuro Pronto Atendimento) e a aquisição de um novo tomógrafo computadorizado para o HUSFP mostram a clara opção pela atenção hospitalocêntrica e tecnológica em detrimento da atenção primária.

A saúde suplementar em Pelotas abrange todos os tipos previstos pela Agência de Saúde Suplementar. Os serviços de autogestão, medicina de grupo, cooperativas e seguradoras oferecem diferentes modelos assistenciais aos seus clientes assistidos.

1.4 Revisão Bibliográfica

A revisão baseou-se em bibliotecas eletrônicas, como Pubmed, Lilacs e Medline, onde foram utilizadas as seguintes palavras: CONTINUITY CARE que resultaram aproximadamente 10.800 artigos. Nova seleção foi realizada, utilizando-se novos descritores: LONGITUDINALITY, PRIMARY, HOSPITALIZATION, encontrou-se então, aproximadamente 120 artigos, que acabaram por compor a maior parte dos artigos presentes nesta revisão. Os artigos foram agrupados em transversais, separando os que a C.A.S. foi analisada como exposição daqueles em que a C.A.S. foi incluída como desfecho e teóricos (Revisão e Meta-análise).

O quadro abaixo mostra as principais características e resultados dos estudos revisados.

Tabela 1. Revisão dos artigos conforme ano de publicação.					
Título	Autor/País	Revista	Tipo de estudo	Indicador	Resultados
The effects of having a regular doctor on access to primary care	Lambrew, JM Defriese, GH Carey, TS Ricketts, TC Biddle, AK/ USA	Medical Care, 1996	Transversal	Regular doctor	Compara o acesso daqueles que podem escolher o médico com aqueles que não podem... Considera preditor de acesso Principal preditor de acesso Não encontrou associação com hospitalização nem consulta de urgência.
The Role of provider continuity in Preventing Hospitalizations	Gill, JM Mainous III, AG/ USA	Arq. de Medicina de Família, 1998	Transversal	MMCI UPC	11,9% Hospitalização. >0,5 MCCI/<0,5MCCI, controlado p/ demográficas: 0,56(0,46-0,69) Causas evit. crônicas+cont/causas s/continuidade= 0,54 IC95% 0,34-0,88 control demográficas.
The Relationship between Continuity of care and the health behaviors of patients: Does Having a Usual Physician make a difference?	Ettner, SL/ USA	Medical Care, 1999	Transversal	Regular doctor	Contratos seletivos, preço do managed care prejudicam relação médico paciente Desfechos não associados: exercícios, obesidade, não fumar Desfechos associados: visita p/ consultas preventivas e abuso de substâncias.. Há dados mostrando que Continuidade não está associada a hábitos saudáveis
Commitment to a regular physician: How long wait to see their own Physician for acute illness	Love, MM Mainous III, AG USA	Journal of Family Practice, 1999	Transversal	Regular doctor Tempo	Médico de referência Base da atenção primária 71% CAS 88% Local regular saúde
The effect of continuity of care on emergency department use	Gill, JM Mainous, AG Nsereko, M/ USA	Arquivos de Medicina de Família,	Transversal	MMCI UPC	Média UPC e MMCI= 0,64 Cont/não cont p/ múltiplas visitas OR 0,62(0,51-0,76) Cont/não cont p/visita única OR 0,81(0,68-0,96) MCCI

		2000			
Continuity of care and trust in one's Physician: evidence from primary care in the U.S. and U.K	Mainous III, AG Baker, R Love, MM Gray, DP Gill, JM/ USA/Inglaterra	Family medicine, 2001	Transversal	UPC Regular doctor Tempo	Descrição: 66% Mulheres Alta correlação entre confiança no médico e continuidade na atenção(importância de ter e tamanho do tempo) UPC não teve correlação com confiança. Dificuldades conceituais e de instrumento Confiança associou-se ao tempo de relação e não UPC.
The relevance of continuity of care: a solution for the chaos in the emergency services	Stein, AT Harzheim, E Costa, M Busnello, E Rodrigues, LC/ Brasil	Family Practice, 2002	Transversal	Regular doctor	População na emergência Definição: Médico e nome. 30% de quem consulta em Ed têm médico referencia A falta de continuidade esta correlacionada com consultas que não são urgência
Defining and measuring Interpersonal continuity of care	Saultz, JW/ USA	Annals of family medicine, 2003	Revisão Bibliográfica (?)	-	3 tipos de continuidade: Informação, Longitudinal e Interpessoal Tipos de instrumento: Não requer provedor pessoal: MMCI Requer provedor pessoal: UPC, Pergunta: sim ou não Longitudinal: UPC, MMCI, pergunta direta Interpessoal: Nome, tempo e a qualidade da relação.
Prevalence of having a regular doctor, associated factors, and the effect on health services: a population-based study in Southern Brazil	Mendoza-Sassi, R Béria, J/ Brasil	Cadernos de Saúde Pública, 2003	Transversal	Regular doctor Tempo	195-5000 dólares/0-56 dólares= 1,70 (1,29-2,23) Fem/Masc= 1,53 (1,34-1,76) 65 ou mais anos/15-24= 2,84 (1,95-4,14) Seguro Privado 1,48(1,19-1,84) Doença crônica 1,54(1,32-1,80) Boa/Má percepção saúde 1,22 (1,03-1,46):
Continuity of primary care: to whom does it matter and When?	Nutting, PA Et all/ USA	Annals of family medicine, 2003	Transversal	PVC)	Mais importante para pacientes vulneráveis Maior satisfação entre aqueles que tem continuidade

Continuity of care: a multidisciplinary review	Haggerty, JL Et all/ USA	BMJ, 2003	Revisão	-	2 itens fundamentais: Individual e ao longo do tempo. 3 tipos= Informational, management, Relational
Preventive Care Does Continuity count?	Doescher, MP Et all./ USA	Journal Gen intern Med, 2004	Transversal	Regular doctor	Estudo descritivo Mais velhos, Mulheres,brancos, melhores níveis educacionais, não fumantes
Continuity of Medical care, health insurance, and nonmedical advice in the first 3 years of life	Bradford, WD Kaste, LM Nietert, PJ/ USA	Med Care, 2004	Transversal	Regular doctor	Crianças Indicador semelhante ao Sassi
Patient-Physician Shared experiences and value patients place on Continuity of care	Mainous III, AG Goodwin, MA Stange, KC/ USA	Annals of Family Medicine, 2004	Transversal	Regular doctor	O tamanho da shared(compartilhado) depende do tamanho de tempo da relação Deve-se considerar que contato entre médico e paciente é diferente da relação pessoal
The perception of continuity of care from the perspective of patients with D.M.	Nair, KM Dolovich, LR Ciliska, DK Lee, HN Canadá	Fam Med, 2005	Qualitativo	-	Concorda com Haggerty: individual e ao longo do tempo Relacional, Informação e management
Continuity of care and other determinants of patient satisfaction with primary care	Fan, VS Burman, M Mcdonell, MB Fihn, SD USA	Journal Gen Intern Med, 2005	Transversal , Clínica primária	UPC adaptado	Continuidade na atenção a saúde foi a maior com a satisfação dos pacientes com seu sistema de saúde
Does continuity of care matter in a Universally Insured Population	Menec, VH Sirski, M Attawar, D Canadá	Health services research, 2005	Transversal , base populaciona l	COC	COC -75% e 50% Relação negativa entre continuidade e emergencia

1.4.1 Determinantes da Continuidade

A prevalência de pacientes que relatam ter uma fonte regular de saúde nos Estados Unidos varia de 68 a 80%^{3, 4, 6, 16}, muito em função das diferentes operacionalizações e pontos de corte, mas no Brasil dados mostram uma prevalência de entre 30,6 e 37,4% de médico de referência^{5, 17} como fonte habitual de saúde e 34,1% de um local (serviço) como fonte habitual de saúde¹⁷

Muitos estudos internacionais demonstram que a idade do paciente está associada positivamente a Continuidade na Atenção à Saúde^{3, 4, 14, 16}, fato que se repetiu no estudo brasileiro em Rio Grande, em 2003. Nesse estudo houve tendência linear ($p < 0,001$) com o aumento da idade, com R.P. de 2,84 (1,94-4,14) entre 65 ou mais anos em comparação aos de 15-24 anos¹⁷.

O sexo feminino também tem sido associado a melhores indicadores de continuidade^{3, 16} e, igualmente esteve associado estatisticamente ($p < 0,001$) com R.P. de 1,53 (1,34-1,75) no estudo brasileiro.¹⁷

Indicadores socioeconômicos têm sido associados à continuidade. Um estudo brasileiro encontrou associação positiva ($p < 0,001$) entre C.A.S. e Classe Social com RP 1,71 IC95% (1,41-2,06) quando se comparou classe A/B com D/E. Da mesma forma Renda Familiar de 195-5000 dólares em relação a ganhos mensais de 0 a 56 dólares¹⁷ apresentou RP de 1,70 IC95% (1,29-2,23), fato que se repetiu na literatura internacional^{3, 6, 16, 17, 28} com a variável classe social.²⁸

A ocorrência de doenças crônicas esteve associada significativamente com a C.A.S.($p<0,001$) (RP de 1,54, IC95% 1,32-1,80)¹⁷ pois os indivíduos com doenças crônicas precisam de um maior cuidados ao longo do tempo, necessitando uso constante de medicação e reavaliações periódicas de sua patologia. Estudos prévios mostram que pacientes com altos índices de continuidade estão mais bem controlados de sua patologia crônica, seja ela Hipertensão ou Diabete Melitus^{4, 6, 29, 30}. Esses dados concordam com a concepção de que a Continuidade é importante para pessoas vulneráveis³¹.

Outro importante fator determinante da continuidade é o modelo assistencial ao qual o indivíduo está inserido. Enquanto o SUS inclui em suas bases teóricas a integralidade na saúde, apenas 29,9% dos usuários do SUS tem continuidade na atenção contra 58,9% daqueles que tem plano de saúde privado, com RP 1,48 IC95% (1,19-1,84)($p<0,001$)¹⁷. Os planos privados assistem a 25,4% da população (38,7 milhões de pessoas) do Brasil,³² através de segmentos de autogestão, medicina de grupo, cooperativas e seguradoras. Estudos identificam como obstáculos “assistenciais” privados à C.A.S., a grande rotatividade de médicos, cobrança de fator moderador e formulação de pacotes segmentados^{12, 25, 28, 33}. A C.A.S. foi o principal preditor de satisfação com o sistema de saúde em clínicas de Medicina Geral⁸.

1.4.2 Efeitos da Continuidade

Os efeitos da continuidade na atenção à saúde mostram grande variedade na bibliografia encontrada. A C.A.S. foi fator de proteção para consultas em serviços de emergência OR de 0,82 (0,70-0,95) para adultos^{18, 19}. Em crianças, a ausência de C.A.S. mostrou-se fator de risco para consultas em emergências com razão de prevalência de 1,58 (1,49-1,66). Em estudo recente, com uso do indicador C.O.C. Menec encontrou que os altos índices de continuidade estiveram associadas a menor número de consultas de emergência, com OR 0,91 IC95% (0,88-0,95)²⁵.

Outro importante efeito estudado da C.A.S. são as hospitalizações, onde a continuidade na atenção a saúde mostrou efeito protetor (OR 0,56; IC95% 0,46-0,69). Quando se segmentou o estudo pelo tipo de doença (crônica ou aguda), pacientes com doenças crônicas que tiveram C.A.S., apresentaram OR de 0,54 IC95%(0,34-0,88), após ajuste para variáveis demográficas²⁰. Crianças sem continuidade tinham RP 1,54 (1,33-1,75)¹⁸. Outro estudo não demonstrou tal associação⁶.

A Relação entre a C.A.S. e comportamentos saudáveis não se mostrou clara em estudos prévios. Ettner, em 1999 demonstrou que a C.A.S. esteve associada com o aumento de exames preventivos (OR 4,27, p<0,001), e com a redução do abuso de substâncias (OR 0,37, p<0,001). Já a prática de exercícios (vigorosos, realizados várias vezes por semana), obesidade (IMC> 30) e não fumar não se mostraram associados a C.A.S. Outro estudo não apresentou associação entre o tempo de duração da continuidade, tabagismo e obesidade.²

1.6 Marco Teórico:

A compreensão do papel da saúde para os indivíduos, inicialmente caracterizada pela ausência de doença, foi definida em 1948 pela OMS como o bem estar físico, mental e social. Em 1978, a Conferência de Alma Ata, base do paradigma da determinação social, estabeleceu o processo saúde-doença como resultado da interação social e humana, caracterizada pelas relações dos homens com o ambiente, num determinado espaço geográfico e tempo histórico.

A Teoria da Determinação Social estabelece que um conjunto de diferentes exposições, vulnerabilidades e resistências são explicados de maneira cumulativa e desigual, entre diferentes grupos sociais. Neste horizonte, a Continuidade na Atenção à Saúde passa a ser uma importante estratégia para promoção de equidade, ou seja, os cuidados em saúde são oferecidos proporcionalmente à carga de exposição e vulnerabilidade, inversamente a resistência de cada um ³⁴.

A C.A.S. é uma relação pessoal de longo prazo, independente da presença de doença, que desencadeia uma série de eventos coerentes e consistentes com as necessidades do indivíduo¹. Esta relação de “parceria sustentada” pressupõe dois elementos básicos: o cuidado ao longo do tempo e o foco na atenção individual.

Esta relação individual de longa duração, entre os profissionais de saúde e seus pacientes, passa a ser uma abordagem crítica dos fenômenos sociais do estado moderno, como a exclusão social e sua conseqüente deterioração das condições de vida e saúde das populações ³⁵.

O modelo teórico (Fig 1.), proposto para explicar os múltiplos fatores relacionados à Continuidade, mostra que as condições socioeconômicas são determinantes distais da C.A.S., pois indivíduos com baixa renda possuem maior carga de morbidade e mortalidade. A escolaridade também deve ser vista como um importante determinante da Continuidade, pois, segundo Mendoza-Sassi, há a possibilidade de variações no comportamento das pessoas frente à doença e às redes de apoio.¹⁷

Fatores pessoais, como o aumento da idade e o sexo feminino²⁶, também estão relacionados a um maior número de consultas e, portanto, a uma maior probabilidade de estabelecer vínculos estáveis ao longo do tempo. Estes resultados estão presentes na literatura internacional e brasileira. A maior ocorrência de C.A.S. no sexo feminino pode justificar-se por motivos obstétricos ou ginecológicos, pelo maior tempo disponível para consultar ou ainda pelo maior cuidado com sua saúde. A relação positiva entre idade e continuidade pode explicar-se pela maior necessidade de saúde das populações com maior idade. Essas acabam por estabelecer vínculos ao longo do tempo, para uma maior coerência na abordagem de sua doença, que usualmente demandará intervenções preventivas, curativas ou de reabilitação durante a vida.

No segundo nível de análise, a categoria de necessidades em saúde compreende a divisão em: necessidade sentida, que se refere à percepção das pessoas sobre sua saúde; necessidade expressada, pelas demandas de serviços e cuidados, especialmente em pacientes com doenças crônicas; e a necessidade normativa, identificada pelo profissional de saúde.

A autopercepção em saúde e a presença de doença crônica são determinantes importantes das necessidades de saúde. A relação entre continuidade na atenção à saúde e necessidades de saúde dos indivíduos fica caracterizada quando a presença de médico de

referência mostra-se mais importante, fator associado ao controle de níveis tensionais em pacientes hipertensos ²⁹. No plano teórico, há a possibilidade de causalidade reversa, pois a ocorrência de uma doença crônica poderia induzir o indivíduo a vincular-se a um determinado profissional. O mesmo fenômeno se repete no caso da autopercepção em saúde, pois indivíduos que tenham uma fonte regular de cuidados podem sentir-se mais satisfeitos com sua saúde.

O modelo assistencial em que cada indivíduo está inserido é também um importante preditor na Continuidade da Atenção à Saúde. A configuração do modelo público brasileiro(S.U.S.), pautada pela determinação social da saúde e pelo paradigma da atenção primária¹⁰, estabeleceu suas bases na universalização, equidade, descentralização, participação social e integralidade. Essa última reporta a necessidade de ações de promoção, proteção e reabilitação da saúde do indivíduo, que ocorrem de maneira contínua e ordenada.

Em 1994, o Ministério da Saúde lança a estratégia de Saúde da Família, propondo um novo esforço para a consolidação da Atenção Primária. A responsabilização da equipe por uma determinada parcela da população e sua adscrição geográfica são algumas ferramentas importantes da Continuidade na Atenção à Saúde. A alta rotatividade de profissionais tem limitado a possibilidade de Continuidade no cuidado a saúde.

Os modelos privados, divididos em Medicina de Grupo, Seguro Saúde, etc.(ANS), estão associados a uma maior utilização dos serviços de saúde. Contudo, a exigência de fator moderador (pagamento de algum valor direto ao profissional), consultas em pronto-atendimento para avaliar a necessidades dos segurados em acessar seu médico e, finalmente, o eventual descredenciamento ou a substituição de prestadores de serviços ou profissionais têm colocado obstáculos à Continuidade.

A compreensão da Continuidade na Atenção a Saúde, como uma estratégia de parceria sustentada entre o indivíduo e seu médico, inclui a abordagem das características profissionais do provedor da Continuidade. O médico, através de seus conhecimentos, atitudes e motivações, têm importante papel na indução da Continuidade na Atenção à Saúde. Com o advento do SUS, amplia-se a necessidade de médicos aptos a trabalhar com a atenção primária, e esta prática não encontra respaldo qualitativo ou quantitativo nas escolas de graduação médica.

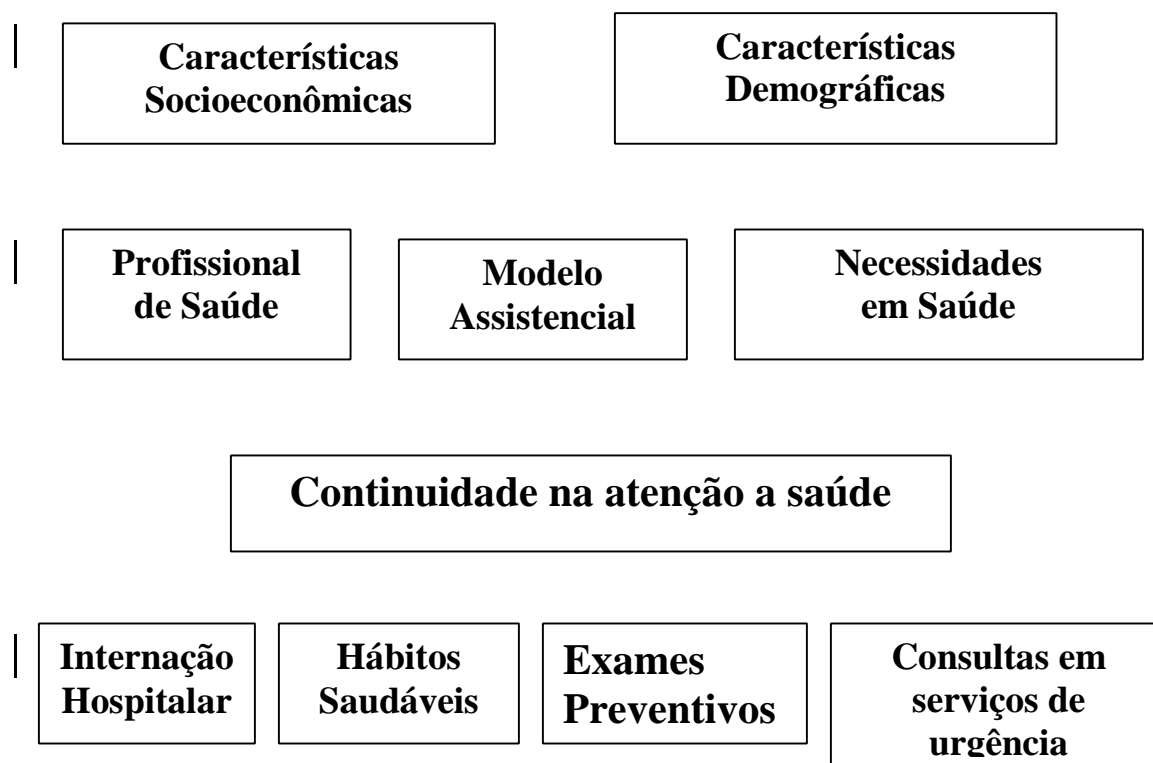
A C.A.S. promove uma redução na hospitalização e nas consultas de urgência. A redução nas hospitalizações ocorre naqueles indivíduos com médico que os vêem com frequência, através de uma abordagem apropriada às necessidades imediatas de seus pacientes. Esta redução deveria ocorrer principalmente naquelas patologias sensíveis à atenção primária.

Estes fatores associados à Continuidade na Atenção à Saúde apresentam possível causalidade reversa, ou seja, indivíduos que têm algum episódio de internação ou consulta de emergência passem a consultar mais e estabeleçam vínculos com um profissional específico. É importante ressaltar que, esta via de entendimento compreende uma situação ideal, em que as internações e consulta de urgência provocam a identificação de uma necessidade de saúde.

Já os hábitos saudáveis, como a prática de exercícios físicos, nutrição adequada e ausência de tabagismo, são recomendações importantes nas consultas médicas. Entretanto, esses dependem de fatores individuais em que a continuidade apresenta limitação importante. Weiss em 1986, não encontrou influência da duração das relações com tabagismo e obesidade.

O presente estudo pretende contribuir para uma reflexão conceitual do tema e, a partir deste marco teórico, caracterizar a Continuidade na Atenção à Saúde no contexto social, econômico e assistencial brasileiro. Os produtos deste projeto serão 3 artigos, o primeiro estudando os determinantes da Continuidade, o segundo sobre os efeitos da Continuidade e o terceiro discutindo as várias formas de mensuração da CAS.

1.7 Modelo Teórico:



1.8 Objetivos

1.8.1 Objetivo Geral:

Caracterizar a Continuidade na Atenção à saúde, seus determinantes e efeitos.

1.8.2. Objetivos específicos:

- 1.- Descrever a prevalência da Continuidade na Atenção à Saúde em Pelotas.
- 2.- Discutir as várias possibilidades de mensuração da Continuidade na Atenção à Saúde.
- 3.-Avaliar a associação entre Continuidade na Atenção à Saúde com os seguintes determinantes:
 - Fatores socioeconômicos
 - Fatores demográficos
 - Doenças Crônicas e autopercepção de saúde
 - Modelos Assistenciais
- 4.-Estudar a associação entre Continuidade da Atenção à Saúde com os seguintes efeitos:
 - Hospitalização
 - Consultas de Urgência
 - Hábitos Saudáveis (tabagismo e atividade física)

1.9 Hipóteses:

- 1.- A maioria das pessoas relatam ter médico de referência há mais de um ano.
- 2.- A maioria das pessoas não é capaz de identificar o nome de seu médico.
3. Os diferentes indicadores de continuidade vão representar diferentes “fenômenos” relacionados a Continuidade na atenção à saúde e portanto apresentar baixa correlação ($r < 0,5$).
- 4.- As pessoas com Continuidade na atenção à saúde são mais velhas, apresentam melhores indicadores socioeconômicos, relatam doenças crônicas e se sentem mais satisfeitas com seu estado de saúde.
- 5.- A Continuidade na atenção saúde ocorre com maior frequência nas pessoas assistidas pelo Programa de Saúde da Família ou planos privados de saúde.
- 6.- Ter plano privado de saúde não garante a livre escolha do profissional.
- 7.- Ter continuidade na atenção à saúde está associada a menor ocorrência de hospitalização.
- 8.- Ter continuidade na atenção à saúde está associada a menor ocorrência de consultas a serviços de urgência.
- 9.- Ter continuidade na atenção à saúde não está associada a hábitos saudáveis, como tabagismo e atividade física regular.

2. Metodologia:

2.1 Delineamento

Estudo transversal de base populacional em que será entrevistada, em inquérito domiciliar, uma amostra representativa da população adulta e idosa da cidade de Pelotas.

2.2 Justificativa da escolha do delineamento

Será realizado um estudo transversal para avaliar prevalência de Continuidade na Atenção à Saúde, principais fatores determinantes e desfechos, na população urbana de Pelotas. O delineamento transversal, além de ser relativamente barato e rápido, é um bom delineamento para estudo de prevalência de desfechos comuns, permitindo avaliar fatores de risco e estratégias assistenciais. Estudos transversais tem sido uma metodologia usada para a avaliação de serviços e estratégias de saúde. O delineamento proposto poderá dificultar o estabelecimento da direcionalidade de algumas associações estudadas, como a Continuidade na Atenção à Saúde com doenças crônicas e comportamentos saudáveis.

2.3 Definição da população alvo:

A população do estudo será constituída por indivíduos com 20 anos ou mais, de ambos os sexos, que residam na zona urbana de Pelotas. Nesta condição, estão aproximadamente 220.000 pessoas dos 332.000 habitantes da cidade. ³⁶

2.3.1 Critérios de Inclusão:

- Adultos com 20 anos ou mais, moradores da cidade de Pelotas.

2.3.2 Critérios de Exclusão:

- Pessoas com impossibilidade de comunicação.
- Pessoas institucionalizadas (Hospitais, presídios e casas de repouso.)

2.4 Cálculo do Tamanho da Amostra

A amostra para este estudo foi calculada no programa EpiInfo 6.04 , baseada no maior número de sujeitos necessários para estudar a Continuidade na Atenção à Saúde e fatores associados(27). Os cálculos propostos foram:

Nível de confiança: 95%

Frequência esperada : 37%

Erro tolerável : 1,5 pontos percentuais

Número de pessoas: 1249

Percentual perdas/recusas: 10%

Total: 1373 pessoas.

Para estudo da associação entre os fatores determinantes da continuidade na atenção à saúde e seus determinantes, com nível de confiança de 95% e poder de 80%, não encontrou-se na bibliografia estuda nenhum efeito de delimitação aplicável ao estudo.

Fatores associados	Desfecho	Razão exp./ Não exp.	RR	Frequência Não exp.	Total	Amostra final*
Idade	C.A.S.	1:2	1,5	32%	360	570
Nível Econôm.	C.A.S.	1:4	1,5	34%	458	725
Doença Crônica	C.A.S.	1:3	1,5	33%	404	639
Modelo assistencial	C.A.S.	1:3	1,5	33%	404	639
CAS	Internação Hospitalar	1:2	1,6	6,6%	1839	2912
CAS	Consultas Urgência	1:2	1,6	9,8%	1176	1862
CAS	Hábitos Saudáveis	1:2	1,2	32,7%	1113	1762

*O cálculo da Amostra Final: Total x 1.1 (perdas) x 1.2 (Fatores Confusão) x 1.2 para Efeito de delimitação.

2.5 Amostragem

O censo de 2000, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostrou uma população de 323.158 habitantes, cujos indivíduos com mais de 20 anos corresponderam a 225.000 habitantes.

O cálculo do tamanho da amostra levará em conta as necessidades dos 11 mestrandos do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas. A partir deste parâmetro chegou-se a 120 setores, com 12 domicílios em cada, totalizando 1440 domicílios, já inclusos os acréscimos por perdas e fatores de confusão.

A amostra utilizada por conglomerados a partir dos setores censitários do censo demográfico de 2000. Estes setores serão estratificados de acordo com a renda média do responsável pelo domicílio para cada setor. De forma a facilitar a logística do trabalho de campo e, também para diminuir os custos deste processo, optou-se por utilizar uma amostra por conglomerados. Para definição dos conglomerados, foi utilizada a grade de setores censitários do Censo Demográfico de 2000.

Para cada um dos 408 setores censitários (foram excluídos 4 setores por não terem moradias fixas) foi calculada a renda média do chefe do domicílio. Os setores foram então colocados em ordem crescente, e foi calculado o número cumulativo de domicílios do primeiro ao último setor. Foi então calculada a PPT (probabilidade proporcional ao tamanho), definida pela divisão do número total de domicílios (92407) pelo número de setores desejados (120) tendo como resultado o pulo 770. O número 420 foi selecionado aleatoriamente, usando o Stata 8.0, determinando o primeiro setor a ser incluído na amostra aquele que incluía o 402º domicílio. Ao número 402 foi adicionado 770, de forma que o segundo setor selecionado foi o que incluía o 1172º domicílio. Este processo foi repetido

até que o número obtido superasse o total de domicílios, um setor censitário foi incluso duas vezes, por compreender dois domicílios sorteados neste setor.

2.6 Variáveis de exposições

Quadro 1. Variáveis demográficas.

Variáveis demográficas	Características	Tipo
Idade	Anos completos	Numérica discreta
Sexo	Masculino/feminino	Catagórica binária

Quadro 2. Variáveis socioeconômicas.

Variáveis socioeconômicas	Características	Tipo
Nível Econômico ³⁷	Nível A, B, C, D e E (ANEP)	Catagórica ordinal
Escolaridade	Nº de anos completados	Numérica discreta
Renda Familiar per capita	Em reais	Numérica discreta

Quadro 3. Variáveis relacionadas com necessidades em saúde.

Estado de saúde	Características	Tipo
Auto-percepção de saúde nos últimos 2 meses	Excelente, boa, regular e pobre	Catagórica ordinal
Presença de doença crônica (diabete, hipertensão e outras)	Sim/não	Catagórica binária

Quadro 4. Variáveis relacionadas ao Modelo Assistencial

Variável	Características	Tipo
Plano de Saúde	SUS, PSF, IPE, Cassi, Pias, Saúde Maior, Unimed, outros	Categórica
Opção por escolha do médico	Sim/Não	Categórica binária

2.7 Variáveis de desfecho

Quadro 5. Variáveis relacionadas ao desfecho de continuidade na atenção à saúde.

Variáveis de utilização do serviço básico	Características	Tipo
Médico de referência	Sim/não	Categórica binária
Nome do médico de referência	Sabe o nome: Sim/ não	Categórica binária
Há quanto tempo ele é seu médico	Em meses	Numérica discreta
Local definido de consulta	Sim/não	Categórica binária
Local definido de consulta	UBS, ambulatório conveniados ao SUS, clínica privada, serviço de emergência	Categórica nominal
Número de contatos com médico no último ano	Em vezes	Ordinal
Número de contatos com seu médico no último ano	Em vezes	Ordinal
Número de médicos consultados no último ano.	Em número de profissionais	Ordinal

Quadro 6. Variáveis de desfecho da exposição continuidade na atenção à saúde.

Variáveis de utilização de serviços	Características	Tipo
Consulta ao pronto-socorro no último ano	Sim/Não	Categórica binária
Internação Hospitalar no último ano	Sim/Não	Categórica binária
Exercícios Físicos	Sim/Não	Categórica binária
Tabagismo	Sim/Não	Categórica binária

2.8 Caracterização do Desfecho:

Médico de Referência:

Ter um médico de referência há mais de um ano da data da entrevista.

U.P.C. (*User Provider Continuity*)

Ter realizado mais de 75% das consultas médicas, em um ano com seu médico de referência.

M.M.C.I. (*Modified Modified Continuity Index*)

Fórmula:

$$MMCI = \frac{1 - (P/C + 0,1)}{1 - (1/C + 0,1)}$$

Onde P= Número de profissionais consultados durante um ano.

C= Número de consultas em 1 ano.

Internação Hospitalar:

Ter feito pelo menos uma internação hospitalar no último ano.

Consulta ao serviço de urgência

Ter feito pelo menos uma consulta ao pronto-socorro no último ano.

Hábitos saudáveis:

Atividade Física: 3 vezes ou mais por semana, por mais de 20 minutos e que alterem frequência respiratória

Tabagismo: Fumar diariamente

2.9 Subestudo

Um subestudo será conduzido para fins de caracterizar os modelos assistenciais de Pelotas, no setor público: quais são os Postos de Saúde que contam com equipes do Programa de Saúde da Família, a fim de identificar os usuários do SUS que estão sob cuidados desta estratégia e os que não estão.

Para a coleta das informações do subestudo Unidades Básicas de Saúde(U.B.S.), será utilizado um formulário especificamente elaborado para esse fim (Anexos). Esse formulário extrairá informações como o nome, localização, modelo assistencial, existência do Programa de Agente Comunitário de Saúde e os profissionais médicos lotados em cada U.B.S.

Outro “braço”do subestudo será um instrumento de coleta a ser aplicado nos provedores do setor privado, a fim de identificar alguns aspectos do modelo assistencial. (Em anexo).

2.10. Instrumentos de coleta de dados

Os dados serão coletados através de um questionário a ser aplicado na forma de entrevista aos indivíduos selecionados para a amostra (Anexos). Algumas das perguntas a serem utilizadas, já foram testadas em estudos anteriores.¹⁷

2.11 Seleção e treinamento de pessoal

Serão selecionadas trinta e três entrevistadoras do sexo feminino com escolaridade mínima do ensino médio completo e disponibilidade de tempo integral para a realização do trabalho. As candidatas com tais características serão submetidas a um treinamento com duração de 40 horas, durante cinco dias. Este será ministrado para cinquenta entrevistadoras, para suprir possíveis desistências durante o trabalho de campo.

A escolha de entrevistadores do sexo feminino deve-se a maior facilidade para abordar questões íntimas (p.ex., uso de anticoncepcional). Não serão informados às entrevistadoras os objetivos e hipóteses do estudo, no intuito de minimizar possíveis vieses.

O treinamento consistirá em:

- treinamento das técnicas de entrevista: exposição teórica das técnicas de entrevista de cada mestrando, dramatizações da aplicação dos questionários utilizando o manual de instruções e sob supervisão;
- prova teórica: prova escrita sobre o questionário, instruções específicas, técnicas de entrevista; e
- estudo piloto: testagem inicial da aplicação dos instrumentos por parte dos entrevistadores.

2.12 Estudo pré-piloto e piloto

A realização de um estudo pré-piloto, em um setor censitário, permitiu testar a aplicabilidade de algumas questões, verificar a prevalência de alguns desfechos e treinar questões logísticas. Este setor foi excluído do processo final de amostragem.

O estudo piloto será realizado após final do treinamento das entrevistadoras, em um setor censitário da cidade que não faça parte da amostra selecionada. Este estudo servirá para testagem final do questionário, manual e logística do trabalho de campo, e como seleção final das entrevistadoras para a coleta de dados.

2.13 . Logística

As entrevistadoras deverão realizar, em média, cinco entrevistas por dia, correspondendo a cerca de dois domicílios. Cada um dos 11 mestrados deverá supervisionar o trabalho de três entrevistadoras, em 11 setores censitários, exceto um supervisor que ficará com 10 setores. Haverá reunião semanal com as entrevistadoras para esclarecimento de dúvidas, revisão dos questionários e verificação do andamento do trabalho de campo.

As entrevistadoras visitarão os domicílios sorteados no processo de amostragem e entrevistarão todos os moradores com idade igual ou superior a dez anos. Nos domicílios em que os indivíduos elegíveis para o estudo não estiverem no momento da visita, a entrevistadora revisitará duas vezes em horários e dias diferentes. Persistindo a perda, o supervisor do trabalho de campo fará a última tentativa. Nos casos em que houver recusa, a entrevistadora fará mais duas tentativas, em dias e horários diferentes. Persistindo a recusa, uma última tentativa será feita pelo supervisor do trabalho de campo.

2.14. Material

Tabela 6 – Recursos humanos e materiais necessários.

RECURSOS HUMANOS	RECURSOS MATERIAIS
<ul style="list-style-type: none">• 33 entrevistadoras• 11 supervisores do trabalho de campo (próprios mestrandos)• 1 arquivista• 2 digitadores	<ul style="list-style-type: none">• 2 microcomputadores• mapas, folhas de conglomerado, questionários, vales transporte, pranchetas, lápis e borracha, apontadores, cartas de apresentação, crachás, sacos plásticos transparentes, caixas de papelão para arquivo, grampeador, clipes.

2.15. Processamento e análise de dados

A Continuidade Longitudinal na Atenção a Saúde (CLAS) será definida pela UPC >0,75 ou MCCI >0,75 ou ainda o relato de ter um médico de referência há mais de um ano.

A Continuidade Interpessoal na Atenção à Saúde (CIAS) será definida pela existência de CLAS e pela identificação do nome do profissional de referência.

A prevalência de Internação no último ano e de consulta médica no Pronto Socorro serão desfechos considerados como efeitos da CIAS e da CLAS.

A prevalência CIAS e CLAS será analisada conforme as variáveis independentes. A significância estatística da associação entre a prevalência e cada variável independente será determinada através de análise bivariada segundo os níveis propostos pelo modelo teórico. Se necessário, serão realizadas estratificações para análise de confusão.

A análise multivariada será realizada por Regressão de Poisson. As variáveis serão incluídas no modelo de acordo com a hierarquia estabelecida no modelo teórico e definida

no modelo de análise mostrada em anexo. Para o controle de confusão serão mantidas aquelas com $p > 0,20$. Serão consideradas significantes as associações com $p < 0,05$.

A entrada de dados será feita com digitação dupla, no software Epiinfo 6.04. A análise estatística será realizada com os softwares Stata 7.0 e SPSS 10.0.

2. 16 Cronograma

Etapas	2005										2006											
	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Definição do tema de pesquisa	■	■																				
Elaboração do Projeto		■	■	■	■	■																
Revisão Bibliográfica		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■			
Elaboração do Instrumento					■	■																
Estudo Pré Piloto						■																
Processo de Amostragem						■																
Estudo Piloto							■															
Seleção e treinamento dos entrevistadores							■															
Trabalho de Campo								■	■	■												
Processamento dos dados									■	■	■											
Análise dos dados												■	■	■	■							
Redação da dissertação															■	■	■	■	■	■		
Defesa/Entrega da dissertação																					■	■

3.0 Revisão Bibliográfica

1. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *Bmj* 2003;327(7425):1219-21.
2. Weiss LJ, Blustein J. Faithful patients: the effect of long-term physician-patient relationships on the costs and use of health care by older Americans. *Am J Public Health* 1996;86(12):1742-7.
3. Ettner SL. The relationship between continuity of care and the health behaviors of patients: does having a usual physician make a difference? *Med Care* 1999;37(6):547-55.
4. Love MM, Mainous AG, 3rd. Commitment to a regular physician: how long will patients wait to see their own physician for acute illness? *J Fam Pract* 1999;48(3):202-7.
5. Stein AT, Harzheim E, Costa M, Busnello E, Rodrigues LC. The relevance of continuity of care: a solution for the chaos in the emergency services. *Fam Pract* 2002;19(2):207-10.
6. Lambrew JM, DeFriesse GH, Carey TS, Ricketts TC, Biddle AK. The effects of having a regular doctor on access to primary care. *Med Care* 1996;34(2):138-51.
7. Pinheiro R MR. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Abrasco; 2001.
8. Fan VS, Burman M, McDonell MB, Fihn SD. Continuity of care and other determinants of patient satisfaction with primary care. *J Gen Intern Med* 2005;20(3):226-33.
9. Mainous AG, 3rd, Goodwin MA, Stange KC. Patient-physician shared experiences and value patients place on continuity of care. *Ann Fam Med* 2004;2(5):452-4.

10. Carta de Ottawa. In: Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Canadá; 1986.
11. Bradford WD, Kaste LM, Nietert PJ. Continuity of medical care, health insurance, and nonmedical advice in the first 3 years of life. *Med Care* 2004;42(1):91-8.
12. Saultz JW. Defining and measuring interpersonal continuity of care. *Ann Fam Med* 2003;1(3):134-43.
13. Starfield B. Continuous confusion. *Am J Public Health* 1980;70:117-9.
14. Mainous AG, 3rd, Baker R, Love MM, Gray DP, Gill JM. Continuity of care and trust in one's physician: evidence from primary care in the United States and the United Kingdom. *Fam Med* 2001;33(1):22-7.
15. Wasson J H SAE, Mogielnicki R P. Continuity of outpatient medical care in elderly men: a randomized trial. *JAMA* 1984;252:2413-2417.
16. Doescher MP, Saver BG, Fiscella K, Franks P. Preventive care. *J Gen Intern Med* 2004;19(6):632-7.
17. Mendoza-Sassi R, Beria JU. Prevalence of having a regular doctor, associated factors, and the effect on health services utilization: a population-based study in Southern Brazil. *Cad Saude Publica* 2003;19(5):1257-66.
18. Christakis DA, Mell L, Koepsell TD, Zimmerman FJ, Connell FA. Association of lower continuity of care with greater risk of emergency department use and hospitalization in children. *Pediatrics* 2001;107(3):524-9.
19. Gill JM, Mainous AG, 3rd, Nsereko M. The effect of continuity of care on emergency department use. *Arch Fam Med* 2000;9(4):333-8.
20. Gill JM, Mainous AG, 3rd. The role of provider continuity in preventing hospitalizations. *Arch Fam Med* 1998;7(4):352-7.

21. Lei Federal 8080. In: Artigo 7; 1990.
22. Saúde da Família: Uma estratégia de Organização dos serviços de saúde. In: Ministério da Saúde; 1996.
23. McWhinney RI. Principles of family medicine. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 1997.
24. Campos GWS. Reforma da Reforma, repensando a saúde. Ed Hucitec 1992:148.
25. Menec VH, Sirski M, Attawar D. Does continuity of care matter in a universally insured population? Health Serv Res 2005;40(2):389-400.
26. Costa JSD FL. Utilização de serviços ambulatoriais em Pelotas: onde a população consulta e com que frequencia. Revista Saúde Pública 1997;31(4):360-9.
27. Capilheira M. Prevalência e fatores associados a consulta médica e solicitação de exames complementares: Um estudo de base populacional. Pelotas: UFPel; 2004.
28. Menec VH, Roos NP, Black C, Bogdanovic B. Characteristics of patients with a regular source of care. Can J Public Health 2001;92(4):299-303.
29. Piccini RX, Victora CG. How well is hypertension managed in the community? A population-based survey in a Brazilian city. Cad Saude Publica 1997;13(4):595-600.
30. Parchmann ML PJ, Noel PH, Larme AC. Continuity of care, self-management behaviors, and glucose control in patients with type 2 diabetes. Med Care 2002;40:137-144.
31. Nutting PA, Goodwin MA, Flocke SA, Zyzanski SJ, Stange KC. Continuity of primary care: to whom does it matter and when? Ann Fam Med 2003;1(3):149-55.
32. Pinto LF SD. Planos privados de assistência a saúde: cobertura populacional no Brasil. Ciência e Saúde Coletiva 2004;9(1):85-98.
33. Malta DC CL, Mehry EE, Franco TB, Jorge AO, Costa MA. Perspectivas da saúde suplementar diante dos modelos assistencias. Ciência e Saúde Coletiva 2004;9(2):433-444.

34. Barata RB. Epidemiologia Social. Rev Bras Epidemiol 2005;8(1):7-17.
35. Breilh J GE, Campaña A, Yépez J, Páez R, Costales P. La salud enfermedad como hecho social: un nuevo enfoque. Deterioro de la vida. Corporación Editora Nacional Ecuador; 1990.
36. (IBGE) IBGE. Censo demográfico 2000. 2001.
37. ANEP. Critério de classificação econômica do Brasil: Associação nacional de empresas de pesquisa; 1996.

RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO

Introdução:

O programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, através dos 11 mestrados da turma 2005/2006, realizou um estudo transversal de base populacional na população urbana da cidade de Pelotas, RS.

A pesquisa foi realizada através de um questionário único contendo: a) Questões de Identificação do pesquisado, b) Questões dos 11 mestrados (10 questões/mestrando). Esta sistematização é chamada de Consórcio de Pesquisa e iniciou em 1999. Tal metodologia permite a redução de custos e de tempo necessários para execução do trabalho de campo.

Neste documento constam informações sobre a equipe, treinamento e metodologia usada neste consórcio de pesquisa.

2.- Pessoal Envolvido

1.1 Coordenadora de campo

Responsável pela supervisão do trabalho de campo que envolvia a seleção do pessoal, treinamento, acompanhamento das tarefas dos supervisores, elaboração de rotinas do trabalho, mantinha-se em contato com os onze mestrados.

1.2 Supervisores de campo

Responsáveis diretos pelo trabalho dos entrevistadores, corresponderam aos onze mestrados, que ficaram responsáveis pela verificação da codificação dos questionários e realização das entrevistas de controle de qualidade nos domicílios. Inicialmente foram responsáveis pela seleção dos domicílios da amostra.

1.3 Auxiliar de pesquisa

Responsável por secretariar a sede da coordenação, montar lotes de questionários para serem enviados para a digitação, distribuir material aos entrevistadores e executar entrevistas de controle de qualidade em todos os domicílios com telefone onde não havia sido realizada entrevista de controle de qualidade pessoalmente.

1.4 Entrevistadoras/Batedoras

Responsáveis pela realização das entrevistas domiciliares e codificação dos questionários. Sua seleção consta em item específico.

3. Instrumento de pesquisa

O instrumento utilizado para coleta de dados foi um questionário, composto por 154 questões elaboradas pelos pesquisadores e distribuído em quatro seções distintas:

Bloco A: aplicado a todos os indivíduos elegíveis, com 24 questões, destinado a levantar informações socioeconômicas, demográficas, culturais e de comportamento.

Bloco B: aplicado apenas aos adolescentes elegíveis (aqueles com idade entre 10 e 19 anos), com oito questões, composto de perguntas relacionadas com a prática de atividade física.

Bloco C: aplicado a todos os adolescentes e adultos elegíveis, com 44 questões, constituindo-se de perguntas de interesse específico dos mestrandos.

Bloco D: aplicado somente aos adultos elegíveis, com 55 questões, compreendendo perguntas de interesse específico dos mestrados. Este bloco continha as questões específicas do atual projeto.

Bloco E: aplicado ao chefe de cada domicílio visitado, com dezoito questões, constando de informações relacionadas à condição socioeconômica da família.

4. Processo de amostragem

Para definição do tamanho da amostra, cada pesquisador realizou cálculos que atendessem aos seus objetivos gerais e específicos, incluindo estimativas para medidas de prevalência e associações. A partir desses resultados, verificou-se que o número de domicílios que atenderia aos objetivos de todos os mestrados seria de 1440.

Para facilitar a logística do trabalho de campo e diminuir os custos, foi realizado o processo de amostragem em múltiplos estágios. De acordo com o Censo Demográfico de 2000 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), foram listados todos os 408 setores censitários do município de Pelotas (excluindo-se quatro destes, por não possuírem domicílios fixos - casas prisionais e hospitais), em ordem crescente de renda média do chefe da família de seus domicílios.

Com a finalidade de minimizar o efeito do delineamento amostral, foi previsto inicialmente o sorteio de doze domicílios em média por setor. Onze setores em média seriam da responsabilidade de cada mestrado.

O número total de domicílios da zona urbana de Pelotas (92.407) foi dividido por 120 (número de setores a serem visitados), de forma a obter-se o intervalo para seleção sistemática dos setores, respeitando-se a probabilidade proporcional ao tamanho

(intervalo=770). Foi sorteado aleatoriamente, através de um programa estatístico, o número 402 (entre 1 e 770). O setor que incluía este domicílio foi o primeiro a ser selecionado, sendo os demais subsequentemente definidos pela adição do intervalo de 770, até o final da lista. Cabe observar que um setor foi incluído duas vezes, ou seja, teve 24 domicílios visitados, devido ao fato de ser um dos maiores da cidade, com 958 residências, e pelo fato de que foi necessário retornar a contagem ao início dos setores, para se chegar aos 120 necessários.

Após a seleção dos setores, iniciou-se o reconhecimento nos próprios locais, com auxílio dos mapas do IBGE. Cada mestrando visitou previamente suas regiões de responsabilidade para indicar às auxiliares de pesquisa - batedoras e entrevistadoras - o espaço geográfico a ser investigado.

A atualização dos dados do censo de 2000 foi realizada pelas auxiliares de pesquisa chamadas “batedoras”. Estas foram escolhidas após um processo seletivo, em que se avaliou principalmente currículo, experiência previa em pesquisa de campo e referências pessoais. Cada uma delas recebeu crachá, carta de apresentação do PPGE da UFPEL, pranchetas, planilhas para o preenchimento dos endereços (fichas de conglomerados), borracha, lápis, apontador, vales transportes e cartões telefônicos. Cada mestrando ficou responsável por coordenar o trabalho de três a quatro batedoras, que deveriam cobrir o total de setores. De posse das fichas de conglomerado, as batedoras realizaram a contagem de domicílios de cada setor. Todas as construções foram listadas e identificadas, sendo classificadas quanto ao tipo de estabelecimento em: residencial, comercial ou desabitada. A remuneração das “batedoras” foi feita de acordo com o número de setores completos realizados.

Para o controle de qualidade deste trabalho, cada mestrando refez a contagem de pelo menos um quarteirão dos setores selecionados. A escolha do quarteirão recontado

foi aleatória. Quando encontrada inconsistência entre a contagem da batedora e a do mestrando, outros quarteirões eram conferidos pelo mestrando e outra batedora era enviada ao local, a fim de refazer este procedimento. Além disso, nos outros setores em que havia sido constada inconsistência um número maior de quarteirões foi conferido. No caso de ser confirmada nova inconsistência, esta batedora era afastada do trabalho, não participando, conseqüentemente, da aplicação dos questionários.

A visita ao setor sorteado e listagem dos domicílios por parte da batedora, além de facilitar o sorteio dos domicílios, tornou mais simples o trabalho das entrevistadoras, que souberam antecipadamente onde ficavam as residências a serem visitadas, diminuindo o viés de seleção, já que não ficou a cargo da entrevistadora proceder ao sorteio.

O total atualizado de domicílios de cada setor selecionado foi dividido por doze, de forma a se obter um número -“pulo”- específico para cada um deles. De posse da listagem de domicílios elegíveis, excluindo-se aqueles desabitados e comerciais, e do “pulo”, sorteou-se para cada setor um domicílio inicial. A partir desse, a seleção dos demais domicílios ocorreu através da soma do pulo ao número inicial e assim sucessivamente até o término dos domicílios contidos em cada setor. Em decorrência, a seleção de domicílios manteve-se proporcional ao crescimento ou à possível diminuição de domicílios em cada setor.

Como resultado desse processo, selecionou-se, em média, doze domicílios em cada setor, o que totalizou 1800 domicílios, estimando-se entrevistar aproximadamente 4000 pessoas.

5. Reconhecimento dos domicílios e carta de apresentação

Após a seleção dos domicílios da amostra, cada mestrando entregou, pessoalmente, aos moradores de cada residência sorteada e sob sua responsabilidade, uma carta de apresentação que continha informações a respeito do trabalho desenvolvido pelo Centro de Pesquisas Epidemiológicas da UFPEL, com telefones para contato, nome da Coordenadora Geral, além de esclarecimentos sobre o estudo a ser realizado. Neste primeiro contato, foram coletados o nome, sexo, idade e telefone, agendando-se, se possível, dias e horários para realização das entrevistas.

6. Seleção das entrevistadoras

Após a definição das metas do processo amostral, decidiu-se treinar 50 entrevistadoras e selecionar 38 para a coleta de dados. As demais ficariam como suplentes.

Divulgou-se a seleção através de cartazes na Faculdade de Medicina UFPEL, UCPEL e em vários campus da UFPEL. Além disso, por meio do cadastro de entrevistadoras do PPGE, foi realizado contato telefônico com entrevistadoras de pesquisas anteriores e que tinham boas referências profissionais.

As interessadas compareceram à secretaria do PPGE, onde preencheram uma ficha de inscrição, com resumo das atividades profissionais.

Os critérios obrigatórios para inclusão foram:

- ser do sexo feminino;
- ter, pelo menos, segundo grau completo;

- ter disponibilidade de 40 horas semanais; e
- ter disponibilidade para trabalhar nos finais de semana.

Com esta divulgação obteve-se a inscrição de 130 pessoas. Inicialmente, através da ficha de inscrição, foram analisadas a carga horária disponível, a caligrafia e a aparência das candidatas (cuidados pessoais com aparência etc.). O passo seguinte compreendeu a convocação das aprovadas na fase anterior para entrevistas individuais. Estas entrevistas foram realizadas no Centro de Pesquisas Epidemiológicas (CPE) do PPGE. Foram avaliados os seguintes critérios: a) apresentação; b) expressão; c) comunicação; d) tempo disponível para o trabalho; e) motivação; f) interesse financeiro. Ao final destas duas fases, 48 entrevistadoras foram consideradas aptas a iniciar a semana de treinamento.

7. Treinamento das entrevistadoras

Quarenta e quatro entrevistadoras aprovadas nas primeiras etapas do processo de seleção compareceram e foram submetidas a um treinamento de 40 horas. Este foi realizado nos dias 5, 6, 7, 10 e 11 de outubro de 2005, na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas. Ao final do processo, 38 entrevistadoras foram selecionadas para o trabalho de campo e seis pessoas ficaram como suplentes, em caso de desistências ou exclusões. O treinamento seguiu um roteiro, na seguinte ordem:

7.1- Apresentação geral do consórcio

Inicialmente, foram feitas as apresentações entre os mestrandos, coordenadora geral do consórcio e as candidatas a entrevistadoras, participantes do treinamento. Posteriormente, foi oferecida uma aula introdutória com os seguintes tópicos:

- Histórico resumido do PPGE;
- Pessoal envolvido na pesquisa;
- Breve descrição da pesquisa (consórcio);
- Esclarecimentos sobre remuneração;
- Exigência de carga horária;
- Situações comuns no trabalho de campo;
- Postura básica da entrevistadora; e
- Aspectos específicos de como deve ser uma entrevistadora.

7.2. Pré-testes

Ao final do primeiro dia de treinamento, as candidatas a entrevistadoras receberam a tarefa de aplicar três questionários contendo somente os blocos A e B e devolvê-los no início do segundo dia. A atividade do segundo dia consistiu na explicação sobre as perguntas e objetivos dos blocos A e B.

Ao final do segundo dia, receberam a tarefa de aplicar três questionários contendo somente os blocos C e D e entregar no início do terceiro dia. No terceiro dia

foram explicados pela primeira vez os conteúdos dos blocos C e D para as entrevistadoras.

Ao final do terceiro dia, as candidatas receberam a tarefa de aplicar três questionários contendo somente o bloco E e entregar no início do quarto dia, quando foi explicado a elas pela primeira vez o conteúdo deste bloco.

A distribuição de tarefas prévias a apresentação dos blocos teve como objetivo incentivar a leitura crítica do manual de instruções e estimular extrema atenção na aplicação do questionário. A aplicação dos blocos previamente à explicação dos mestrandos gerou uma produtiva discussão no momento da apresentação das questões contidas em cada bloco durante o treinamento. Por meio desta discussão, foram sugeridas pequenas modificações nos questionários.

7.3. Leitura explicativa do manual de instruções

Cada mestrando foi responsável pela leitura explicativa da sua parte específica do manual de instruções, produzido para a orientação e instrução às questões do instrumento de pesquisa, sendo esclarecidas as dúvidas surgidas nos pré-testes. Este documento continha considerações gerais sobre entrevistas domiciliares, cuidados e métodos ideais de abordagem aos entrevistados e instruções para o preenchimento correto dos questionários. Além disso, propunha estratégias para a reversão de recusas.

7.4. Dramatizações

Foram realizados ensaios de aplicação dos questionários de várias formas, com exemplos de possíveis situações com que as entrevistadoras pudessem se deparar.

7.5. Prova teórica

No penúltimo dia de treinamento, as candidatas foram submetidas a uma prova teórica sobre os conteúdos desenvolvidos durante a semana.

7.6. Prova prática

O último dia de treinamento consistiu de entrevistas domiciliares, sob supervisão. As candidatas foram avaliadas pelos mestrandos, os quais atribuíram uma nota para cada entrevistadora.

As 38 candidatas mais bem classificadas seguiram no processo, enquanto as seis restantes foram desclassificadas.

8- Estudo Piloto

O estudo piloto foi dividido em três fases distintas:

Fase 1 (pré-piloto)

Cada mestrando realizou a aplicação das suas questões. Esse estudo pré-piloto foi realizado em amostras de conveniência e teve como objetivo proporcionar um refinamento das questões que iriam compor o questionário final. No caso específico do atual projeto, foi avaliado principalmente o entendimento dos entrevistados em cada

questão, principalmente quanto ao recordatório de três anos e aos critérios para definições de fatores de risco.

Fase 2

No dia 3 de outubro realizou-se o pré-piloto geral, com os instrumentos de pesquisa de todos os mestrados. O pré-piloto geral foi conduzido em um setor de baixa renda da cidade de Pelotas, selecionado por conveniência, localizado próximo à Faculdade de Medicina e que não fazia parte dos setores censitários que compunham a amostra do estudo. As entrevistas foram realizadas pelos onze mestrados, totalizando 33 questionários, assim divididos: 22 para adultos e onze para adolescentes. Os questionários obtidos no pré-piloto geral foram usados para testar os digitadores que, além disso, fizeram uma avaliação, no mês de novembro de 2005.

Fase 3

Após o sorteio dos 120 setores censitários da amostra e verificação topográfica, selecionou-se outro setor, não incluído nesse sorteio, que tivesse uma população de classe média e baixa, para a realização do estudo piloto. O setor localizado no bairro Simões Lopes foi o escolhido. O estudo piloto foi realizado no dia 11 de outubro, com o objetivo de verificar possíveis falhas nas perguntas e manual de instruções, além de supervisão e finalização da seleção das entrevistadoras. Com isso, foi possível redigir o questionário e o manual de instruções definitivo e selecionar as 38 entrevistadoras responsáveis pelo trabalho de campo.

9. Logística do Trabalho de Campo

9.1 Coleta de dados.

A coleta de dados foi realizada entre os dias 17 de outubro e 19 de dezembro. Houve divulgação sobre a realização da pesquisa através de meios de comunicação local, como jornal e rádio. Conforme relatado previamente, cada mestrando visitou cada um dos domicílios pelos quais ficou responsável e entregou uma carta de apresentação do consórcio, coletando nome, idade, sexo, telefone, número de moradores e os melhores horários para a realização das entrevistas.

As entrevistadoras apresentaram-se em cada domicílio portando crachá e a mesma carta de apresentação já entregue pelo mestrando. Além disso, levavam todo o material necessário para a execução do trabalho. As entrevistas foram realizadas individualmente com os moradores de cada domicílio com idade igual ou superior a dez anos.

9.2 Acompanhamento do trabalho de campo

Para o primeiro mês do consórcio, foram programadas duas reuniões semanais de cada entrevistadora com seu supervisor e outra, com todos os entrevistadores e mestrandos. Nos meses subsequentes, foram mantidas as reuniões semanais das entrevistadoras com seus respectivos mestrandos. Nestas reuniões eram esclarecidas dúvidas na codificação de variáveis, nas respostas ao questionário e na logística do estudo; reforçado o uso do manual de instruções e adendos dos manuais, sempre que necessário; feito o controle de planilha de conglomerado e domiciliar; verificação do seguimento rigoroso da metodologia da pesquisa; e reposição do material utilizado.

Semanalmente era conferida ainda a qualidade e quantidade da produção individual de cada entrevistadora, estabelecendo-se uma projeção do andamento do trabalho de campo (número de domicílios completos, parciais, contatados, perdas e recusas). Uma escala de plantão diário, incluindo finais de semana, foi elaborada para que as entrevistadoras pudessem dispor de um supervisor para a resolução de problemas mais urgentes.

As atividades do consórcio de pesquisa foram centralizadas em uma sala exclusivamente destinada para tal, onde era armazenado todo o material destinado à pesquisa, assim como os questionários recebidos.

10. Codificação e entrega dos questionários

Foi destinada uma coluna à direita das perguntas do questionário, onde estavam listadas as variáveis, que era utilizada para codificação. As entrevistadoras foram instruídas a realizar a codificação em suas residências, após cada dia de trabalho. As perguntas abertas foram codificadas pelas entrevistadoras e conferidas pelos supervisores responsáveis pelas questões. A entrega dos questionários foi feita semanalmente, juntamente com a ficha da família e do conglomerado, conforme agendado com o supervisor de campo. Neste momento, era realizada a conferência da codificação feita pelas entrevistadoras.

A revisão do preenchimento do questionário e da codificação das variáveis foi realizada em duas fases:

Fase 1

À medida que os questionários iam sendo entregues aos seus supervisores, eram revisados a procura de erros de codificação ou inconsistências.

Fase 2

Todos os questionários revisados eram etiquetados, cadastrados, e colocados em uma caixa, onde permaneciam pelo período de uma semana, para que todos os mestrandos dispusessem de tempo suficiente para executar uma segunda revisão, desta vez, somente de suas questões de interesse.

10. Perdas e recusas

Foram consideradas como perdas ou recusas os casos em que, após pelo menos cinco visitas da entrevistadora e duas do supervisor do campo (mestrando), não foi possível completar o questionário. A grande maioria das perdas e recusas deveu-se ao fato de o indivíduo não ter sido encontrado em casa na ocasião das visitas, alegação de falta de tempo para responder o questionário e pessoas que não se dispuseram a responder as questões por opção própria. Além disso, pessoas elegíveis, mas que no momento se encontravam impossibilitadas de responder, como nos casos de viagem ou doença, foram consideradas perdas. O número total de indivíduos elegíveis foi de 4426 pessoas, sendo 873 adolescentes e 3353 adultos. A porcentagem geral final de perdas e recusas do consórcio 2005 foi de 5,5%, sendo 16 (1,8%) e 217 (6,5%) adolescentes e adultos, respectivamente. Foram excluídos os sujeitos não elegíveis para a pesquisa, de acordo com os critérios pré-estabelecidos.

11. Controle de qualidade

A qualidade dos dados foi assegurada por um conjunto de medidas, adotadas previamente ao trabalho de campo e durante a realização do mesmo. No início, através dos cuidados na seleção e treinamento das entrevistadoras, na preparação e pré-teste (pré-piloto) dos questionários padronizados, na elaboração dos manuais detalhados, com instruções para as entrevistadoras, e do treinamento intensivo. Além disso, a condução do estudo piloto e o acompanhamento permanente dos supervisores durante o trabalho de campo foram cuidadosa e criteriosamente realizados, buscando-se, dessa forma, alcançar os resultados esperados.

Na tentativa de garantir a qualidade do estudo, utilizou-se também, durante todo o processo, um controle de qualidade das entrevistas. Foi utilizado para re-entrevistas uma versão resumida do questionário contendo informações do bloco de identificação. Esse questionário foi aplicado a 10% das pessoas previamente entrevistadas. Essas re-entrevistas foram realizadas por telefone pela secretária do consórcio. Para os domicílios sorteados que não tinham telefone, a re-entrevista foi realizada pelos mestrandos, no menor tempo possível, procurando sempre não exceder sete dias desde o dia que foi realizada a entrevista pela entrevistadora. Esses dados foram utilizados para avaliação da concordância entre observadores; os valores do coeficiente *Kappa* obtidos foram de 0,81 ($\pm 0,04$ erro-padrão) para a variável cor dos olhos e de 0,83 ($\pm 0,04$ erro-padrão) para tabagismo.

12. Digitação e processamento dos dados

A dupla-digitação foi feita por diferentes digitadores e ocorreu concomitantemente ao desenrolar do trabalho de campo, através do programa Epi-info 6.04 e do utilitário *CHECK* para limpeza dos dados.

Com a experiência adquirida nos consórcios de pesquisa anteriores, percebeu-se que um dos principais motivos da demora na liberação do banco de dados para a avaliação foi a verificação das inconsistências posteriormente à digitação dos dados. Para reduzir esse tempo, foi criado um programa de verificação de inconsistências, baseado no arquivo tipo “do” (executável), presente no pacote estatístico *Stata* 9.02. À medida que os bancos gerados no Epi-info eram transformados em bancos “.dta” (extensão do *Stata*), o programa verificador de inconsistências era rodado e os erros corrigidos, através da busca nos questionários.

14. Contribuição Individual

O trabalho de execução da pesquisa de campo, foi conjunto, mas cada mestrando recebeu uma tarefa, na qual seria responsável. Ao autor deste relatório coube a tesouraria, ou seja, controlar a entrada e saída de dinheiro.

A elaboração do orçamento, controle de entrada de dinheiro e pagamento das entrevistadoras foi responsabilidade do tesoureiro. Abaixo seguem as estimativas e o executado pelo Consórcio.

Apenas o previsto para material de escritório excedeu as previsões orçamentárias, principalmente pela necessidade de re-impressões que se fizeram necessárias antes do início do trabalho e durante o mesmo.

Impostos como a CPMF não foram previstos pelo orçamento, mas como boa parte dos recursos vieram da Epidemiologia, então foram acrescentados na execução. O saldo foi dividido e devolvido a cada mestrando.

14. PLANEJAMENTO E EXECUÇÃO DO ORÇAMENTO CONSÓRCIO

	ORÇAMENTO	RECEITA	DESPESA
RECEITA EPIDEMIO		32.000,00	
RECEITA MENSTRANDOS		15.400,00	
DESPESAS COM BATEÇÃO*	5.000,00		4.108,00
IMPRESSÕES + papel**	3.000,00		2.990,00
MATERIAL ESCRITÓRIO***	1.000,00		1.641,00
SECRETÁRIA	2.250,00		2.250,00
DIGITAÇÃO	2.000,00		1.200,00
VALES TRANSPORTE	11.600,00		7.775,00
ENTREVISTADORAS****	25.800,00		24.802,00
IMPOSTOS*****	0,00		480,00
	50.650,00	47.400,00	45.246,00

* Fau (54,00), Batedoras (3225,00), Café/Pessoal (223,00), Xerox (606,00),

** 1600,00 + 580,00 + 8 caixas a 120,00 cada

*** Cartões telefônicos (479,00), Xerox (607,00), Despesas PPGE (500,00)

**** 12.690,00 em Outubro + 9.690,00 em Novembro + 2.422,00 Dezembro

(Equivalentes a 213 entrevistas a R\$ 8,00 e 3.849 entrevistas a R\$ 6,00 + R\$ 4,00)

***** Impostos do PPGE

NOTA A IMPRENSA

VOCÊ SABE O NOME DO SEU MÉDICO?

Menos da metade dos Pelotenses têm um médico de referência.

Sabe-se que ter um médico de referência pode melhorar a qualidade do atendimento médico diminuindo o número de internações e consultas aos serviços de urgência, proporcionando um melhor controle de doenças como a Hipertensão e a Diabete Mellitus e facilitando o acesso aos serviços de saúde.

Uma recente pesquisa realizada pelo mestrando Luiz Artur Rosa Filho, do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas mostrou que apenas 43,7% dos pelotenses têm vínculo com um médico de referência há mais de um ano e lembram o nome dele, ou seja, tem continuidade interpessoal na atenção à saúde. Em outros países, como a Inglaterra e os Estados Unidos, este índice chega a 80%. A pesquisa foi realizada no período de outubro a dezembro de 2005 e entrevistou 3136 pessoas com mais de vinte anos que moram na zona urbana de Pelotas.

O estudo mostra ainda, que as mulheres, os idosos e os que consultaram no último ano tem mais continuidade na atenção à saúde. Indivíduos com doença crônica, que são os que mais se beneficiam de um atendimento continuado, também relatam mais freqüentemente médico de referência do que os que não eram doentes crônicos. Por outro lado, entre os indivíduos de baixa renda, que já tem dificuldade de acesso aos serviços de saúde, somente 35,5% tem médico de referência enquanto entre os de alta renda esse número chega a 56,2%.

A pesquisa verificou também que, quando comparado aos indivíduos que consultam pelo SUS, aqueles que consultam particular, tem 64% mais continuidade e os que contam com plano de saúde tem 37% mais. A grande rotatividade de profissionais nos postos de saúde pode justificar este resultado. Supõe-se que a alta rotatividade

esteja relacionada a baixa remuneração dos profissionais e as dificuldades gerenciais, como número de profissionais aquém da necessidade.

O autor ressalta ainda que “aqueles que consultam em Postos de Saúde que contam com Programa de Saúde da Família (PSF) tem 20% mais médico de referência quando comparados com aqueles que consultam em Postos de Saúde sem PSF”. Este dado mostra que o PSF está buscando responsabilizar-se pela população nos bairros onde há o programa atua.

ARTIGO

**Fatores associados à continuidade interpessoal na atenção
à saúde: estudo de base populacional**

**Factors associated with interpersonal continuity of care:
population-based study**

Luiz Artur Rosa Filho

Ana Claudia Gastal Fassa

Vera Maria Vieira Paniz

Programa de Pós Graduação em Epidemiologia

Universidade Federal de Pelotas

Avenida Duque de Caxias, 250 (3º Andar)

CEP 96030-002

Pelotas, RS, Brasil

Correspondência:

Luiz Artur Rosa Filho

Universidade Federal de Pelotas

Avenida Duque de Caxias, 250 (3 Andar)

CEP 96030-002

Pelotas, RS, Brasil

Resumo

Objetivo

Estudar a prevalência de Continuidade Interpessoal na Atenção à Saúde (CIAS) e seus determinantes socioeconômicos, demográficos, assistenciais e relacionados às necessidades de saúde dos indivíduos.

Metodologia

Foi realizado um estudo transversal de base populacional com 3133 indivíduos, moradores da zona urbana de Pelotas, RS. A amostra incluiu adultos com 20 anos ou mais e, foi selecionada em múltiplos estágios. A análise multivariável foi realizada através de regressão de Poisson, tendo no primeiro nível variáveis socioeconômicas e demográficas e no nível proximal, variáveis assistenciais e de necessidades em saúde.

Resultados

A prevalência de CIAS foi de 43,7% IC95%(42,0-45,5). Indivíduos do sexo feminino, mais velhos, com maior renda, que consultaram no último ano, com relato de doença crônica e que não consultaram no sistema público de saúde apresentaram maior CIAS. Entre os que consultam em Unidades Básicas de Saúde(UBS), sexo feminino, aumento da idade e o Programa de Saúde da Família(PSF) estiveram associadas com CIAS.

Discussão

A CIAS é mais prevalente em idosos e aqueles com doenças crônicas. Entretanto, outros grupos vulneráveis, como aqueles de baixa renda e usuários do sistema público de saúde, apresentaram menores prevalências de CIAS, o que mostra importante iniquidade em saúde. O PSF parece ter um impacto positivo na CIAS.

Descritores: Continuidade na Atenção à Saúde, atenção básica em saúde, epidemiologia, relação médico-paciente, estudo de base populacional.

Abstract:**Aims:**

To study the prevalence of Interpersonal Continuity of Care (CIAS) and its socioeconomic and demographic determinants, as well as, those related to the health care and the persons health needs.

Methods

It was developed a population-based cross-sectional study involving 3133 individuals of the urban area of Pelotas, RS. The studied sample included adults with 20 years or more and were selected in multiple steps. The multivariate analysis was performed through Poisson regression. In the first level were the socioeconomic and demographic variables and in the proximal level were the health care and persons health needs.

Results

The prevalence of CIAS was of 43,7% IC95% (42,0-45,5). Females, individuals with higher age, higher incomes, those who had consulted in the last year, those with chronic disease and the ones who had not consulted in the public health system had presented higher prevalence of CIAS. When analyzing those who had consulted in the Public Primary Health Care Services (UBS), females, older individuals and Family Health Program had higher prevalence of CIAS.

Conclusion

The CIAS is more prevalent in the elderly and those with chronic illness. However, other vulnerable groups, as those with low income and users of the public health system, had low prevalence of CIAS, showing important inequity in health. The Family Health Program seem to have positive impact in CIAS.

Keywords: Continuity of patient care; primary health care, epidemiology, physician-patient relations, population-based study.

Fatores associados à continuidade interpessoal na atenção à saúde: estudo de base populacional

Associated factors of interpersonal continuity of care: population-based study

Introdução

A continuidade interpessoal na atenção à saúde (CIAS) é uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais médicos e seus pacientes, baseada em confiança mútua e responsabilização. Esta independente da existência de doença e desencadeia uma série de eventos coerentes com as necessidades do indivíduo^{1, 2}. Estudos têm mostrado que este tipo de relação esteve associada com melhores cuidados preventivos, menos hospitalização³⁻⁵, menos consulta a serviços de urgência^{6, 7} e melhor acesso ao sistema de saúde, sendo considerada um indicador da qualidade da atenção⁸. A CIAS esteve associada a melhor controle das cifras tensionais em hipertensos⁹ e melhores níveis glicêmicos em pacientes diabéticos¹⁰.

A avaliação da CIAS ganha especial importância com a implantação do Programa de Saúde da Família(PSF) iniciada em 1994 e, sua ampliação especialmente em cidades com mais de 100.000 habitantes por meio do Programa de Expansão da Saúde da Família (Proesf), iniciada em 2003. O PSF propõe a territorialização da atenção básica, o cadastramento das famílias adstritas, o diagnóstico familiar e o foco nas necessidades em saúde da comunidade. Todas essas iniciativas incentivam a vinculação dos pacientes com sua unidade básica de saúde e a responsabilização das equipes de saúde com suas populações.

Em 2006, o Ministério da Saúde brasileiro estabeleceu a política nacional da atenção básica, reafirmando a opção substitutiva do PSF como a estratégia de reorganização deste nível de atenção¹¹. Essa política é orientada pelos princípios do vínculo e continuidade,

bem como integralidade, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações em todos os níveis de complexidade. Entretanto, muitos estudos identificaram dificuldades de implantação do PSF em cidades de médio/grande porte¹².

Historicamente, a continuidade é um conceito de difícil definição e medida. A diversidade de indicadores, aparentemente não conectados, reflete fenômenos complementares da continuidade. Em 2003, os estudos de Saultz¹ e Haggerty¹³ propõem que a continuidade seja classificada em três categorias: Continuidade de Informação, cuja característica principal é a disponibilidade das informações de saúde do paciente para o profissional que for prestar o cuidado; Continuidade Longitudinal/Gerencial, é aquela em que o paciente tem um local e uma equipe específica a fim que realiza os cuidados em saúde; Continuidade Interpessoal, refere-se a situações em que o paciente conhece seu médico pelo nome e confia neste.

O único estudo de base populacional brasileiro¹⁴ mostrou que, no sul do Brasil, em 1260 indivíduos maiores e 15 anos, a prevalência de médico de referência foi de 37,4%. Nesse estudo, a CIAS esteve associada ao sexo feminino, aumento da idade, maiores rendas familiares *per capita*, plano de saúde privado, relato de doença crônica e auto-percepção ruim quanto à saúde. Em 2004, um estudo transversal americano realizado com 60.446 pessoas, encontrou que a continuidade, definida pela confirmação de que consultam com o mesmo médico em seu lugar de referência, esteve associada ao sexo feminino, idades avançadas, cor branca, melhores níveis educacionais e não fumantes¹⁵.

Este estudo tem como objetivo avaliar a prevalência de Continuidade Interpessoal na Atenção à Saúde (CIAS) e seus determinantes socioeconômicos, demográficos, assistenciais e relacionados às necessidades de saúde dos indivíduos. Estas informações poderão apoiar políticas de ampliação da CIAS no sistema único de saúde

Metodologia:

Foi realizado um estudo transversal de base populacional com os indivíduos de 20 anos ou mais, da zona urbana de Pelotas, RS. A cidade está localizada no extremo sul do Brasil, tem 320.000 habitantes e possui boa infra-estrutura de saúde, contando com 54 Unidades Básicas de Saúde.

O trabalho de campo foi conduzido de outubro a dezembro de 2005 e foi realizado em conjunto por 11 mestrandos do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas.

Foram realizados cálculos de tamanho de amostra para contemplar o maior número de indivíduos necessários para estudar a prevalência de CIAS e suas associações com as variáveis independentes estudadas. Para o estudo descritivo, se estimou uma prevalência de 37%, com erro aceitável de 3%, chegando-se a um tamanho de amostra de 992 indivíduos, que acrescidos a 10% para perdas e recusas, totalizou 1091 pessoas. Para o estudo das associações, com nível de significância de 95% e poder estatístico de 80%, calculou-se um tamanho de amostra para frequência de 34% em não expostos, com RR de 1,5 e Razão de exposição de 1:4 para nível socioeconômico, totalizando 458 indivíduos, que acrescidos a 10% para perdas, 20% para fatores de confusão e 20% para efeitos de delineamento exigem uma amostra mínima de 725 indivíduos. Em função do tamanho de amostra requerido pelos outros mestrandos, a amostra total foi de 3353 ampliando o poder estatístico do estudo.

O processo de amostragem ocorreu em múltiplos estágios, baseado no censo de 2000 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística¹⁶. A partir dessa informação, foram sorteados, de forma sistemática, 120 dos 404 setores censitários com probabilidade proporcional ao seu tamanho. Nestes setores, todos os domicílios foram

identificados, sendo sorteados 1597 domicílios elegíveis. Em seguida, sorteou-se um número aleatório variável, de acordo com o número de domicílios e outro número correspondente ao pulo para garantir a equiprobabilidade de ser sorteado o primeiro domicílio.

Os domicílios selecionados foram visitados pelos supervisores de campo para definir a população em estudo. Foram selecionadas 33 entrevistadoras do sexo feminino e com ensino médio completo que trabalharam em regime de dedicação integral e foram treinadas por 40 horas. Foi utilizado um questionário padronizado, caracterizando aspectos sócio-demográficos e temas específicos de cada pesquisador. Pessoas com doença física ou mental, que limitasse a compreensão das perguntas ou respostas, foram consideradas inelegíveis para o estudo. Aqueles que, após três visitas da entrevistadora em horários e dias diferentes e uma visita do supervisor de campo não puderam ser contatados, foram classificados como perdas. O controle de qualidade foi realizado pelos supervisores, predominantemente por telefone, em 10% da amostra total e, o menor Kappa encontrado foi de 0,72 para variável escolaridade.

Para a entrada dos dados, utilizou-se o software Epi-Info 6.0¹⁷ com dupla entrada. A análise dos dados foi realizada no Stata 9.0¹⁸, utilizando-se para descrição o teste do qui-quadrado de Pearson e teste de tendência linear. A CIAS foi definida como o (1) relato da existência de um médico pessoal há mais de um ano(2) e saber seu nome(3).

Na análise ajustada, utilizou-se regressão “para trás” de Poisson com variância robusta, por tratar-se de um desfecho binário, porém freqüente. O efeito de delineamento amostral foi considerado através do comando svy para amostras por conglomerados. Para controle de fatores de confusão, o efeito de cada variável foi controlado para todas as variáveis de mesmo nível ou superior que tivessem valor $p < 0,2$.

A análise foi hierarquizada conforme modelo com dois níveis. No primeiro, foram incluídas as variáveis sócio-econômicas: renda familiar no último mês, em reais, categorizada em salários mínimos (um salário mínimo = R\$ 300,00 em Outubro/2005); escolaridade em anos completos de estudo, categorizada em ensino fundamental, médio e superior; e nível sócio-econômico, segundo os critérios da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (A, B, C, D e E)¹⁹. Ainda no primeiro nível, foram inclusas as variáveis demográficas: idade, em anos completos; sexo; e cor da pele auto-referida, categorizada em brancos e não brancos.

No segundo nível, foram incluídas variáveis relacionadas às necessidades em saúde: autopercepção em saúde (excelente, muito boa, boa, regular ruim) e existência de doença crônica referida. Incluiu-se também uma variável sobre a utilização dos serviços de saúde (ter consultado no último ano), bem como, uma variável sobre o modelo assistencial (forma de remuneração das consultas).

O estudo analisou ainda aqueles que consultam em Unidades Básicas de Saúde para verificar os determinantes da CIAS entre os seus usuários, esta estratificação foi realizada segundo o modelo de análise anterior e incluiu no nível proximal a variável sobre a exposição ao Programa de Saúde da Família e excluiu-se a variável forma de financiamento da consulta.

O projeto foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa/UFPel. Para participar da pesquisa, os entrevistados assinaram um termo de consentimento, lido pelo entrevistador, onde constavam seus direitos de não participar ou suspender sua participação a qualquer momento e ao sigilo de informações.

Resultados:

Foram entrevistados 3136 indivíduos em 1507 domicílios. As perdas e recusas corresponderam a 6,5% durante o trabalho de campo. A prevalência de Continuidade Interpessoal na Atenção à Saúde (CIAS) foi de 43,7% (IC95%: 42,0-45,5%) com um efeito de delineamento amostral de 2,49 e correlação intra-classe de 0,05.

A tabela 1 mostra que as mulheres constituíram 56,1% da amostra. A média de idade foi de 44 anos IC95% (43,5-44,7), 54,4% dos entrevistados estudaram oito anos ou menos e 81,6% relataram cor da pele branca. Aproximadamente a metade da população tem renda familiar mensal de até três salários, havendo predomínio dos níveis sócio-econômico B, C e D com 26,5%,41,6% e 24,5% respectivamente.

A maior parte (73,2%) das pessoas consultou no último ano e, 30% relataram a existência de doença crônica, mas 72% consideraram sua condição de saúde boa ou ótima. A forma de financiamento das consultas para 47,9% dos entrevistados foi o sistema público, 45,2% tinham plano de saúde e 6,9% referiram pagar por suas consultas médicas diretamente ao profissional (tabela 1).

Quanto ao local de consulta, 33,6% costumam consultar em UBS, 25,9% em consultórios médicos, 15,0% em Pronto Atendimento de Convênio, 9,0% em Ambulatórios públicos, 5,5% em Pronto Socorro, 5,4% em Ambulatórios de Convênio e 3,8% relataram não consultar em lugar (Tabela 2).Entre as 1052 pessoas que consultaram em UBS, 39,5% utilizaram UBS com PSF.

Na análise bruta, sexo feminino, aumento da idade, escolaridade, classe social, renda familiar, consultar no último ano, relato de doença crônica, financiamento privado e auto-percepção ruim sobre a própria saúde estiveram associadas com CIAS. Cor da

pele não esteve associada. As variáveis escolaridade e classe social não foram incluídas no modelo por apresentarem co-linearidade com renda familiar, que foi a variável socioeconômica com menor valor p.

Na análise multivariável, após ajuste para fatores de confusão, o sexo feminino apresentou razão de prevalência (RP) de 1,66 IC95% (1,52-1,80). A idade manteve-se diretamente associada à CIAS (valor $p < 0,001$). Os adultos com mais de 60 anos tiveram 76% mais CIAS do que aqueles entre 20 a 29 anos. A renda familiar apresentou associação direta com CIAS, sendo que indivíduos com renda de seis ou mais salários tiveram 61% IC95%(1,39-1,87) mais CIAS que aqueles que receberam até um salário(tabela 3).

Ter consultado no último ano permaneceu associado significativamente a CIAS com RP de 1,47 IC95% (1,29-1,67). A CIAS também foi mais prevalente naqueles que relataram doenças crônicas com RP de 1,10 IC95% (1,01-1,19). Ao analisarmos a forma de financiamento das consultas, os entrevistados que relataram ter plano de saúde ou pagar suas consultas por seus próprios meios tiveram mais CIAS, com RP de 1,72 IC95% (1,57-1,88) e 1,88 (1,64-2,12) respectivamente.

Avaliou-se também os fatores associados à CIAS entre as pessoas que consultaram no último ano, obtendo-se efeitos similares, com as mesmas variáveis compondo o modelo de regressão. Além disso, também repetiu-se a análise para aqueles que consultaram em UBS. A prevalência de CIAS em Unidades de PSF foi 38,5%, enquanto nas Unidades Básicas tradicionais foi 31,8% (valor $p = 0,03$) (Tabela 4).

Entre aqueles que consultaram um UBS, as mulheres tiveram duas vezes mais CIAS do que os homens ($p < 0,001$). Quando se estudou o efeito da idade sobre a CIAS, houve tendência linear positiva, observou-se que indivíduos com mais de 60 anos tiveram RP de 1,97 IC95% (1,52-2,57) quando comparados com aqueles de 20 a 29 anos. A renda não esteve associada à CIAS, mas indivíduos nesta população há uma concentração de indivíduos

com renda até três salários (72%). Ao analisarmos aqueles que consultaram em UBS, a única associada das variáveis proximais foi consultar no último ano ($p=0,01$), enquanto a autopercepção de saúde e o relato de doença crônica não estiveram associados.

Discussão:

A prevalência de CIAS encontrada na população foi consistente com o outro estudo brasileiro que utilizou o mesmo critério¹⁴. Entretanto, considerando-se os indicadores de super-utilização de serviços de saúde pela população, demonstrada em estudos anteriores^{20, 21}, seria esperado uma maior prevalência de CIAS. Esta super-utilização pode estar relacionada ao fenômeno da “Porta Giratória” em que os indivíduos realizam muitas consultas em vários locais. Este fenômeno, bastante estudado em re-internações psiquiátricas^{22, 23} mostra-se associado a diferenças socioeconômicas, fatores culturais e baixa resolutividade do cuidado médico. A “porta giratória” pode aumentar o número de consultas sem que os “super-utilizadores” vinculem-se a algum serviço de saúde.

O estudo brasileiro prévio encontrou 37,4% de CIAS, uma prevalência mais baixa que neste estudo. Porém, o estudo anterior incluiu populações mais jovens, que apresentam menores prevalências de CIAS¹⁴. A literatura internacional relata prevalências superiores, mas pela diversidade de indicadores há limitações quanto à comparabilidade.

Os fatores associados à CIAS na população foram: sexo feminino, aumento da idade, maior renda familiar, ter consultado no último ano, financiamento não público da consulta e relato de doença crônica. Entre aqueles que consultam em UBS, os fatores associados à CIAS foram o sexo feminino, aumento da idade, ter consultado no último ano e consultar em PSF.

Nesta pesquisa, os cuidados com a amostragem e a baixa taxa de perdas e recusas permitiram que este estudo fosse representativo da população de 20 anos ou mais, residente na zona urbana da cidade. O desfecho foi operacionalizado à semelhança de outro estudo brasileiro, a fim de tornar-se comparável¹⁴. Entretanto, essa definição pode ter sido afetada por um viés de memória, pois a lembrança do nome do médico poderia ser maior entre os jovens quando comparados com os mais velhos. Este viés teria efeito em direção à unidade.

O tema também se situa no centro de uma discussão acerca da conceituação de continuidade e longitudinalidade, em que múltiplos fenômenos usam uma mesma terminologia. Neste estudo optou-se por um indicador que mede a Continuidade Interpessoal na Atenção à Saúde. Para isso, procurou-se captar um indicador de confiança em um determinado profissional, caracterizado pela lembrança do nome do médico e pelo longo vínculo com este profissional, mensurado pela exigência de consultar com este médico há mais de um ano. A limitação deste indicador é que este não inclui nenhuma medida de utilização entre seus componentes. O indivíduo pode identificar seu médico pelo nome mesmo que não tenha consultado há muito tempo, no entanto, ao incluirmos na análise somente aqueles que consultaram no último ano, os efeitos sobre a CIAS foram semelhantes.

Como era esperado, a CIAS esteve associada ao sexo feminino, resultado consistente com o estudo brasileiro¹⁴. As razões para maior vinculação das mulheres com seus médicos ainda não estão estabelecidas. Estudos prévios justificam este achado em função das mulheres consultarem mais, cuidarem mais de sua saúde, relatarem mais problemas de saúde²⁴ e possuírem maiores necessidades de consultas preventivas, como pré-natal e prevenção de câncer ginecológico.

O aumento da idade esteve associado linearmente com a CIAS, fato já identificado por estudos anteriores^{14, 15}. Este achado deve-se não apenas ao aparecimento de

morbidades e maiores preocupações com a saúde²⁵, mas também ao avançar da idade que impõe intervenções preventivas, curativas e de reabilitação. Já os jovens usualmente procuram serviços de saúde para tratamento de doenças, privilegiando atendimentos de fácil acesso.

A renda familiar também se mostrou diretamente associada à CIAS, pois aqueles que possuem maiores rendas se vinculam a serviços que oferecem maiores facilidades de acesso e possibilidades de CIAS²⁶. Este resultado é consistente com outros estudos, inclusive levando-se em conta outros indicadores de condição socioeconômica como classe social¹⁴ e escolaridade.

A prevalência de consultas no último ano foi alta (73,2%), mas coincidente com estudos prévios que mostram uma superutilização de consultas médicas em Pelotas²⁰. No Brasil, em 2003, 62,8% de todos os brasileiros consultaram um médico²⁴. A associação entre CIAS e consultar no último ano provavelmente indica que quem mais utiliza serviços de saúde têm mais chances de vincular-se a um determinado profissional e também relata maior preocupação com a saúde. Contudo, esta associação pode estar afetada por causalidade reversa, uma vez que CIAS pode ser preditor de utilização de serviços de saúde.

A forma de financiamento das consultas mostra um predomínio das consultas pelo SUS e por planos de saúde, em detrimento das consultas privadas. Em 2003, a PNAD mostrou que 24,6% da população estava coberta por planos de saúde. Estes percentuais mostram, ao mesmo tempo, uma migração da população para planos de saúde e uma diminuição importante da remuneração privada²⁴. A associação entre CIAS e formas de pagamentos privadas e conveniadas, quando controladas para renda, mostram que os planos de saúde, em geral, oferecem maiores possibilidades de vínculo entre o médico e seus pacientes do que o sistema público.

Em geral, tanto os convênios como os atendimentos particulares oferecem a possibilidade de consultar e, quando necessário, internar com o mesmo médico, enquanto no sistema público esta possibilidade é remota. O sistema público inglês vincula seus pacientes com um determinado médico, mediante contratualização pessoal entre o médico e seu paciente^{27, 28}. O sistema brasileiro estimula vínculos com os serviços de saúde, entretanto estudos prévios mostram a clara superioridade do vínculo com o médico quando comparado ao vínculo com um local, para consultas preventivas^{8, 14}, acesso as consultas²⁹ e menor ocorrência da hospitalização³. A contratualização inglesa poderia justificar as altas prevalências de CIAS em estudo de base populacional na Inglaterra¹⁵.

A prevalência de doença crônica de 30% foi semelhante à encontrada pela PNAD de 2003 (29,9%) e também esteve associada à CIAS, em função de uma maior valorização do vínculo com um médico cuidador por populações vulneráveis³⁰, já evidenciada em uma revisão prévia³¹. A maior necessidade de cuidados com a doença, como por exemplo, fornecimento de receitas, mudanças no tratamento e realização de exames de rotina também justificariam tais achados. Esta associação pode também estar afetada pela causalidade reversa, pois aqueles que se vinculam a seus médicos têm maiores possibilidades diagnósticas.

Este estudo não encontrou associação significativa entre autopercepção ruim sobre a saúde e CIAS. Este achado não é consistente como Mendoza-Sassi, em 2003, porém nesse estudo o recordatório de percepção de saúde incluiu apenas no último ano. Este achado poderia indicar que a insatisfação com a saúde esta relacionada à troca freqüente de médico.

A análise realizada apenas com aqueles que consultam em Unidades Básicas de Saúde mostrou que as mulheres, o aumento da idade e consultar no último ano, assim como na avaliação de base populacional, tiveram mais CIAS. A renda não esteve associada,

provavelmente porque a população que consulta em UBS seja muito semelhante em relação às condições sócio-econômicas.

Aqueles que consultam em PSF tiveram mais chances de ter CIAS quando comparados com aqueles que consultam em unidades tradicionais. Esse estudo não caracterizou se o médico de referência é o profissional do programa de saúde da família, porém, é provável que isso ocorra na maioria das vezes. Neste caso, a capacidade de estabelecer vínculos entre o médico e seus pacientes pode ser um importante marcador de qualidade na atenção à saúde associada ao PSF. Os efeitos dessa associação podem estar afetados pela transferência de oito médicos do PSF de local, ocorrida em Setembro de 2005, dois meses antes da coleta dos dados. Esta iniciativa, símbolo da rotatividade dos médicos nas equipes, pode ter provocado um viés em direção à unidade e mostra a desvalorização da CIAS por parte do gestor público.

Os resultados deste estudo mostram que a prevalência de CIAS é baixa quando comparada ao sistema privado de saúde, embora o sistema público tenha uma proposta de integralidade que inclua ações contínuas de saúde. Com o surgimento do PSF, surgem novos conceitos, como a responsabilização e adscrição da equipe de saúde sobre uma parcela da população. Estes instrumentos parecem estar promovendo CIAS, embora com resultados ainda inferiores à prática privada. Alguns estudos sobre o PSF em cidades médias e grandes têm mostrado dificuldades em sua implantações¹², enquanto outros, apontam que o PSF tem sido bem sucedido na promoção da equidade³². Os achados de nosso estudo concordam com este último, e mostram que a responsabilização e vinculação dos pacientes estão ocorrendo.

A CIAS é mais prevalente em alguns grupos populacionais que necessitam maior vínculo com seus médicos como os idosos e aqueles com doenças crônicas. No entanto, outros grupos vulneráveis, como aqueles de baixa renda e usuários do sistema

público de saúde, tiveram menores prevalências, o que mostra importante iniquidade em saúde. Este estudo mostrou que o PSF está cumprindo um importante papel na saúde pública brasileira, em busca da responsabilização e vinculação dos pacientes a seus médicos, mas ainda há um longo caminho a ser percorrido, mediante políticas que reduzam a rotatividade de profissionais e melhorem o acolhimento nas UBS.

Embora a continuidade tenha sido objeto de pesquisas nas últimas décadas, nos últimos anos houve um esforço para redefinir e precisar sua conceituação e operacionalização. Futuros estudos que utilizem uma definição padronizada permitirão avaliar melhor a consistência dos achados acerca da CIAS. É necessário também que futuros estudos ampliem a concepção de CIAS, comparando os diferentes tipos de continuidade de forma a avaliar se o modelo brasileiro que tem ênfase em uma equipe ampla tem desempenho adequado quando comparado ao vínculo apenas com o médico.

É necessário aprofundar o conhecimento sobre os determinantes da CIAS, detalhando as características pessoais e profissionais dos médicos que são determinantes no estabelecimento de vínculo com seus pacientes. No Brasil, há ainda necessidade de estudos posteriores sobre o impacto da CIAS sobre o processo saúde doença, os hábitos de vida e o uso dos serviços de saúde.

Referências Bibliográficas

1. Saultz JW. Defining and measuring interpersonal continuity of care. *Ann Fam Med* 2003;1(3):134-43.
2. Hjortdahl P. Ideology and reality of continuity of care. *Fam Med* 1990;22(5):361-4.
3. Mainous AG, 3rd, Gill JM. The importance of continuity of care in the likelihood of future hospitalization: is site of care equivalent to a primary clinician? *Am J Public Health* 1998;88(10):1539-41.
4. Wasson JH, Sauvigne AE, Mogielnicki RP, Frey WG, Sox CH, Gaudette C, et al. Continuity of outpatient medical care in elderly men. A randomized trial. *Jama* 1984;252(17):2413-7.
5. Gill JM, Mainous AG, 3rd. The role of provider continuity in preventing hospitalizations. *Arch Fam Med* 1998;7(4):352-7.
6. Christakis DA, Mell L, Koepsell TD, Zimmerman FJ, Connell FA. Association of lower continuity of care with greater risk of emergency department use and hospitalization in children. *Pediatrics* 2001;107(3):524-9.
7. Saultz JW, Lochner J. Interpersonal continuity of care and care outcomes: a critical review. *Ann Fam Med* 2005;3(2):159-66.
8. Ettner SL. The relationship between continuity of care and the health behaviors of patients: does having a usual physician make a difference? *Med Care* 1999;37(6):547-55.
9. Piccini RX, Victora CG. How well is hypertension managed in the community? A population-based survey in a Brazilian city. *Cad Saude Publica* 1997;13(4):595-600.

10. Parchman ML, Pugh JA, Noel PH, Larme AC. Continuity of care, self-management behaviors, and glucose control in patients with type 2 diabetes. *Med Care* 2002;40(2):137-44.
11. Política nacional da atenção básica. Ministério da Saúde 2006:Portaria 648/ 28 de Março de 2006.
12. Escorel S GL, Mendonça MH, Magalhães R, Senna MCM. Saude da família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultado. Brasília; 2005.
13. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *Bmj* 2003;327(7425):1219-21.
14. Mendoza-Sassi R, Beria JU. Prevalence of having a regular doctor, associated factors, and the effect on health services utilization: a population-based study in Southern Brazil. *Cad Saude Publica* 2003;19(5):1257-66.
15. Doescher MP, Saver BG, Fiscella K, Franks P. Preventive care. *J Gen Intern Med* 2004;19(6):632-7.
16. Censo Demográfico 2000. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística 2000.
17. Epi-Info 1997 versão 6.02. A world processing, database, and statistics system for epidemiology microcomputers. 1997.
18. Statacorp. Stata statistical software. In: 9.0, editor.; 2001.
19. Critério de classificação economica do Brasil. In: Associação brasileira de empresas de pesquisa; 2002.
20. Costa JF, LA. Utilização de serviços ambulatoriais em Pelotas: onde a população consulta e com que frequencia. *Revista de Saúde Pública* 1997;31(4):360-9.

21. Capilheira MF, Santos Ida S. [Individual factors associated with medical consultation by adults.]. *Rev Saude Publica* 2006;40(3):436-43.
22. Gastal FL, Andreoli SB, Quintana MI, Almeida Gameiro M, Leite SO, McGrath J. Predicting the revolving door phenomenon among patients with schizophrenic, affective disorders and non-organic psychoses. *Rev Saude Publica* 2000;34(3):280-5.
23. Surber RW, Winkler EL, Monteleone M, Havassy BE, Goldfinger SM, Hopkin JT. Characteristics of high users of acute psychiatric inpatient services. *Hosp Community Psychiatry* 1987;38(10):1112-4.
24. Pesquisa Nacional de Amostragem por Domicílio. In. Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2003.
25. Menec VH, Roos NP, Black C, Bogdanovic B. Characteristics of patients with a regular source of care. *Can J Public Health* 2001;92(4):299-303.
26. Menec VH, Sirski M, Attawar D. Does continuity of care matter in a universally insured population? *Health Serv Res* 2005;40(2):389-400.
27. Guthrie B. Continuity in UK general practice: a multilevel model of patient, doctor and practice factors associated with patients seeing their usual doctor. *Fam Pract* 2002;19(5):496-9.
28. Mainous AG, 3rd, Baker R, Love MM, Gray DP, Gill JM. Continuity of care and trust in one's physician: evidence from primary care in the United States and the United Kingdom. *Fam Med* 2001;33(1):22-7.
29. Lambrew JM, DeFriesse GH, Carey TS, Ricketts TC, Biddle AK. The effects of having a regular doctor on access to primary care. *Med Care* 1996;34(2):138-51.

30. Nutting PA, Goodwin MA, Flocke SA, Zyzanski SJ, Stange KC. Continuity of primary care: to whom does it matter and when? *Ann Fam Med* 2003;1(3):149-55.
31. Pandhi N, Saultz JW. Patients' perceptions of interpersonal continuity of care. *J Am Board Fam Med* 2006;19(4):390-7.
32. Facchini LP, RX. Tomasi, E. Thumé, E. Silveira, DS. Siqueira, FV. Rodrigues, MA. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva* 2006;11(3).

Tabela 1. Características da população estudada conforme variáveis demográficas, socioeconômicas, assistenciais e de necessidades em saúde. Pelotas, RS Brasil, 2006

Variável	População Total		Usuários de UBS	
	N=3133	%	N=1052	%
Sexo				
Masculino	1376	43,9	401	38,1
Feminino	1757	56,1	651	61,9
Idade				
20-29	747	23,8	268	25,5
30-39	611	19,5	242	23,0
40-49	661	21,1	242	23,0
50-59	520	16,6	149	14,2
60 ou mais	597	19,0	151	14,3
Escolaridade				
0-4 anos	603	20,4	293	30,4
5-8 anos	1003	34,0	431	44,7
9-11 anos	824	27,9	210	21,8
12 ou mais	521	17,7	30	3,1
Renda Familiar				
Até 1 salário	360	11,6	173	16,5
1-3 salários	1127	36,2	580	55,5
3-6 salários	842	27,1	215	20,5
6 ou mais	783	25,1	78	7,5
Classe Social (Abep)				
A	161	5,2	4	0,4
B	824	26,5	110	10,5
C	1293	41,5	474	45,3
D	761	24,5	411	39,3
E	73	2,3	47	4,5
Cor da Pele				
Branca	2559	81,6	765	73,3
Não Branca	577	18,4	279	26,7
Consulta último ano				
Não	839	26,8	325	30,9
Sim	2294	73,2	727	69,1
Doença Crônica				
Não	2195	70,0	783	74,4
Sim	938	30,0	269	25,6
Autopercepção				
Saúde				
Excelente	412	13,2	95	9,0
Muito boa	418	13,3	94	8,9
Boa	1427	45,5	493	46,9
Regular	722	23,0	306	29,1
Ruim	154	5,0	64	6,1
Plano Saúde				
Pública	1499	47,8		
Convênio	1416	45,2		
Particular	218	7,0		

Número máximo de perdas 5,8% para variável escolaridade

Tabela 2. Características da população estudada conforme local de consulta. Pelotas, RS Brasil, 2006

Variável	População Total N=3133	Usuários de UBS %
Local de consulta		
UBS	1052	33,6
Consultório Médico	812	25,9
Pronto Atendimento	471	15,0
Convênio		
Ambulatórios públicos	283	9,0
Pronto Socorro	173	5,5
Ambulatórios conveniados	170	5,4
Lugar nenhum	119	3,8
Outros	56	1,8

Tabela 3. Fatores associados a CIAS na população de Pelotas,RS Brasil 2005 . N=3133

Variáveis	Prevalência de CIAS (%)	Análise Bruta	IC95%	Valor p	Análise ajustada	IC95%	Valor p
Sexo				<0,001			<0,001*
Masculino	31,6	1,00			1,00		
Feminino	53,2	1,68	1,54-1,84		1,66	1,52-1,80	
Idade				<0,001			<0,001**
20-29	31,9	1,00			1,00		
30-39	38,2	1,20	1,04-1,38		1,19	1,03-1,37	
40-49	43,3	1,36	1,18-1,55		1,30	1,14-1,48	
50-59	49,4	1,55	1,35-1,78		1,47	1,29-1,67	
60 ou mais	59,7	1,87	1,65-2,12		1,76	1,56-1,99	
Renda Familiar				<0,001			<0,001**
Até 1 salário	35,5	1,00			1,00		
1-3 salários	35,3	0,99	0,85-1,17		1,02	0,87-1,20	
3-6 salários	47,4	1,33	1,14-1,56		1,35	1,16-1,58	
6 ou mais	56,2	1,58	1,36-1,84		1,61	1,39-1,87	
Consulta no último ano				<0,001			<0,001*
Não	26,1	1,00			1,00		
Sim	50,2	1,92	1,70-2,17		1,47	1,29-1,67	
Doença Crônica				<0,001			0,02*
Não	39,2	1,00			1,00		
Sim	54,3	1,38	1,28-1,50		1,10	1,01-1,19	
Autopercepção Saúde				0,01			0,8**
Excelente	39,8	1,00			1,00		
Muito boa	44,3	1,11	0,95-1,31		0,97	0,84-1,13	
Boa	42,8	1,08	0,94-1,23		1,00	0,89-1,14	
Regular	45,3	1,14	0,99-1,31		0,99	0,86-1,15	
Ruim	53,9	1,35	1,12-1,63		1,10	0,90-1,34	
Forma financiamento da consulta				<0,001			<0,001*
Pública	31,6	1,00			1,00		
Convênio	54,2	1,72	1,57-1,88		1,37	1,24-1,52	
Particular	59,2	1,88	1,64-2,14		1,64	1,42-1,90	

* Teste de Wald de heterogeneidade

** Teste de Wald para tendência linear

Tabela 4. Fatores associados a CIAS em 1052 indivíduos que consultam Unidades Básicas de Saúde. Pelotas, RS Brasil.

Variáveis N=1044	Prevalência do Desfecho (%)	Análise Bruta	IC95%	Valor p	Análise ajustada	IC95%	Valor p
Sexo				<0,001			<0,001*
Masculino	21,4	1,00			1,00		
Feminino	43,0	2,00	1,63-2,46		1,97	1,61-2,42	
Idade				<0,001			<0,001**
20-29	24,0	1,00			1,00		
30-39	37,2	1,55	1,19-2,03		1,52	1,19-2,01	
40-49	32,7	1,36	1,03-1,80		1,31	1,00-1,74	
50-59	38,9	1,62	1,21-2,18		1,56	1,17-2,08	
60 ou mais	49,0	2,04	1,56-2,67		1,97	1,52-2,57	
Consulta no último ano				<0,001			0,01*
Não	24,9	1,00			1,00		
Sim	39,1	1,57	1,28-1,94		1,31	1,06-1,62	
Programa Saúde Família				0,03			0,04*
Não	31,8	1,00			1,00		
Sim	38,6	1,21	1,02-1,43		1,19	1,01-1,40	

* Teste de Wald de heterogeneidade

** Teste de Wald para tendência linear

ANEXOS

ANEXO I

INSTRUMENTO DE PESQUISA

<p>A10) Qual é o seu peso atual? ___ __ __ , ___ kg (999,9) IGN</p>	<p><i>GPESO</i> ___ __ __ , ___ A1</p>
<p>A11) Qual é a sua altura? ___ __ __ cm (999) IGN</p>	<p><i>GALTUR</i> ___ __ __</p>
<p>A12) Qual a cor dos seus olhos? (0) Preto ou castanho (1) Verde (2) Azul (9) IGN</p>	<p><i>HCOLHO</i> __</p>
<p>A13) Qual a cor NATURAL dos seus cabelos? (0) Preto ou castanho (1) Loiro (2) Vermelho ou ruivo (9) IGN</p>	<p><i>HCBELO</i> __</p>
<p>A14) Qual a sua cor ou raça? (1) Branca (2) Preta (3) Amarela (4) Indígena (5) Parda (6) Outra: _____</p>	<p><i>GCORACA</i> __</p>
<p>A15) Durante o verão, o que acontece com a sua pele quando o(a) Sr.(a) fica no sol por várias horas? (0) Fica bronzeado (1) Fica vermelho (9) IGN</p>	<p><i>HACOPEL</i> __</p>
<p>A16) Como o(a) Sr.(a) considera a sua saúde? (1) Excelente (2) Muito boa (3) Boa (4) Regular (5) Ruim (9) IGN</p>	<p><i>GSAU</i> __</p>
<p>A17) O(a) Sr.(a) fuma ou já fumou? (0) Não, nunca fumou → PULE PARA A QUESTÃO A20 (1) Sim, fuma (1 ou + cigarro(s) por dia há mais de 1 mês) (2) Já fumou, mas parou de fumar há ___ __ anos ___ __ meses</p>	<p><i>GFUMO</i> __ <i>GTPAFU</i> ___ __ __ __</p>
<p>A18) Há quanto tempo o(a) Sr.(a) fuma ? (ou fumou durante quanto tempo)? ___ __ anos ___ __ meses (88-88) NSA (99-99) IGN</p>	<p><i>GTFUMOA</i> ___ __ <i>GTFUMOM</i> ___ __</p>
<p>A19) Quantos cigarros o(a) Sr.(a) fuma (ou fumava) por dia? ___ __ cigarros (88) NSA (99) IGN</p>	<p><i>GCIGDIA</i> ___ __</p>
<p>A20) O(a) Sr.(a) toma alguma bebida de álcool? (0) Nunca → PULE PARA O PRÓXIMO BLOCO (1) Às vezes (2) Sempre (9) IGN</p>	<p><i>GBEBE</i> __</p>
<p>A21) Alguma vez o(a) Sr.(a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber? (0) Não (1) Sim (8) NSA</p>	<p><i>GPARB</i> __</p>
<p>A22) As pessoas o(a) aborrecem porque criticam o seu modo de beber? (0) Não (1) Sim (8) NSA</p>	<p><i>GCRITBE</i> __</p>
<p>A23) O(a) Sr.(a) sente-se culpado(a)/chateado(a) com o Sr.(a) mesmo(a) pela maneira como costuma beber? (0) Não (1) Sim (8) NSA</p>	<p><i>GCULBE</i> __</p>
<p>A24) O(a) Sr.(a) costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca? (0) Não (1) Sim (8) NSA</p>	<p><i>GNERBE</i> __</p>

BLOCO D: ADULTOS

**Este bloco deve ser aplicado a todos os indivíduos com idade igual ou maior a 20 anos.*

1.6

ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO

<p>D1) Com o tempo, algumas pessoas perdem alguns ou mesmo todos os dentes da boca. O(a) Sr.(a) já perdeu <u>todos</u> os dentes, de baixo e de cima?</p> <p>(0) Não PULAR PARA QUESTÃO D3</p> <p>(1) Sim (9) IGN</p>	<p>JDENTEN __</p>
<p>D2) Faz mais de seis meses que o(a) Sr.(a) perdeu todos os dentes?</p> <p>(0) Não</p> <p>(1) Sim PULE PARA QUESTÃO D13</p> <p>(8) NSA (9) IGN</p>	<p>JDENTE6 __</p>
<p>D3) Nos últimos 6 meses, isto é, desde <mês>, o(a) Sr.(a) teve dor de dente?</p> <p>(0) Não PULE PARA QUESTÃO D13</p> <p>(1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>	<p>JDOR6M __</p>
<p>D4) No último mês, isto é, desde <dia da entrevista no mês anterior> até hoje, o(a) Sr.(a) teve dor de dente?</p> <p>(0) Não</p> <p>(1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>	<p>JDOR4S __</p>
<p>D5) O(a) Sr.(a) poderia dizer o tamanho de sua última dor de dente? O(a) Sr.(a) deve considerar que 0 (zero) significa nenhuma dor e 10 (dez) a pior dor possível.</p> <p>←—————→</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>(88) NSA (99) IGN</p>	<p>JTAMDOR __ __</p>
<p>D6) Quando o(a) Sr.(a) teve esta dor, ela ia e voltava ou doía o tempo todo?</p> <p>(1) ia e voltava (2) doía o tempo todo</p> <p>(8) NSA (9) IGN</p>	<p>JTEMPDO __</p>
<p>D7) O(a) Sr.(a) consultou com o dentista para tratar esta dor?</p> <p>(0) Não</p> <p>(1) Sim PULAR PARA QUESTÃO D9</p> <p>(8) NSA (9) IGN</p>	<p>JNAODOR __</p>
<p>D8) Por que o(a) Sr.(a) não consultou com o dentista?</p> <p>(01) Achou que não precisava</p> <p>(02) Achou que não conseguiria uma consulta</p> <p>(03) Procurou, mas não conseguiu consultar</p> <p>(04) Outro _____</p> <p>(88) NSA (99) IGN</p>	<p>JMOTIDO __ __</p>
<p>D9) Na sua opinião, qual foi o principal motivo desta sua dor de dente?</p> <p>(MARCAR APENAS UMA ALTERNATIVA)</p> <p>(01) buraco ou cavidade no dente</p> <p>(02) quando comi ou bebi alimentos quentes, frios ou doces</p> <p>(03) quando mastiguei alguns alimentos duros como cenoura, maçã</p>	<p>JROTIDO __ __</p> <p style="text-align: right;">A2</p>

(04) quando perdi um dente (05) um novo dente aparecendo (06) aparelho ortodôntico (07) quando restaurei um dente (08) quando fiz um tratamento de canal (09) quando um dente quebrou (10) outro: _____ (88) NSA (99) IGN	
D10) O(a) Sr.(a) sentiu dificuldade para fazer alguma atividade diária por causa desta dor? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	<i>J</i> DENTEN __
D11) O(a) Sr.(a) deixou de comer ou se alimentar por causa desta dor? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	<i>J</i> COMEDO __
D12) O(a) Sr.(a) deixou de dormir por causa desta dor? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	<i>J</i> SONODO __
AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE O SEU SONO	
D13) Em geral, quanto tempo o(a) Sr.(a) demora a pegar no sono depois de ter se deitado e apagado a luz? ____ minutos	<i>N</i> LATSON ____
D14) Em geral, quantas horas o(a) Sr.(a) dorme diariamente durante a noite de segunda-feira a sexta-feira? ____ horas	<i>N</i> HSONO __ __
D15) Já lhe disseram que o(a) Sr.(a) ronca todas ou quase todas as noites? (0) Não PULE PARA A QUESTÃO D17 (1) Sim	<i>N</i> RONCO __
D16) Há quanto tempo o(a) Sr.(a) sabe que ronca? ____ anos ____ meses (88-88) NSA	<i>N</i> TRONCA __ __ <i>N</i> TRONCM __ __
D17) Já lhe disseram que, quando o(a) Sr.(a) dorme, respira como se estivesse se afogando? (0) Não (1) Sim	<i>N</i> RAFOGA __
D18) Já lhe disseram que, quando o(a) Sr.(a) dorme, com frequência deixa de respirar por alguns momentos? (0) Não (1) Sim	<i>N</i> APNEA __
D19) O(a) Sr.(a) acorda sentindo-se cansado ou tão cansado quanto antes de dormir, pelo menos 3 dias na semana? (0) Não (1) Sim	<i>N</i> SNREST __
D20) O(a) Sr.(a) tem dificuldade de se manter acordado durante o dia, por pelo menos 3 dias na semana? (0) Não (1) Sim	<i>N</i> SDE __
D21) Como o (a) Sr.(a) diria que é o seu sono? (0) ruim (1) regular (2) bom (3) muito bom (4) ótimo	<i>N</i> COSONO __
D22) Qual a chance do Sr.(a) cochilar ou pegar no sono nas seguintes situações?	

0) Nunca cochilaria 1) Pequena chance 2) Chance Média 3) Grande chance

- sentado e lendo	0	1	2	3
- assistindo televisão	0	1	2	3
- sentado, quieto, em um lugar público	0	1	2	3
- andando de carro por uma hora sem parar, como passageiro	0	1	2	3
- ao deitar-se à tarde para descansar, quando possível	0	1	2	3
- sentado conversando com alguém	0	1	2	3
- sentado quieto após o almoço sem bebida de álcool	0	1	2	3
- em um carro, parado no trânsito por alguns minutos	0	1	2	3
Total	___ ___			

NESE ___ ___

AGORA, VAMOS FALAR SOBRE ATIVIDADES FÍSICAS, COMO CAMINHADA, ESPORTES E EXERCÍCIOS FEITOS DE MANEIRA REGULAR E QUE FAÇAM A RESPIRAÇÃO FICAR MAIS FORTE QUE O NORMAL.

D23) O(a) Sr.(a) faz atividade física REGULAR, isto é, pelo menos 20 minutos em 3 dias da semana, durante o seu tempo livre?

- (0) Não
 (1) Sim PULE PARA A QUESTAO D27
 (9) IGN

AFR ___

D24) Qual o principal motivo para o(a) Sr.(a) NÃO fazer atividade física REGULAR?

- (01) Falta de tempo
 (02) Falta de dinheiro
 (03) Cansaço, preguiça
 (04) Falta de companhia
 (05) Falta de local apropriado
 (06) Lesão ou doença
 (07) Não precisa/não gosta
 (10) Outro _____
 (88) NSA (99) IGN

AFRBAR ___

D25) O(a) Sr.(a) pretende começar a fazer atividade física REGULAR nos próximos 6 meses?

- (0) Não PULE PARA A QUESTÃO D29
 (1) Sim (8) NSA

AFR6M ___

D26) O(a) Sr.(a) pretende começar a fazer atividade física REGULAR nos próximos 30 dias?

- (0) Não PULE PARA A QUESTÃO D29
 (1) Sim PULE PARA A QUESTÃO D29
 (8) NSA

AFRIM ___

D27) O(a) Sr.(a) faz atividade física REGULAR há mais de 6 meses?

- (0) Não (1) Sim (8) NSA

AFRTP ___

D28) Qual o principal motivo para o(a) Sr.(a) fazer atividade física REGULAR?

- (01) Importante para a saúde/bem-estar
 (02) Por problema(s) de saúde/doença

AFRMOT ___

Pai	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	<i>LPAIMOR</i> ___
Mãe	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	<i>LMAEMOR</i> ___
Irmão	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	<i>LMANOMO</i> ___
Irmã	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	<i>LMANAMO</i> ___
Filho	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	<i>LFILHOM</i> ___
Filha	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	<i>LFILHAM</i> ___
D40) Com que idade ele(a) morreu?				
Pai	___ anos	(888) NSA	(999) IGN	<i>LIDMPAI</i> ___
Mãe	___ anos	(888) NSA	(999) IGN	<i>LIDMMA</i> ___
Irmão	___ anos	(888) NSA	(999) IGN	<i>LIDMSO</i> ___
Irmã	___ anos	(888) NSA	(999) IGN	<i>LIDMDA</i> ___
Filho	___ anos	(888) NSA	(999) IGN	<i>LIDMAN</i> ___
Filha	___ anos	(888) NSA	(999) IGN	<i>LIDMANA</i> ___
D41) O(a) Sr(a) consultou com algum médico nos últimos três anos?				
(00) Não → PULE PARA QUESTÃO D44				<i>LCONSUL</i> ___
Sim, Quantas vezes? ___ (99) IGN				
D42) Nos últimos 3 anos, algum médico pediu exames de colesterol no sangue?				
(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN				<i>LPERFLI</i> ___
D43) O(a) Sr.(a) pediu que o médico solicitasse este exame?				
(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN				<i>LPEDIU</i> ___
D44) O(a) Sr.(a) consultou com algum médico nos últimos doze meses?				
(00) Não → PULE PARA QUESTÃO D46				<i>YQCMANO</i>
Sim → Quantas vezes? ___				___
(99) IGN				
D45) Desde <mês> do ano passado, quantos médicos diferentes o(a) Sr.(a) consultou?				
___ médicos (88) NSA (99) IGN				<i>YNUMED</i> ___
D46) Quando precisa consultar, o(a) Sr.(a) costuma ir no mesmo médico?				
(0) Não → PULE PARA A QUESTÃO D49				<i>YNOMED</i> ___
(1) Sim, mas <u>não sabe</u> o nome do médico				
(2) Sim, sabe o nome. Qual o nome dele? _____				
(8) NSA (9) IGN				
D47) Há quanto tempo ele é seu médico de referência ?				
(0) Menos de 1 ano				<i>YTMED</i> ___
(1) 1 ano a 2 anos e 11 meses				
(2) 3 anos a 4 anos e 11 meses				
(3) 5 anos ou mais				
(8) NSA (9) IGN				
D48) Desde <mês> do ano passado, quantas consultas médicas o(a) Sr(a). fez com seu médico de referência?				
___ consultas (88) NSA (99) IGN				<i>YQCMED</i> ___
D49) Quando o(a) Sr(a) tem algum problema de saúde ou precisa consultar, onde costuma ir?				
(00) Não costumo ir a lugar nenhum → PULE PARA A QUESTÃO D51				<i>YLCON</i> ___
(01) Posto de Saúde Qual? _____				<i>YPSAU</i> ___
(02) Pronto Socorro				
(03) Ambulatório da Faculdade/Hospital				
(04) Ambulatório Sindicato ou da Empresa				

(05) Pronto atendimento do convênio (06) Consultório Médico (07) CAPS (08) Outro _____ (99) IGN	
D50) Há quanto tempo este é seu local de consulta? (0) Menos de 1 ano (1) 1 ano a 2 anos e 11 meses (2) 3 anos a 4 anos e 11 meses (3) 5 anos ou mais (8) NSA (9) IGN	YTCON__
D51) O(a) Sr.(a) tem plano de saúde? (00) Não → PULE PARA QUESTÃO D53 Sim, Qual? (01) IPE (02) Unimed (03) Pias (04) Saúde Maior (05) Cassi (06) Fusex (07) Trabalho (08) Sindicato (09) PrevPel (10) Descont'saúde (11) Outro _____	YPLANO __ __
D52) O seu plano de saúde lhe permite procurar diretamente seu médico? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	YDIRMED __
D53) Desde <mês> do ano passado, o(a) Sr.(a) baixou hospital (exceto parto, aborto ou cirurgia)? (0) Não (1) Sim (9) IGN	YINTH __
D54) Desde <mês> do ano passado, o (a) Sr.(a) teve que consultar no Pronto Socorro? (0) Não (1) Sim (9) IGN	YOS __
AGORA PENSE NOS TIMES DE FUTEBOL DA CIDADE	
D55) Para qual dos times da cidade o (a) Sr.(a) torce? (0) Brasil (1) Farroupilha (2) Pelotas (9) IGN	TIMEA__

BLOCO E: DOMICILIAR**RESPONSÁVEL PELO DOMICÍLIO**

Este bloco deve ser aplicado a apenas 1 morador do domicílio, de preferência, a dona de casa.

1.7

ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO

Número do setor ____	<i>INQUE</i>
Número da família ____	_____
Número da pessoa ____	
Endereço: _____ (1) casa (2) apartamento	<i>ITIPOM</i> __
Data da entrevista: __ __ / __ __ / __ __	<i>IDE</i> __ __ / __ __ / __ __
Horário de início da entrevista: __ __ : __ __	<i>IHI</i> __ __ : __ __
Horário de término da entrevista: __ __ : __ __	<i>IHT</i> __ __ : __ __
Entrevistadora: _____	<i>IENT</i> __ __

E1) O(a) Sr.(a) possui telefone neste domicílio?

(0) Não (1) Sim → Qual o número? _____

DFONE ____

E2) Existe algum outro número de telefone ou celular para que possamos entrar em contato com o(a) Sr.(a)?

(0) Não (1) Sim → Qual o número? _____

DCEL ____

AGORA FAREI ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE OS BENS E A RENDA DOS MORADORES DA CASA. MAIS UMA VEZ LEMBRO QUE OS DADOS DESTE ESTUDO SERVIRÃO APENAS PARA UMA PESQUISA SOBRE SAÚDE, PORTANTO O(A) SR.(A) PODE FICAR TRANQUÍLO(A) PARA INFORMAR O QUE FOR PERGUNTADO.

SOBRE APARELHOS QUE O(A) SR.(A) TEM EM CASA. NA SUA CASA O(A) SR.(A) TEM:

E3) Aspirador de pó?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	<i>DASP</i> __
E4) Máquina de lavar roupa? (não considerar tanquinho)	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	<i>DLAV</i> __
E5) Videocassete ou DVD?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	<i>DVD</i> __
E6) Geladeira?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	<i>DGELA</i> __
E7) Freezer ou geladeira duplex?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	<i>DFREE</i> __
E8) Forno de microondas?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	<i>DMOND</i> __
E9) Microcomputador?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	<i>DCPU</i> __
E10) Telefone fixo? (convencional)	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	<i>DTELSN</i> __

NA SUA CASA, O(A) SR.(A) TEM.....? QUANTOS?

E11) Rádio	(0)	(1)	(2)	(3)	(4+)	(9) IGN	DRAD __	
E12) Televisão preto e branco	(0)	(1)	(2)	(3)	(4+)	(9) IGN	DTVPB __	
E13) Televisão colorida	(0)	(1)	(2)	(3)	(4+)	(9) IGN	DTVCOL __	
E14) Automóvel (<i>somente de uso particular</i>)	(0)	(1)	(2)	(3)	(4+)	(9) IGN	DAUTO __	
E15) Aparelho de ar condicionado (<i>se ar condicionado central marque o número de cômodos servidos</i>)	(0)	(1)	(2)	(3)	(4+)	(9) IGN	DARCON __	E1
E16) Na sua casa, trabalha empregada ou empregado doméstico mensalista? Se sim, quantos? (0) Não (1) Um (2) Dois ou mais (9) IGN							DEMPR __	
E17) Quantas pessoas moram nessa casa? __ __ pessoas (99) IGN							DMOR __ __	
E18) Quantas peças são usadas para dormir? __ __ peças (99) IGN							DDORME __ __	
E19) Quantos banheiros existem na casa? (<i>considere somente os que têm vaso mais chuveiro ou banheira</i>). __ __ (99) IGN							DBANHO __ __	
E20) Qual a escolaridade do chefe da família? (1) nenhuma ou até 3ª série (primário incompleto) (2) 4ª série (primário completo) ou 1º grau (ginasial) incompleto (3) 1º grau (ginasial) completo ou 2º grau (colegial) incompleto (4) 2º grau (colegial) completo ou nível superior incompleto (5) nível superior completo (9) IGN							DESCCH __	
E21) No mês passado quanto ganharam as pessoas que moram aqui? (trabalho ou aposentadoria)							DRF1 _____ DRF2 _____	

Pessoa 1: R\$ _____ por mês

Pessoa 2: R\$ _____ por mês

Pessoa 3: R\$ _____ por mês

Pessoa 4: R\$ _____ por mês

Pessoa 5: R\$ _____ por mês

(99999) ignorado/não respondeu

DRF3 _____

DRF4 _____

DRF5 _____

E22) A família tem outra fonte de renda, por exemplo, aluguel, pensão ou outra que não foi citada acima?

(0) Não (1) Sim → Quanto? R\$ _____ por mês

DRE _____

ANEXO I

NORMAS DA REVISTA

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais que contribuam ao estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins, como epidemiologia, nutrição, parasitologia, ecologia e controle de vetores, saúde ambiental, políticas públicas e planejamento em saúde, ciências sociais aplicadas à saúde, dentre outras.

Serão aceitos trabalhos para as seguintes seções: **(1) Revisão** – revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à saúde pública (máximo de 8.000 palavras); **(2) Artigos** – resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual (máximo de 6.000 palavras); **(3) Notas** – nota prévia, relatando resultados parciais ou preliminares de pesquisa (máximo de 1.700 palavras); **(4) Resenhas** – resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras); **(5) Cartas** – crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP ou nota curta, relatando observações de campo ou laboratório (máximo de 1.200 palavras); **(6) Artigos especiais** – os interessados em contribuir com artigos para estas seções deverão consultar previamente o Editor; **(7) Debate** – artigo teórico que se faz acompanhar de cartas críticas assinadas por autores de diferentes instituições, convidados pelo Editor, seguidas de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras); **(8) Fórum** – seção destinada à publicação de 2 a 3 artigos coordenados entre si, de diferentes autores, e versando sobre tema de interesse atual (máximo de 12.000 palavras no total).

O limite de palavras inclui texto e referências bibliográficas (folha de rosto, resumos e ilustrações serão considerados à parte).

Apresentação do texto

Serão aceitas contribuições em português, espanhol ou inglês. O original deve ser apresentado em espaço duplo e submetidos em 1 via, fonte *Times New Roman*, tamanho 12, com margens de 2,5cm. Deve ser enviado com uma página de rosto, onde constará título completo (no idioma original e em inglês) e título corrido, nome(s) do(s) autor(es) e da(s) respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo apenas do autor responsável pela correspondência. Todos os artigos deverão ser encaminhados acompanhados de disquete ou CD contendo o arquivo do trabalho e indicação quanto ao programa e à versão utilizada (somente programas compatíveis com Windows). Notas de rodapé não serão aceitas. É imprescindível o envio de carta informando se o artigo está sendo encaminhado pela primeira vez ou sendo reapresentado à nossa secretaria.

No envio da segunda versão do artigo deverá ser encaminhada uma cópia impressa do mesmo, acompanhadas de disquete.

Colaboradores

Deverão ser especificadas, ao final do texto, quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

Ilustrações

As figuras deverão ser enviadas em impressão de alta qualidade, em preto-e-branco e/ou diferentes tons de cinza e/ou hachuras. Os custos adicionais para publicação de figuras em cores serão de total responsabilidade dos autores.

É necessário o envio dos gráficos, separadamente, em arquivos no formato WMF (Windows Metafile) e no formato do programa em que foram gerados (SPSS, Excel, Harvard Graphics etc.), acompanhados de seus parâmetros quantitativos, em forma

de tabela e com nome de todas as variáveis. Também é necessário o envio de mapas no formato WMF, observando que os custos daqueles em cores serão de responsabilidade dos autores. Os mapas que não forem gerados em meio eletrônico devem ser encaminhados em papel branco (não utilizar papel vegetal). As fotografias serão impressas em preto-e-branco e os originais poderão ser igualmente em preto-e-branco ou coloridos, devendo ser enviados em papel fotográfico no formato 12x18cm.

O número de tabelas e/ou figuras deverá ser mantido ao mínimo (máximo de cinco tabelas e/ou figuras). Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse este limite.

Resumos

Com exceção das contribuições enviadas às seções *Resenha* ou *Cartas*, todos os artigos submetidos em português ou espanhol deverão ter resumo na língua principal e em inglês. Os artigos submetidos em inglês deverão vir acompanhados de resumo em português ou em espanhol, além do *abstract* em inglês. Os resumos não deverão exceder o limite de 180 palavras e deverão ser acompanhados de 3 a 5 palavras-chave.

Nomenclatura

Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

Pesquisas envolvendo seres humanos

A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000), da World Medical Association (<http://www.wma.net/e/policy/b3.htm>), além do atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada. Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Metodologia do artigo). Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

Referências

As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (Ex.: Silva ¹). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos* (<http://www.icmje.org>).

Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

Exemplos

Artigos de periódicos

● Artigo padrão

Até 6 autores:

Barbosa FS, Pinto R, Souza OA. Control of schistosomiasis mansoni in a small north east Brazilian community. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 1971; 65:206-13.

Mais de 6 autores:

DeJong RJ, Morgan JA, Paraense WL, Pointier JP, Amarista M, Ayeh-Kumi PF, et al. Evolutionary relationships and biogeography of *Biomphalaria* (Gastropoda: Planorbidae) with implications regarding its role as host of the human bloodfluke, *Schistosoma mansoni*. *Mol Biol Evol* 2001; 18:2225-39.

● Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 116:41-2.

● Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [Editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.

● Volume com suplemento

Deane LM. Simian malaria in Brazil. *Mem Inst Oswaldo Cruz* 1992; 87 Suppl 3:1-20.

● Fascículo com suplemento

Lebrão ML, Jorge MHPM, Laurenti R. Hospital morbidity by lesions and poisonings. *Rev Saúde Pública* 1997; 31 (4 Suppl):26-37.

● Parte de um volume

Ozben T, Nacitarhan S, Tuncer N. Plasma and urine sialic acid in non-insulin dependent diabetes mellitus. *Ann Clin Biochem* 1995; 32 (Pt 3):303-6.

● Parte de um fascículo

Poole GH, Mills SM. One hundred consecutive cases of flap lacerations of the leg in aging patients. *N Z Med J* 1994; 107 (986 Pt 1):377-8.

Livros e outras monografias

● Indivíduo como autor

Barata RB. Malária e seu controle. São Paulo: Editora Hucitec; 1998.

● Editor ou organizador como autor

Duarte LFD, Leal OF, organizadores. Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1998.

Denzin NK, Lincoln YS, editors. Handbook of qualitative research. Thousand Oaks: Sage Publications; 1994.

● Instituição como autor e publicador

Institute of Medicine. Looking at the future of the Medicaid programme. Washington DC: Institute of Medicine; 1992.

● Capítulo de livro

Coelho PMZ. Resistência e suscetibilidade à infecção por *Schistosoma mansoni* em caramujos do gênero *Biomphalaria*. In: Barbosa FS, organizador. Tópicos em malacologia médica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1995. p. 208-18.

● Eventos (anais de conferências)

Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology.

Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto; Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

● **Trabalho apresentado em evento**

Bengtson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Coangress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North Holland; 1992. p. 1561-5.

● **Dissertação e tese**

Escobar AL. Malária no sudoeste da Amazônia: uma meta-análise [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1994.

Outros trabalhos publicados

● **Artigo de jornal**

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. Jornal do Brasil 2004 Jan 31; p. 12.

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. The Washington Post 1996 Jun 21; Sect. A:3.

● **Documentos legais**

Decreto no. 1.205. Aprova a estrutura regimental do Ministério do Meio Ambiente e da Amazônia Legal, e dá outras providências. Diário Oficial da União 1995; 2 ago.

Material eletrônico

● **CD-ROM**

La salud como derecho ciudadano [CD-ROM]. Memoria del VI Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Salud. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2001.

● **Internet**

Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatísticas da saúde: assistência médico-sanitária. <http://www.ibge.gov.br> (acessado em 05/Fev/2004).

Cadernos de Saúde Pública

Rua Leopoldo Bulhões 1480
Rio de Janeiro RJ 21041-210 Brasil

cadernos@ensp.fiocruz.br

© 2006 Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

Omni vincit

