

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia



Tese de Doutorado

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

Alitéia Santiago Dilélio

Pelotas - RS, 2014

ALITÉIA SANTIAGO DILÉLIO

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

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

Orientador: Luiz Augusto Facchini

Co-Orientadora: Elaine Tomasi

Pelotas - RS, 2014

D576a Dilélio, Alitéia Santiago

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

208 f.: il.

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

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

CDD 614.4

ALITÉIA SANTIAGO DILÉLIO

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

Banca examinadora

Profº. Drº. Luiz Augusto Facchini

Presidente da banca - Universidade Federal de Pelotas, RS

Profª. Drª. Alicia Matijasevich Manitto

Membro da banca - Universidade Estadual de São Paulo, SP

Profª. Drª. Anaclaudia Gastal Fassa

Membro da banca - Universidade Federal de Pelotas, RS

Profª. Drª. Marcelo Capilheira

Membro da banca - Universidade Federal de Pelotas, RS

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

Madre Teresa de Calcutá

AGRADECIMENTOS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SUMÁRIO

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

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

PROJETO DE PESQUISA



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



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

Projeto de Pesquisa

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

JUNHO - 2011

Sumário

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

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

RESUMO

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

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

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

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

ARTIGOS PROPOSTOS

➤ **Artigo 1**

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

➤ **Artigo 2**

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

➤ **Artigo 3**

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

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABS – Atenção Básica à Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

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

DANT – Doenças e Agravos Não Transmissíveis

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

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

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PROESF – Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFPeI – Universidade Federal de Pelotas

DEFINIÇÃO DE TERMOS

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

1 INTRODUÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.1 Revisão de Literatura

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

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

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

Tabela 1. Etapas da revisão de literatura.

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

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

1.2 Acesso

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.3 Utilização

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.4 Qualidade

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.5 Desigualdades em saúde

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2 JUSTIFICATIVA

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

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

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

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

3 MARCO TEÓRICO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Modelo teórico

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

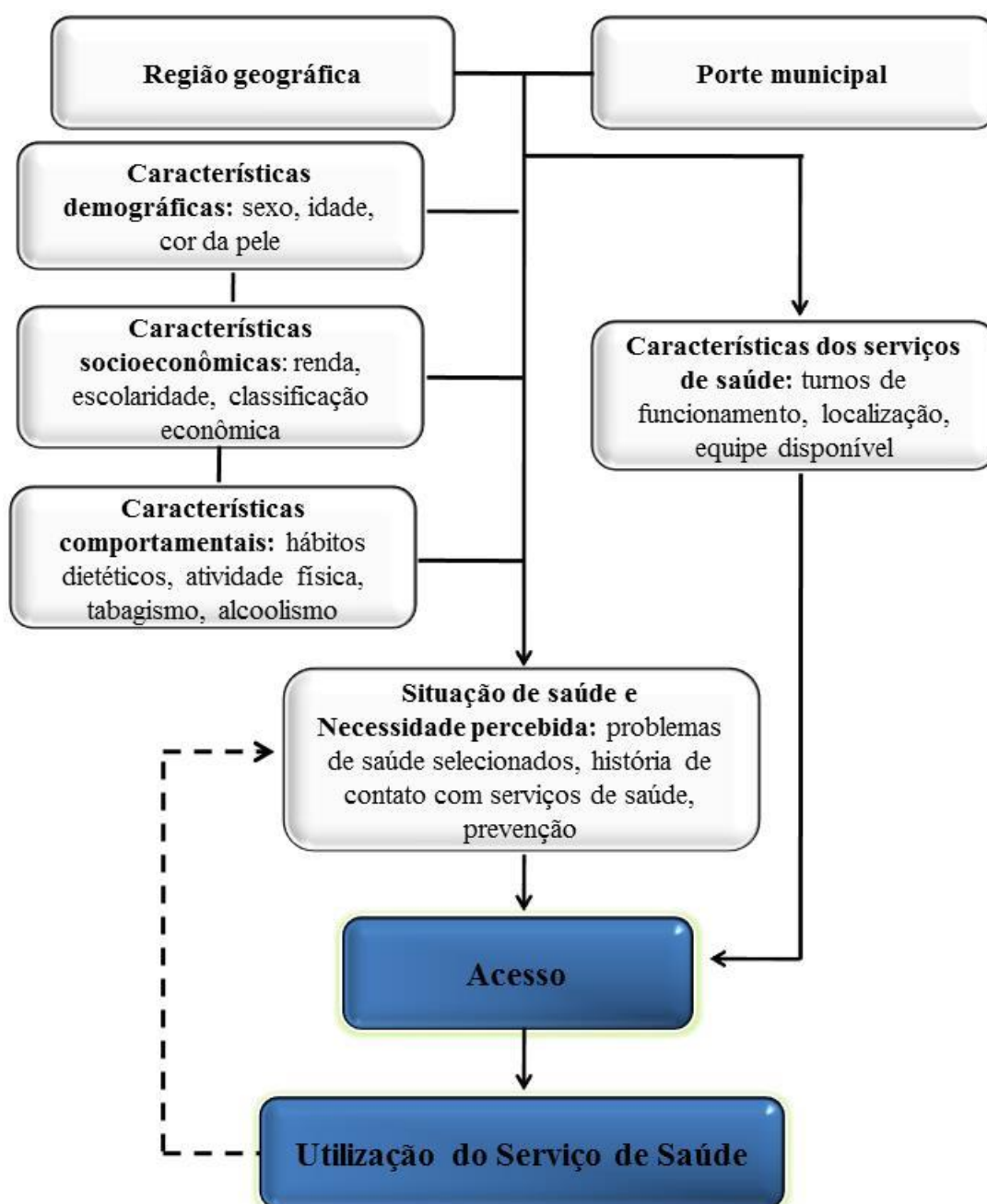


Figura 1. Modelo Teórico para acesso e utilização de serviços de saúde

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

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

4.2 Objetivos Específicos

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

5 HIPÓTESES

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

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

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

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

6 METODOLOGIA

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

6.1 Delineamento

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

6.2 População Alvo

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

6.3 Critérios de Inclusão

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

6.4 Critérios de Exclusão

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

6.5 Amostra

6.5.1 Cálculo do tamanho de amostra

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

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

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

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

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

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

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

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

6.5.2 Plano Amostral

6.5.2.1 Pressupostos do plano amostral

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6.5.2.4 Número de setores censitários urbanos por porte

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

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

6.5.2.5 Eqüiprobabilidade de inclusão dos setores censitários urbanos

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

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

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

6.5.2.6 Regra de alocação de setores por porte do município

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

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

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

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

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

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

6.5.2.7 Número de municípios a amostrar por porte

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6.5.2.8 Amostra final de setores censitários urbanos

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

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

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

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

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

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

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

6.6 Instrumentos

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

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

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

6.7 Principais Variáveis Coletadas

6.7.1 Definição operacional das variáveis dependentes

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

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

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

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

6.7.2 Definição operacional das variáveis independentes

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

Tabela 5. Definição operacional das variáveis independentes.

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

Cont. Tabela 5. Definição operacional das variáveis independentes.

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

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

6.8 Seleção e Treinamento dos Supervisores e Entrevistadores

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

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

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

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

6.9 Logística

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

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

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

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

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

6.10 Estudo Piloto

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

7 COLETA DE DADOS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

8 CONTROLE DE QUALIDADE

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

9 PROCESSAMENTO DE DADOS

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

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

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

9.1 Participação do aluno no projeto

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

10 ANÁLISE DE DADOS

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

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

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

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

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



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

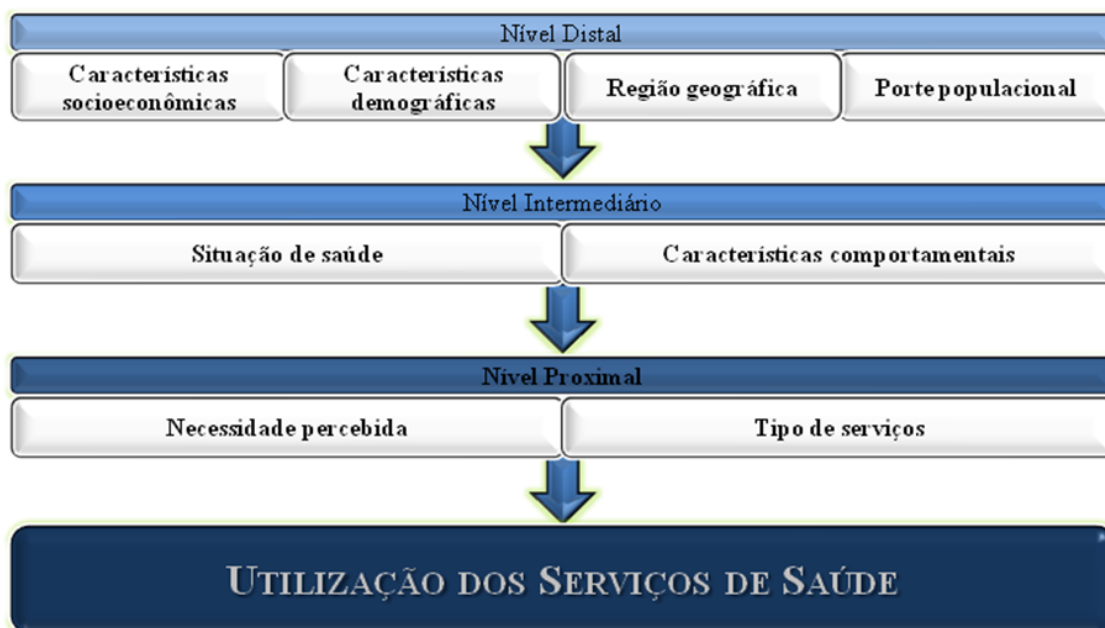


Figura 3. Modelo de Análise para Utilização de serviços de saúde

11 ASPECTOS ÉTICOS

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

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

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

13 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

A divulgação dos resultados será realizada através de:

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

14 FINANCIAMENTO

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

15 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

16 APÊNDICES

APÊNDICE A

Quadro 1. Estudos sobre acesso a serviços de saúde.

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

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

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

APÊNDICE B

Quadro 2. Estudos sobre utilização de serviços de saúde.

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

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

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

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

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

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




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

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

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

17ANEXOS

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

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

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

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

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

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

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

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

	(8) NSA	(9) IGN	
Dificuldade de conseguir ficha ou agendamento pelo SUS	(0) Não	(1) Sim	Difag _
Não tinha médico para atender onde costuma consultar	(0) Não	(1) Sim	Semed2 _
Não tinha como ir marcar a consulta	(0) Não	(1) Sim	Difmarc _
Não podia pagar	(0) Não	(1) Sim	Naopag2 _
Teve medo / não quis	(0) Não	(1) Sim	Medo _
Tinha compromissos com a família ou no trabalho	(0) Não	(1) Sim	Compro _
Porque melhorou	(0) Não	(1) Sim	Melho _
Outro	(0) Não	(1) Sim	Outraz2 _
Qual: _____	(88) NSA	(99) IGN	Qoutraz2 _

212. SE FOI ATENDIDO: Quantas vezes o Sr(a) foi atendido por médico desde <TRÊS MESES ATRÁS> até agora no...

	(88) NSA	(99) IGN	(00) nenhuma vez	
Posto de Saúde do seu bairro: __ vezes				Ubs1 __
Quantas destas vezes foram no último mês? __				Nubs1 __
Ambulatório do hospital: __ vezes				Ambh1 __
Quantas destas vezes foram no último mês? __				Namh1 __
Ambulatório da faculdade: __ vezes				Ambfa1 __
Quantas destas vezes foram no último mês? __				Nambf1 __
Centro de Especialidades: __ vezes				Cenes1 __
Quantas destas vezes foram no último mês? __				Ncees1 __
Sindicato ou empresa / Associação de bairro: __ vezes				Sindi1 __
Quantas destas vezes foram no último mês? __				Nsindi1 __
Consultório por Convênio ou Plano de Saúde: __ vezes				Conpl1 __
Quantas destas vezes foram no último mês? __				Ncopl1 __
Consultório particular: __ vezes				Conpa1 __
Quantas destas vezes foram no último mês? __				Ncopa1 __
CAPS: __ vezes				Caps1 __
Quantas destas vezes foram no último mês? __				Ncaps1 __
Outro: __ vezes				Outlo1 __
Qual: _____				Qouoc1 __
Quantas destas vezes foram no último mês? __				Xouo1 __

AGORA VAMOS FALAR DA ÚLTIMA VEZ QUE FOI ATENDIDO POR MÉDICO

	(8) NSA	(9) IGN	
213. Por qual motivo foi atendido por médico desta última vez?			
Achou que precisava pois se sentia doente	(0) Não	(1) Sim	Meddoe2 _
Revisar / acompanhar problema saúde	(0) Não	(1) Sim	Medrev2 _
Fazer um check-up	(0) Não	(1) Sim	Medchk2 _
Pedir exames	(0) Não	(1) Sim	Medexa2 _
Pedir receita	(0) Não	(1) Sim	Medrec2 _
Pedir atestado	(0) Não	(1) Sim	Medat2 _
Levar resultado de exames	(0) Não	(1) Sim	Medres2 _
Fazer consulta de pré-natal	(0) Não	(1) Sim	Medpn2 _
Fazer pré-câncer	(0) Não	(1) Sim	Medpc2 _
Fazer exame "da próstata"/"de sangue para próstata"/PSA	(0) Não	(1) Sim	Medpsa2 _
/Toque retal			
Outro	(0) Não	(1) Sim	Medout2 _
Qual: _____	(88) NSA	(99) IGN	Qmedout2 _

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

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

224. Quanto tempo demorou para conseguir o atendimento médico?

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

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

(8) NSA (9) IGN



(1) Péssimo



(2) Ruim



(3) Regular



(4) Bom



(5) Ótimo

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

(8) NSA (9) IGN



(1) Péssimo



(2) Ruim



(3) Regular



(4) Bom



(5) Ótimo

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

(0) Não (1) Sim → PULE PARA 230

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

(888) NSA (999) IGN

229. Por que teve que ir para outra cidade?

(88) NSA (99) IGN

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

Qual: _____ (88) NSA (99) IGN

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

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

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

(0) Não → PULE PARA 233 (1) Sim

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

(8) NSA (9) IGN

Eu mesmo

(0) Não (1) Sim

Mepropia _

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

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

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

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



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



**MANUAL DE INSTRUÇÕES
ADULTOS**

SUMÁRIO

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

DEFINIÇÕES PARA SERVIÇOS DE SAÚDE / LOCAIS PARA RECEBIMENTO DE ORIENTAÇÕES

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

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

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

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

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

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

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

Em casa: domicílio do entrevistado.

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

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

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

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

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

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

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

IDENTIFICAÇÃO

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

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

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

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

6. Qual a sua cor: (9) IGN

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

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

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

(0) Não → PULE PARA 9 (1) Sim (9) IGN

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(0) Nenhum → PULE PARA 31

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

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

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

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

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

31. Nos últimos sete dias, quantos dias por semana o Sr(a) fez atividades físicas MÉDIAS fora as caminhadas no seu tempo livre? Por ex.: nadar ou pedalar em ritmo médio, praticar esportes por diversão, etc.	(9) IGN
(0) Nenhum → PULE PARA ORIENTAÇÃO ANTERIOR A 33	

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

__ __ __ minutos

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

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

(0) Nenhum → PULE PARA 37

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

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

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

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

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

AGORA VAMOS FALAR SOBRE O HÁBITO DE FUMAR

42. O Sr.(a) é ou já foi fumante?

(9) IGN

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

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

AGORA VAMOS FALAR SOBRE ALGUNS PROBLEMAS DE SAÚDE

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

(0) Não→PULE PARA 78 (1) Sim (9) IGN

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

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

__ vezes

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

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

(0) Não→PULE PARA 78 (1) Sim

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

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

(0) Não→PULE PARA 78 (1) Sim

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

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

Posto de Saúde: __ vezes

Ambulatório do hospital: __ vezes

Ambulatório da faculdade: __ vezes

Centro de especialidades: __ vezes

Sindicato ou empresa / Associação de bairro: __ vezes

Consultório por Convênio ou Plano de Saúde: __ vezes

Consultório particular: __ vezes

Pronto-socorro do SUS: __ vezes

Pronto-atendimento particular / convênio: __ vezes

Outro: __ vezes

Qual: _____ (88) NSA (99) IGN

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Posto de Saúde: __ vezes

Ambulatório do hospital: __ vezes

Ambulatório da faculdade: __ vezes

Centro de especialidades: __ vezes

Sindicato ou empresa / Associação de bairro: __ vezes

Consultório por Convênio ou Plano de Saúde: __ vezes

Consultório particular: __ vezes

Pronto-socorro do SUS: __ vezes

Pronto-atendimento particular / convênio: __ vezes

Outro: __ vezes

Qual: _____ (88) NSA (99) IGN

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Posto de Saúde: __ vezes

Ambulatório do hospital: __ vezes

Ambulatório da faculdade: __ vezes

Centro de especialidades: __ vezes

Sindicato ou empresa / Associação de bairro: __ vezes

Consultório por Convênio ou Plano de Saúde: __ vezes

Consultório particular: __ vezes

Pronto-socorro do SUS: __ vezes

Pronto-atendimento particular / convênio: __ vezes

Outro: __ vezes

Qual: _____ (88) NSA (99) IGN

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

AGORA VAMOS FALAR SOBRE PROBLEMA DE PRESSÃO

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

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

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

AGORA VAMOS FALAR SOBRE PROBLEMA DE AÇÚCAR NO SANGUE

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

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

(1) Sim

(9) IGN

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

AGORA VAMOS FALAR SOBRE PROBLEMA DE NERVOS

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

(9) IGN

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

(1) Sim

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

AGORA VAMOS FALAR SOBRE ATENDIMENTO MÉDICO.

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

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

(0) Não

(1) Sim → PULE PARA 212

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

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

(9) IGN

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

(1) Sim

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

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

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

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

(9) IGN

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

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

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

208. SE SIM: Onde buscou o atendimento médico?

(8) NSA

(9) IGN

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

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

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

(8) NSA

(9) IGN

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

vez

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

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

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

AGORA VAMOS FALAR DA ÚLTIMA VEZ QUE FOI ATENDIDO POR MÉDICO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Qual: _____ (88) NSA (99) IGN

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

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

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

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

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

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

(88) NSA (99)IGN

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

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

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

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

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

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

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

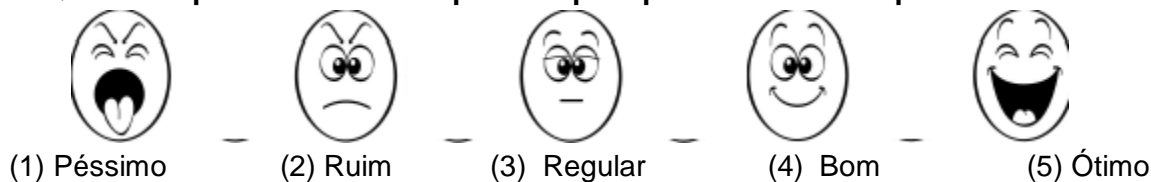
(01) Clínico Geral	(10) Pediatra
(02) Cardiologista	(11) Pneumologista
(03) Dermatologista	(12) Psiquiatra
(04) Ginecologista	(13) Angiologista
(05) Nefrologista	(14) Oncologista (médico de câncer)
(06) Neurologista	(15) Infectologista
(07) Oftalmologista	(16) Gastroenterologista
(08) Ortopedista	(17)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

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

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

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

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



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

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

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



(1) Péssimo



(2) Ruim



(3) Regular



(4) Bom



(5) Ótimo

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

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

(0) Não

(1) Sim → PULE PARA 230

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

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

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

229. Por que teve que ir para outra cidade?

(88) NSA (99) IGN

IGN

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

Qual: _____

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

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

- | | | |
|-----------------------------------|---------|---------|
| Caminhando | (0) Não | (1) Sim |
| De bicicleta | (0) Não | (1) Sim |
| De carroça | (0) Não | (1) Sim |
| De ônibus / lotação / Van / Kombi | (0) Não | (1) Sim |
| De ambulância/ SAMU | (0) Não | (1) Sim |
| De carro particular | (0) Não | (1) Sim |
| De táxi | (0) Não | (1) Sim |

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(8) NSA (9) IGN

(0) Não (1) Sim → PULE PARA 240

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

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

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

(8) NSA (9) IGN

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

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

239. SE COMPROU ALGUM OU TODOS: Quanto gastou?

(8888) NSA (9999) IGN

R\$ _ _ _ _

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

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

(8) NSA (9) IGN

(0) Não → PULE PARA 242 (1) Sim

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

241. SE SIM: O que fez?

(8) NSA (9) IGN

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

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

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

(8) NSA (9) IGN

(0) Não → PULE PARA 249 (1) Sim

Considerar qualquer tipo de exame.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Considerar qualquer forma de encaminhamento, por escrito ou verbal.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

321. O QUESTIONÁRIO FOI RESPONDIDO:

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

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

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

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

MEDIDAS

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

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

317. Medidas da pressão:

Sistólica 2: _ _ _

Diastólica 2: _ _ _

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

8) Apertar Power para iniciar a medição.

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

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

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

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

Pressão:

130/083

318. Peso:

Medida 1: ___ kg _ g

Medida 2: ___ kg _ g

Peso da Roupa (ver tabela): _____ g

Média: ___ kg _ g

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

O entrevistado deve estar vestindo roupas leves e estar descalço.

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

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

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

Colocar a balança e lugar firme e nivelado.

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

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

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

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

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

Repita o processo.

OBSERVAÇÕES:

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

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

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

319. Altura:

Medida 1: ___ cm

Medida 2: ___ cm

Média: ___ cm

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

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

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

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

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

Os pés devem estar levemente afastados.

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

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

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

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

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

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

Repita o processo.

320. Circunferência Abdominal:

Medida 1: _ _ _ cm

Medida 2: _ _ _ cm

Média: _ _ _ cm

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

SITUAÇÕES ESPECIAIS:

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

Tabela de pesos de roupas – Adultos e Idosos

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

TABELA DE PESOS DAS ROUPAS

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

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

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

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



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelotas, agosto de 2008.

Prezado Sr(a),

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

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

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

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

Consentimento Pós-Informação

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

Assinatura: _____

Atenciosamente,
Luiz Augusto Facchini
Coordenador da Pesquisa

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



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

OF. 152/07

Pelotas, 26 de novembro de 2007.

Ilmo.Sr.
Prof. Dr. Luiz Augusto Facchini

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

Prezado Pesquisador;

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

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

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



RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia



RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO

Doutoranda: Alitéia Santiago Dilélio

Orientador: Luiz Augusto Facchini

Co-Orientadora: Elaine Tomasi

Pelotas - RS, 2014

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

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

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

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

MODIFICAÇÕES NO PROJETO DE PESQUISA

Modificações no Projeto de Pesquisa

Foram realizadas modificações em:

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

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

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

ARTIGO ORIGINAL 1

Padrões de Utilização de Atendimento Médico Ambulatorial no Brasil entre usuários do SUS, da Saúde Suplementar e de Serviços Privados

Aceito para publicação na revista Cadernos de Saúde Pública

Artigo 1

Padrões de Utilização de Atendimento Médico Ambulatorial no Brasil entre Usuários do SUS, da Saúde Suplementar e de Serviços Privados

Patterns of ambulatory medical care utilization in Brazil between users of SUS,
supplementary health and private services

Alitéia Santiago Dilélio¹

Elaine Tomasi¹

Elaine Thumé²

Denise Silva da Silveira³

Fernando Carlos Vinholes Siqueira⁴

Roberto Xavier Piccini³

Suele Manjourany Silva¹

Bruno Pereira Nunes¹

Luiz Augusto Facchini¹

1 Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas

2 Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas

3 Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas

4 Programa de Pós-graduação em Educação Física, Universidade Federal de Pelotas

* Endereço para correspondência:

Alitéia Santiago Dilélio

Rua: Marechal Deodoro, 919 / 302

Bairro: Centro

CEP: 96020-220 - Pelotas - Rio Grande do Sul - Brasil

Fone: (53) 3227 5694 - (53) 9131 3325

E-mail: aliteia@gmail.com

Resumo

Indicadores de oferta, acesso e utilização são úteis para caracterizar os serviços, planejar ações e organizar a demanda. O estudo descreve padrões de utilização de atendimento médico ambulatorial e associação com variáveis sociodemográficas, de morbidade, porte do município e região, de acordo com a natureza jurídica do serviço. Trata-se de um estudo transversal de base populacional com 12.402 adultos brasileiros entre 20 e 59 anos, residentes nas áreas urbanas de 100 municípios nas cinco regiões. A prevalência de atendimento médico ambulatorial nos três meses anteriores à entrevista foi de 34,6%. O SUS foi responsável por mais da metade (53,6%) dos atendimentos, algum convênio de saúde foi utilizado por 34,0% da amostra e os serviços privados por 12,4%, independente da região, do porte populacional e da morbidade referida. Os padrões de utilização de serviços de saúde continuam socialmente determinados, resultando da oferta, das características sociodemográficas e do perfil de saúde dos usuários.

Palavras-Chave: Assistência Ambulatorial, Avaliação em Saúde, Sistema Único de Saúde.

Abstract

Indicators of supply, access and use are useful to characterize the services, plan activities and organize demand. The study describes patterns of use of outpatient treatment and association with sociodemographic, morbidity, size of municipality and region, according to the legal nature of service. This is a population-based cross-sectional study with 12,402 Brazilian adults between 20 and 59 years, living in urban areas of 100 municipalities in five regions. The prevalence of ambulatory medical care in the three months prior to the interview was 34.6%. The SUS was responsible for more than half (53.6%) of the cases, some health plan was used by 34.0% of the sample and private services for 12.4%, regardless of the region, the population size and morbidity above. Patterns of use of health services remain socially determined, resulting in supply, of sociodemographic and health profile of users.

Keywords: Ambulatory Care, Health rating, the Unified Health System

Introdução

A avaliação dos serviços de saúde ganha destaque nos últimos anos pela importância estratégica na qualificação da assistência e planejamento do sistema de saúde ¹. Indicadores de oferta, acesso e utilização são úteis para caracterizar os serviços, planejar ações, organizar a demanda e redimensionar os esforços do sistema de saúde a fim de contemplar as necessidades de saúde da população ²⁻⁸.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) propõe o acesso universal, igualitário e equitativo a todos os indivíduos residentes no território nacional. Cerca de um quinto (18,0%) dos serviços de saúde disponíveis à população são ofertados através das unidades básicas de saúde ⁹, mas a precariedade da infra-estrutura, aliada à falta de recursos materiais e humanos, podem induzir parte da população a buscar alternativas para acessar o sistema de saúde e garantir a assistência, utilizando convênios e serviços privados ¹⁰⁻¹³.

A utilização de serviços de saúde é resultante da oferta, das características sociodemográficas e do perfil de saúde dos usuários ¹⁴. Nas últimas décadas é possível identificar iniciativas do governo federal que objetivam construir e induzir processos que ampliem e assegurem o acesso, melhorem a qualidade da atenção, garantam o vínculo entre profissional e usuário e promovam a resolubilidade da assistência em todos os níveis de atenção. O Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde e Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica ^{1, 15}, são exemplos destas iniciativas.

Há um importante debate sobre a capacidade do sistema de saúde público em garantir uma atenção integral a indivíduos e coletividades ¹⁶. A programação de serviços que considere as necessidades de saúde da população seria uma alternativa para superar as limitações decorrentes da programação a partir da oferta. Deve-se levar em conta, ainda, a economia de escala dos serviços em relação à sua qualidade sem deixar de considerar o nível de acesso dos cidadãos ¹⁷.

A Política Nacional de Saúde dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e a organização e o funcionamento dos serviços ¹⁸. A Portaria nº 687/2006 MS tem como objetivo promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes ¹⁹.

Neste aspecto, destaca-se a importância das estratégias de monitoramento e avaliação para acompanhar o desempenho dos serviços em relação às prioridades e intervenções e a adesão da população aos cuidados de saúde ¹⁸.

Para contribuir com este debate, o artigo descreve os padrões de utilização de atendimento médico ambulatorial no Brasil, analisando as diferenças por natureza do serviço.

Metodologia

Para estudar o desfecho "**utilização de atendimento médico ambulatorial**", realizou-se um estudo transversal de base populacional com uma amostra de adultos entre 20 e 59 anos, residentes em áreas urbanas de 100 municípios de 23 estados brasileiros (Acre, Alagoas, Bahia, Ceará, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Pará, Paraíba, Paraná, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Rondônia, Santa Catarina, São Paulo, Sergipe e Tocantins) nas cinco regiões geopolíticas (Centro-Oeste, Nordeste, Norte, Sudeste e Sul).

Estimou-se uma amostra de 12.298 adultos para investigar associações, com nível de significância de 5%, poder de 80%, já acrescida de 10% para perdas, 15% para fatores de confusão, um efeito de delineamento de 1,7 considerando a baixa renda como fator de exposição. Esta amostra também seria suficiente e adequada para comparar diferenças por sexo, idade e problemas de saúde referentes à utilização de serviços de saúde individuais.

A amostra representativa da população adulta urbana foi localizada através de um processo amostral complexo em múltiplos níveis, a exemplo do que foi utilizado em outros inquéritos ^{20, 21}, considerando o porte populacional, os setores censitários e os domicílios. Os municípios e os setores censitários foram selecionados aleatoriamente, tendo sido utilizada a malha oficial do Censo Populacional do ano de 2000 ²² para a seleção dos setores. Os municípios foram agregados segundo o tamanho da população e posteriormente selecionados aleatoriamente. O sorteio dos setores censitários também foi realizado através da alocação aleatória de acordo com a proporção de setores válidos e o tamanho da população. Em cada um dos 638 setores selecionados, 10 domicílios eram visitados, seguindo um "salto" sistemático entre as residências, esperando-se encontrar 17 adultos por setor.

Todos os adultos residentes nos domicílios foram elegíveis para as entrevistas e, na ausência ou impossibilidade do indivíduo em responder ao questionário, foram utilizados informantes-chave, que deveria ter idade maior ou igual a 16 anos e dispor de informações sobre a situação de saúde e a busca / utilização de serviços de saúde.

As entrevistas foram realizadas de agosto de 2008 a fevereiro de 2009 durante os turnos da manhã e tarde, por 55 entrevistadores, selecionados e capacitados por 40 horas. Em caso de recusa o supervisor era comunicado, fazendo uma tentativa de reversão. Em caso de domicílios fechados, cujos vizinhos informassem morar elegíveis, o entrevistador fazia uma tentativa em outro momento do trabalho de campo.

Utilizando um computador de mão (PDA - personal digital assistant, equipado com GPS - Global PositioningSystem), o questionário padronizado e pré-testado, continha variáveis socioeconômicas, demográficas e de saúde. Uma vez coletados, os dados eram armazenados em computadores portáteis e transferidos, via Internet, à coordenação do estudo.

As análises aqui apresentadas fazem parte de um estudo maior, cujo principal objetivo foi caracterizar o acesso, a utilização e a qualidade da rede de saúde no Brasil. Financiada pelo Ministério da Saúde, a pesquisa já deu origem a outras publicações²³⁻²⁵ e conta com outras sendo produzidas.

O desfecho foi obtido através de uma pergunta direta, com resposta dicotômica (sim ou não): “Desde <TRÊS MESES ATRÁS> o Sr(a) foi atendido(a) por algum médico?”. Esta utilização de serviços médicos referiu-se a atendimentos ambulatoriais, incluindo unidades básicas de saúde (UBS), estabelecimento de especialidades médicas, sem internação²¹ e consultórios.

A principal variável independente foi a natureza do prestador do serviço, estudada em três categorias: convênio, serviço privado e SUS. As demais variáveis consideradas foram: região (CO / N / NE / SE /S), porte populacional do município (até 30.000 habitantes / 30.001 a 100.000 / 100.001 a 1.000.000 / >de 1.000.000 de habitantes), classificação econômica da ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa-<http://www.abep.org> - (A e B / C / D e E), renda *per capita* em salários mínimos (até 0,3 / de 0,4 a < 1 / 1,0 e mais), escolaridade em anos completos (nenhum / 1 a 4 / 5 a 8 / 9 a 11 / 12 ou mais), sexo (masculino / feminino), idade em anos completos (20 a 29 / 30 a 39 / 40 a 49 /50 a 59), cor da pele autorreferida

(branca / preta / outras - composta pelas categorias mestiça, amarela e indígena), situação conjugal (vive com companheiro - sim / não) e morbidade referida a partir de diagnóstico médico (hipertensão arterial sistêmica / diabete mellitus / problemas de nervos - sim / não). A renda familiar foi agrupada a partir da distribuição dos valores da variável numérica, de forma a garantir um mínimo de homogeneidade entre as categorias para as análises.

Para descrever as características do atendimento médico ambulatorial se considerou: gasto com atendimento, medicação e exame (sim / não), local do atendimento (município de residência - sim / não), prescrição de medicação (sim / não), solicitação de exame (sim / não), encaminhamento para outro serviço (sim / não), satisfação com o tempo de espera e com o atendimento (péssimo / ruim / regular / bom / ótimo), explicação sobre o motivo do atendimento (sim / não) e o que aconteceu após o atendimento (piorou / continua como antes / melhorou um pouco / melhorou bastante / curou-resolveu). Os motivos para buscar o atendimento foram coletados em uma variável aberta, a partir da qual foram listadas as respostas mais frequentes: revisar ou acompanhar problema, renovar receita, fazer pré-natal, realizar exame pré-câncer e de próstata.

Para o controle de qualidade, 10% das entrevistas foram selecionadas aleatoriamente e refeitas, verificando-se a concordância entre todas as variáveis-filtro dos diferentes blocos do instrumento, através da estatística Kappa. Todas apresentaram índice superior a 0,7, indicando ótima concordância.

Todas as análises foram feitas com o pacote estatístico *Stata* 12.0 (Stata Corp., College Station, EUA) e incluíram o cálculo das proporções e seus respectivos intervalos de confiança de 95%.

O protocolo do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas (n^o152/07, de 23 de novembro de 2007) e o consentimento informado foi obtido de todos os entrevistados. Os autores declaram não haver nenhum tipo de conflito de interesses no presente estudo.

Resultados

Descrição da amostra e da utilização de atendimento médico ambulatorial

Participaram do estudo 12.402 adultos. A proporção de perdas e recusas foi de 9,8%, totalizando 1.354 indivíduos.

As mulheres representaram 55,1% da amostra. Cerca de um terço (31,8%) dos adultos encontravam-se na faixa etária de 20 a 29 anos, com idade média de 37,4 anos ($dp \pm 11,5$) e 39,7% referiu cor da pele branca (Tabela 1).

Mais da metade (51,5%) dos adultos encontrava-se na classificação econômica C e 42,0% possuía renda *per capita* superior a um salário mínimo. Cerca de um terço (34,5%) dos indivíduos completou entre 9 e 11 anos de estudo.

Aproximadamente dois terços (64,1%) vivia com companheiro, 16,3% referiu ter diagnóstico médico de hipertensão arterial sistêmica, 3,6% de diabetes e 11,6% de problemas de nervos. O maior número de entrevistados residia na região Sudeste e em municípios entre 100.001 e 1.000.000 de habitantes (35,4% e 39,9%, respectivamente) (Tabela 1).

A prevalência de atendimento médico ambulatorial nos três meses anteriores à entrevista foi de 34,6% (IC95% 33,7 - 35,9) ($n=4.241$ adultos) e as análises a seguir se referem a este subgrupo.

A utilização de atendimento médico ambulatorial foi maior para o sexo feminino e aumentou linearmente com o incremento da idade. Indivíduos que referiram cor da pele branca, viver com companheiro e possuir alguma morbidade utilizaram mais o atendimento médico ambulatorial. A maior utilização de atendimento médico ambulatorial ocorreu em indivíduos com diagnóstico de diabetes mellitus (58,9%) (Tabela 1).

A utilização de atendimento médico ambulatorial foi significativamente maior entre os adultos das classes econômicas A/B, com 12 anos ou mais de escolaridade, com renda superior a um salário mínimo, residentes na região Sul (Tabela 1).

Considerando a natureza dos serviços, o SUS foi responsável por mais da metade (53,6%) dos atendimentos, algum convênio de saúde foi utilizado por 33,9% da amostra e os serviços privados por apenas 12,5%. De acordo com o tipo de serviço, as proporções de utilização foram semelhantes entre consultórios e UBS (40,3% e 39,6%, respectivamente), sendo que, apenas, 20,1% utilizaram ambulatórios.

O atendimento médico pelo SUS foi o que apresentou significativamente maior proporção de utilização, independente da região, do porte populacional e da morbidade referida. As maiores diferenças foram observadas na região Nordeste e as menores diferenças na região Sudeste. As classes A e B utilizaram mais atendimento por convênio (59,4%) e particular (15,5%) e as classes D e E utilizaram mais o SUS (85,1%) (Tabela 2).

Características da utilização do atendimento médico ambulatorial de acordo com a natureza do serviço

Do total de adultos que utilizaram atendimento médico ambulatorial 13,7% referiu pagar pelo atendimento. Esta realidade foi mais frequente no atendimento particular (78,2%). Os atendimentos ocorreram fora do município para 13,1% da amostra, sendo maior no atendimento particular (27,0%) (Tabela 3).

A prescrição de medicação foi comum a 64,4% dos entrevistados, com maior ocorrência para indivíduos que consultaram pelo SUS (67,3%). Dos indivíduos que saíram do atendimento com prescrição 70,0% gastaram dinheiro para comprar algum ou todos os medicamentos, sendo que 75,3% compraram todos os medicamentos prescritos. A maior proporção de gasto com compra de medicação foi observada entre os adultos que utilizaram o atendimento particular (96,7%) (Tabela 3).

Em 42,9% dos atendimentos houve a solicitação de exames, sendo pouco mais frequente entre os adultos que realizaram o atendimento por convênio (46,6%). Um quarto dos entrevistados (24,9%) precisou pagar para realizar os exames e destes, 71,9% o fizeram particular. Apenas 7,1% dos entrevistados foram encaminhados para atendimento em outro serviço de saúde, realidade mais frequente para indivíduos que utilizaram o SUS (8,7%) (Tabela 3).

A maioria dos adultos considerou o tempo de espera e o tempo de atendimento bom ou ótimo (60,7% e 88,1%, respectivamente). Ao sair do atendimento com o médico, 26,0% dos adultos referiu não ter recebido explicação sobre o motivo que o fez buscar o atendimento e, 32,2% dos entrevistados não observou nenhuma melhora do problema (Tabela 3).

A maior proporção de motivos referidos para a utilização de atendimento médico nos três meses anteriores à entrevista foi para “revisar/acompanhar problema” (45,5%), independente da natureza do serviço. Considerando a natureza

do serviço o convênio foi mais utilizado para a realização de *check-up* (35,2%) e exame de próstata (48,0%). O SUS se destacou em renovar receita de medicamentos, realizar pré-natal e revisar e acompanhar problema. (Figura 1).

Discussão

A utilização de atendimento médico conforme a natureza dos serviços é uma das ênfases do presente estudo. O SUS foi responsável pela maioria dos atendimentos realizados, apesar da participação importante dos planos de saúde, especialmente para alguns procedimentos.

A prevalência de utilização de atendimento médico ambulatorial nos três meses anteriores à entrevista foi de 34,6% variando de acordo com a natureza do atendimento, de 12,5% (particular) a 53,6% (SUS). Este achado, relativo à utilização global, foi compatível com os encontrados na Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD) de 1998 (57,8%), 2003 (64,7%) e 2008 (69,6%) para a mesma faixa etária e residentes em áreas urbanas. Em estudo comparativo realizado no município de Pelotas/RS as prevalências encontradas para o ano de 1992 e 2007 foram de 69,8% e 76,2% para o período dos últimos doze meses, respectivamente, e para os últimos três meses, de 39,5% e 60,6%.

Além do intervalo de tempo transcorrido entre o evento e a coleta de dados, a importância atribuída pelo entrevistado ao episódio ou evento também pode afetar a informação sobre o uso de serviços de saúde^{26, 27}. Para este estudo, não foram coletados dados de percepção dos indivíduos sobre a relevância daquele episódio ou daquele problema de saúde que motivaram o atendimento médico.

Independente de diferentes períodos recordatórios, os resultados deste estudo foram similares aos de outros inquéritos no que se refere aos diferenciais da utilização de serviços. As mulheres, os indivíduos com mais idade, aqueles que referiram cor da pele branca, com mais anos de escolaridade, com maior renda, de classe econômica A ou B, que vivem com companheiro e com doenças crônicas referiram utilizar mais o atendimento médico.

Considerando as variáveis demográficas, evidências apontam para uma maior utilização do atendimento médico por mulheres, principalmente devido às características do gênero (início da idade reprodutiva, controle da fecundidade e exames ginecológicos preventivos - citopatológico, mamografia)^{26, 28-35}, diferentes fatores de exposição ao risco de adoecimento (tipo de trabalho, dos hábitos de vida

e de consumo)^{30, 32-36}, maior interesse pela sua condição de saúde^{30, 33-36} e “feminização” do envelhecimento^{30, 37}. Estudo qualitativo realizado no Rio de Janeiro em 2004 destaca que os homens procuram menos os serviços de saúde porque entendem o cuidar como uma tarefa feminina e, relatam a dificuldade de acesso aos serviços (horário de funcionamento, tempo de espera e precarização)³⁸, além de expressarem e perceberem a saúde e doença de forma diferenciada⁴.

Indivíduos com mais idade utilizam mais os serviços de saúde, pois as necessidades em saúde variam de acordo com as fases do ciclo de vida, sendo mais evidentes nos primeiros anos de vida e nas idades mais avançadas. Observa-se maior frequência de doenças agudas na infância e de doenças crônicas nos idosos, associadas às transformações biológicas e fisiológicas que promovem a variação na necessidade de cuidado médico por apresentarem múltiplas morbidades^{4, 14, 28-30, 32, 37}.

O tamanho da família e a cor da pele podem influenciar a maior ou menor utilização dos serviços de saúde. Frequentemente a cor da pele e a estrutura familiar estão associadas à classe econômica, mostrando correlação positiva entre o acesso ao médico e o poder aquisitivo do indivíduo, determinando o sentido do efeito da utilização do serviço de saúde^{26, 29, 33}. Neste estudo observou-se que indivíduos que vivem com companheiro e se autodeclararam brancos utilizaram mais os serviços de saúde.

Aproximadamente dois terços da carga mundial de doenças se deve às condições crônicas não transmissíveis, podendo atingir 80% em países em desenvolvimento até o ano de 2020. Além das doenças não transmissíveis, como o diabetes, o câncer e as doenças cardiovasculares, incluem-se como crônicas as doenças transmissíveis persistentes, como a AIDS e as hepatites; os distúrbios mentais de longo prazo, como a depressão e a demência; e as deficiências físicas, como as amputações, a cegueira e os transtornos das articulações³⁹. Logo, é compreensível que indivíduos que declaram diagnóstico médico de uma condição crônica de saúde utilizem mais os serviços de saúde.

Em estudo realizado por Capilheira e Santos (2006), observou-se que a presença de hipertensão arterial sistêmica aumentava a probabilidade de consultar um médico e de “superutilizar” os serviços de saúde⁴⁰.

O envelhecimento e a presença de doenças crônicas mostram-se fortemente associados, pois à medida que os indivíduos envelhecem, as doenças crônicas

ainda transformam-se nas primeiras causas de morbidade, incapacidade e mortalidade aumentando a necessidade de utilizar os serviços de saúde^{37, 41}.

Em um cenário mais otimista, poder-se-ia pensar que, a exemplo do que é sugerido pela teoria da compressão da morbidade, o incremento das políticas públicas com ênfase em programas de saúde preventivos, o aumento de recursos diagnósticos e terapêuticos eficazes, a mudança de comportamento (incentivo à atividade física) e a melhoria na qualidade de vida (hábitos de vida saudáveis) acarretariam em um aumento da expectativa de vida com declínio das morbidades⁴². Assim, os idosos viveriam mais tempo com menor carga de doenças, tanto no que diz respeito a sua ocorrência quanto a sua gravidade. Nessa hipótese não haveria necessariamente uma diminuição da utilização de serviços médicos, mas eventualmente uma mudança do perfil de demanda, que poderia estar mais dirigido a ações de promoção da saúde e de prevenção de agravos.

A literatura tem apontado que pessoas de maior poder aquisitivo e maior escolaridade tem utilizado mais os serviços de saúde de modo geral e também recebido mais atendimento médico, gerando possíveis situações de iniquidade⁴³. A escolaridade se associa a um maior conhecimento e melhor comportamento quanto à saúde e pode ser considerada um importante preditor de utilização de serviços de saúde devido sua relação com melhores condições sociais e financeiras^{28, 30, 31}.

Da mesma forma, sabe-se que pessoas com melhor condição socioeconômica têm maior probabilidade de receber cuidado de um especialista e utilizar mais os serviços ambulatoriais, independente das condições prévias de saúde, em comparação aos mais pobres^{28, 29, 44}. Indivíduos com menor escolaridade, renda e informação estão sujeitos a situações de iniquidade, utilizando com menor frequência os serviços de saúde - "Lei dos cuidados inversos"⁴⁵.

Apesar de não haver uma diferença estatisticamente significativa de acordo com a região geográfica observa-se uma tendência de maior utilização do atendimento médico de acordo com o grau de desenvolvimento socioeconômico da região, pois maiores proporções do desfecho foram registradas nas regiões Sul e Sudeste⁴⁶.

A utilização de atendimento médico ambulatorial foi maior nos municípios pequenos e nos de maior porte, apesar de não ter se observado diferenças estatisticamente significativas. Este achado pode estar relacionado à maior disponibilidade de consultas, pois os padrões de utilização de serviços estão

intimamente relacionados com a disponibilidade, facilidade de acesso e modelos de atenção à saúde ²⁶.

Como esperado, a utilização do atendimento médico ambulatorial variou de acordo com a natureza do serviço, tendo sido mais prevalente em serviços do SUS, independente da região geográfica, porte populacional e classe econômica dos entrevistados. De acordo com dados da PNAD de 1998, considerando o atendimento nas duas semanas anteriores à entrevista, 35,8% dos indivíduos utilizaram plano de saúde, 15,8% pagou algum valor pelo atendimento e 49,3% utilizou o SUS. Na PNAD de 2003, 26,0% dos indivíduos utilizaram plano de saúde, 14,8% pagou pelo atendimento e 56,5% utilizou o SUS. Na PNAD de 2008, 26,2% dos indivíduos utilizaram plano de saúde, 18,7% pagou pelo atendimento e 57,2% utilizou o SUS. Portanto observa-se que entre o período de 1998 a 2008, houve um incremento na utilização de serviços do SUS e de serviços pagos diretamente e um decréscimo na utilização de planos de saúde. Tais mudanças poderiam ser parcialmente atribuídas ao aumento da cobertura de serviços públicos na atenção básica, principalmente com a expansão da estratégia de Saúde da Família ⁴⁷⁻⁵¹.

Diferentemente da PNAD, em nosso estudo o pagamento pelo atendimento foi investigado de forma independente da natureza do serviço utilizado, o que resultou em, por exemplo, 21,8% dos que utilizaram serviços privado não terem pago por eles. É provável que parte dos atendimentos particulares possam ter sido retornos de consultas prévias, o que não implicaria em pagamentos, já que a pergunta se referia ao último contato com os serviços. Outra possibilidade seriam os atendimentos prestados por familiares e amigos.

Entre os motivos referidos para a utilização do atendimento médico, destacou-se “revisar/acompanhar problema” (45,5%), resultado similar a PNAD de 2003 e 2008, em que a maior procura por atendimento nos serviços de saúde foi motivada pela presença de doença (51,9% e 50,0%, respectivamente), enquanto na PNAD de 1998 os atendimentos de rotina ou prevenção (37,3%) foram os mais frequentes.

Os resultados descritivos da utilização de atendimento médico ambulatorial de acordo com a natureza do serviço destacam que usuários do SUS gastaram menos com último atendimento, com medicações e exames; tiveram que sair menos do município; tiveram que ser mais encaminhados para outros serviços; receberam menos informações sobre seu problema; saíram do atendimento com mais

prescrição de medicamentos e menos de exames complementares; referiram menos satisfação com tempo de espera e com o atendimento de forma geral.

Sem considerar a natureza do serviço, o atendimento foi avaliado como “bom” ou “ótimo” pela maioria dos entrevistados (88,1%). Na PNAD os entrevistados classificaram o atendimento recebido como “bom” ou “muito bom” em níveis bastante similares 86,2% (PNAD 1998), 86,0% (PNAD 2003) e 86,4% (PNAD 2008).

O uso do delineamento transversal impossibilita estabelecer relações temporais de causa e efeito⁵². No caso deste estudo, não foi possível determinar se quem mais frequenta os serviços de saúde são os indivíduos mais doentes por que seriam mais diagnosticados ou, se quem é realmente mais doente utiliza mais os serviços, devido a presença prévia de doenças.

A utilização de diferentes períodos recordatórios dificulta a comparação dos achados. A PNAD utiliza 12 meses em seus inquéritos e este período maior pode ter sido responsável pelas maiores prevalências. Períodos mais extensos podem fornecer estimativas pouco precisas, levando a uma sub-enumeração de episódios. Por outro lado, períodos muito curtos poderiam não ser suficientes para incluir um número razoável de eventos e/ou necessidades relacionadas ao agravo, implicando em uma subestimativa mais pronunciada. Além disso, esta decisão exigiria maiores tamanhos de amostra, podendo inviabilizar a realização de estudos^{40, 53}.

Entre os pontos positivos, destaca-se a coleta de dados primários, a baixa taxa de não resposta, o tamanho e abrangência da amostra com representatividade nacional. Esta representatividade foi fortalecida ao comparar com os dados do Censo de 2010, onde observou-se uma similaridade na distribuição por idade e sexo entre os dois inquéritos de abrangência nacional.

Conclusão

Os padrões de utilização de serviços de saúde continuam socialmente determinados, resultando da oferta, das características sociodemográficas e do perfil de saúde dos usuários^{14, 28, 29, 54}. A comparação dos achados com outros inquéritos de abrangência nacional permite observar mudanças importantes nos últimos anos no Brasil: os serviços públicos e os serviços pagos diretamente pelos usuários vêm aumentando, com a redução dos serviços pagos através de convênios. O artigo também destacou a distribuição de indicadores selecionados de qualidade da atenção ambulatorial de acordo com a natureza do serviço, como por exemplo,

observou-se que o SUS responde por menor satisfação dos usuários com o tempo de espera, mas pela maior satisfação com os atendimentos.

Estas informações podem subsidiar o planejamento dos serviços, organizar a oferta e identificar barreiras de acesso, considerando que o atendimento médico permite realizar intervenções preventivas relacionadas com mudança de hábitos de vida, realização de atividades saudáveis e rastreamento de doenças em períodos assintomáticos⁵⁵.

Colaboradores

AS Dilélio, LA Facchini e E Tomasi participaram de todas as etapas do artigo, desde a concepção até a redação final. E Thumé, D. S. Silveira, F. C. V. Siqueira, R. X. Piccini, S. M. Silva e Nunes, B. P. contribuíram nas etapas de revisão bibliográfica e revisão do artigo.

Agradecimentos

O estudo foi financiado pelo Ministério da Saúde.

Referências

1. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação AeCdS. Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde. Brasília: MS; 2004/2005.
2. Travassos C, Castro M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: Giovanella Lo e, editor. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ 2008. p. 215-46.
3. Souza LEPF, Contandriopoulos AP. O uso de pesquisas na formulação de políticas de saúde: obstáculos e estratégias. *Cad Saude Publ.* 2004;20(2):546-54.
4. Travassos C, Viacava F, Pinheiro R, Brito A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Rev Panam Salud Publica.* 2002 May-Jun;11(5-6):365-73.
5. Travassos C, Viacava F. Utilização e financiamento de serviços de saúde: dez anos de informação das PNAD. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2011;16(9):3646-.
6. Valderas JM, Starfield B, Sibbald B, Salisbury C, Roland M. Defining comorbidity: implications for understanding health and health services. *Annals of family medicine.* 2009;7(4):357-63.
7. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Teixeira VA, Silveira DS, Maia MFS, Siqueira FV, Rodrigues MA, Paniz VV. Evaluation of the effectiveness of Primary Health Care in South and Northeast Brazil: methodological contributions. *Cad Saude Publ.* 2008;24:s159-s72.

8. Tomasi E, Facchini LA, Thumé E, Piccini RX, Osorio A, Silveira DS, Siqueira FV, Teixeira VA, Dilélio AS, Maia MFS. Characteristics of primary healthcare service use in the southern and northeastern regions of Brazil: differences by care model. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16(11):4395-404.
9. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). <http://cnes.datasus.gov.br/>. [12 jan 2013].
10. da Silva Junqueira T, Cotta RMM, Gomes RC, Silveira SFR, Siqueira-Batista R, Pinheiro TMM, Sampaio RF. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. *Cad Saude Publ*. 2010;26(5):918-28.
11. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR, Delgado MM, Andrade CLT, Cunha MS, Martins MIC. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009;14:783-94.
12. Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Rodrigues MA. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006;11(3):657-67.
13. Siqueira FCV, Facchini LA, Silveira DS, Piccini RX, Thumé E, Tomasi E. Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. 2009;14(1):39-44.
14. Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF, Silva ZP. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS–PNAD 2003. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006;11(4):1011-22.
15. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Brasília: MS; 2011.
16. Bonfada D, de Paiva Cavalcante JRL, de Araujo DP, Guimarães J. A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012;17(2):555-60.
17. Brasil, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde Distrito Federal - CONASEMS. Reflexões aos novos gestores municipais de saúde. Brasília: Conasems; 2009.
18. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: MS; 2006.
19. Ministério da Saúde. Portaria 648 de 28 de março de 2006: aprova a Política Nacional da Atenção Básica. Brasília: MS; 2006.
20. Szwarcwald CL, Damacena GN. Amostras complexas em inquéritos populacionais: planejamento e implicações na análise estatística dos dados. *Rev bras epidemiol*. 2008;11(supl. 1):38-45.
21. IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: síntese de indicadores 2003. Rio de Janeiro: IBGE; 2003.
22. IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Censo Demográfico Brasileiro de 2000. Rio de Janeiro: cited; Available from: <http://www.ibge.gov.br>; 2000.

23. Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, Siqueira FV, Silveira DSd, Thumé E, Silva SM, Dilelio AS. Promotion, prevention and arterial hypertension care in Brazil. *Revista de Saúde Pública*. 2012;46(3):543-50.
24. Silva SM, Facchini LA, Tomasi E, Piccini R, Thumé E, da Silveira DS, Siqueira FV, Dilélio AS. Recebimento de orientação sobre consumo de sal, açúcar e gorduras em adultos: um estudo de base nacional. *Rev Bras Epidemiol*. 2013;16(4):995-1004.
25. Madeira MC, Siqueira FCV, Facchini LA, da Silveira DS, Tomasi E, Thumé E, Silva SM, Dilélio A, Piccini RX. Atividade física no deslocamento em adultos e idosos do Brasil: prevalências e fatores associados Physical activity during commuting by adults and elderly in Brazil: prevalence and associated. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(1):165-74.
26. Bastos GAN, Santos IS, Costa JSDd, Capilheira MF. Ambulatory care utilization in the past 15 years: Comparison between two population-based studies. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2011;14(4):620-32.
27. Ross DA, Vaughan JP. Health interview surveys in developing countries: a methodological review. *Studies in family planning*. 1986;17(2):78-94.
28. Dias da Costa JS, Facchini LA. Utilização de serviços ambulatoriais em Pelotas: onde a população consulta e com que frequência. *Rev Saude Publ*. 1997;31(4):360-69.
29. Mendoza-Sassi R, Béria JU. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cad Saude Publ*. 2001;17(4):819-32.
30. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2002;7(4):687-707.
31. Mendoza-Sassi R, Bria JU, Barros AJD. Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study. *Rev Saude Publica*. 2003;37(3):372-78.
32. Turci MA, Lima-Costa MF, Proietti FA, Cesar CC, Macinko J. Intraurban differences in the use of ambulatory health services in a large Brazilian city. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*. 2010;87(6):994-1006.
33. IBGE. PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - Acesso e Utilização dos Serviços de Saúde 1998. Rio de Janeiro: IBGE; 1998.
34. IBGE. PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - Utilização dos Serviços de Saúde 2003. Rio de Janeiro: IBGE; 2003.
35. IBGE. PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008. Rio de Janeiro: IBGE; 2008.
36. Verbrugge LM. The twain meet: empirical explanations of sex differences in health and mortality. *Journal of Health and Social Behavior*. 1989:282-304.
37. Lima Costa MF. Epidemiologia do Envelhecimento no Brasil. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N, editors. *Epidemiologia e Saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003. p. 499-514.
38. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(3):565-74.
39. WHO (World Health Organization). Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília: WHO; 2003.

40. Capilheira MF, Santos IdSd. Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos. *Rev Saude Publica*. 2006;40(3):436-43.
41. Thumé E, Facchini LA, Wyshak G, Campbell P. The utilization of home care by the elderly in Brazil's primary health care system. *population*. 2011;10:15.
42. Parker MG, Thorslund M. Health trends in the elderly population: getting better and getting worse. *The Gerontologist*. 2007;47(2):150-8.
43. Neri M, Soares W. Desigualdade social e saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2002;18:77-87.
44. Curtis L, MacMinn WJ. Health care utilization in Canada: 25 years of evidence. Hamilton, Ontario: SEDAP; 2007.
45. Hart JT. The inverse care law. *Lancet*. 1971;1(7696):405-12.
46. Travassos C, Oliveira EXG, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006;11(4):975-86.
47. Pereira CR, Roncalli AG, Cangussu MC, Noro LR, Patricio AA, Lima KC. [Impact of the Family Health Strategy: an analysis in cities in Northeast Brazil with more than 100,000 inhabitants]. *Cad Saude Publica*. 2012 Mar;28(3):449-62.
48. Oliveira LS, Almeida LGN, Oliveira MAS, Gil GB, Alcione Brasileiro Oliveira C, Medina MG, Pereira RAG. Acessibilidade a atenção básica em um distrito sanitário de Salvador. *Ciênc saúde coletiva*. 2012;17:3047-56.
49. Macinko J, Lima Costa MF. Access to, use of and satisfaction with health services among adults enrolled in Brazil's Family Health Strategy: evidence from the 2008 National Household Survey. *Tropical medicine & international health : TM & IH*. 2012 Jan;17(1):36-42.
50. Bousquat A, Gomes A, Alves MCGP. Acesso realizado ao Programa de Saúde da Família em área com "alta" cobertura do subsistema privado. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012;17:2913-21.
51. Reis RS, Coimbra LC, Silva AA, Santos AM, Alves MT, Lamy ZC, Ribeiro SV, Dias MS, Silva RA. [Access to and use of the services of the family health strategy from the perspective of managers, professionals and users]. *Cien Saude Colet*. 2013 Nov;18(11):3321-31.
52. Klein CH, Bloch KV. Estudos Seccionais. In: Medronho RA, Carvalho DM, Bloch KV, Luiz RR, Werneck GL, editors. *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu; 2004. p. 151-60.
53. Richards SH, Coast J, Peters TJ. Patient-reported use of health service resources compared with information from health providers. *Health & social care in the community*. 2003;11(6):510-8.
54. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS. Projeto de Monitoramento e Avaliação do Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF): relatório. Pelotas: UFPel; 2006.
55. Stein A, Zelmanowicz AdM, Lima AK. Promoção da Saúde e Detecção Precoce de Doenças no Adulto. *Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências*. Porto Alegre: Artmed 2006. p. 567-75.

Tabela 1. Descrição da amostra e caracterização do atendimento médico de acordo com variáveis de contexto, socioeconômicas, demográficas, e de saúde da população estudada. Brasil, 2009.

Variável (n)	Amostra total n [#] (%)	Utilização de atendimento médico	
		n ^{##}	% (IC95%)
Sexo (12.402)*			
Masculino	5.574 (44,9)	1.385	25,1 (24,0 - 26,3)
Feminino	6.828 (55,1)	2.856	42,1 (40,9 - 43,3)
Idade (anos) (12.371)			
20 a 29	3.938 (31,8)	1.117	28,6 (27,2 - 30,0)
30 a 39	3.114 (25,2)	1.045	33,8 (32,2 - 35,5)
40 a 49	2.958 (23,9)	1.078	36,7 (35,0 - 38,5)
50 a 59	2.361 (19,1)	993	42,4 (40,4 - 44,4)
Cor da pele (11.979)			
Branca	4.752 (39,7)	1.766	37,6 (36,2 - 39,0)
Preta	770 (6,4)	267	34,9 (31,6 - 38,4)
Outras	6.457 (53,9)	2.099	32,7 (31,5 - 33,9)
Escolaridade (anos) (12.336)			
Nenhum	774 (6,3)	240	31,4 (28,1 - 34,8)
1 a 4	1.939 (15,7)	687	35,6 (33,5 - 37,8)
5 a 8	3.530 (28,6)	1.160	33,3 (31,7 - 34,9)
9 a 11	4.253 (34,5)	1.405	33,2 (31,8 - 34,6)
12 e mais	1.840 (14,9)	730	40,2 (38,0 - 42,5)
Renda (salários mínimos) (11.767)			
até 0,3	2.547 (21,7)	750	29,5 (26,2 - 32,9)
de 0,4 a < 0,1	4.276 (36,3)	1.392	32,6 (30,2 - 35,1)
1,0 e +	4.944 (42,0)	1.894	38,5 (36,3 - 40,7)
Classe econômica (11.674)			
A/B	3.302 (28,3)	1.339	40,7 (39,2 - 42,4)
C	6.013 (51,5)	1.988	33,2 (32,0 - 34,4)
D/E	2.359 (20,2)	674	28,6 (26,8 - 30,5)
Vive com companheiro (12.393)			
Não	4.454 (35,9)	1.379	31,3 (29,9 - 32,7)
Sim	7.939 (64,1)	2.857	36,2 (35,1 - 37,3)
Morbidade referida			
Hipertensão Arterial Sistêmica (12.324)			
Não	10.320 (83,7)	3.229	31,5 (30,6 - 32,4)
Sim	2.004 (16,3)	998	50,1 (47,9 - 52,3)
Diabetes Mellitus (12.344)			
Não	11.904 (96,4)	3.979	33,6 (32,8 - 34,5)
Sim	440 (3,6)	258	58,9 (54,1 - 63,5)
Problema de Nervos (12.349)			
Não	10.911 (88,4)	3.484	32,1 (31,2 - 33,0)
Sim	1.438 (11,6)	753	52,8 (50,2 - 55,4)

Região geográfica (12.402)			
Centro Oeste	1.363 (11,0)	441	32,5 (30,0 - 35,1)
Norte	988 (8,0)	214	21,7 (19,1 - 24,3)
Nordeste	2.951 (23,8)	916	31,2 (29,5 - 32,9)
Sudeste	4.391 (35,4)	1.593	36,8 (35,4 - 38,2)
Sul	2.709 (21,8)	1.077	40,0 (38,2 - 41,9)
Porte populacional (12.402)			
≤ 30.000 hab.	2.839 (22,9)	978	35,2 (33,4 - 37,0)
30.001 a 100.000 hab.	1.765 (14,2)	561	31,8 (29,6 - 34,0)
100.001 hab. a 1.000.000	4.950 (39,9)	1.642	33,4 (32,1 - 34,7)
1.000.001 e mais hab.	2.848 (23,0)	1.060	37,4 (35,6 - 39,2)

* n válido em cada variável

n=12.402

n=4.241

Tabela 2. Natureza do atendimento médico utilizado de acordo com região geográfica, porte populacional, classe econômica e morbidade referida. Brasil, 2009.

Variável (n)	Natureza do Serviço [#]			p-valor
	Convênio n (%)	Particular n (%)	SUS n (%)	
Região geográfica (4.200)*				< 0,001
Centro Oeste	152 (34,6)	49 (11,1)	239 (54,3)	
Norte	55 (25,7)	39 (18,2)	120 (56,1)	
Nordeste	168 (18,4)	127 (13,9)	616 (67,7)	
Sudeste	658 (41,9)	174 (11,1)	739 (47,0)	
Sul	393 (36,9)	134 (12,6)	537 (50,5)	
Porte populacional (4.200)				< 0,001
≤ 30.000 hab.	180 (18,8)	107 (11,2)	671 (70,0)	
30.001 a 100.000 hab.	125 (22,6)	87 (15,7)	341 (61,7)	
100.001 a 1.000.000 hab.	667 (40,8)	219 (13,4)	750 (45,8)	
1.000.001 hab. e mais	454 (43,1)	110 (10,5)	489 (46,4)	
Classe econômica (3.963)				< 0,001
A/B	788 (59,4)	206 (15,6)	332 (25,0)	
C	518 (26,3)	234 (11,9)	1.216 (61,8)	
D/E	47 (7,0)	53 (7,9)	569 (85,1)	
Hipertensão Arterial Sistêmica (4.186)				< 0,001
Não	1.147 (35,8)	422 (13,2)	1.630 (51,0)	
Sim	274 (27,8)	99 (10,0)	614 (62,2)	
Diabetes Mellitus (4.196)				0,001
Não	1.356 (34,4)	500 (12,7)	2.084 (52,9)	
Sim	67 (26,2)	23 (9,0)	166 (64,8)	
Problema de Nervos (4.196)				< 0,001
Não	1.236 (35,8)	431 (12,5)	1.788 (51,7)	
Sim	189 (25,5)	92 (12,4)	460 (62,1)	
Total	1.426 (33,9)	523 (12,5)	2.251 (53,6)	--

* n válido em cada variável

[#]análise restrita a 4.200 adultos que utilizaram atendimento médico.

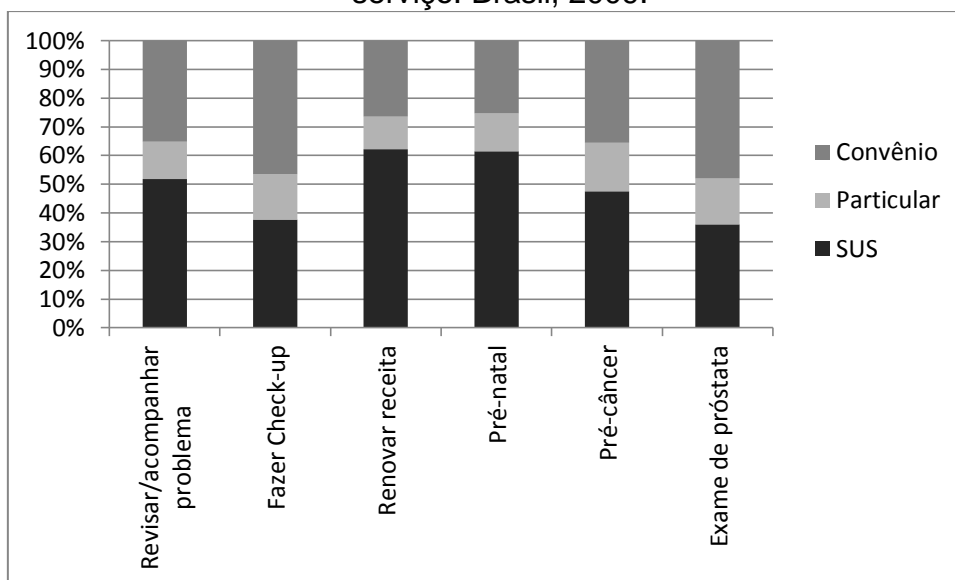
Tabela 3. Características da utilização do atendimento médico ambulatorial. Brasil, 2009.

Variável (n/%) - n total	Natureza do Serviço [#]			p-valor
	Convênio n (%)	Particular n (%)	SUS n (%)	
Gastou com o último atendimento (573 / 13,7) - 4.195*	159 (11,2)	408 (78,2)	6 (0,3)	< 0,001
Foi atendido fora do município de residência (549 / 13,1) - 4.194	274 (19,3)	141 (27,0)	134 (6,0)	< 0,001
Foi prescrita medicação (2.671 / 64,4) - 4.150	834 (59,6)	334 (64,7)	1.503 (67,3)	< 0,001
Teve gastos com medicação (1856 ^{&} / 69,9) - 2.655	783 (94,6)	321 (96,7)	752 (50,3)	< 0,001
Saiu do atendimento com pedido de exame (1.783 / 42,9) - 4.156	654 (46,6)	227 (44,0)	902 (40,4)	0,001
Teve gastos com exames (334 / 24,9) - 1.341	96 (18,3)	133 (71,9)	105 (16,7)	< 0,001
Foi encaminhado para outro serviço (297 / 7,1) - 4.175	81 (5,7)	21 (4,0)	195 (8,7)	< 0,001
Satisfação com o tempo de espera - 4.008				< 0,001
Péssimo (548 / 13,7)	109 (8,2)	23 (4,7)	416 (19,1)	
Ruim (309 / 7,7)	82 (6,1)	32 (6,5)	195 (9,0)	
Regular (718 / 17,9)	233 (17,4)	73 (14,8)	412 (18,9)	
Bom (1.861 / 46,4)	662(49,5)	251 (51,0)	948 (43,5)	
Ótimo (572 / 14,3)	251 (18,8)	113 (23,0)	208 (9,5)	
Satisfação com o atendimento - 4.025				< 0,001
Péssimo (107 / 2,7)	18 (1,3)	5 (1,0)	84 (3,9)	
Ruim (61 / 1,5)	7 (0,5)	6 (1,2)	48 (2,2)	
Regular (313 / 7,8)	60 (4,5)	29 (5,8)	224 (10,3)	
Bom (2.169 / 53,9)	707 (52,3)	212 (42,7)	1.250 (57,4)	
Ótimo (1.375 / 34,2)	559 (41,4)	245 (49,3)	571 (26,2)	
Recebeu explicação sobre o motivo pelo qual buscou o atendimento (3.033 / 74,0) - 4.100	1.105 (80,3)	402 (79,5)	1.526 (68,9)	< 0,001
O que aconteceu após o atendimento - 3.997				< 0,001
Piorou (41 / 1,0)	6 (0,5)	6 (1,2)	29 (1,3)	
Continua como antes (1.292 / 32,2)	452 (33,8)	131 (26,6)	709 (32,7)	
Melhorou um pouco (848 / 21,2)	261 (19,5)	93 (18,9)	494 (22,8)	
Melhorou bastante (1.045 / 26,1)	333 (24,9)	145 (29,5)	567 (26,2)	
Curou / resolveu (771 / 19,3)	286 (21,3)	117 (23,8)	368 (17,0)	

* n válido em cada variável

[#] análise restrita a 4.200 adultos que utilizaram atendimento médico.[&] análise refere-se a 1.856 adultos que não conseguiram a medicação pelo SUS.

Figura 1. Motivo para buscar o atendimento de acordo com a natureza do serviço. Brasil, 2009.



ARTIGO ORIGINAL 2

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

Artigo submetido à Revista de Saúde Pública em 06 de abril de 2014.

Artigo 2

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

Falta de acesso e de continuidade da atenção à saúde em adultos: inquérito nacional de base populacional

Alitéia Santiago Dilélio¹

Elaine Tomasi¹

Elaine Thumé²

Denise Silva da Silveira³

Fernando Carlos Vinholes Siqueira⁴

Roberto Xavier Piccini³

Suele Manjourany Silva¹

Bruno Pereira Nunes¹

Luiz Augusto Facchini¹

1 Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas

2 Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas

3 Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas

4 Programa de Pós-graduação em Educação Física, Universidade Federal de Pelotas

* Endereço para correspondência:

Alitéia Santiago Dilélio

Departamento de Medicina Social

Av. Duque de Caxias, 250. Bairro: Fragata

Telefone: 53 - 33092400

CEP: 96030-000

Pelotas - RS

E-mail: aliteia@gmail.com

Abstract

Objectives: To describe the lack of access to and the continuity of health care in a sample of Brazilian adults.

Methods: A cross-sectional population-based study was performed on a sample of adults aged 20-59, resident in urban areas in 100 municipalities in 23 states in all five Brazilian geopolitical regions. Barriers to accessing care and its continuity were investigated based on the receipt, need and seeking of health care (hospital admission and accident/emergency care in the last 12 months; care provided by a doctor, other health professional or domiciliary care in the last three months). Continuity of care was assessed through referral to a follow-up appointment and whether the subjects referred attended the appointment. Based on the results obtained through the sample, a projection is provided for adults living in urban areas in Brazil as a whole.

Results: The most expressive prevalence of lack of access to health services and to provision of care by health professionals was 3.0% for hospitalization, whilst the lowest prevalence of all was 1.1% for care provided by a doctor. Prevalence of lack of access was 2.0% for health professionals other than doctors, 2.1% for accident and emergency services and 2.9% for domiciliary care. Some 43% of those hospitalized and some 85% of those receiving care at an emergency service were not referred to a follow-up appointment. The projection of prevalence for all adults resident in urban areas throughout Brazil showed that the greatest absolute lack of access occurred in accident and emergency care (more than 360,000 adults). Structural and organizational problems were the main reasons for lack of access, such as unavailability of hospital beds, health professionals, appointments for the type of care needed and charges made for care.

Conclusions: The estimates of the magnitude of lack of access to health services showed that universal access to health care in Brazil has not yet been achieved. These projections can help health service management in scaling up the efforts needed to overcome this problem such as, for example, increasing the physical structure of health services and increasing the size of the workforce.

Keywords: Access to Health Services; Health Care Quality, Access and Evaluation; Equal Access.

Resumo

Objetivos: Descrever a falta de acesso e a continuidade da atenção à saúde em uma amostra de adultos brasileiros.

Métodos: Realizou-se um estudo transversal de base populacional com uma amostra de adultos entre 20 e 59 anos, residentes em áreas urbanas de 100 municípios de 23 estados brasileiros nas cinco regiões geopolíticas. Investigaram-se as barreiras no acesso e na continuidade da atenção a partir do recebimento, necessidade e busca de algum atendimento de saúde (internação hospitalar e pronto-socorro - últimos 12 meses; atendimento médico, de outro profissional de saúde e domiciliar - últimos três meses). A continuidade do cuidado foi avaliada através da solicitação de encaminhamento para consulta de revisão, e se a mesma foi realizada. A partir dos resultados obtidos na amostra, apresenta-se uma projeção para os adultos residentes em áreas urbanas no território nacional.

Resultados: a prevalência de falta de acesso aos serviços e aos atendimentos com profissionais de saúde mais expressiva foi de 3,0%, para internação hospitalar e a menor prevalência foi para atendimento médico, de 1,1%. Para o atendimento com outro profissional de saúde a falta de acesso foi de 2,0%, em pronto-socorro 2,1% e domiciliar 2,9%. Entre os indivíduos que foram hospitalizados e atendidos em um serviço de emergência cerca de 43% e 85%, respectivamente, não foram encaminhados para a consulta de revisão. Ao projetar as prevalências para o conjunto dos adultos residentes em áreas urbanas no Brasil, o maior número absoluto de falta de acesso foi para atendimentos de urgência de (mais de 360.000 adultos). Os principais motivos de falta de acesso foram problemas estruturais e organizacionais, como falta de leito, de profissionais, de ficha/vaga do tipo de atendimento necessário e cobrança pelo atendimento.

Conclusões: Ao estimar a magnitude da falta de acesso aos serviços de saúde, observou-se que o direito universal a saúde no Brasil ainda não foi alcançado. As projeções podem apoiar a gestão no dimensionamento de esforços dirigidos ao seu enfrentamento, como por exemplo, a ampliação da estrutura física dos serviços e da força de trabalho.

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

Introduction

In Brazil the Unified Health System (*Sistema Único de Saúde - SUS*) is guided by the principles of universal and equal access and aims to provide services based on health needs^{28, 29}.

The concept of “access” is complex and multidimensional, and may focus on people’s characteristics, service supply or the relationship between people and services²⁷. In this study the concept will be adopted as a synonym of accessibility, referring to the possibility of using health services when necessary²⁶. **Lack of access** in this study is understood to mean the impossibility of using the service when the need to do so is felt, expressing the services’ lack of capacity to respond or difficulty in ensuring health care³⁰.

The behavioural model proposed by Andersen and Newman identifies access as one of the mediators of health service use and indicates four dimensions of access: potential access, referring to contextual factors; realized access, relating to service use; effective access, referring to the care process; and efficient access, focusing on changes in health conditions and satisfaction as a result of having received care^{1, 26}.

The mechanisms that regulate the seeking and use of health services need to be understood, such as health needs which do or do not lead to services being sought; when seeking care, demand is generated and this is mediated by the existence or inexistence of the service, this being the main barrier to access²⁶. Several other barriers can also be cited, such as geographic distribution, the availability and quality of human and technical resources and the health care model²⁸.

According to Pereira, when health services exist, needs may be transformed into demand for services and their use. A health need can be understood to be “any disturbance to health or well-being, from both the patient’s and the health professional’s point of view, capable of resulting in a demand on the health system”. Needs can also be perceived, i.e. when they are identified by the individual, or unperceived, i.e. when they are only identified by a health professional²⁴.

Furthermore, even when an individual feels a need, they have “freedom of use” based on the degree of information about choices or, in other words, an individual has a health need but does not seek care owing to personal decisions²⁶.

Just as important as access to health services, continuity of care also deserves attention and its quality must be evaluated. Continuity is related to the experiences and relationship of a patient with a clinician, as well as coordinated clinical care as the patient moves between different parts of the health service¹². As access becomes consolidated, adequate diagnosis and treatment procedures culminating in user satisfaction would be the desired course for all health care^{7, 21}.

Despite the importance of barriers to access to health services and to continuity of care, in terms of public health and impact on health indicators, studies in this area are incipient. In order to contribute to this debate, this article describes lack of access and lack of health care continuity in a sample of Brazilian adults.

Methods

This study forms part of a survey that investigated access to and quality of health services in Brazil. This is a cross-sectional population-based study performed on a sample of adults aged 20-59, resident in urban areas in 100 municipalities in 23 states in all five Brazilian geopolitical regions¹⁰.

In this study, the sample size needed to investigate lack of access was estimated *a posteriori* based on the prevalence rates. The largest sample required was 9,151 subjects, assuming 0.7% prevalence of lack of access, accuracy of 0.2 pp, and a design effect of 1.2, including 15% for losses and refusals. Furthermore, it describes the characteristics of continuity of care.

The sample representing the adult urban population was located through a multiple level sampling process^{10, 14, 25} that took into consideration population size, census tracts and households. Municipalities were aggregated according to population size and selected systematically. Census tracts were allocated randomly according to the proportion of valid sectors and population size, using the official grid of the 2000 Population Census¹⁶. Ten households were visited in each of the 638 sectors selected, “jumping” systematically 30 households from one residence to the next with the aim of finding 17 adults per sector.

All adults resident in the households were eligible to be interviewed. In 2009, 55 selected and trained interviewers collected the data using a hand-held

device (PDA - personal digital assistant). After being collected, the data was stored on portable computers and transferred, via Internet, to the study headquarters.

The questionnaire was standardized and pre-tested. It contained socio-economic and demographic variables as well as variables regarding both public and private health service use.

In order to investigate lack of access, all respondents were asked if they had received some form of health care recently (hospital admission and accident/emergency care in the last 12 months; care provided by a doctor, other health professional or domiciliary care in the last three months). If the reply was negative, the respondent was asked whether, despite not having had care, they had needed it (answering yes or no). The following exemplify the sequence of questions asked about care provided by a doctor: *In the <LAST THREE MONTHS>, have you been seen by a doctor?* IF NO: *Despite not having been seen by a doctor, did you need to be seen by one?* IF NEEDED: *Have you sought the care of a doctor in the <LAST THREE MONTHS>?* IF SOUGHT CARE OF A DOCTOR: *Why were you not seen by a doctor?* The questions for investigating the other forms of care provision followed the same pattern. Care provided by another health professional refers top-level professionals that include dentists, psychologists, physiotherapists, dieticians, physical education teachers, speech therapists, social workers and nurses.

In order to describe barriers to access, the reason for not receiving care and the outcome of the problem were investigated. With regard to care provided by a doctor, another health professional or domiciliary care, the respondents were asked whether they had sought care and the reason why they had not sought care. Exclusively with regard to care provided by a doctor and domiciliary care, the reason why care was needed was also taken into consideration.

In order to characterize barriers to care continuity, the respondents were asked as to their opinion about all forms of care provided, the outcome of the problem after receiving care, whether they had received any explanation about the reason for care being provided, whether they were referred for a follow-up appointment, whether the follow-up appointment took place and the reason why they did not have their follow-up appointment. With regard to care provided by a doctor, another health professional or domiciliary care, respondents were also

asked whether they were referred to another service, whether any of these referrals did not take place and the reason why they did not have the care to which they had been referred. Exclusively with regard to care provided by a doctor, respondents were asked whether any tests had been requested and the reason for not having them. In this paper, the term "continuity of care" has been used instead of "management continuity", since part of the visits studied may refer to a continuum of care throughout life, and part may be related to specific problems^{11, 12}.

The variables used to describe the sample were gender (male / female), self-reported skin color (white; black; other - this being comprised of mixed, Asian and indigenous categories), age in years (20-29; 30-39; 40-49; 50-59), education in years (none; 1-4; 5-8; 9-11; 12 or more), economic classification as per ABEP - Brazilian Association of Research Companies - <http://www.abep.org> - (A and B; C; D and E), *per capita* income in minimum wages (up to 0.3; 0.4 to <1; 1.0 and more), morbidity diagnosed medically (hypertension; diabetes mellitus; nerve problems - yes / no), geopolitical region (MW / N / NE / SE / S) and municipality population size (up to 30,000; 30001-100000; 100001-1000000; > 1,000,000 inhabitants).

For the purposes of quality control, 5% of the interviews were selected randomly to be repeated within three days at the most following the first interview. All measurements achieved a kappa coefficient greater than or equal to 0.7.

Analysis was performed using the Stata 12.1 statistics package (Stata Corp., College Station, USA).

Based on the results obtained through the sample, a projection is provided for the reference population, i.e. adults in urban areas throughout the whole of Brazil, based on a total of 92,168,985 inhabitants¹⁷.

This study was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Pelotas Faculty of Medicine (No. 152/07, dated November 23rd 2007) and informed consent was obtained from all respondents.

Results

Sample description

13,756 adults were identified. Losses and refusals accounted for 9.8%. As such, a total of 12,402 individuals were included in the study.

55.1% of respondents were women and 39.7% of the sample self-reported white skin colour. Average age was 37.4 years ($sd \pm 11.5$) and 31.8% of the respondents were aged 20-29.

Approximately one third of the individuals (34.5%) had between nine and eleven years of schooling. Most individuals fell into economic classification C (51.5%) and 42.0% had *per capita* income greater than one minimum wage. A quarter of the respondents (25.8%) reported having had medical diagnosis of at least one chronic disease. The highest number of respondents lived in the Southeast region (35.4%) and in municipalities with between 100,001 and 1,000,000 inhabitants (39.9%).

Barriers to access and to continuity of care

When examining self-reported need to be **admitted to hospital**, 3.0% ($n=30$) were not admitted and did not even have access to hospitalization, representing 223,324 adult Brazilians. The majority reported that the reason for needing to be admitted to hospital was to have emergency surgery (30.0%) or to undergo examinations (20.0%), whilst 40.0% did not admit themselves to hospital because they did not think they needed to. When asked about the outcome of their health problem, 20.0% reported that it had got worse (Table 1).

With regard to those adults who were admitted to hospital, 42.9% were discharged without being referred for a follow-up appointment and 20.6% of those who were referred did not actually have the appointment. When asked about the reason, 4.7% were not able to have the appointment owing to difficulties within the health service - no appointments available (1.9%) or no doctor available onsite (0.9%) or lack of SUS doctor (1.9%) (Table 1).

In the case of individuals seeking **accident/emergency care** but who did not receive it, 2.1% stated they needed it ($n=49$), representing 360,186 people. Almost half (49.0%) reported that they gave up waiting to be seen because it took too long and in 16.3% of cases the problem causing them to seek care had got worse (Table 2).

The majority (85.1%) of adults provided with accident/emergency care were discharged without being referred for a follow-up appointment and 28.4% of those who were referred did not attend the appointment. Lack of access to follow-up appointments owing to difficulties within the health service - no appointments

available (1.1%) or no doctor available onsite (5.5%) or lack of SUS doctor (2.2%) accounted for 8.8% (Table 2).

Out of all respondents who sought **care provided by a doctor**, 1.1% did not receive care (n=49). As such, 353,867 Brazilian adults were estimated not to have had access. The main reason reported for needing to be seen by a doctor, even though they were not seen, was “because I thought I needed to, I was feeling ill” (80.8%). Reasons relating to health promotion and prevention were reported by 53.9% of the sample health problem follow-up / monitoring (29.9%), check-up (17.4%), pre-cancerous conditions (4.1%), prostate examination (1.5%) and antenatal appointment (1.0%). Only 70.7% of individuals who reported needing care actually sought it, the main reasons for this being the absence of a doctor (42.6%) and unavailability of appointments (40.4%). When asked why they had not sought care provided by a doctor, 62.7% stated difficulty in getting an appointment on the *SUS* (53.4%) and the lack of a doctor (9.3%). The majority of adults interviewed (50.3%) considered that after having been seen by the doctor their health problem continued just the same as before (Table 3).

After being seen by a doctor, more than half the adults (57.1%) left the appointment without being referred for tests, 16.4% did not have any tests performed because they were not able to on the *SUS* (16.4%) or because they were not available in their city (4.4%). Many (92.9%) left the appointment without being referred to care at another service (Table 3).

With regard to **care provided by a health professional other than a doctor**, 2.0% stated that although they had not received care, they needed it (n=33), representing 246,417 adults in Brazil. More than half (56.0%) reported not having sought care. The main reason for not seeking care was the difficulty in getting an appointment on the *SUS* (57.1%). Standing out among the reasons why adults did not receive care were the lack of appointments (27.3%) and users being unable to pay for services (24.2%). The majority (61.3%) stated that their health problem remained unaltered (Table 4).

95.9% of those individuals who did receive care were not referred to other services. 41.0% of those who were referred did not receive the care to which they had been referred owing to health service difficulties either because they were not able to get this care on the *SUS* (20.0%) or because it was not available in their city (4.0%) (Table 4).

Lack of access to **domiciliary care** was reported by 2.9% of the adults (n=17), representing 126,447 individuals. Transport difficulties (35.5%), being confined to bed (29.0%), blood pressure problems (16.1%) and backache (12.9%) were the most reported reasons for needing to receive domiciliary care. Approximately three quarters (72.6%) reported not having requested domiciliary care. The majority (47.1%) did not receive care because, even though they sought it, no response was provided by the health service, the health service had no professional available to provide the care (47.1%), or the health service did not provide this kind of care (41.2%). The most mentioned reasons for not seeking domiciliary care were because the health service did not provide this kind of service (68.9%) and because there was no professional available to provide domiciliary care (5.6%). The majority (45.2%) stated that their condition remained the same as it was before seeking care (Table 5).

Still in relation to domiciliary health care, 93.6% of those who did receive it were not referred to other services and 11.4% of those who were referred did not reach these other services because they were unable to make an appointment there (25.0%) (Table 5).

Discussion

Understanding the mechanisms relating to the lack of access to health services, such as health needs which may or may not lead to care being sought, can help to organize the health care network, the structuring of services and the consolidation of equality with regard to health^{5, 28}.

In this national sample, the prevalence of lack of access to services and provision of care by health professionals was relatively low and showed little variation. Out of the total of adults asked about lack of access when they needed it, the most expressive prevalence was 3.0% and referred to admission to hospital, whilst the lowest prevalence was 1.1% for provision of care by a doctor. The prevalence of lack of access to care provided by a health professional other than a doctor, lack of access to accident/emergency care and lack of access to domiciliary care was 2.0%, 2.1% and 2.9%, respectively.

Data from the 2003 National Household Sample Survey (*Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios - PNAD*) shows that the prevalence of lack of access

among adults aged 20-64 who sought health services in the two weeks prior to being interviewed was 2.2%. The 2008 *PNAD* found 2.8% for this same item^{14, 15}.

The *PNAD* prevalence rates are similar to those found in this study, even though the *PNAD* respondents' recollection period was shorter, their age range was greater and more subjects were interviewed than in this study.

A study conducted in Pelotas-RS found a 6.5% prevalence rate of lack of access to a health service in the last month in a sample of people aged 20 or over. The inclusion of elderly people may have led to the higher percentage found by that study²².

Despite being low, the prevalence rates found in our study take on another dimension when they are extrapolated to include all adults living in urban areas in Brazil: access to a doctor, for example, is estimated to be lacking for more than 350,000 public and private health service users. 360,000 adults are estimated to be without access to emergency care. This is made worse by the fact that this type of service is mainly public. The projections used to estimate the magnitude of the problem are expected to be useful in supporting health management to calculate the efforts needed to address it, such as, for example, scaling up the physical structure of the services and the workforce.

In the case of those who faced barriers to access, similarity was found among the reasons for seeking care by both those who did and those who did not manage to access services, with regard to hospitalization, care provided by a doctor and domiciliary care (data not presented). Different to the 2003 *PNAD*, which found preventive actions to be the main reason for health care provision, our study, like the 2008 *PNAD*, identified surgical operations and illnesses in general as being the main reasons for needing to be admitted to hospital or needing to receive health care¹⁵.

The main reasons for lack of access by those seeking health care were structural and organizational problems, such as the lack of hospital beds, charges for services, having to wait a long time to be seen, lack of health professionals, lack of appointments and lack of the kind of care needed. Similar aspects were found by the *PNADs* and by the study conducted in Pelotas-RS, in particular charges for services, unavailability of appointments and lack of doctors²².

Difficulty in getting an appointment on the *SUS*, financial and personal problems and unavailability of services were the reasons given for respondents

not seeking domiciliary care (72.6%), care provided by a doctor (70.7%) and care provided by other health professionals (56.0%). This data indicates that lack of access precedes seeking health care, whereby service users identify barriers beforehand. A similar characteristic can be seen in barriers to having tests done.

The 2003 *PNAD* found that the main barriers to access mentioned by respondents were financial (23.8%) and long waiting times (18.1%)¹⁴. This shows that financial and structural problems continue to be significant obstacles to accessing health services. Moreover there is evidence that service users think it is so unlikely for them to get an appointment at their health centre within a short space of time that the majority do not even try to get one⁵.

Geographical, financial, organizational, information and cultural barriers to access are an expression of the characteristics of supply that can facilitate or impede people's ability to use services. Travassos and Castro highlight the most important barrier as being the unavailability or physical absence of services and human resources, although information about such availability, information about the illness in question and treatment options are also important in facilitating the use of health services, as these factors have an impact on people's perception of health. Individual perception can also affect use of services, as both the quest for and use of them can be triggered by perceived need²⁶.

Despite important progress made by the *SUS*, inequality in universal access can still be seen. Problems relating to equity and comprehensiveness persist in that structural aspects are reported as being the main barriers to accessing health services and ensuring continuity of care^{9, 23, 31}.

Longitudinality, meaning service users being accompanied over time by health professionals, is considered to be a key characteristic of Primary Health Care, but it is a concept that can also be applied to other levels of care, given that it relates to positive health care results and can be used to assess its quality^{7, 11}.

It must be emphasized that despite the lack of information about the need for or indication by health professionals to have follow-up after care has been provided, or about the need to have tests or the need to be referred to another health professional, continuity of care and assessment of the service user's condition can result in more accurate diagnosis and more efficacious treatment, in addition to optimizing referrals to specialists and the performance of more complex procedures. The same can be observed with regard to the prescription of tests and

medication, principally if we consider the lack of access to some of these procedures during the provision of health care⁷.

Despite the barriers to continuing care, the majority of respondents stated that the care received was good or very good. On the other hand, 30.5% of those receiving care in accident and emergency units considered it to be regular/poor/very bad and this was the worst service in the opinion of the respondents. This degree of dissatisfaction was higher than that found by the *PNADs* in 2008 (13.5%), 2003 (14.0%) and 1998 (2.4%)¹³⁻¹⁵ for any kind of care. Satisfaction is associated with service use, in that satisfied users, namely those who have access to services and for whom this experience is positive, tend to use services more²⁰. Despite significant inequities, most individuals who manage to use health services feel satisfied.

Esperidião states that user satisfaction can be "understood" based on conceptual models, and may be limited to a checklist or be observed from the perspective of the theory of discrepancy whereby levels of user satisfaction are predicted from the difference between expectations and the perception of the experience the user has or, furthermore, the theory of embodiment, where satisfaction is the difference between what is desired and what is obtained⁸.

Evidence shows that people seek emergency service care owing to greater assurance of access (24 hour care - "open doors"), problem-solving and being able to have examinations and tests there and then^{2, 6}.

The degree of user satisfaction, apart from being an important indicator of health service quality and access, is also a tool that enables service managers to evaluate and monitor the health system¹⁹.

This result may indicate that problems affected by barriers to access are less severe, although when comparing this with the answers given by those to whom care was provided no significant differences were found.

Furthermore, in a context of high prevalence of chronic diseases among adults, most of them seek care in order to cope with their health problems rather than to cure them. Therefore, regular contact with a health service provider can influence behavioral change and better treatment adherence, with the aim of staying healthy and having better quality of life^{4, 18}.

There are few studies in the literature describing and quantifying barriers to accessing health care and its continuity, thus explaining why there is little

accumulated knowledge on the subject. Other positive points of this study include the use of the outcomes to verify when respondents last received health care. This varied between three months and one year. These periods were used to minimize bias in the respondents' recollections of what happened³. A further positive point is the low percentage of subjects lost to the study in relation to the estimated sample size. Other positive features are sample size and comprehensiveness and its being nationally representative, as well as its using primary data.

With regard to the study's limitations, the low proportion of individuals without access to health services and care hampered the precision of the analysis. Stratified or adjusted analysis could help to understand the most affected social groups, thereby contributing to the adoption of measures and policies to reduce inequities, in addition to increasing the efficiency of the health system and scaling up access to services and their quality. Despite the low prevalence rates found for these outcomes, when these proportions are projected and applied to the entire Brazilian adult population living in urban areas, there is an expressive number of individuals who are not able to access the health system or to have continued health care.

Conclusion

The results of this study demonstrate the increasing importance that access to and continuity of health services is acquiring in the national and international literature. The majority of studies see service use as a synonym of access and do not investigate adequately lack of access and continuity of care.

Quantifying lack of access and continuity of health actions and service supply throughout the national territory helps its magnitude to be recognized, assisting in the definition of strategies for controlling them in the entire health system.

References

1. Andersen RM, Yu H, Wyn R, Davidson PL, Brown ER, Teleki S. Access to medical care for low-income persons: how do communities make a difference? *Med Care Res Rev.* 2002 Dec;59(4):384-411. DOI: 10.1177/107755802237808.
2. Aranaz Andrés JM, Martínez Noguerras R, de Castro GV, Teresa M, Rodrigo Bartual V, Antón García P, et al. Why do patients use hospital emergency services on their own initiative? *Gaceta Sanitaria.* 2006;20(4):311-5.

3. Bastos GAN, Santos IS, Costa JSd, Capilheira MF. Uso de serviços ambulatoriais nos últimos 15 anos: comparação de dois estudos de base populacional. *Rev Bras Epidemiol.* 2011;14(4):620-32.DOI: 10.1590/S1415-790X2011000400009.
4. Campos MO, Rodrigues Neto JF. Doenças crônicas não transmissíveis: fatores de risco e repercussão na qualidade de vida. *Revista Baiana de Saúde Pública.* 2012;33(4).
5. Carret MLV, Fassa ACG, Domingues MR. Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. *Cad Saude Publ.* 2009;25(1):7-28.DOI: 10.1590/S0102-311X2009000100002.
6. Carret MLV, Fassa AG, Paniz VMV, Soares PC. Características da demanda do serviço de saúde de emergência no Sul do Brasil. *Cien Saude Colet.* 2011;16(supl 1):1069-79.
7. da Cunha EM, Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011;16(1):1029-42.DOI: 10.1590/S1413-81232011000700036.
8. Esperidião MA, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais User satisfaction assessment: theoretical and conceptual concerns. *Cad saúde pública.* 2006;22(6):1267-76.
9. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2006;11(3):669-81.DOI: 10.1590/S1413-81232006000300015.
10. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Teixeira VA, Silveira DS, et al. Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. *Cad Saude Publ.* 2008;24(s1).DOI: 10.1590/S0102-311X2008001300020.
11. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ: British Medical Journal.* 2003;327(7425):1219.DOI: 10.1136/bmj.327.7425.1219.
12. Hill AP, Freeman GK. Promoting continuity of care in general practice2011.
13. IBGE. PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - Acesso e Utilização dos Serviços de Saúde 1998. Rio de Janeiro: IBGE; 1998.
14. IBGE. PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - Utilização dos Serviços de Saúde 2003. Rio de Janeiro: IBGE; 2003.
15. IBGE. PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008. Rio de Janeiro: IBGE; 2008.
16. IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Censo brasileiro de 2000. Rio de Janeiro: IBGE; 2000.
17. IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Censo brasileiro de 2010. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
18. Macinko J, Dourado I, Guanais FC. Doenças Crônicas, Atenção Primária e Desempenho dos Sistemas de Saúde. *Diagnósticos, instrumentos e intervenções BID (Banco Interamericano de Desenvolvimento) Nova York.* 2011.
19. Massote AW, Lima AMD, Stralen CJ, Álvares J, Fleury-Teixeira P, Belisário SA, et al. A Contribuição de Estudos de Percepção da População Usuária na

- Avaliação da Atenção Básica. In: Hartz ZMA, Felisberto E, Silva LMV, editors. Meta-avaliação da Atenção Básica à Saúde: teoria e prática. Rio de Janeiro 2008. p. 410.
20. Mendoza-Sassi R, Béria JU. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cad Saude Publ.* 2001;17(4):819-32.DOI: 10.1590/S0102-311X2001000400016.
21. Novaes HM. Epidemiologia e avaliação em serviços de atenção médica: novas tendências na pesquisa. *Cad Saude Publica.* 1996;12 (Supl 2):7-12.DOI: 10.1590/S0102-311X1996000600002.
22. Nunes BP. Acesso aos serviços de saúde em adolescentes e adultos na cidade de Pelotas - RS [dissertação]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 2012. Page p.
23. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet.* 2011;377(9779):1778-97.DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60054-8.
24. Pereira MG. Serviços de Saúde. In: Pereira MG, editor. Epidemiologia: teoria e prática. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. p. 513-37.
25. Szwarcwald CL, Damacena GN. Amostras complexas em inquéritos populacionais: planejamento e implicações na análise estatística dos dados. *Rev bras epidemiol.* 2008;11(supl. 1):38-45.DOI: 10.1590/S1415-790X2008000500004.
26. Travassos C, Castro M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: Giovanella Lo e, editor. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ 2008. p. 215-46.
27. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad saúde pública.* 2004;20(Sup 2):S190-S8.DOI: 10.1590/S0102-311X2004000800014.
28. Travassos C, Oliveira EXG, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2006;11(4):975-86.DOI: 10.1590/S1413-81232006000400019.
29. Turci MA, Lima-Costa MF, Proietti FA, Cesar CC, Macinko J. Intraurban differences in the use of ambulatory health services in a large Brazilian city. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine.* 2010;87(6):994-1006.DOI: 10.1007/s11524-010-9499-4.
30. Vázquez ML, da Silva MRF, Campos ES, de Arruda IKG, da Silva Diniz A, Veras IL, et al. Participação social nos serviços de saúde: concepções dos usuários e líderes comunitários em dois municípios do Nordeste do Brasil. *Cad saúde pública.* 2003;19(2):579-91.DOI: 10.1590/S0102-311X2003000200025.
31. Victora CG, Barreto ML, do Carmo Leal M, Monteiro CA, Schmidt MI, Paim J, et al. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. *The Lancet.* 2011;377(9782):2042-53.DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60055-X.

Table 1. Description of barriers to access and to continued care based on the indicated need for hospital admission among Brazilian adults. Brazil, 2009.

Variable (n)	Sample	Projection for the urban population (20-59 years) [‡]
	n [#] (%)	n
Hospitalized (n=12,365)	961 (7.8)	7,189,181
Despite not being hospitalized, a doctor had indicated hospitalization (n=11,404)	30 (0.3)	
Barriers to access		
Lack of access to hospitalization (n=991) [‡]	30 (3.0)	223,324
Reason for needing to be hospitalized (n=30)		
Emergency surgery / operation	9 (30.0)	76,482
Non-emergency surgery / operation	2 (6.7)	17,081
Clinical treatment	7 (23.3)	59,401
To have tests / examinations	6 (20.0)	50,988
Other	6 (20.0)	50,988
Reason for not being hospitalized (n=30)		
Thought they did not need to	12 (40.0)	101,976
No hospital bed available	6 (20.0)	50,988
Family or work commitments	5 (16.7)	42,575
Afraid	4 (13.3)	33,907
Unable to pay	3 (10.0)	25,494
No transport available	1 (3.3)	8,413
Other	6 (20.0)	50,988
Health problem outcome after not being hospitalized (n=30)		
Got worse	6 (20.0)	50,988
Just the same as before	12 (40.0)	101,976
Improved a little	--	
Improved considerably	4 (13.3)	33,907
Cured/problem solved	8 (26.7)	68,069
Barriers to continuity of care		
Did not receive explanation as to the reason for being hospitalized (n=915)	799 (87.3)	6,276,155
Discharged from hospital without being referred to a follow-up appointment (n=935)	401 (42.9)	3,084,159
Did not have the follow-up appointment (n=534)	110 (20.6)	845,635
Reason why did not have follow-up appointment (n=108)		
Date of the appointment not reached yet	59 (54.6)	461,716
Did not attempt to make an appointment	33 (30.6)	258,764
Unable to go and make the appointment	3 (2.8)	23,678
Attempted to make an appointment, but none available	2 (1.9)	16,067
No doctor available on the <i>SUS</i> and unable to	2 (1.9)	16,067

pay for a private doctor		
Attempted to make an appointment, but no doctor available at that service	1 (0.9)	7,611
Other	8 (7.4)	62,577
Opinion about care received (n=923)		
Very bad	43 (4.7)	337,891
Poor	12 (1.3)	93,459
Regular	79 (8.6)	618,270
Good	448 (48.5)	3,486,753
Very good	341 (36.9)	2,652,808
What happened to the problem after being hospitalized (n=885)		
Got worse	18 (2.0)	143,784
Just the same as before	59 (6.7)	481,675
Improved a little	140 (15.8)	1,135,891
Improved considerably	258 (29.2)	2,099,241
Cured/problem solved	410 (46.3)	3,328,591

Information is partially unknown for some variables. Differing values may therefore appear.

‡ IBGE, 2010 Demographic Census.

¥ The denominator refers to the total of individuals who were hospitalized plus individuals who reported having medical indication for hospitalization but did not have access

Table 2. Description of barriers to access and to continued care based on Brazilian adults' self-reported need for accident and emergency care. Brazil, 2009.

Variable (n)	Sample	Projection for the urban population (20-59 years) [‡]
	n [#] (%)	N
Accident and Emergency Care (12,302)	2,243 (18.2)	16,774,755
Needed care, despite not receiving it (n=10,059)	49 (0.5)	
Barriers to access		
Lack of access to accident and emergency care (n=2,292) [‡]	49 (2.1)	360,186
Reason why care was not provided (n=49)		
Waiting time too long, gave up	24 (49.0)	184,716
Too many people waiting	18 (36.7)	138,348
Specialist not available	12 (24.5)	92,358
Service refused to provide care	8 (16.3)	61,446
No transport available	2 (4.1)	15,456
Other	10 (20.0)	75,394
Problem outcome after not receiving care (n=49)		
Got worse	8 (16.3)	61,446
Just the same as before	15 (30.6)	115,353
Improved a little	14 (28.6)	107,814
Improved considerably	7 (14.3)	53,907
Cured/problem solved	5 (10.2)	38,451
Barriers to continuity of care		
Did not receive an explanation as to the reason for seeking care (n=2,126)	1,415 (66.6)	11,171,987
Discharged from the accident and emergency unit without being referred to a follow-up appointment (n=2,178)	1,854 (85.1)	14,275,317
Did not have the follow-up appointment (n=324)	92 (28.4)	709,841
Reason why did not have the follow-up appointment (n=91)		
Did not attempt to make an appointment	33 (36.3)	257,672
Date of the appointment not reached yet	29 (31.9)	226,439
Attempted to make an appointment, but no doctor available at that service	5 (5.5)	39,041
Unable to go and make the appointment	3 (3.3)	23,425
No doctor available on the SUS and unable to pay for a private doctor	2 (2.2)	15,616
Attempted to make an appointment, but none available	1 (1.1)	7,808
Other	18 (19.8)	140,548
Opinion about care received (n=2,083)		
Very bad	183 (8.8)	1,476,178
Poor	99 (4.8)	805,188

Regular	352 (16.9)	2,834,934
Good	1,105 (53.0)	8,890,620
Very good	344 (16.5)	2,767,835
Problem outcome after care was provided (n=2.158)		
Got worse	48 (2.2)	369,045
Just the same as before	341 (15.8)	2,650,411
Improved a little	584 (27.1)	4,545,959
Improved considerably	669 (31.0)	5,200,174
Cured/problem solved	516 (23.9)	4,009,167

Information is partially unknown for some variables. Differing values may therefore appear.

‡ IBGE, 2010 Demographic Census.

¥ The denominator refers to the total of individuals who received care in an accident and emergency unit plus individuals who reported needing this type of care but did not have access to it.

Table 3. Description of barriers to access and to continued care based on Brazilian adults' self-reported need to be seen by a doctor. Brazil, 2009.

Variable (n)	Sample	Projection for the urban population (20-59 years) [#] 92,168,985
	n [#] (%)	N
Care provided by a doctor (12,300)	4,241 (34.5)	31,798,300
Needed care, despite not receiving it (n=8,059)	167 (2.1)	
Barriers to access		
Reason why needed care (n=167)		
Thought they needed it because felt unwell	135 (80.8)	1,024,370
Follow-up on health problem	50 (29.9)	379,068
To have a check-up	29 (17.4)	220,594
To request tests / examinations	19 (11.4)	144,527
To request a prescription	8 (4.8)	60,854
Cancer screening (n=98)	4 (4.1)	51,979
To request a medical certificate	3 (1.8)	22,820
To receive the results of tests	3 (1.8)	22,820
Prostate examination (n=69)	1 (1.5)	19,017
To have an antenatal appointment (n=98)	1 (1.0)	12,678
Other	12 (7.2)	91,280
Lack of access to care provided by a doctor (n=4,290) [¥]	49 (1.1)	353,867
Did not attempt to make an appointment (n=167)	118 (70.7)	896,324
Reason why did not attempt to make an appointment (n=118)		
Difficulty in getting an appointment on the <i>SUS</i>	63 (53.4)	478,637
Afraid / did not want to	34 (28.8)	258,141
Family or work commitments	25 (21.2)	190,021
Unable to pay	24 (20.4)	182,850
Unable to go and make appointment	18 (15.3)	137,138
No doctor available at their usual health service	11 (9.3)	83,358
Health complaint got better	5 (4.2)	37,646
Other	17 (14.5)	129,967
Reason why care was not provided (n=47)		
No doctor available	20 (42.6)	158,242
No appointment available	19 (40.4)	150,070
Unable to pay	7 (14.9)	55,348
Service closed when care was sought	1 (2.1)	7,801
Problem outcome after not receiving care (n=167)		
Got worse	17 (10.2)	129,314
Just the same as before	84 (50.3)	637,696
Improved a little	31 (18.5)	234,540
Improved considerably	21 (12.6)	159,741
Cured/problem solved	14 (8.4)	106,494

Barriers to continuity of care		
Did not receive an explanation as to the reason for seeking care (n=4,100)	3,035 (74.0)	23,530,742
Appointment ended without tests having been requested (n=4,159)	2,376 (57.1)	18,156,829
Reason(s) why did not have some of the test(s) requested (n=526)		
Appointment made, but has not happened yet	279 (53.0)	7,229,979
Unable to get tests on the <i>SUS</i> and unable to pay	86 (16.4)	2,237,201
Unable to go and make appointment / have tests	53 (10.1)	1,377,789
Did not want to	41 (7.8)	1,064,035
Not available in their city	23 (4.4)	600,225
Thought they did not need them	22 (4.2)	572,942
Other	82 (15.6)	2,128,069
Appointment ended without being referred to another service (n=4,178)	3,881 (92.9)	29,540,621
Did not go to some of the referrals (n=294)	100 (34.0)	767,611
Reason why did not go to some of the referrals (n=100)		
Appointment made, but has not happened yet	45 (45.0)	345,425
Unable to go and make appointment / have them	12 (12.0)	92,113
Unable to get tests on the <i>SUS</i> and unable to pay	11 (11.0)	84,437
Did not want to	9 (9.0)	69,085
Thought they did not need them	4 (4.0)	30,704
Not available in their city	3 (3.0)	23,028
Other	22 (22.0)	168,874
Opinion about care received (n=4,027)		
Very bad	107 (2.7)	858,554
Poor	61 (1.5)	476,974
Regular	313 (7.8)	2,480,267
Good	2,169 (53.8)	17,107,485
Very good	1,377 (34.2)	10,875,019
Problem outcome after care was provided (n=4,000)		
Got worse	41 (1.0)	317,983
Just the same as before	1,293 (32.3)	10,270,851
Improved a little	848 (21.2)	6,741,240
Improved considerably	1,046 (26.2)	8,331,155
Cured/problem solved	772 (19.3)	6,137,072

Information is partially unknown for some variables. Differing values may therefore appear.

‡ IBGE, 2010 Demographic Census.

* The denominator refers to the total of individuals who had care provided by a doctor plus individuals who sought this type of care but did not have access to it.

Table 4. Description of barriers to access and continued care based on Brazilian adults' self-reported need to have care provided by a health professional other than a doctor. Brazil, 2009.

Variable (n)	Sample n [#] (%)	Projection for the urban population (20-59 years) [#] 92,168,985 N
Care provided by professional other than a doctor (12,279)	1,613 (13.1)	12,074,137
Needed care, despite not receiving it (n=10,666)	75 (0.7)	
Barriers to access		
Lack of access to health professional other than a doctor (n=1,646) [‡]	33 (2.0)	246,417
Did not make an appointment (n=75)	42 (56.0)	313,972
Reason why did not make appointment (n=42)		
Difficulty in getting an appointment on the <i>SUS</i>	24 (57.1)	179,278
Unable to pay	12 (28.6)	89,796
Family or work commitments	12 (28.6)	89,796
Unable to go and make appointment	9 (21.4)	67,190
This type of professional not available at their usual health service	8 (19.0)	59,655
Afraid / did not want to	6 (14.3)	44,898
Health complaint got better	1 (2.4)	7,535
Other	2 (4.8)	15,071
Reason why care was not provided (n=33)		
No appointment available	9 (27.3)	67,347
Unable to pay	8 (24.2)	59,699
This type of professional not available at the service	15 (15.4)	37,991
Service closed when care was sought	1 (3.0)	7,401
Other	11 (33.3)	82,148
Problem outcome after not receiving care (n=75)		
Got worse	16 (21.3)	119,421
Just the same as before	46 (61.3)	343,687
Improved a little	10 (13.3)	74,568
Improved considerably	1 (1.3)	7,289
Cured/problem solved	2 (2.7)	15,138
Barriers to continuity of care		
Appointment ended without being referred to another service (n=1,537)	1,474 (95.9)	11,579,097
Did not go to some of the referrals (n=61)	25 (41.0)	202,966
Reason why did not go to some of the referrals (n=25)		
Appointment made, but has not happened yet	9 (36.0)	73,068
Unable to get tests on the <i>SUS</i> and unable to pay	5 (20.0)	40,593
Did not want to	4 (16.0)	32,475
Thought they did not need them	3 (12.0)	24,356

Unable to go and make appointment / have them	3 (12.0)	24,356
Not available in their city	1 (4.0)	8,119
Other	3 (12.0)	24,356
Opinion about care received (n=1,492)		
Very bad	16 (1.1)	132,816
Poor	14 (1.0)	120,741
Regular	65 (4.3)	519,188
Good	758 (50.8)	6,133,662
Very good	639 (42.8)	5,167,731
Problem outcome after care was provided (n=1.466)		
Got worse	13 (0.9)	108,667
Just the same as before	271 (18.5)	2,233,715
Improved a little	234 (16.0)	1,931,862
Improved considerably	500 (34.1)	4,117,281
Cured/problem solved	448 (30.5)	3,682,612

Information is partially unknown for some variables. Differing values may therefore appear.

‡ IBGE, 2010 Demographic Census.

¥ The denominator refers to the total of individuals who received care from a health professional other than a doctor plus individuals who sought this type of care but did not have access to it.

Table 5. Description of barriers to access and continued care based on Brazilian adults' self-reported need for domiciliary care. Brazil, 2009.

Variable (n)	Sample	Projection for the urban population (20-59 years) [#] 92,168,985
	n [#] (%)	N
Domiciliary care (12,281)	560 (4.6)	4,239,773
Needed care at home, despite not receiving it (n=11,721)	62 (0.5)	
Barriers to access		
Reason why needed care (n=62)		
Transport difficulties	22 (35.5)	156,074
Confined to bed	18 (29.0)	127,497
Blood pressure problem	10 (16.1)	70,783
Had backache	8 (12.9)	56,714
Had CVA / stroke / ischaemia	5 (8.1)	35,611
Had a mental problem	5 (8.1)	35,611
Had rheumatism / joint problems	5 (8.1)	35,611
Had heart problems	4 (6.5)	28,577
Had a neurological problem	3 (4.8)	21,103
Needed to get vaccinated	3 (4.8)	21,103
Had diabetes	2 (3.2)	14,069
Had been hospitalized in the last three months	2 (3.2)	14,069
Had had surgery recently	2 (3.2)	14,069
Had cancer	1 (1.6)	7,034
Had injured limbs or back	--	--
Lack of access to domiciliary care (n=577) [¥]	17 (2.9)	126,447
Did not request domiciliary care (n=62)	45 (72.6)	319,183
Reason why did not request domiciliary care (n=45)		
Service does not provide domiciliary care	31 (68.9)	219,917
No professional available to provide domiciliary care	25 (55.6)	177,466
Health complaint got better	7 (15.6)	49,793
Unable to go and make an appointment or request domiciliary care	6 (13.3)	42,451
Afraid / did not want to	5 (11.1)	35,429
Service telephone always engaged or not working	2 (4.4)	14,044
Service does not have telephone	1 (2.2)	7,022
Other	6 (13.3)	42,451
Reason why domiciliary care not provided (n=17)		
Sought care but health service did not reply	8 (47.1)	56,738
Sought care but health service did not have a professional available	8 (47.1)	56,738
Sought care but health service does not provide this type of care	7 (41.2)	49,631
Sought care but no appointment available	6 (35.3)	42,523
No <i>SUS</i> professional available and unable to pay privately	4 (23.5)	28,309

Sought care but the service was closed	1 (5.6)	6,746
Telephone always engaged (n=17)	--	--
Other (n=17)	--	--
Problem outcome after not receiving care (n=62)		
Got worse	10 (16.1)	70,783
Just the same as before	28 (45.2)	198,720
Improved a little	11 (17.7)	77,817
Improved considerably	10 (16.1)	70,783
Cured/problem solved	3 (4.8)	21,103

Barriers to continuity of care

Did not receive an explanation as to the reason for seeking care (n=537)	444 (82.7)	3,506,293
Received care but not referred to any other service (n=550)	515 (93.6)	3,968,428
Did not go to some of the referrals (n=35)	4 (11.4)	30,933
Reason why did not go to some of the referrals (n=4)		
Appointment made, but has not happened yet	1 (25.0)	7,733
Unable to get tests on the <i>SUS</i> and unable to pay	--	--
Thought they did not need them	1 (25.0)	7,733
Did not want to	1 (25.0)	7,733
Unable to go and make appointment / have them	1 (25.0)	7,733
Not available in their city	--	--
Other	1 (25.0)	7,733
Opinion about care received (n=548)		
Very bad	3 (0.6)	25,439
Poor	5 (0.9)	38,158
Regular	46 (8.4)	356,141
Good	350 (63.8)	2,704,975
Very good	144 (26.3)	1,115,060
Problem outcome after care was provided (n=427)		
Got worse	1 (0.2)	8,480
Just the same as before	222 (52.0)	2,204,682
Improved a little	52 (12.2)	517,252
Improved considerably	99 (23.2)	983,627
Cured/problem solved	53 (12.4)	525,732

Information is partially unknown for some variables. Differing values may therefore appear.

‡ IBGE, 2010 Demographic Census.

* The denominator refers to the total of individuals who received domiciliary care plus individuals who sought this type of care but did not have access to it.

ARTIGO DE REVISÃO 3

Desafios na Avaliação de Qualidade na Assistência Ambulatorial de Saúde: revisão sistemática

Artigo a ser submetido à Revista Ciência & Saúde Coletiva.

Artigo 3

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

Challenges in the Assessment of Quality in Health Care: systematic review

Alitéia Santiago Dilélio¹

Elaine Tomasi¹

Luiz Augusto Facchini¹

1 Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas

* Endereço para correspondência:
Alitéia Santiago Dilélio
Departamento de Medicina Social
Av. Duque de Caxias, 250. Bairro: Fragata
Telefone: 53 - 33092400
CEP: 96030-000
Pelotas - RS
E-mail: aliteia@gmail.com

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

Challenges in the Assessment of Quality in Health Care: systematic review

Resumo

A qualidade da assistência na área da saúde é discutida desde o início do século XX, alcançando destaque no Brasil apenas na década de 1990. O crescente interesse em estudar a qualidade dos serviços de saúde esbarra na falta de consensos sobre definições, modelos conceituais, dimensões e indicadores, dificultando a avaliação e comparabilidade dos resultados. Além do modelo clássico de Donabedian de avaliação de qualidade, contemporaneamente são utilizados modelos de avaliação de desempenho de sistemas e serviços de saúde para caracterizar sua qualidade. A efetividade é a dimensão de desempenho mais relacionada à qualidade, embora os autores também destaquem a relevância de acesso, adequação, eficiência, equidade e satisfação do usuário. Para todas elas são propostos indicadores, embora não se identifique consenso em sua utilização e em sua vinculação às dimensões propostas. Apesar disso, as propostas reconhecem a necessidade de se avançar na mensuração objetiva da qualidade da assistência à saúde, considerando sua relevância para a melhoria das condições de saúde e para orientar a estruturação de políticas e programas.

Palavras-Chave: Qualidade da Assistência à Saúde; Avaliação de Serviços de Saúde; Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde; Desempenho de Serviços de Saúde; Modelos Epidemiológicos.

Abstract

The quality of care in health is discussed since the early twentieth century, reaching prominence in Brazil only in 1990. Growing interest in studying the quality of health services hindered by a lack of consensus on definitions, conceptual models, dimensions and indicators, complicating the evaluation and comparability of results. Besides the classic Donabedian model of quality assessment, contemporaneously models for evaluating the performance of health systems and services are used to characterize their quality. Effectiveness is the dimension most related to quality performance, although the authors also highlight the importance of access, adequacy, efficiency, equity and user satisfaction. To all of them are proposed indicators, although not identify consensus on its use and its connection to the proposed dimensions. Nevertheless, the proposals recognize the need to advance the objective measurement of the quality of health care, considering their relevance to improving the health and decision making of policies and programs.

Keywords: Quality of Health Care; Evaluation of Health Services; Indicators of Quality in Health Care; Performance of Health Services; Epidemiological models.

INTRODUÇÃO

A qualidade da assistência na área da saúde vem sendo discutida pelo menos desde o início do século XX, considerando sua relevância para o adequado atendimento das necessidades de saúde da população em termos científicos, sociais e culturais^{1,2}. A avaliação dos serviços ambulatoriais de saúde com ênfase na qualidade da assistência conquistou espaço nos Estados Unidos a partir da década de 1960². No Brasil, este assunto ganhou destaque apenas no final da década de 1990, com o fortalecimento do controle social e a valorização da participação da comunidade nas ações de planejamento e avaliação^{3,4} e com a difusão de propostas de avaliação de desempenho do sistema de saúde⁵.

O crescente interesse em estudar a qualidade dos serviços de saúde^{5,6} esbarra em dificuldades relativas à falta de consensos sobre definições, modelos conceituais, dimensões, indicadores e padronização de instrumentos, dificultando a comparabilidade dos resultados. Apesar disso, a satisfação de usuários continua sendo utilizada para medir qualidade⁷⁻¹², o que reduz esta categoria a percepções individuais¹³.

Alternativamente, diversos autores propõem a avaliação de desempenho de sistemas e serviços de saúde para caracterizar sua qualidade^{6,14-16}. Independente do nível de atenção à saúde - ambulatorial, hospitalar e domiciliar - ou do instrumento, a avaliação de desempenho pode ser feita a partir de modelos conceituais que abordam diferentes dimensões e indicadores dos serviços de saúde^{6,14-16}.

No Brasil, uma iniciativa para avaliar a qualidade dos serviços foi estabelecida em meados da década de 1990, com o Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde (PGAQS) e em 1998 com o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar, que culminaram com a criação em 1999 da Organização Nacional de Acreditação (ONA)¹⁷.

Em 2011, o Ministério da Saúde brasileiro propôs mudanças nas diretrizes da atenção primária à saúde com o objetivo de incentivar os gestores locais do Sistema Único de Saúde a

melhorar o padrão de qualidade da assistência oferecida aos usuários do SUS nas Unidades Básicas de Saúde, com destaque para equipes de Saúde da Família¹⁸. Parte desta proposta teve origem na iniciativa Avaliação para a Melhoria da Qualidade - AMQ - adotada em 2005 e 2006 por um reduzido número de municípios e equipes de saúde (<http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/autoavaliacoesf/paginas/amqoquee.asp>).

O objetivo desta revisão foi identificar a proposição de definições, modelos conceituais, dimensões e indicadores para avaliação de qualidade da assistência ambulatorial de saúde, contribuindo para o desenvolvimento de estudos sobre o tema e a tomada de decisão visando à melhoria dos serviços e da saúde da população.

METODOLOGIA

ESTRATÉGIAS DE BUSCA

Inicialmente, realizou-se revisão sobre termos utilizados para indexação relacionados a qualidade da assistência em saúde. Para isso, utilizou-se o Medical Subject Heading - MeSH e o DeCS - Descritores em Ciências da Saúde. A partir desta verificação foi realizada uma revisão sistemática nas bases de dados eletrônicas: PUBMED / MEDLINE, Web of Science (WoS), LILACS e SCIELO, utilizando descritores independentes que permitiram a realização de uma busca mais ampla, excluindo erros de digitação e potenciais erros de procura quando se utiliza MeSH Terms em diferentes bancos de dados. Adicionalmente, foi realizado rastreamento nas referências dos artigos selecionados para análise. De acordo com os recursos disponíveis nas bases de dados selecionadas procederam-se as adequações necessárias para a realização da busca, como por exemplo, a utilização do termo no idioma inglês ou português. A busca foi limitada a publicações e investigações originais em humanos.

Os descritores utilizados foram: (Healthcare quality indicators “OR” quality indicators for health care “OR” quality of care “OR” quality in health care) “AND” (Health Services Evaluation).

As buscas foram realizadas em 2013 e transferidas para o *software EndNote* para revisão (leitura de títulos e resumos) e seleção de artigos na íntegra.

Em todas as bases de dados foram definidos como limites: tipo de artigo (estudos de avaliação, artigos de jornal, estudos observacionais, revisão, revisão sistemática), data da publicação (10 anos), espécie (humanos) e idioma (inglês, português, espanhol). Para o PUBMED definiu-se a MEDLINE como *journal categories*; para o Web of Science as buscas foram realizadas na “Principal Coleção do WoS” e utilizando os descritores entre aspas; e para LILACS incluíram-se em tipo de documento “teses”.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE TRABALHOS

Foram incluídos os trabalhos que apresentavam resultados de estudos conceituais e observacionais, que propunham ou utilizavam definições, modelos conceituais, dimensões e indicadores para avaliação de qualidade da assistência ambulatorial de saúde. O quadro 1 apresenta os artigos selecionados na revisão.

Após a leitura dos resumos, foram excluídas as referências cujo objeto de estudo era aspectos organizacionais dos serviços de saúde como, por exemplo, estudos sobre a implantação de um novo sistema de informação ou itens a serem considerados no planejamento das unidades de saúde; estudos sobre morbidades e especialidades específicas como, por exemplo, diabetes, asma, cardiologia, dermatologia; e estudos sobre a estrutura de sistemas de saúde de âmbito nacional, entre outros (Figura 1).

Após a leitura dos artigos, foram excluídos aqueles cujo foco era a atenção hospitalar, os serviços de urgência ou a atenção domiciliar, além de estudos com ênfase em alguma morbidade específica e na satisfação do paciente (Figura 1).

ETAPAS DA SELEÇÃO DE TRABALHOS

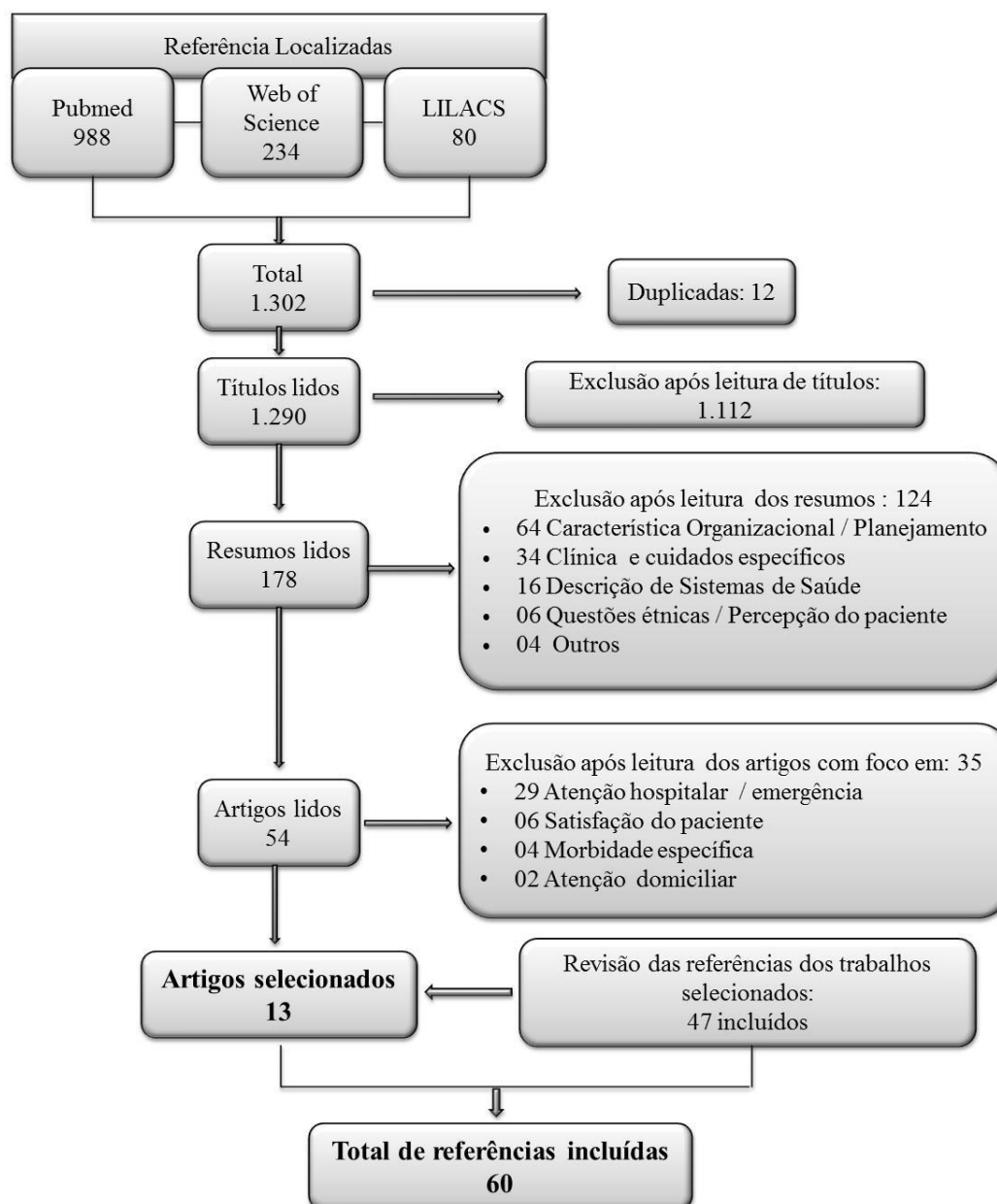


Figura 1. Fluxograma da seleção de artigos para revisão

RESULTADOS

QUALIDADE E DESEMPENHO EM SAÚDE: DEFINIÇÕES

Definir o conceito de qualidade do cuidado é uma tarefa complexa e essencial para a avaliação de serviços de saúde. Em termos históricos, uma definição usual de qualidade refere-se ao juízo de valor do usuário sobre o cuidado médico^{1, 14}. Contemporaneamente, a qualidade em saúde tem sido considerada como o grau, segundo o qual os cuidados ao usuário potencializam a sua recuperação e reduzem a probabilidade de maleficência, medido através de comparação com parâmetros apropriados¹⁹.

Qualidade, ainda, pode ser definida como “o grau, em que os serviços de saúde aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejados e de cuidados consistentes com o conhecimento profissional”^{20, 21}. Em um sentido mais amplo alguns autores consideram que a qualidade envolve, além das necessidades e expectativas dos usuários, a estrutura organizacional da instituição prestadora de serviços, como por exemplo a disponibilidade de profissionais e a forma de agendamento^{8, 22}.

O desempenho dos serviços de saúde tem sido crescentemente utilizado para avaliar a qualidade da atenção^{16, 23-26} referindo-se ao quanto os objetivos dos sistemas de saúde²⁶ estão concretizados. O desempenho depende da estrutura do sistema, que deve ser capaz de garantir o atendimento, reconhecendo que as necessidades de saúde são, em grande medida, decorrentes de determinantes sociais, políticos e econômicos⁵. Portanto desempenho é algo que pode ser verificado e mensurado, sendo utilizado como uma ferramenta gerencial para avaliar os sistemas ou serviços de saúde. Entretanto, as diferenças socioeconômicas, demográficas e conceituais nos atributos de cada sistema de saúde²⁶ dificultam o alcance de consensos nesta definição.

Na atenção primária, a avaliação do desempenho também tem sido considerada útil para melhorar a qualidade e promover a responsabilidade, à medida que inclui características

estruturais do sistema de saúde, o contexto, os usuários e a organização da prática e não apenas mede os componentes técnicos do atendimento e da prestação de serviços²⁴.

A Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE), uma entidade que agrega os países com maior desenvolvimento econômico, tem incentivado a aferição do desempenho do sistema de saúde devido ao aumento dos custos, o envelhecimento da população, os erros médicos, a má qualidade dos serviços e as desigualdades. Esta proposta entende a qualidade dos cuidados em saúde dentro de um quadro de desempenho mais amplo, que reconhece os objetivos da política de saúde, em que os cuidados de saúde são resultado da combinação entre os serviços de saúde e os cuidados de saúde pessoal¹⁶.

MODELOS CONCEITUAIS E SUAS DIMENSÕES

O uso de modelos conceituais para explicar os determinantes da saúde, incluindo a organização das práticas de saúde, é cada vez mais frequente²⁷⁻²⁹. O tradicional modelo proposto por Leavell e Clark, que sistematiza os conceitos de promoção da saúde, prevenção, cura e reabilitação, identifica o efeito potencial das ações de saúde nos diversos momentos da história natural de uma doença ou agravo³⁰. Ainda assim e, à semelhança de modelos conceituais propostos no âmbito da determinação social da saúde e de outras correntes teóricas³⁰⁻³³, Leavell e Clark não desenvolveram uma estrutura voltada para avaliar a qualidade dos serviços, ou das ações de saúde³⁴.

Em 1966, Donabedian desenvolveu o modelo conceitual mais difundido e provavelmente mais utilizado mundialmente na avaliação de qualidade dos serviços de saúde. Desde então, os serviços de saúde passaram a ser pensados também como produtos passíveis de padronização da qualidade, através de abordagem baseada na tríade estrutura, processo e resultado¹⁴. O conceito de estrutura contempla os recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para a assistência. Para o processo são considerados os aspectos

técnicos e administrativos incluindo as atividades com profissionais de saúde e pacientes. O componente de resultado diz respeito ao produto final da assistência prestada, isto é, denota os efeitos dos cuidados sobre o estado de saúde do indivíduo e população, considerando a aquisição de conhecimento e mudança de comportamento e a satisfação dos usuários¹⁴.

O modelo de Donabedian inclui dimensões que traduzem a qualidade nos serviços: a eficácia - a capacidade de prestar o melhor cuidado para melhorar a saúde; a efetividade - o grau de resolutividade atingido em condições reais; a eficiência - a capacidade de obter o melhor resultado ao menor custo; a otimização - melhor equilíbrio entre custo e benefício; a aceitabilidade - conformidade às preferências dos pacientes em relação à acessibilidade, relação médico-paciente, conforto e efeitos e custo do cuidado, a legitimidade - conformidade dos atributos anteriores às preferências sociais e a equidade - distribuição justa dos cuidados e os seus efeitos sobre a saúde³⁵.

Em uma releitura da tríade estrutura, processo e resultado de Donabedian, Campbell e cols. propõem um modelo conceitual que destaca acesso e efetividade como as duas principais dimensões da qualidade do cuidado de saúde. Em relação ao acesso, os autores valorizam a existência do serviço, as barreiras geográficas para alcançá-lo, a oferta de cuidados e profissionais para atender as necessidades dos pacientes. A efetividade, definida como a capacidade da assistência dispensada para alcançar os resultados desejados para a resolução dos problemas, depende do cuidado clínico e das relações interpessoais, que implicam na aplicação do conhecimento disponível e em sua aceitação pelo usuário, em um determinado contexto sociocultural. O modelo foi desenvolvido para avaliar os cuidados individuais, mas considera o contexto na provisão de serviços de saúde para a população. Concordando com Donabedian na distinção entre qualidade individual e social das ações de saúde, o modelo também propõe três fatores adicionais - equidade, eficiência e custo - na caracterização da qualidade em termos populacionais³⁶.

Entretanto, a grande maioria dos modelos conceituais abordam a qualidade no âmbito da avaliação de desempenho de serviços e ações de saúde^{16, 23-26}. Segundo Arah, a avaliação de desempenho pode utilizar dois modelos conceituais distintos. O primeiro refere-se à manutenção de um sistema eficiente sem enfatizar os determinantes externos de saúde; o segundo engloba o cuidado em saúde e os determinantes sociais, físicos e demográficos, buscando também a eficiência e a equidade em um sentido mais amplo¹⁶.

A Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico considera que a maioria dos países e agências internacionais utilizam modelos conceituais amplos, com grande diversidade de dimensões para avaliar o desempenho dos sistemas de saúde. A OCDE desenvolveu um modelo conceitual combinando as contribuições de um modelo americano³⁷ e outro canadense^{38, 39} para comparar a qualidade dos cuidados de saúde entre os países, com quatro níveis: 1) a situação de saúde dos indivíduos (condições de saúde, capacidade funcional e qualidade de vida, expectativa de vida e bem-estar e mortalidade); 2) determinantes sociais (comportamentos de saúde e estilo de vida, recursos pessoais ou coletivos, condições socioeconômicas e ambientais; 3) desempenho do sistema de saúde (necessidades de saúde, qualidade, acesso e custos) e 4) características do sistema de saúde e especificidades contextuais (determinantes relacionados com as particularidades de cada país e da conformação do sistema de saúde)¹⁶.

No modelo da OCDE, as dimensões do desempenho do sistema de saúde que se relacionam com a qualidade são: efetividade (entendida como o grau de obtenção de resultados desejáveis, devido à correta provisão de cuidados e serviços de saúde baseados em evidências); segurança (disponibilidade de estruturas adequadas e de provisão de serviços necessários para alcançar os resultados desejáveis, prevenindo danos a usuários, profissionais de saúde e ambiente); capacidade de resposta e cuidado centrado no usuário (capacidade de acolher as demandas do usuário que é colocado no centro da prestação de cuidados de saúde,

dando respostas às suas dúvidas, ou se responsabilizando por buscar as respostas e soluções desejadas)¹⁶.

Em 2012, O Projeto de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde - PROADESS propõe um modelo conceitual, representado em uma Matriz de Dimensões da Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde que englobam o contexto político, social, econômico e a conformação do sistema de saúde. O modelo é composto por quatro dimensões: os determinantes da saúde (ambientais, socioeconômicos e demográficos), as condições de saúde da população (morbidade, estado funcional, bem-estar e mortalidade), a estrutura do sistema de saúde (financiamento e recursos) e o desempenho dos serviços de saúde. A estrutura política, social e econômica configuram condicionantes fundamentais e adquirem caráter contextual no processo de avaliação do desempenho do sistema. A dimensão do desempenho é composta por oito subdimensões: efetividade, acesso, eficiência, respeito ao direito das pessoas, aceitabilidade, continuidade, adequação e segurança⁵.

Embora sem abordar a qualidade como uma dimensão do desempenho dos serviços, o modelo conceitual do PROADESS destaca a efetividade, a segurança e o respeito às pessoas (conceituado de modo similar ao de responsividade), enfatizados por Arah e cols. como relacionados à qualidade^{5,38}. Além disso, os autores associam o conceito de qualidade à adequação, eficiência, continuidade do cuidado e respeito ao direito das pessoas. Citando Aday e cols. (2004), os autores identificam a adequação como um componente da qualidade, cuja avaliação deve levar em conta a correta utilização de conhecimentos e técnicas disponíveis no cuidado da doença e da saúde⁴⁰.

Crampton e cols. (2004) desenvolveram um modelo conceitual para avaliar o desempenho dos serviços de saúde na Nova Zelândia, utilizando as seguintes dimensões: qualidade, como um conceito mais abrangente que visa melhorar o atendimento ao paciente e os resultados de saúde da população; desempenho, que inclui características da prática

profissionais úteis para avaliar a qualidade e; resultado, diretamente relacionado ao estado de saúde e a avaliação do usuário²³. Os autores consideram que um desempenho adequado dos serviços pode contribuir para a melhoria da qualidade das ações de saúde ao promover a utilização de intervenções baseadas em evidências e ao avaliar o seu alcance²³.

Ao buscar identificar semelhanças e diferenças na avaliação da qualidade dos cuidados de saúde primários em 12 países europeus, Kerssens e cols. identificaram cinco dimensões importantes para avaliar desempenho global (nível de saúde, distribuição da saúde, equidade financeira, capacidade de resposta e distribuição da capacidade de resposta)²⁵.

O modelo “capacidade-desempenho”, sugerido por Barbara Starfield, para medir o potencial e o alcance de cada um dos atributos da atenção primária - atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação - destaca seis dimensões fundamentais: quatro elementos estruturais que definem o potencial - acessibilidade, variedade de serviços, população eletiva e continuidade - e dois aspectos do processo que traduzem o potencial em uma atividade adequada - utilização, que se refere à extensão e ao tipo de uso dos serviços de saúde e reconhecimento de um problema ou de uma necessidade².

A avaliação da APS baseada no modelo capacidade e desempenho presume que os atributos estruturais estejam disponíveis e demanda a escolha das características mais importantes a serem avaliadas. A capacidade é o que garante a prestação dos serviços (oferta) composta por no mínimo dez componentes estruturais - pessoal; instalações e equipamentos; gerenciamento e comodidades; variedade de serviços oferecidos pelas instalações; organização dos serviços; mecanismos para oferecer continuidade da atenção; mecanismos para oferecer acesso ao atendimento; arranjos para financiamento; delineamento da população eletiva para receber os serviços e administração do sistema de saúde. O desempenho entendido como processo (ações que constituem a oferta e o recebimento de serviços) é composto por dois componentes - os que representam atividades dos provedores da atenção e

os que representam atividades da população. Os provedores são responsáveis por reconhecer as necessidades individuais e coletivas, formular o diagnóstico, instituir o tratamento e reavaliar/monitorar constantemente o problema. A interação das pessoas com o sistema refere-se às decisões pessoais, como usar ou não o sistema, ficar satisfeitos ou não e aceitar ou não o tratamento².

A concepção de qualidade de Starfield está em consonância com aquelas referidas por Donabedian¹⁴, Campbell e cols.³⁶ e Crampton e cols.²³, destacando sua forte interação com o desempenho dos serviços, particularmente com as dimensões de efetividade e equidade. A autora considera que uma Atenção Primária à Saúde (APS) de alta qualidade depende diretamente de melhorias contínuas em condições estruturais e organizacionais dos serviços e no desenvolvimento profissional, incluindo a formação de graduação e pós-graduação. De modo indireto, a qualidade também estaria relacionada com a satisfação dos usuários e o custo dos serviços. Sua proposta também diferencia a qualidade da atenção em duas perspectivas, uma clínica individual e outra populacional².

Valentine e cols. referem que os aspectos não-clínicos de cuidados de saúde são importantes dimensões da qualidade do serviço. Os autores discutem também o conceito de “capacidade de resposta” composto por oito dimensões em dois grupos: dimensões interpessoais (dignidade, autonomia, confidencialidade e comunicação) e dimensões estruturais (escolha do prestador de cuidados, pronto atendimento, qualidade dos serviços básicos, acesso a redes de apoio social)⁴¹.

Facchini e cols. propõem um modelo conceitual para avaliar o desempenho dos serviços de atenção básica à saúde, caracterizando suas dimensões, categorias de análise, variáveis e os indicadores utilizados em sua mensuração. O modelo apresentado não aborda diretamente a qualidade dos serviços, que está subjacente nas várias dimensões avaliadas, com ênfase para a efetividade e equidade. Os autores também destacam a importância do

contexto na avaliação do desempenho dos serviços, juntamente com aspectos relacionados com a estrutura dos serviços e a organização da atenção, particularizando a supervisão técnica do trabalho, a capacitação dos profissionais de saúde, o acesso e o acolhimento⁶.

INDICADORES

Indicadores de saúde são medidas sintéticas com informações relevantes sobre atributos e dimensões do estado de saúde dos indivíduos e do desempenho do sistema de saúde⁴². Costumam ser utilizados no contexto de processos avaliativos, devendo, portanto, ser mensuráveis e padronizados^{19, 43, 16}.

Pesquisas demonstram que a qualidade da atenção à saúde pode ser medida^{16, 20-22, 44-46} através de indicadores, havendo^{23, 26} e sua escolha depende dos objetivos da avaliação. Por exemplo, indicadores de oferta e utilização podem ser avaliados nos próprios serviços ou usando os sistemas de informação de rotina (dados secundários); já indicadores de cobertura ou impacto, quase sempre exigem dados primários⁴³.

Para a aferição do desempenho, diversos conceitos e dimensões devem ser considerados para a escolha e formulação de indicadores, exigindo atenção especial de gestores, profissionais e pesquisadores na definição do que se quer medir e quais são os objetivos da política de saúde. A escolha dos indicadores depende do contexto em que estão sendo avaliados. Este cuidado é útil principalmente na identificação de problemas, na revisão de protocolos e na disponibilização de instrumentos válidos e confiáveis^{16, 19}.

Os indicadores de desempenho são componentes importantes para a maioria das abordagens de gestão de qualidade e podem relacionar a clínica, a saúde da população e o desempenho organizacional e financeiro do serviço. Na Atenção Primária, contribuem para a melhoria da qualidade de programas, podendo promover o uso mais amplo de intervenções baseadas em evidências (ex.: prevenção secundária de doença coronária)²³.

O PROADESS identificou 40 indicadores de desempenho, capazes de acompanhar programas prioritários, o que representa um grande passo para a institucionalização de um processo avaliativo do desempenho do sistema de saúde. Os indicadores foram analisados quanto à validade de face, viabilidade de obtenção dos dados e avaliação de redundância, considerando as fontes de informação, estando disponíveis em <http://www.proadess.icict.fiocruz.br>⁵.

O Índice de Desempenho do SUS (IDSUS), proposto pelo Ministério da Saúde em 2012, é composto por 24 indicadores (14 associados à cobertura e 10 à efetividade) que propõem avaliar o desempenho do SUS. A partir desta avaliação atribui-se uma nota de zero a dez, para cada município, unidade da federação e para o Brasil. Quanto menor a nota pior a classificação do desempenho. A base teórica para a construção do IDSUS foi a Metodologia de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro (PROADESS)⁴⁷.

O Índice de Responsividade do Serviço (IRS) constitui-se em uma metodologia de avaliação de serviços públicos por usuários que permite o acompanhamento, pelos gestores, de um conjunto de indicadores. O IRS foi composto por seis componentes reunidos em dois grupos: o respeito pelas pessoas (dignidade, confidencialidade, atendimento) e a orientação para o cliente (agilidade, instalações e informação e comunicação). O IRS, aplicado no Instituto de Pesquisa Evandro Chagas - IPEC em uma unidade de assistência de alta complexidade, demonstrou a relação entre a escolaridade e a avaliação do serviço de saúde. O índice para o respeito às pessoas praticamente não variou entre os grupos de escolaridade enquanto o índice da orientação para o cliente diminuiu conforme aumentou a escolaridade⁴⁸.

Construído em 2000 e adaptado para o Brasil em 2006, o instrumento Primary Care Assessment Tool (PCATool), baseado no modelo de Donabedian, vem sendo utilizado para a mensuração de aspectos de estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde, constituindo-se em ferramenta fundamental no contexto da APS⁴⁹. Devem ser consideradas as

dimensões essenciais (longitudinalidade, integralidade, coordenação da atenção e porta de entrada do sistema de saúde) e as dimensões derivadas (orientação familiar e comunitária e competência cultural) para realizar as avaliações em saúde¹⁵.

Macinko e cols., ao utilizarem o *PCATool* para descrever as dimensões essenciais da atenção primária comparando dois modelos de atenção (Estratégia de Saúde da Família - ESF e Tradicional), identificaram que a ESF apresentou melhores resultados em seis das oito dimensões avaliadas, apesar de observarem variações ao interior de cada modelo. A ESF superou as unidades básicas tradicionais nas dimensões de acesso no primeiro contato, abrangência, enfoque familiar e orientação para a comunidade, que estão diretamente relacionadas com a proposta do modelo. Os resultados foram similares⁵⁰ nas dimensões referentes ao acesso, coordenação e oferta, principalmente em relação à infraestrutura e provimento de profissionais.

A *Health Services Research into European Policy and Practice* (HSREPP) é uma iniciativa que visou identificar, avaliar e melhorar a contribuição de pesquisas de serviços de saúde para as políticas de saúde na Europa. Os indicadores estão dispostos em oito dimensões relacionadas a conceitos e quadros de desempenho; aos dados de mortalidade (mortalidade evitável, taxa de mortalidade padronizada, registro de óbitos); ao tratamento do câncer (*screening* de câncer, taxas de sobrevivência, registro de câncer, incidência, prevalência, controle, armazenamento temporário); ao atendimento prestado nos hospitais (desempenho hospitalar, taxa de readmissão, eventos adversos, tempo de espera, tempo de espera para cirurgia, dados médicos); à segurança do paciente (taxonomia, indicadores de segurança, cultura da segurança, intervenções de segurança, melhoria de segurança); ao desempenho nos cuidados primários; à experiência do paciente e à pesquisa sobre a prática da melhoria de aferição e desempenho⁴⁶.

No âmbito do desenvolvimento de indicadores, cabe destacar as contribuições de Boulkedid e cols. e de Katz e cols. Boulkedid e cols. propõem a técnica Delphi para o desenvolvimento de indicadores de qualidade na área da saúde, sugerindo orientações para melhorar sua aplicabilidade. A técnica é um processo estruturado que utiliza uma série de questionários ou “*rounds*” para coletar informações²⁰. Katz e cols. propõem a utilização de dados administrativos para desenvolver indicadores de processo na avaliação da qualidade na APS através de oito indicadores de qualidade relacionados às ações de prevenção (proporção de imunização infantil; proporção de idosos com 65 anos ou mais de idade com vacinação da influenza; proporção de mulheres com idade entre 18 e 60 anos com exame de câncer de colo de útero) e às ações de manejo de doenças crônicas (proporção de prescrição de antidepressivos para pacientes com diagnóstico de depressão a duas semanas; proporção de pacientes com diagnóstico de asma com prescrição de medicações para tratamento a longo prazo; proporção de diabéticos examinados por oftalmologista ou optometrista; proporção de pacientes com diagnóstico pós infarto do miocárdio com prescrição de beta bloqueadores após quatro meses de alta hospitalar; proporção de idosos com 75 anos ou mais de idade com prescrição de benzodiazepínicos por mais de 30 dias)⁴⁵.

A satisfação como um indicador de qualidade dos serviços de saúde é muito utilizada⁷⁻¹², mas é fundamental considerar o seu significado em um contexto de marcadas desigualdades sociais, isto é, conseguir avaliar a satisfação do usuário considerando as diferenças educacionais, culturais e de utilização dos serviços⁵¹.

Loeb destaca que as medidas tradicionais de satisfação do paciente não são padronizadas, raramente são de domínio público, podem ser influenciadas pelo tamanho da amostra e pelas características da taxa de respostas. Pode ocorrer, ainda, que a satisfação dos usuários não esteja diretamente relacionada com a prestação de cuidados de saúde de alta qualidade⁵².

Um aspecto a ser considerado em relação às avaliações da qualidade dos serviços baseadas na satisfação dos usuários é a pouca aplicabilidade dos resultados destas medidas. Por seu caráter genérico, na maioria das vezes impossibilita a identificação dos fatores que deveriam ser considerados na melhoria dos serviços. Ainda, em avaliações longitudinais há uma diminuição da satisfação devido ao aumento da expectativa do usuário e não necessariamente do declínio da qualidade dos serviços^{48, 51}. Também não há evidências de que os usuários avaliam a qualidade diferenciando expectativas e percepções²².

DISCUSSÃO

A revisão da literatura possibilitou observar que os estudos sobre qualidade apresentam diversas abordagens, com predomínio de trabalhos sobre a verificação de desempenho dos serviços e cuidados de saúde com ênfase em instituições hospitalares. Klazinga e cols., ao avaliarem publicações na Europa entre 2000 e 2010, identificaram maior proporção de atividades de pesquisa no campo de indicadores de desempenho e aferição no atendimento prestado em hospitais (23%), seguido de pesquisa no campo da atenção primária (16%). A menor proporção de atividades de pesquisa foi identificada em relação a conceitos e modelos de desempenho (3%)⁴⁶.

Há consenso de que antes de começar qualquer avaliação, é necessário decidir como será definida a qualidade, compreender os fatores envolvidos, detalhar as relações causais entre estrutura e assistência⁵³. É necessário também, estabelecer as dimensões e o conjunto de indicadores a serem avaliados, como a satisfação do usuário com o atendimento recebido ou com o tempo de espera, a infra-estrutura física e de recursos humanos, a disponibilidade de atendimento, entre outros^{19, 54}. No caso de avaliações de desempenho, a escolha das dimensões que serão objeto da avaliação devem levar em conta os princípios, os objetivos e as metas pactuadas dos sistemas de saúde^{55, 56}.

Alguns estudos que propõem metodologias de avaliação de qualidade ou desempenho dos serviços de saúde não apresentam um modelo conceitual, as dimensões avaliadas e seleção adequada de indicadores⁵⁷, elementos essenciais para a compreensão das medidas e dos resultados. A falta de consenso nas definições tende a dificultar a realização de avaliações, aferição do impacto e comparabilidade dos achados²².

O emprego de indicadores capazes de monitorar e avaliar a qualidade dos serviços prestados aos usuários do sistema de saúde se constitui em ferramenta estratégica na padronização de instrumentos. Os indicadores podem sinalizar as áreas que precisam de maior atenção, em que há necessidade de revisão de protocolos, reorganização do serviço e capacitação de profissionais. A proporção de diabéticos que tiveram seus pés examinados, a proporção de gestantes que realizaram primeira consulta de pré-natal no primeiro trimestre de gestação e a proporção de hipertensos com níveis pressóricos normais são exemplos de indicadores objetivos para a qualidade da atenção^{19, 54}.

Restringir o escopo dos indicadores a dados facilmente mensuráveis não garante a aferição da qualidade dos cuidados uma vez que sua definição deve considerar a sua operacionalidade. Por exemplo, a inspeção dos pés para pacientes com diabetes e a realização de controle glicêmico medem a qualidade dos cuidados ao indivíduo portador de diabetes, mas são ações diferentes que exigem diferentes recursos, pois para a inspeção dos pés basta um profissional capacitado e para o controle glicêmico é necessária a mobilização de insumos e serviços especializados²⁴. No Chile, o tempo de espera, a cobertura e a capacidade resolutive, a distribuição segundo especialistas, as taxas de consultas e de exames de laboratório e de imagem são indicadores que podem ilustrar a qualidade da assistência na APS, construídos a partir de informações de registro eletrônico¹².

Um dos grandes obstáculos para a obtenção e análise de indicadores de qualidade e desempenho é a fonte dos dados. O subregistro e a falta de conectividade entre os diferentes

sistemas de informação em saúde são entraves importantes para o desenvolvimento na área. O Brasil ruma para a melhoria do acesso aos sistemas de informação instituindo plataformas *on line* e integração dos sistemas, mas há muito ainda a ser conquistado, dada a precarização da infraestrutura de tecnologia de informação e comunicação e a escassez de recursos qualificados em todas as esferas de gestão^{58, 59}. Investimentos nesta área facilitarão a utilização de dados secundários, fazendo com que profissionais de saúde possam embasar suas prescrições, condutas e decisões a partir dos indicadores locais de saúde e que, em condições ideais, os usuários escolham os serviços de saúde a partir dos relatórios de desempenho⁶⁰.

Sugere-se que pesquisas no âmbito dos serviços de saúde devam priorizar aspectos que não estão sendo avaliados e não são facilmente medidos com os dados disponíveis (em prontuários, sistemas de informação, fichas de atendimento ambulatorial) como, por exemplo, a proporção de idosos que internaram por condições sensíveis à atenção básica e a proporção de homens acima de 45 anos de idade com exame de próstata ou com PSA (antígeno prostático específico) solicitado²⁴.

Nesta perspectiva, é importante considerar aspectos que influenciam as estruturas, os processos de trabalho e os modos de utilização dos serviços pelos usuários e não apenas a sua satisfação³. Assim sendo, o modelo conceitual proposto por Viacava e cols., no projeto PROADESS, seria mais adequado para a realização de avaliações do desempenho do sistema e dos serviços de saúde brasileiro, pois considera o contexto político, social e econômico a partir de indicadores padronizados, selecionados e calculados para cada dimensão e sub-dimensão, com base em dados dos sistemas nacionais de informação, censo demográfico e pesquisas de base populacional.

CONCLUSÃO

A importância da difusão do conhecimento e da divulgação dos achados no meio científico, acadêmico e profissional, para o compartilhamento de evidências com gestores vem estimulando a participação de instituições de saúde na aferição e elaboração de relatórios sobre a qualidade dos serviços de saúde.

Desenvolver modelos conceituais amplos com dimensões bem definidas e indicadores padronizados, que possibilitem a investigação da qualidade da assistência em saúde no contexto nacional e internacional, deve continuar na agenda de pesquisadores a fim de contribuir para os processos de avaliação de serviços de saúde. Com isso, serão fortalecidos os processos de tomada de decisão, de formulação de políticas, de implantação de programas e do monitoramento da qualidade dos serviços.

COLABORADORES

AS Dilélio, LA Facchini, E Tomasi participaram da concepção, do delineamento, da análise e interpretação dos dados, da redação e revisão crítica do artigo e aprovação da versão a ser publicada.

REFERÊNCIAS

1. Lee RI, Jones LW. The fundamentals of good medical care. Chicago: The University of Chicago Press; 1933.
2. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia: UNESCO; Ministério da Saúde; 2002.
3. Trad LAB, Bastos ACS, Santana EM, Nunes MO. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2002;7(3):581-9.
4. Esperidião M, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005;10:303-12.
5. Viacava F, Lagrardia J, Ugá MAD, Porto SM, Moreira RdS, Barros HdS, Silva HS. Projeto desenvolvimento de tecnologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro (PRO-ADESS). Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012.
6. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Teixeira VA, Silveira DS, Maia MFS, Siqueira FV, Rodrigues MA, Paniz VV. Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. *Cad Saude Publ*. 2008;24(^ s1).
7. Esperidião MA, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. *Cad Saude Publica*. 2006;22(6):1267-76.
8. Pena MM, Melleiro MM. Grau de satisfação de usuários de um hospital privado. *Acta Paulista De Enfermagem*. 2012;25(2):197-203.
9. Oliveira DFd, Arieta CEL, Temporini ER, Kara-José N. Qualidade da assistência à saúde: satisfação de pacientes em um hospital universitário. *Arq Bras Oftalmol*. 2006;69(5):731-6.
10. Gonzalez N, Quintana JM, Bilbao A, Escobar A, Aizpuru F, Thompson A, Esteban C, Sebastian JAS, Sierra Edl. Development and validation of an in-patient satisfaction questionnaire. *International Journal For Quality In Health Care*. 2005;17(6):465-72.
11. Glazer J, McGuire TG, Cao Z, Zaslavsky A. Using global ratings of health plans to improve the quality of health care. *J Health Econ*. 2008;27(5):1182-95.
12. Tellez TA, Aguayo TE. Results of a private primary health system based on a family health care model. *Rev Med Chil*. 2008;136(7):873-9.
13. Turrís SA. Unpacking the concept of patient satisfaction: a feminist analysis. *Journal of advanced nursing*. 2005;50(3):293-8.
14. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *The Milbank memorial fund quarterly*. 1966:166-206.
15. Starfield B. Are social determinants of health the same as societal determinants of health? *Health Promot J Austr*. 2006 Dec;17(3):170-3.
16. Arah OA, Westert GP, Hurst J, Klazinga NS. A conceptual framework for the OECD health care quality indicators project. *International Journal For Quality In Health Care*. 2006:5-13.
17. ANVISA AI. Acreditação: a busca pela qualidade nos serviços de saúde. *Rev Saúde Pública*. 2004;38(2):335-6.
18. Ministério da Saúde. Saúde fortalece atenção básica para melhorar qualidade da assistência à população Brasília: MS; 2011
19. Tronchin DMR, Melleiro MM, Kurcgant P, Garcia AN, Garzin ACA. Subsídios teóricos para a construção e implantação de indicadores de qualidade em saúde. *Rev gaúch enferm*. 2009;30(3):542-6.

20. Boulkedid, Rym A, Hendy L, Marine S, Olivier A, Corinne. Using and Reporting the Delphi Method for Selecting Healthcare Quality Indicators: A Systematic Review. *PLoS One*. 2011;6(6).
21. Cooperberg MR, Birkmeyer JD, Litwin MS. Defining high quality health care. *Urologic Oncology Seminars And Original Investigations*. 2009;27:411-6.
22. Macur M. Quality in health care: possibilities and limitations of quantitative research instruments among health care users. *Qual Quant*. 2013;47:1703-16.
23. Crampton P, Perera R, Crengle S, Dowell A, Howden-Chapman P, Kearns R, Love T, Sibthorpe B, Southwick M. What makes a good performance indicator? Devising primary care performance indicators for New Zealand. *N Z Med J*. 2004;117(1191).
24. Johnston S, Dahrouge S, Hogg W. Gauging to gain: primary care performance measurement. *Can Fam Physician*. 2008;54(9):1215-7.
25. Kerssens JJ, Groenewegen PP, Sixma HJ, Boerma WGW, van der Eijk I. Comparison of patient evaluations of health care quality in relation to WHO measures of achievement in 12 European countries. *Bull World Health Organ*. 2004;82(2):106-14.
26. Perera R, Dowell T, Crampton P, Kearns R. Panning for gold: an evidence-based tool for assessment of performance indicators in primary health care. *Health Policy*. 2007;80(2):314-27.
27. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health: Institute of Future Studies; 1991.
28. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health 2007.
29. Starfield B. Promoting equity in health through research and understanding. *Developing world bioethics*. 2004;4(1):76-95.
30. Carvalho AId, Buss PM. Determinantes sociais na saúde, na doença e na intervenção. In: Giovanella Lígia e, editor. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ 2008. p. 141-66.
31. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. 2007;17(1):77-93.
32. CNDSS. Determinantes Sociais da Saúde. Brasília: Disponível em: <http://www.determinantes.fiocruz.br/>; 2006.
33. Facchini LA. Uma contribuição da epidemiologia: o modelo da determinação social aplicado à saúde do trabalhador. In: Buschinelli JTP, Rocha LE, Rigotto RM, editors. *Isto é trabalho de gente? Vida doença e trabalho no Brasil*. São Paulo: Vozes; 1993. p. 178-86.
34. Clark EG, Leavell HR. Níveis de Aplicação da Medicina Preventiva. In: McGraw-Hill do Brasil L, editor. *Medicina Preventiva*. São Paulo 1976. p. 11-37.
35. Donabedian A. The seven pillars of quality. *Archives of pathology & laboratory medicine*. 1990;114(11):1115.
36. Campbell SM, Roland MO, Buetow SA. Defining quality of care. *Social Science & Medicine*. 2000;51(11):1611-25.
37. US Department of Health and Human Services. *National Healthcare Quality Report 2005*: Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2005.
38. Arah OA, Westert GP. Correlates of health and healthcare performance: applying the Canadian health indicators framework at the provincial-territorial level. *BMC health services research*. 2005;5(1):76.
39. Canadian Institute for Health Information. *Health Indicators 2005*. Ontario: CIHI; 2005.

40. Aday LA, Begley, C. E., Lairson, D. R. & Balkrishnan, R. (2004). Evaluating the healthcare system: effectiveness, efficiency, and equity. Chicago: Health Administration Press.; 2004.
41. Valentine N, Darby C, Bonsel GJ. Which aspects of non-clinical quality of care are most important? Results from WHO's general population surveys of "health systems responsiveness" in 41 countries. *Soc Sci Med.* 2008;66(9):1939-50.
42. OPAS - Organização Panamericana de Saúde. Indicadores de Saúde: OPAS; 2008 Acessado em: 2 dez. 2013 Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=758&Itemid=347.
43. Santos I. Guia metodológico de avaliação e definição de indicadores: doenças crônicas não-transmissíveis e Rede Carmen. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2007:233.
44. Fischer C, Anema HA, Klazinga NS. The validity of indicators for assessing quality of care: a review of the European literature on hospital readmission rate. *Eur J Public Health.* 2012;22(4):484-91.
45. Katz A, Soodeen R-A, Bogdanovic B, De Coster C, Chateau D. Can the quality of care in family practice be measured using administrative data? *Health Serv Res.* 2006;41(6):2238-54.
46. Klazinga N, Fischer C, ten Asbroek A. Health services research related to performance indicators and benchmarking in Europe. *J Health Serv Res Policy.* 2011;2:38-47.
47. Medici A. O Índice de Desempenho do SUS (IDSUS)(*). 2012.
48. Andrade GRBd, Vaitsman J, Farias LO. Metodologia de elaboração do Índice de Responsividade do Serviço (IRS). *Cad Saude Publica.* 2010;26(3):523-34.
49. Harzheim E, Gonçalves MR, Oliveira MMCd, Trindade TG, Agostinho MR, Hauser L. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool PCATool–Brasil. Brasília: Ministério da Saúde. 2010:82.
50. Macinko J, Almeida C, Sá PKd. A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil. *Health Policy And Planning.* 2007;22:167-77.
51. Vaitsman J, GRB A. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade ea humanização da assistência à saúde. *Ciênc saúde coletiva.* 2005;10(3):599-613.
52. Loeb JM. The current state of performance measurement in health care. *International Journal For Quality In Health Care.* 2004;16(Supplement 1):i5-i9.
53. Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed? *Jama.* 1988;260(12):1743-8.
54. Mainz J. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. *International Journal For Quality In Health Care.* 2003;15(6):523-30.
55. Hurst J, Jee-Hughes M. Performance measurement and performance management in OECD health systems: OECD Publishing2001.
56. Viacava F, Almeida C, Caetano R, Fausto M, Macinko J, Martins M, Noronha Jd, Novaes HMD, Oliveira EdS, Porto SM. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Ciênc saúde coletiva.* 2004;9(3):711-24.
57. Driscoll D, Rojas-Smith L, Sotnikov S, Gadsden-Knowles K, Perry NB, Lenaway DD, Halverson PK. An instrument for assessing public health system performance: validity in rural settings. *J Rural Health.* 2006;22(3):254-9.
58. Silveira DSd, Facchini LA, Siqueira FV, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silva SM, Dilélio AS, Maia MdFS. Gestão do trabalho, da educação, da informação e

comunicação na atenção básica à saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. 2010.

59. Cavalcante RB, Bernardes MFVG, Gontijo TL, de Azevedo Guimarães EA, da Conceição Oliveira V. Sistema de Informação da Atenção Básica: potencialidade e subutilização no processo decisório. *Cogitare Enfermagem*. 2013;18(3).

60. Groene O, Skau JKH, Frolich A. An international review of projects on hospital performance assessment. *Int J Qual Health Care*. 2008;20(3):162-71.

Quadro 1. Artigos que apresentam modelos conceituais e dimensões para avaliação de desempenho de sistemas e serviços de saúde.

Autor / Ano / Referência	Título	Dimensões
Donabedian, 1966, 14	Evaluating the quality of medical care, 1966	Estrutura Processo Resultado
Donabedian, 1990, 35	The seven pillars of quality, 1990	Eficácia Efetividade Eficiência Otimização Aceitabilidade Relação médico-paciente Conforto Legitimidade Equidade Satisfação do usuário
Campbell e cols., 2000, 36	Defining quality of care	Acesso Efetividade Equidade Eficiência Custo
Arah and Westert, 2005, 38	Correlates of health and healthcare performance: applying the Canadian health indicators framework at the provincial-territorial level	Eficiência Equidade Responsividade Respeito ao direito das pessoas Continuidade do cuidado Adequação
Arah e cols., 2006, 16	A conceptual framework for the OECD health care quality indicators project.	Efetividade Segurança Capacidade de resposta Cuidado centrado no usuário
Viacava e cols., 2012, 5	Projeto desenvolvimento de tecnologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro (PRO-ADESS)	Efetividade Acesso Eficiência Respeito ao direito das pessoas Aceitabilidade Continuidade Adequação Segurança
Crampton e cols., 2004, 23	What makes a good performance indicator? Devising primary care performance indicators for New Zealand	Qualidade Desempenho Resultado
Kerssens e cols., 2004, 25	Comparison of patient evaluations of health care quality in relation to WHO measures of achievement in 12 European countries	Nível de saúde Distribuição de saúde Equidade financeira Capacidade de resposta Distribuição da capacidade de resposta

Starfield, 2002, 2	Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia	Acessibilidade Variedade de serviços População eletiva Continuidade Utilização Reconhecimento de um problema ou necessidade Efetividade Equidade
Valentine e cols., 2008, 41	Which aspects of non-clinical quality of care are most important? Results from WHO's general population surveys of "health systems responsiveness" in 41 countries	Aspectos não clínicos de cuidados de saúde Dignidade Autonomia Confidencialidade Comunicação Escolha de prestador de cuidados Pronto atendimento Qualidade dos serviços básicos Acesso as redes de apoio sociais
Facchini e cols., 2008, 6	Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas	Efetividade Equidade

NOTA À IMPRENSA

Nota à imprensa

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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