



**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA  
FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE**

**ACESSO ÀS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA POR IDOSOS DA ÁREA RURAL  
DO MUNICÍPIO DE RIO GRANDE, RS**

**LUIZA SANTOS FERREIRA**

**2018**



**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA  
FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE**



**ACESSO ÀS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA POR IDOSOS DA ÁREA RURAL  
DO MUNICÍPIO DE RIO GRANDE, RS**

**LUIZA SANTOS FERREIRA  
Mestranda**

**SIMONE DOS SANTOS PALUDO  
Orientadora**

**LAÍSA RODRIGUES MOREIRA  
Co-orientadora**

**RIO GRANDE, RS, MARÇO DE 2018**

**LUIZA SANTOS FERREIRA**

**ACESSO ÀS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA POR IDOSOS DA ÁREA RURAL  
DO MUNICÍPIO DE RIO GRANDE, RS**

**Dissertação de mestrado apresentada como requisito  
parcial para obtenção do título de mestre junto ao  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública  
da Faculdade de Medicina da  
Universidade Federal do Rio Grande.**

**Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Simone dos Santos Paludo  
Coorientadora: Msc. Laísa Rodrigues Moreira**

**RIO GRANDE, RS, MARÇO DE 2018**

**LUIZA SANTOS FERREIRA**

**ACESSO ÀS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA POR IDOSOS DA ÁREA RURAL  
DO MUNICÍPIO DE RIO GRANDE, RS**

**Banca examinadora:**

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Simone dos Santos Paludo  
Orientadora (Presidente)

Prof. Dr. Bruno Pereira Nunes  
Examinador externo – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Raul Mendoza-Sassi  
Examinador interno

Prof. Dr. Alan Goularte Knuth  
Examinador suplente

**RIO GRANDE, RS, MARÇO DE 2018**

## LISTA DE SIGLAS

<b>AMAQ</b>	<b>Autoavaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica</b>
<b>APS</b>	<b>Atenção Primária em Saúde</b>
<b>CEP/CONEP</b>	<b>Comitês de Ética em Pesquisa e Comissão Nacional de Ética em Pesquisa</b>
<b>CONASS</b>	<b>Conselho Nacional de Secretários de Saúde</b>
<b>ESF</b>	<b>Estratégia Saúde da Família</b>
<b>FURG</b>	<b>Universidade Federal do Rio Grande</b>
<b>OMS</b>	<b>Organização Mundial da Saúde</b>
<b>OPAS</b>	<b>Organização Pan-Americana de Saúde</b>
<b>PMAQ</b>	<b>Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica</b>
<b>PNAB</b>	<b>Política Nacional de Atenção Básica</b>
<b>PNASS</b>	<b>Política Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde</b>
<b>PNSIPCF</b>	<b>Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta</b>
<b>PNSPI</b>	<b>Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa</b>
<b>RS</b>	<b>Rio Grande do Sul</b>
<b>SUS</b>	<b>Sistema Único de Saúde</b>
<b>TCLE</b>	<b>Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b>
<b>UBSF</b>	<b>Unidade Básica de Saúde da Família</b>

## **Acesso às Unidades Básicas de Saúde da Família por idosos da área rural do município de Rio Grande, RS**

### **Resumo**

**Objetivo:** Caracterizar o acesso e utilização de serviços de saúde considerados como de referência pela população rural idosa de um município do sul do Brasil e investigar fatores associados ao tipo de serviço escolhido.

**População alvo:** Idosos residentes na área rural do município do Rio Grande, RS.

**Delineamento:** Estudo transversal de base populacional com amostragem sistemática.

**Desfecho:** Tipo de serviço de saúde identificado pelos idosos como de referência.

**Processo amostral:** Foram selecionados 80% dos domicílios rurais do município, havendo o pulo de um domicílio após a abordagem de quatro consecutivos.

**Métodos:** Trata-se de um estudo transversal com amostragem sistemática dos domicílios da área rural de Rio Grande através de aplicação de questionário padronizado. Foram realizadas análises descritivas, bivariadas (com teste Qui-quadrado para identificar possíveis associações entre o tipo de serviço de referência e os motivos para escolha e utilização) e Regressão de Poisson nas demais análises.

**Resultados:** Participaram do estudo 1.030 idosos. Aproximadamente, 60% dos entrevistados relataram ter buscado atendimento na sua UBSF de referência nos últimos 12 meses; e 62% indicaram a Unidade Básica de Saúde da Família mais próxima da residência como seu serviço de referência. Quanto menor a idade, renda, escolaridade e distância da residência à Unidade, maior a probabilidade de considerar a Unidade Básica de Saúde da Família mais próxima à residência como serviço de referência. Possuir plano de saúde privado diminuiu a probabilidade dessa escolha.

**Conclusão:** Estratégia Saúde da Família tem conseguido alcançar grande parte da população rural idosa, principalmente grupos em situação de vulnerabilidade, indo ao encontro de um sistema de saúde público equitativo. Todavia, além de manter o fortalecimento das ações desenvolvidas até então, destaca-se a necessidade de desenvolver atividades direcionadas aos diferentes perfis de usuários na tentativa de alcançar a todos, ofertando um atendimento em saúde universal e de qualidade.

**Descritores:** Acesso aos Serviços de Saúde, População Rural, Idoso, Serviços de Saúde para Idosos

## **Access to the Basic Family Health Units by elderly people from the rural area of the city of Rio Grande**

### **Abstract**

**Objective:** To characterize the access and the utilization of health services considered as reference by the elderly rural population of a south Brazil city and to investigate factors associated with the type of service chosen.

**Target population:** Elderly residents in the rural area of the city of Rio Grande.

**Design:** A population-based cross-sectional study with a systematic sampling.

**Outcome:** Type of health service identified by the elderly as reference service

**Sampling:** Eighty percent of the households in the 23 rural census tracts of the municipality were selected, skipping one household after the approach of four consecutive households.

**Methods:** This is a cross-sectional study with systematic sampling of households in the rural area of Rio Grande, using a standardized questionnaire. Descriptive, bivariate analyzes were performed with Chi-square test to identify possible associations between the type of reference service and the reasons for choice and use and Poisson regression in the other analyzes.

**Results:** A total of 1030 elderly people participated in the study. About two-thirds of the respondents indicated the Basic Family Health Unit closest to the home as the referral service. The lower the age, economic classification, schooling and distance from the residence to the Unit, the greater the probability of considering the Basic Family Health Unit closer to the residence as a referral service. Having a private health insurance has lessened the likelihood of that choice. Reasons for choosing, using or not using the Unit were statistically different between the groups.

**Conclusions:** Family Health Strategy has been able to reach a large part of the elderly rural population, mainly groups in a situation of vulnerability, meeting an equitable public health system. However, in addition to maintaining the strengthening of the actions developed until then, it is necessary to develop activities directed to the different profiles of users in an attempt to reach them all, offering a universal and quality health care.

**Keywords:** Health Services Accessibility, Rural Population, Aged, Health Services for the Aged

## CONTEÚDOS DO VOLUME

<b>1.</b>	<b>Projeto</b>	<b>11</b>
<b>2.</b>	<b>Relatório do trabalho de campo</b>	<b>55</b>
<b>3.</b>	<b>Adaptações em relação ao projeto inicial</b>	<b>68</b>
<b>4.</b>	<b>Normas da Revista</b>	<b>72</b>
<b>5.</b>	<b>Artigo</b>	<b>88</b>
<b>6.</b>	<b>Nota à imprensa</b>	<b>112</b>
<b>7.</b>	<b>Apêndices</b>	<b>115</b>



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>Introdução</b>	<b>11</b>
<b>1.1</b>	<b>Revisão bibliográfica</b>	<b>12</b>
<b>1.1.1</b>	<b>Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família</b>	<b>12</b>
<b>1.1.2</b>	<b>Acesso a Serviços de Saúde</b>	<b>14</b>
<b>1.1.3</b>	<b>Avaliação do Acesso a Serviços de Atenção Primária em Saúde pela População Rural Idosa no Brasil</b>	<b>20</b>
<b>1.2</b>	<b>Revisão de literatura de abordagem sistemática</b>	<b>23</b>
<b>1.2.1</b>	<b>Processo de busca de artigos</b>	<b>23</b>
<b>1.2.2</b>	<b>Prevalência do acesso/utilização dos serviços de atenção primária pela população rural geral e idosa</b>	<b>25</b>
<b>1.2.3</b>	<b>Fatores associados ao acesso/utilização de serviços de atenção primária pela população rural idosa</b>	<b>26</b>
<b>2</b>	<b>Justificativa</b>	<b>29</b>
<b>3</b>	<b>Objetivos</b>	<b>30</b>
<b>3.1</b>	<b>Objetivo geral</b>	<b>30</b>
<b>3.2</b>	<b>Objetivos específicos</b>	<b>30</b>
<b>4</b>	<b>Hipóteses</b>	<b>31</b>
<b>5</b>	<b>Metodologia</b>	<b>32</b>
<b>5.1</b>	<b>Local do estudo</b>	<b>32</b>
<b>5.2</b>	<b>Definição da população-alvo</b>	<b>33</b>
<b>5.2.1</b>	<b>Critérios de inclusão</b>	<b>33</b>
<b>5.2.2</b>	<b>Critérios de exclusão</b>	<b>33</b>
<b>5.3</b>	<b>Delineamento</b>	<b>33</b>
<b>5.3.1</b>	<b>Justificativa do delineamento</b>	<b>33</b>
<b>5.4</b>	<b>Definição do desfecho e das exposições</b>	<b>34</b>
<b>5.4.1</b>	<b>Definição do desfecho</b>	<b>34</b>
<b>5.4.2</b>	<b>Definição das exposições</b>	<b>35</b>
<b>5.5</b>	<b>Processo de Amostragem</b>	<b>36</b>
<b>5.6</b>	<b>Cálculo de tamanho de amostra</b>	<b>36</b>

<b>5.7</b>	<b>Instrumento</b>	<b>38</b>
<b>5.8</b>	<b>Seleção e treinamento de entrevistadores e estudo piloto</b>	<b>38</b>
<b>5.9</b>	<b>Logística</b>	<b>38</b>
<b>5.10</b>	<b>Controle de qualidade</b>	<b>39</b>
<b>5.11</b>	<b>Processamento e análise dos dados</b>	<b>40</b>
<b>5.12</b>	<b>Aspectos éticos</b>	<b>41</b>
<b>6</b>	<b>Divulgação dos resultados</b>	<b>42</b>
<b>7</b>	<b>Financiamento</b>	<b>43</b>
<b>8</b>	<b>Cronograma</b>	<b>45</b>
<b>9</b>	<b>Referências bibliográficas</b>	<b>46</b>
<b>10</b>	<b>Relatório do trabalho de campo</b>	<b>55</b>
<b>11</b>	<b>Adaptações em relação ao projeto inicial</b>	<b>68</b>
<b>12</b>	<b>Normas da Revista</b>	<b>72</b>
<b>12.1</b>	<b>Artigo</b>	<b>88</b>
<b>12.2</b>	<b>Nota à imprensa</b>	<b>112</b>
<b>13</b>	<b>Apêndices</b>	<b>115</b>
<b>13.1</b>	<b>Apêndice 1: Informações e principais resultados dos artigos selecionados para a revisão</b>	<b>116</b>
<b>13.2</b>	<b>Apêndice 2: Questões gerais do domicílio</b>	<b>126</b>
<b>13.3</b>	<b>Apêndice 3: Questões gerais do idoso</b>	<b>130</b>

## **1 INTRODUÇÃO**

A saúde vem se reconstruindo ao longo do tempo, através de conceitos mais amplos e práticas mais abrangentes. Como um marco importante que representa os avanços desta ampliação encontra-se a Declaração de Alma-Ata (1978). Esse documento explicita o maior foco e importância dados internacionalmente aos cuidados primários em saúde, construindo-se, assim, o ideal de um sistema de saúde próximo ao usuário, efetivo e eficiente, acessível e participativo, visando à saúde da comunidade para além da ausência de doença (Arantes LJ et al, 2016; Starfield B, 2002).

Desde então, reestruturações vem sendo feitas e a Atenção Primária em Saúde (APS) tem sido desenvolvida em diversos países de diferentes formas, encontrando diferentes resultados e dificuldades (Arantes LJ et al, 2016; Rocha SA et al, 2016; Vieira EWR, 2010). Temos como exemplo no Brasil, a Atenção Básica, que atua, principalmente, através da Estratégia Saúde da Família (ESF) a qual busca desenvolver “uma Atenção Básica à altura de responder, perto da casa das pessoas, à maioria das necessidades de saúde, com agilidade e qualidade e de modo acolhedor e humanizado” (Brasil, 2012a, p.11) através de equipes atuando diretamente no território.

Todavia, a mudança na estrutura dos sistemas de saúde e a ampliação do número de equipes não garante que a qualidade destes serviços ocorra da forma necessária, trazendo à sua avaliação permanente, um caráter essencial (Arantes LJ et al, 2016). Dentre as diversas dimensões a serem consideradas para a avaliação da qualidade de um serviço de saúde encontra-se em destaque o acesso/acessibilidade ao serviço. Acesso este que se apresenta através de um conceito complexo e não unânime entre os estudiosos da área, podendo variar conforme o tempo e contexto analisado, porém prevalecendo a ideia de acesso enquanto “dimensão do desempenho dos sistemas de saúde associada à oferta”. (Travassos C, Martins M, 2004, p. 196).

A avaliação do acesso ganha ainda mais importância quando se trata de populações tradicionalmente associadas a dificuldades na obtenção da devida atenção em saúde, como é o caso do grupo populacional que se pretende investigar neste estudo: a população idosa residente em área rural (Brasil, 2013; Travassos C, Viacava F,

2007; Brasil, 2006a). Idosos tendem a uma maior utilização dos serviços de saúde, muitas vezes, por apresentarem maiores necessidades em saúde (Mendoza-Sassi R, Beria JU, 2001). Todavia, dificuldades no acesso aos serviços, relacionadas (ou não) à localidade rural de moradia, podem trazer agravos a seu estado de saúde.

Desta forma, considerando o já exposto e a realidade do município de Rio Grande, a qual conta com cobertura de 100% da sua área rural pela Estratégia Saúde da Família, é relevante avaliar o acesso aos serviços de atenção primária pelos, aproximadamente, 1.077 idosos que habitam nesta localidade. Desta forma, o presente estudo objetiva medir a prevalência, os fatores associados e caracterizar o acesso às Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSFs) por idosos residentes na área rural do município de Rio Grande, RS

## **1.1 Revisão Bibliográfica**

### **1.1.1 Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família**

A atenção primária se remete ao nível do sistema de saúde responsável pela entrada de novas necessidades e problemas da comunidade e do indivíduo (o qual deve ser percebido para além da sua enfermidade). É no nível primário onde se fornece, se coordena e se integra os cuidados necessários às condições comuns do usuário, sendo um dos principais setores responsáveis pelo acesso da pessoa ao sistema de saúde como um todo (Starfield B, 2002).

Desta forma, os cuidados primários em saúde vem ganhando destaque nas políticas de saúde dos mais diversos países (Arantes LJ et al, 2016; Rocha SA et al, 2016; Vieira EWR, 2010). No Brasil, a Atenção Básica (nomenclatura utilizada para se referir à APS, remetendo-se à construção de uma base para o trabalho dos demais níveis de atenção do sistema), de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), se caracteriza por um conjunto de ações de saúde que abrange desde a promoção e proteção da saúde à redução de danos e manutenção da saúde, objetivando desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde, na autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

A Atenção Básica é desenvolvida sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume responsabilidade sanitária, auxiliando no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território (Brasil, 2012a).

Considerando esta visão, a atenção básica em saúde possui papel fundamental na construção do novo modelo de saúde idealizado pela Reforma Sanitária. É através dela que se busca oferecer acesso universal e serviços abrangentes que serão o primeiro ponto de contato com o sistema de saúde e o ponto de referência do usuário (tomando esta posição que até então vinha sendo dos serviços emergenciais/hospitalares).

Com este propósito de mudança, surge, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) que a partir de 2011 torna-se a estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica – Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF tem como um de seus diferenciais o seu núcleo do cuidado: a família a partir do meio onde vive (Moimaz SAS et al, 2010; Machado MFAS et al, 2007). Isto é, cada equipe de Saúde da Família (formada por agentes comunitários de saúde, enfermeiro, técnico de enfermagem, e médico – podendo incluir uma equipe de saúde bucal) trabalha com a população adscrita a uma área geográfica definida, constituindo um grupo entre 600 e 1.000 famílias (ou seja, de 2.400 a 4.000 pessoas) “sob sua responsabilidade”. Desta forma, recomenda-se que o usuário seja sempre atendido pela mesma equipe de profissionais de saúde, possibilitando a construção de um vínculo de confiança e reconhecimento entre as duas partes (Paim J, et al, 2011; Machado MFAS et al, 2007). Nesse cenário, passa-se do foco individual para o coletivo e familiar; da ênfase na ação curativa e reabilitadora para a promotora da saúde (Brasil, 2012a).

Mesmo com dificuldades relacionadas ao processo de mudança, o número de pessoas que acessa a atenção básica teve um aumento de cerca de 450% entre os anos de 1981 e 2008. Esse forte aumento pode ser atribuído ao fortalecimento deste modelo de atenção, viabilizado pelo aumento do número de trabalhadores no setor e também de unidades de Atenção Básica no país, chegando a 41.667 postos/centros de saúde em funcionamento em 2010 (Paim J, et al, 2011) o qual reflete-se também na cobertura de atendimento. O aumento na busca por estes serviços (principalmente entre aqueles que não contam com plano de saúde, baixa escolaridade e moradores da

área rural) e manutenção de sua resolutividade também é refletida em estudos mais recentes, mostrando que 4,5% dos usuários que buscaram o serviço de saúde em 2013 não obtiveram o atendimento desejado. Valor este relativamente baixo, mas que representa aproximadamente 850.000 que não obtiveram o tratamento necessário (Nunes BP et al, 2016).

Desta forma, percebe-se a construção e o fortalecimento da construção de um cuidado em saúde baseado na acessibilidade universal, na humanização, no acolhimento, na continuidade e integralidade do cuidado, no vínculo, na corresponsabilização (equipe-usuário), na promoção da qualidade de vida, no trabalho interdisciplinar e na participação popular; tendo sempre o usuário como seu foco principal. Usuário este que é visto como um ser singular e, ao mesmo tempo, influenciado pelo seu contexto sócio-histórico-cultural (Brasil, 2012a; Martins PC et al, 2011; Machado MFAS et al 2007).

### **1.1.2 Acesso a Serviços de Saúde**

Considerando o contexto de reorganização e, principalmente, de constante ampliação dos sistemas de saúde, o processo avaliativo dos seus serviços ganha ainda mais relevância, na tentativa de aprimorar suas competências e identificar suas deficiências (Arantes LJ et al, 2016). Na busca de um sistema de saúde equitativo, um aspecto importante a ser considerado em uma avaliação refere-se ao acesso (e a falta deste) dos diferentes usuários ao serviço de saúde, possibilitando assim, ações em saúde mais efetivas e eficientes (Nunes BP, 2014; Nunes BP, 2012).

Acesso, na literatura, apresenta-se como um conceito complexo, muitas vezes sendo utilizado de forma imprecisa. Com isso, acesso (ou acessibilidade de acordo com alguns autores) não se apresenta em uma forma única entre as leituras de referência (Travassos C, Martins M, 2004).

Por exemplo, para Donabedian (1973) acessibilidade vai além da simples disponibilidade e utilização dos serviços, uma vez que se refere à capacidade e ao impacto produtivo dos serviços que se relaciona às necessidades em saúde da população em questão, incluindo, assim, as características dos serviços e dos recursos de saúde que, por sua vez, podem facilitar ou dificultar a utilização por parte dos usuários. O autor considera que as barreiras encontradas ao acesso, e consequente

utilização, dos serviços de saúde não são apenas financeiras, mas podendo ser também informativas, sociais, psicológicas, organizacionais, espaciais/geográficas e temporais que acabam por ser mediadas pela acessibilidade em suas duas dimensões: a sócio-organizacional e a geográfica.

A acessibilidade sócio-organizacional se refere às características e aos recursos disponíveis pelos serviços ofertados (com exceção dos aspectos geográficos), que influenciam na capacidade dos indivíduos de utilizar os serviços (incluindo, por exemplo, a necessidade de pagamento pelo atendimento ou características do profissional ou usuário que possa ser vista com preconceito pela outra parte, como sexo ou cor da pele). Já a acessibilidade geográfica se refere a questões de tempo e distância (que implicam em custos e esforços) gastos para obter o atendimento necessitado.

Já para Aday e Andersen (1974), acesso, inicialmente, constitui-se como um aspecto do sistema de saúde referente à sua organização (abrangendo a entrada e continuidade do atendimento) que, por sua vez, é mediado pelos fatores individuais do usuário, uma vez que as características do sistema não são suficientes para definir a utilização do serviço (ou não) por parte do usuário.

Além disso, os autores classificam os fatores individuais citados enquanto fatores predisponentes, fatores capacitantes e necessidades em saúde. Os primeiros se referem a características da pessoa, prévias ao problema de saúde, que influenciam na propensão do sujeito a utilizar os serviços de saúde (como aspectos sociodemográficos e culturais, por exemplo); os fatores capacitantes compreendem aos meios que possibilitam a obtenção do atendimento (sendo incluído aqui aspectos individuais, familiares e comunitários); já as necessidades em saúde se relacionam ao nível de doença, sendo a causa mais direta para o uso do serviço, podendo estas serem diagnosticadas por um profissional ou apenas percebidas pelo indivíduo.

Considerando todas estas características, o fato de grupos populacionais apresentarem maior ou menor acesso que outros se torna implícito em seu conceito. Desta forma, sugere-se que gestores deveriam focar maior atenção aos aspectos mais facilmente mutáveis na busca de um acesso mais equitativo entre os grupos (Aday LA e Andersen R, 1974). Posteriormente (Andersen R, 1995), complementa-se que o acesso equitativo ocorre quando a variabilidade da utilização é determinada principalmente

por variáveis demográficas e de necessidade em saúde, enquanto que a inequidade ocorre quando a estrutura social, crenças em saúde e fatores capacitantes determinam o grupo de maior uso.

Para mensuração do conceito, duas categorias de indicadores são considerados: processos e resultados. Sendo indicadores do processo as medidas de volume, distribuição, organização dos recursos, e características populacionais, entre outras. O impacto, a satisfação e a utilização do serviço, por sua vez, são referenciadas como indicadores de resultado do “real acesso”, incluindo também a caracterização do uso (tipo, local, motivo e tempo despendido). Desta forma, o acesso em si não consiste na disponibilidade do serviço, mas sim na sua utilização por aqueles que necessitem.

Ao longo das décadas o modelo conceitual de acesso foi sendo aprimorado por Andersen (1995), dando maior importância às crenças em saúde, relações sociais, características genéticas e psicológicas do sujeito e diferenciando o acesso potencial (disponibilidade de fatores capacitantes) do acesso realizado (utilização do serviço). Como avanços do modelo, o autor destaca: a inclusão definitiva do sistema e política de saúde como determinantes da utilização dos serviços e melhor definição de indicadores (Fase II); reconhecimento da influência do contexto (físico, político, econômico) e da relação entre o sistema e a melhora/manutenção do status de saúde da população, incluindo, assim, os conceitos de “acesso efetivo” (quando a utilização causa melhora no status de saúde ou na satisfação do usuário) e “acesso eficiente” (melhora da condição de saúde relacionada a quantidade de recursos necessários – Fase III); e, finalmente, a maior ênfase na natureza dinâmica e recursiva do uso dos serviços de saúde, explicitando a influência de múltiplos fatores no uso dos serviços e da situação de saúde da população que, por sua vez, influenciarão nos fatores predisponentes e necessidades em saúde, e assim por diante.

Como referência no assunto também encontra-se Panchansky e Thomas (1981) que baseiam seu conceito no nível de adequação entre o usuário e o sistema de saúde, sendo o acesso um resumo de dimensões específicas (disponibilidade, acessibilidade, acomodação/acolhimento, capacidade de compra e aceitabilidade) que descrevem essa adequação, de maneira que não seria possível explicar o uso dos serviços plenamente apenas investigando o status de saúde das pessoas e suas principais preocupações. Em seu artigo, os autores relatam a semelhança entre o seu modelo de



acesso e o de Aday e Andersen (1974), além de expressar que, de certa forma, as categorias de Donabedian (1973) também estariam incluídas.

Quanto às dimensões de acesso, os autores descrevem disponibilidade enquanto volume e tipos de serviços/recursos disponíveis e das necessidades dos pacientes e a sua adequação; acessibilidade como a relação entre a localização da oferta e do cliente (considerando transporte, tempo, distância e custo); acolhimento (*accomodation*) como a relação entre a forma com que o serviço se organiza para receber o cliente e a capacidade deste para se adaptar a essa organização; capacidade de compra (*affordability*) como relação entre os custos necessários para obter o atendimento e a capacidade do indivíduo de pagá-lo; e aceitabilidade enquanto atitudes do usuário e/ou profissional em relação às características pessoais e práticas do outro. Penchansky e Thomas acreditam que estas dimensões não são facilmente divididas, porém são suficientemente distintas para serem mensuradas e estudadas separadamente. Dificuldades em qualquer uma das dimensões trarão problemas ao acesso, seja na maior dificuldade para utilizar o serviço, na menor satisfação do usuário e/ou na mudança do padrão de atendimento do profissional.

Unglert e colaboradores (1987), consideram que a acessibilidade deve ser considerada através de diversas abordagens, sendo adaptada para cada realidade e região. Focando, primeiramente, em questões geográficas, consideram que a análise da localização de serviços de saúde torna-se mais efetiva quando as variáveis geográficas, demográficas e sociais são consideradas, apresentando os “fluxos de frequência” como sendo dependentes destes aspectos. Com isso, desenvolvem um modelo de acessibilidade baseado na construção de serviços de base territorial permitindo compatibilizar a distribuição demográfica com áreas geográficas de limites definidos, considerando as possibilidades dos gestores e as necessidades da população.

Posteriormente, Unglert (1990) apresenta seu conceito de acesso através de quatro dimensões: geográfica (distância a ser percorrida e seus obstáculos); funcional (tipos de serviços, horário de funcionamento e qualidade); cultural (adequação do serviço de saúde aos costumes da população); e econômica (disponibilidade econômica dos serviços a toda ou a parte da população).

Como Penchansky e Thomas (1981), Fekete (1996) também considera a acessibilidade quanto ao grau de ajuste entre as características dos recursos de saúde e as da população, sendo a forma de conceber e enfrentar a doença, na qual em um extremo se encontra a disponibilidade (presença de recursos) e do outro a busca e obtenção da assistência, a utilização real dos serviços. Para a autora, a acessibilidade pode ser estudada através de quatro dimensões: geográfica (distância e tempo médios entre a população e os recursos); organizacional (modos de organização da assistência à saúde e os obstáculos à entrada no serviço e os relacionados ao processo de trabalho), sócio-cultural (fenômenos que determinam a busca de assistência à saúde) e econômica (consumo de tempo, energia e recursos financeiros na busca e obtenção do atendimento necessário).

Travassos e Martins (2004) em uma revisão de literatura sobre os conceitos de acesso/acessibilidade ainda apresentam as definições de Frenk (1985) para o qual acessibilidade é a relação funcional entre os obstáculos para procura e obtenção da atenção em saúde (resistência) e as capacidades da população para superar tais obstáculos (poder de utilização); do Comitê para o Monitoramento do Acesso aos Serviços de Saúde do Institute of Medicine dos Estados Unidos (1993) que descreve acesso como o uso de serviços de saúde em tempo adequado para obtenção do melhor resultado possível; enquanto que para Starfield (2002), acesso e acessibilidade são conceitos diferenciados em que acessibilidade apresenta-se como as características da oferta e o acesso como a forma que os indivíduos percebem essa acessibilidade. Considerando estes e outros autores incluídos na revisão, as autoras concluem que, entre os conceitos, “prevalece a ideia de que acesso é uma dimensão do desempenho dos sistemas de saúde associada à oferta” (Travassos C, Martins M, 2004, p. 196) e que existe uma tendência de ampliação do seu escopo, percebendo-se uma maior atenção nos indicadores relacionados aos resultados dos cuidados recebidos. Além disso, reconhecem a necessidade de diferenciar os conceitos de uso e acesso aos serviços, uma vez que a utilização pode ser uma medida de acesso, mas não é explicada apenas por ele, mas sim por uma multiplicidade de fatores.

Complementando os conceitos explicitados pela literatura, Thiede e McIntyre (2008) relacionam o acesso à liberdade para o uso, sendo esta influenciada pelas características socioeconômicas e culturais do indivíduo, as quais são refletidas na

relação entre oferta e demanda, tornando o usuário mais (ou menos) livre para utilizar o sistema de saúde. Como diferencial em sua conceituação, apresenta-se o destaque dado à informação, a qual seria um elemento essencial a todas as dimensões do acesso, influenciando na capacidade de escolha do usuário e posterior comunicação entre indivíduo e serviço de saúde.

Em outra revisão sobre o tema, Sanchez e Ciconelli (2012) trazem ideias de diversos autores agrupando-as em quatro dimensões, com seus respectivos indicadores: Disponibilidade (dimensão mais tangível), Poder de Pagamento, Informação e Aceitabilidade (dimensão menos tangível). Disponibilidade se refere à relação geográfica entre os serviços e o indivíduo, e relação entre tipo, abrangência, qualidade e quantidade dos serviços de saúde, tendo como indicadores o tipo de serviço utilizado, local onde o atendimento foi realizado, propósito do cuidado, percentual da população em risco que visitou médico em um determinado período, número de leitos, etc.; Poder de Pagamento como a relação entre custo de utilização e capacidade de pagamento dos indivíduos, tendo como indicadores renda, cobertura por seguro saúde, custos diretos e indiretos com a saúde, entre outros; Informação enquanto grau de assimetria entre o conhecimento do paciente e do profissional de saúde, sendo os seus indicadores a escolaridade, o conhecimento e fontes de informação; e Aceitabilidade como a percepção dos serviços pelos indivíduos e comunidades, tendo como indicadores as crenças e atitudes com relação à saúde, conhecimento e fontes de informação sobre o cuidado com a saúde, ansiedade relacionada à saúde, confiança no sistema de saúde.

Conclui-se, assim, que trata-se de um tema complexo apresentado através de um conceito que, de acordo com cada autor, varia em sua terminologia e abrangência (Travassos C, Martins M, 2004), porém mostra-se sempre essencial na busca pela equidade em saúde. Todavia, considerando a aplicabilidade à realidade investigada por este estudo, foi utilizado o referencial de Aday e Andersen (1974) como marco teórico estruturador deste estudo.

### **1.1.3 Avaliação do Acesso a Serviços de Atenção Primária em Saúde pela População Rural Idosa**

O contexto diferenciado que se apresenta na área rural repercute no cotidiano da população e nas suas necessidades, demandas e ofertas disponíveis em saúde. Pela falta de profissionais (Tian M et al, 2013), número reduzido de serviços disponíveis e maiores dificuldades no seu acesso (Gopalan SS, Durairaj V, 2012), os serviços de atenção primária (principalmente públicos) se tornam, mais do que nunca, o ponto de referência em saúde para essas pessoas (Thanh NX, Lindholm L, 2012; Polonsky J et al, 2009; Travassos C, Viacava F, 2007).

Mesmo que moradores rurais mostrem certa tendência a utilizar mais serviços de emergência do que aqueles que habitam em áreas urbanas, a proximidade e efetividade da atenção primária tem se mostrado importante na redução dessas visitas (Bennett KJ et al, 2012; Mian O, Pong R, 2012; Sanz-Barbero B et al, 2012; Mariolis A et al, 2008), na melhoria dos indicadores em saúde e na satisfação da população rural geral e idosa (Li C et al, 2015; Tian M et al, 2013; Wilson SL et al, 2012; Pölluste K et al, 2009; Travassos C, Viacava F, 2007).

Já no Brasil, o acesso da população ao Sistema Único de Saúde (SUS) sempre foi uma das preocupações entre gestores e autoridades em saúde, sendo foco de atenção dentro das mais diversas políticas. Como exemplo, a Política Nacional de Humanização do SUS (Brasil, 2010) que destaca a necessidade de analisar o acesso nas suas diferentes dimensões (acesso às unidades e serviços, acesso à qualidade na assistência; acesso à continuidade do cuidado; acesso à participação nos projetos terapêuticos e de produção de saúde; e acesso à saúde como bem com “valor de uso” e não como mercadoria). A Carta de Direitos do Usuário do SUS assegura o direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde, visando a um atendimento mais justo e eficaz (Brasil, 2011). O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) dedicou uma cartilha à qualificação do acesso ao SUS (Brasil, 2009). Além de ser ponto permanente nas políticas de avaliação do sistema como, por exemplo, na Política Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS – Brasil, 2007) que tem por objetivo avaliar os serviços do SUS, pela sua eficiência, eficácia e efetividade das estruturas, processos e resultados, acesso e satisfação dos usuários; no Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ – Brasil, 2012b) e na

Autoavaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (AMAQ – Brasil, 2012c).

Além disso, o acesso também é destacado nas políticas que tratam da atenção a populações vistas como vulneráveis frente às suas necessidades e riscos específicos, como é o caso da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI – Brasil, 2006a) e a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (Brasil, 2013).

Considerando a relevância desses grupos populacionais, em 20 anos, a população idosa brasileira (pessoas com 60 anos ou mais de idade) duplicou passando de 10,7 milhões em 1991 para 23,5 milhões em 2009, enquanto que o número de crianças no país vem, gradativamente, caindo (Brasil, 2012d). Esta transição demográfica tem se mostrado como um desafio a ser enfrentado pelos sistemas de saúde, principalmente no que tange a sua reestruturação, uma vez que trata-se de uma população heterogênea que possui grande carga de doenças crônicas e incapacitantes, necessitando de maiores cuidados, por mais tempo (Brasil, 2006a).

Como marcos políticos referentes ao reconhecimento das necessidades da população idosa, pode-se citar a Política Nacional do Idoso (Brasil, 1996) que assegura os direitos sociais à pessoa idosa, incluindo o direito à saúde nos diversos níveis do SUS; a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, aprovada em 1999 e atualizada em 2006 que objetiva estimular a adequação dos planos e projetos em saúde às necessidades deste grupo populacional, considerando a perda de sua capacidade funcional como principal problema a afetar o idoso, dificultando a sua acessibilidade; ampliando a resposta do Estado e da sociedade a essas necessidades, se aprova, em 2003, o Estatuto do Idoso (Brasil, 2003); e, por fim, o Pacto pela Saúde (Brasil, 2006b) que apresenta a saúde do idoso como uma das seis prioridades em saúde sob responsabilidade das três esferas de governo. Outro marco que merece destaque é o Programa Bolsa Família que apresenta uma cobertura social que atende, com pelo menos um benefício, oito de cada 10 pessoas idosas no país (Brasil, 2012d).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Brasil, 2006a) aponta como sua finalidade principal a recuperação, manutenção e promoção da autonomia e da independência dos idosos, direcionando, para esse fim, medidas coletivas e individuais de saúde. Quanto ao acesso, a sua segunda diretriz (“atenção integral à saúde da

pessoa idosa”) aborda a necessidade de estruturação flexível e adaptável, baseada nos direitos, necessidades, preferências e habilidades do usuário, que estabeleça “fluxos bidirecionais funcionantes, aumentando e facilitando o acesso a todos os níveis de atenção” (Brasil, 2006a, p.8), além de ressaltar o papel essencial da Estratégia Saúde da Família na melhoria da qualidade da atenção à pessoa idosa através de uma abordagem preventiva e uma intervenção precoce no cuidado ambulatorial e domiciliar.

Todavia, embora a legislação brasileira referente a essa população seja bastante avançada, a prática ainda mostra-se insatisfatória, expressando, talvez, que os benefícios estimulados pelas políticas não estejam chegando aos indivíduos, uma vez que a própria “ampliação da Estratégia Saúde da Família revela a presença de idosos e famílias frágeis e em situação de grande vulnerabilidade social”, explicitando, assim, a necessidade de um maior foco a ser dado sobre este grupo.

Já as populações do campo são caracterizadas como “povos e comunidades que têm seus modos de vida, produção e reprodução social relacionados predominantemente com a terra” (Brasil, 2013, p.8), sendo incluídos camponeses (agricultores familiares, trabalhadores rurais assentados ou acampados), assalariados e temporários, que residam ou não no campo, apresentando características demográficas, socioeconômicas, culturais e sistemas de produção diversificados, representando 29,9 milhões de pessoas residentes em localidades rurais brasileiras.

Esta diversidade, em muitos casos, acaba também sendo refletida na desigualdade existente no campo que é reforçada pela estrutura fundiária atual do país em que 47% dos estabelecimentos agropecuários possuem área de até dez hectares (pequenos produtores), ocupando menos de 3% de área rural, enquanto que maiores estabelecimentos (com áreas iguais ou maiores a 1.000 hectares), representam cerca de 1% das propriedades e ocupam uma área de 43% do total de estabelecimentos (Brasil, 2013).

A desigualdade também é percebida através da situação mais precária da saúde quando comparada com a da população urbana, sendo reconhecido pelo Ministério da Saúde que “no campo e na floresta, ainda existem limitações de acesso e qualidade nos serviços de saúde, bem como uma deficiência na área de saneamento ambiental” (Brasil, 2013, p.13). Visando diminuir as iniquidades em saúde neste grupo

populacional, instituiu-se o Grupo da Terra, composto por representantes governamentais e sociedade civil, que, em 2011, elaborou a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF) que objetiva garantir o acesso aos serviços de saúde nos seus diferentes níveis, de acordo com as necessidades e demandas apontadas pelo perfil epidemiológico da população e contribuir para a redução das vulnerabilidades em saúde dessas populações através de ações integrais voltadas para a saúde do idoso, da mulher, da pessoa com deficiência, da criança e do adolescente, do homem e do trabalhador (Brasil, 2013).

Em função das distâncias e dispersão populacional, o acesso ao sistema de saúde torna-se prioridade na Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, representando dois dos quatro eixos do seu Plano Operativo (Eixo I – Acesso das populações do campo e da floresta na atenção à saúde; e Eixo IV – Monitoramento e avaliação do acesso às ações e serviços de saúde às populações do campo e da floresta).

Reconhecendo, assim, a realidade brasileira frente ao acesso ao SUS, torna-se evidente que, dentre as diversas características dos serviços a serem avaliadas, questões referentes ao acesso aos serviços merecem destaque, principalmente quando se trata de serviços de Atenção Primária em Saúde/Atenção Básica, uma vez que se trata da porta de entrada para o sistema de saúde como um todo (Starfield B, 2002).

## **1.2 Revisão de literatura de abordagem sistemática**

Objetivando encontrar trabalhos científicos relevantes sobre o tema “acesso a serviços de atenção primária em saúde pela população rural idosa”, foi realizada uma revisão da literatura através de abordagem sistemática em bases de dados eletrônicas.

### **1.2.1 Processo de Busca de Artigos**

Foram utilizadas as bases de dados PubMed e LILACS com os *Medical Subject Headings (MeSH) Terms* “Health Services Accessibility” AND “Rural Population”. Não foi utilizado termo específico para “Atenção Primária em Saúde” na tentativa de não excluir materiais importantes, visto que os resultados das buscas foram consideravelmente mais restritos. Na base de dados PubMed foram utilizados os

limitadores: publicações nos últimos 10 anos, idioma (inglês, português e espanhol) e população com 65 anos ou mais. Na base de dados LILACS foi utilizado como limitador publicações nos últimos 10 anos. A busca pelos termos em português na base LILACS resultaram nos mesmos artigos. O Portal de Periódicos CAPES, acessado via FURG, foi utilizado nos casos em que o artigo não estava disponível gratuitamente nas bases de dados utilizadas.

Os critérios de inclusão utilizados foram: (1) artigos que investigassem o acesso da população rural idosa a serviços de atenção primária, (2) publicados a partir de 2007, (3) nos idiomas inglês, português ou espanhol.

Definiu-se como critérios de exclusão: (1) não tratar e/ou avaliar acesso a serviços de atenção primária (excluindo aqui artigos referentes a acesso a outros tipos de serviço de saúde especializados); (2) estudos exclusivamente qualitativos e/ou com amostra inferior a 100 participantes; (3) estudos que avaliaram exclusivamente acesso de populações muito específicas (por exemplo, gestantes usuárias de drogas e portadores de deficiência) ou populações que não refletem a realidade da zona rural do município de Rio Grande (como veteranos do exército, indígenas e aborígenes); (4) estudos que tiveram como participantes, exclusivamente, profissionais de saúde (não avaliando como ocorre o acesso do usuário a esses profissionais); (5) estudos que avaliaram acesso a tratamento de doenças não tratáveis na atenção primária ou doenças que não fazem parte da realidade da área rural riograndina (como a malária); (6) estudos em que a população não é caracterizada como rural e/ou não apresenta resultados específicos para essa população (no caso de pesquisas que incluam população rural e urbana); (7) estudos em que a população não é caracterizada como idosa (60/65 anos ou mais) e/ou não apresenta resultados específicos para essa população (no caso de pesquisas que incluam outras faixas etárias); (8) artigos de revisão; (9) artigos com ano de publicação anterior a 2007; (10) textos não disponíveis na íntegra gratuitamente (em nenhuma das bases de dados incluídas na revisão e no Portal de Periódico CAPES com acesso via FURG).

Após exclusão por leitura de títulos, resumos e textos na íntegra, foram incluídos 25 artigos nesta revisão (considerando que um estudo foi encontrado nas duas bases de dados). O processo de seleção/exclusão dos artigos encontra-se descrito



na Tabela 1 e o resumo das principais informações de cada artigo selecionado encontra-se no Apêndice 1.

Tabela 1. Resultados das buscas nas bases de dados PubMed e LILACS

Bases de dados	PubMed	LILACS
Resultados gerais	2497	38
Resultados com limitadores	414	22
Incluídos após leitura dos títulos	151	10
Incluídos após leitura dos resumos	49	3
Incluídos após leitura na íntegra	31	1

Os principais resultados encontrados foram categorizados e sintetizados conforme apresentado a seguir.

### **1.2.2 Prevalência do acesso/utilização dos serviços de atenção primária pela população rural geral e idosa**

A prevalência de utilização de serviços de atenção primária por idosos em área rural apresentou variações entre estudos, ao mesmo tempo em que o uso de diferentes medidas e populações estudadas dificulta a comparação. Dentre as populações rurais investigadas, a visita ao médico nos últimos 12 meses foi de 68,6% (Travassos C, Viacava F, 2007) a 98,5% (Yingtaweesak T et al, 2013), sendo que prevalências específicas na população idosa permaneceram entre 68,6% (Travassos C, Viacava F, 2007) e 75% (Pölluste K et al, 2009). Já para consulta odontológica entre idosos nos últimos 12 meses, os resultados foram de 3,4% (Wu B, 2007) e 9,1% (Travassos C, Viacava F, 2007).

Quanto ao estado de saúde, 55% das mulheres indianas residentes da zona rural não utilizaram nenhum serviço quando estavam doentes (Gopalan SS, Durairaj V, 2012). Esse desfecho teve prevalência de 28,8% (20,4% entre idosos) e 51,2% em estudo rural nos Estados Unidos (Spleen AM et al, 2014) e China (Fang P et al, 2014), respectivamente.

Outro ponto que merece ser destacado é o fato de que todos os estudos que compararam a utilização da atenção primária quanto à localização da residência

mostraram menor uso ou pior qualidade na população rural em relação à urbana (Jacobs B, Groot R, Antunes A F, 2016; Liu X, Wong H, Liu K, 2016; Li C et al, 2015; Tian M et al, 2015; Spleen AM et al, 2014; Cobigo V et al, 2013; Allan DE et al, 2011; Sibbritt DW et al, 2010; Travassos C, Viacava F, 2007; Wu B, 2007), com exceção de um estudo realizado na Estônia (Pölluste K et al, 2009).

### **1.2.3 Fatores associados ao acesso/utilização de serviços de atenção primária pela população rural idosa**

Além da localização de moradia em si, como já dito, diversos fatores estiveram associados à utilização de serviços de atenção primária em saúde em áreas rurais, podendo estes ser facilitadores ou dificultadores do processo.

Como principais fatores associados a um menor uso e/ou maior dificuldade para utilização dos serviços na população rural foi encontrado: baixa renda/dificuldade financeira (10 artigos: Das M et al, 2017; Dekker A M et al, 2017; Jacobs B, Groot R, Antunes A F, 2016; Lee S E et al, 2016; Fang P et al, 2014; Gopalan SS, Durairaj V, 2012; Wilson SL et al, 2012; Sibbritt DW et al, 2010; Lui LJ et al, 2007; Wu B, 2007), maior distância (4 artigos: Tian M et al, 2015; Ward B et al, 2015; Gopalan SS, Durairaj V, 2012; Thammatacharee N et al, 2012), não ter um médico de referência (3 artigos: Mcgrail MR et al, 2015; Spleen AM et al, 2014; Wilson SL et al, 2012), baixa escolaridade (2 artigos: Das M et al, 2017; Wilson SL et al, 2012), baixo número de profissionais e serviços disponíveis (Ward B et al, 2015), não confiar nas informações do médico ou no tratamento (Spleen AM et al, 2014; Thammatacharee N et al, 2012), morar sozinho ou apenas com outro idoso (Lui LJ et al, 2007), falta de tempo (Thammatacharee N et al, 2012), não perceberam a doença como algo sério (Gopalan SS, Durairaj V, 2012). Enquanto que os homens utilizaram menos os serviços (Spleen AM et al, 2014), as mulheres apresentaram mais dificuldade em acessá-los (Lee S E et al, 2016; Wilson SL et al, 2012).

Quanto aos fatores associados a um maior uso/acesso ao atendimento, foi encontrado: possuir acesso via sistema público (6 artigos: Lee S E et al, 2016; Cheng L et al, 2015; Spleen AM et al, 2014; Thanh NX, Lindholm L, 2012; Wilson SL et al, 2012; Polonsky J et al, 2009), presença/limitação por doença crônica e/ou pior status de saúde (3 artigos: Allan DE et al, 2011; Pölluste K et al, 2009; Wu B, 2007) e, também,

melhor saúde física (Sibbritt DW et al, 2010); e estar interessado/preocupação com a sua situação de saúde (Tian M et al, 2015; Wu B, 2007).

A idade em si esteve associada à busca por atendimento. Em seis artigos, o fato de ser idoso foi associado a uma maior utilização de serviços (Das M et al, 2017; Spleen AM et al, 2014; Gopalan SS, Durairaj V, 2012; Wilson SL et al, 2012; Polonsky J et al, 2009; Pölluste K et al, 2009); já o artigo de Fang e colaboradores (2014), encontrou a associação inversa. O maior acesso, por sua vez, esteve associado a melhor qualidade de vida entre idosos (Li C et al, 2015).

Em função de poucos estudos focarem exclusivamente a população rural idosa, associações específicas a ela foram pouco investigadas, todavia, foram encontrados como risco para o acesso: dificuldade financeira (Gopalan SS, Durairaj V, 2012), morar sozinho ou apenas com outro idoso (Lui LJ et al, 2007) e maior distância (Ward B et al, 2015). Enquanto que possuir subsídio governamental foi identificado como facilitador ao acesso (Cheng L et al, 2015). Além disso, ser idoso em área rural também esteve associado a maior utilização de serviços de emergência (Mian O, Pong R, 2012; Sanz-Barbero B et al, 2012), maior prevalência de necessidades em saúde não satisfeitas (; Lee S E et al, 2016; Thammatacharee N et al, 2012), pior estado de saúde auto-referido (Liu X, Wong H, Liu K, 2016) menor tolerância quanto à distância/tempo necessário para conseguir atendimento (Mcgrail MR et al, 2015), menor tempo de espera pela consulta (Pölluste K et al, 2009).

Por fim, um ponto que deve ser destacado é que, pela busca feita, apenas um artigo brasileiro foi encontrado (Travassos C, Viacava F, 2007), mostrando a pouca relevância que se tem dado ao tema em um país de dimensões geográficas como as do Brasil.

Considerando a situação aqui exposta, fica claro que a população rural apresenta diferenças e, principalmente, maiores dificuldades quanto ao acesso a serviços de atenção primária em saúde, em comparação àqueles que habitam em áreas urbanas (como pode ser visto, também, ao comparar as prevalências apresentadas no Apêndice 1). A população de idosos, identificada pelas políticas de saúde brasileiras como grupo com o qual deve-se priorizar uma atenção diferenciada (Brasil,2006a), se encontra em uma posição ainda mais delicada quando residente de

localidades de difícil acesso. Na busca pela equidade, cabe aqui investigar mais a fundo essa população e desenvolver intervenções que foquem nos principais obstáculos (custo, distância e falta de recursos humanos) e as maiores potencialidades (ampliação do acesso à saúde pública), não desconsiderando as pequenas particularidades de cada região.

## **2 JUSTIFICATIVA**

Considerando a importância do acesso a serviços de atenção primária em saúde (tanto para o efetivo funcionamento dos sistemas de saúde quanto para a melhoria das condições de saúde de seus usuários), investigar esta questão entre idosos moradores em localidades rurais se mostra de grande relevância, uma vez que se trata de dois aspectos (idade avançada e populações de áreas remotas) que tem se mostrado relacionados a maiores necessidades em saúde e dificuldades de acesso, de acordo com a literatura.

Além disso, o baixo número de publicações referentes a essa população na realidade brasileira, destaca a necessidade de uma maior atenção aos principais avanços e dificuldades nesse contexto, sendo possibilitado, aqui, investigar a realidade atual das políticas em saúde na atenção primária em um município com 100% de cobertura pela Estratégia Saúde da Família em sua área rural.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Medir a prevalência, os fatores associados e caracterizar o acesso às Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSFs) por idosos residentes na área rural do município de Rio Grande, RS

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Medir a prevalência do acesso e o número de visitas às UBSFs por idosos da área rural do município de Rio Grande/RS nos últimos 12 meses;
- Identificar o serviço de referência utilizado para atendimentos em saúde pelos idosos da zona rural do município de Rio Grande/RS;
- Investigar a associação do acesso às Unidades Básicas de Saúde da Família na população estudada com variáveis sociodemográficas (sexo, idade, renda familiar, estado civil, escolaridade, ocupação) e de saúde (doenças crônicas e estado de saúde);
- Identificar os principais motivos para busca e não busca das UBSFs pela população estudada;
- Averiguar possíveis dificuldades no acesso/utilização dos serviços de atenção primária em saúde pela população alvo;
- Avaliar a satisfação dos idosos em relação aos atendimentos da sua UBSF de referência.

#### **4 HIPÓTESES**

- A prevalência do acesso às UBSFs nos últimos 12 meses será em torno de 70%, com uma média de duas visitas por ano.
- As UBSFs serão o principal serviço de referência para atendimentos em saúde.
- O maior acesso às UBSFs estará associada a idosos do sexo feminino, de maior idade (70 anos ou mais), com maior renda familiar, casados, com maior escolaridade, aposentados ou que trabalham em casa que apresentam alguma doença crônica e que apresentam uma autoavaliação negativa do estado de saúde.
- Os principais motivos para utilização dos serviços serão para tratamento de doenças crônicas e atendimento de emergência.
- As principais dificuldades e motivos para não acessar e utilizar os serviços serão distância do serviço e falta de profissional disponível.
- A avaliação dos serviços será positiva.

## 5 METODOLOGIA

### 5.1 Local do estudo

O presente estudo será realizado na área rural de Rio Grande, município localizado no extremo sul do estado do Rio Grande do Sul e a 350 km da capital, Porto Alegre. Estima-se que o município conte com, aproximadamente, 210 mil habitantes no ano de 2016, sendo que, destes, 5,5% (cerca de 8.225 indivíduos), residem em área rural.

A presente pesquisa será executada no formato de consórcio, composto por mestrandos e doutorandos dos programas de Pós-graduação em Saúde Pública e Ciências da Saúde, tendo por objetivo avaliar a saúde dos moradores das localidades rurais do município estudado, tendo como foco os seguintes grupos populacionais: crianças de até cinco anos, mulheres em idade fértil (15 a 49 anos) e idosos (60 anos ou mais), os quais representam 5,4%, 22,1% e 13,1% da população rural de Rio Grande, respectivamente (IBGE, 2011). Desta forma, este grande estudo, conterà vários objetivos, contemplando, assim, as diferentes questões de pesquisa de cada mestrando/doutorando.

Quanto à rede pública de saúde de Rio Grande, encontram-se disponíveis à população: 36 equipes de Saúde da Família (60% destes contendo equipe de Saúde Bucal), oito Unidades Básicas de Saúde na modalidade tradicional (não sendo ESF), cinco Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF - contando com um assistente social, um fisioterapeuta, um nutricionista, um profissional de educação física e um psicólogo cada), um ambulatório de especialidades, um ambulatório de saúde mental, três Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS – um para atendimento de crianças e adolescentes, um para atendimento de casos de dependência química e outro na modalidade CAPS II), um consultório na rua, dois hospitais gerais e um psiquiátrico localizados no centro urbano do município.

Na área rural do município, encontra-se: 10 equipes de Saúde da Família em oito Unidades Básicas de Saúde da Família (estando uma delas aberta 24 horas na forma de Pronto Atendimento no horário não comercial), sendo estas apoiadas por dois NASFs. Além disso, Rio Grande conta com a cobertura de 53% de seu território total pela Estratégia Saúde da Família, chegando a 100% de sua área rural.



## **5.2 Definição da população-alvo**

A população-alvo, específica a este estudo, constitui-se de idosos (60 anos ou mais), de ambos os sexos, que habitam na área rural de Rio Grande/RS, os quais constituíam 13,1% da população rural do município em 2010 (IBGE, 2010). Em 2016, estima-se 1.077 habitem em localidades rurais do município.

### **5.2.1 Critérios de inclusão**

Farão parte deste estudo: moradores da área rural do município de Rio Grande/RS com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos.

### **5.2.2 Critérios de exclusão**

Serão excluídos do presente estudo: idosos institucionalizados. No caso de idosos com incapacidade física e/ou mental para responder o questionário, será entrevistado seu cuidador, não caracterizando-se, assim, exclusões.

Indivíduos não localizados após uma terceira tentativa de busca ou que recusem participar da pesquisa serão caracterizados como perdas.

## **5.3 Delineamento**

Trata-se de um estudo transversal de base populacional, conduzido por alunos (mestrandos e doutorandos) e professores da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), o qual investigará condições de saúde e fatores associados a tais condições entre crianças com até cinco anos incompletos de idade, mulheres em idade fértil (15 a 49 anos) e idosos (60 anos ou mais), moradores da área rural do município de Rio Grande/RS, através de questionário padronizado, aplicado em domicílio. Para esta pesquisa, serão utilizadas informações referentes apenas à população idosa (60 anos ou mais) que habitam na área rural do município de Rio Grande/RS e informações do domicílio. Estes dados serão coletados através de questionário padronizado, aplicado, em domicílio, a uma amostra representativa deste grupo populacional.

### **5.3.1 Justificativa do delineamento**

O delineamento transversal tem mostrado-se adequado para avaliação de condições e serviços de saúde fornecendo embasamento para o planejamento de

políticas em saúde, alcançando este objetivo através de relativa rapidez na sua execução e baixo custo quando comparado a outros desenhos de pesquisa (Gordis L, 2009; Goldbaum M, 1996).

Como principal limitação, este delineamento traz a ausência de temporalidade, apresentando medidas coletadas em um único momento, dificultando a inferência de causalidade (causa-efeito) e possibilitando o viés de causalidade reversa, além de ser inapropriado para a investigação de doenças raras e de variáveis com grande mutabilidade. Considerando que o presente estudo não terá nenhum destes pontos como foco principal, o delineamento transversal apresenta-se, assim, como um delineamento adequado para analisar as questões referentes a esta pesquisa.

## **5.4 Definição do desfecho e das exposições**

### **5.4.1 Definição do desfecho**

O desfecho do presente estudo refere-se ao “acesso às Unidades Básicas de Saúde da Família”, sendo este caracterizado pela busca deste serviço no período recordatório de um ano (últimos 12 meses), e a consequente obtenção, ou não, do atendimento esperado na última vez em que o entrevistado procurou o serviço. O desfecho será investigado através da questão: “Desde <MÊS> do ano passado, quantas vezes o(a) sr(a). buscou atendimento no Posto de Saúde mais próxima à sua residência?”, complementada pela questão “Da última vez que o(a) sr(a). buscou o Posto de Saúde mais próximo à sua residência, o(a) sr(a). conseguiu o atendimento que estava procurando?”. Serão considerados indivíduos que acessaram a UBSF nos últimos 12 meses aqueles que procuraram atendimento, ao menos, uma vez durante este período. O termo “Posto de Saúde” será utilizado como sinônimo de “Unidade Básica de Saúde da Família” com o objetivo de facilitar a compreensão do questionamento por parte do entrevistado.

Contemplando a amplitude do tema, será indagado a autopercepção do estado de saúde, o motivo da busca e da não busca pelo serviço, satisfação com o atendimento, possíveis dificuldades encontradas pelo entrevistado na busca e utilização das UBSFs e o motivo da escolha e da busca de outro local para atendimento enquanto serviço de referência do entrevistado.

#### 5.4.2 Definição das exposições

Segue abaixo, o quadro com as variáveis de exposição que serão consideradas para este estudo, suas definições e formas de coleta:

Quadro 1. Variáveis de exposição de interesse

Variável	Definição	Forma de coleta (operacionalização)
Sexo	Sexo observado pelo entrevistador	Catégorica dicotômica (masculino, feminino)
Idade	Idade em anos completos	Numérica discreta (poderá ser categorizada posteriormente)
Cor da pele	Cor da pele referida pelo(a) entrevistado(a)	Catégorica politômica (Branca, preta, parda, amarela, indígena)
Classificação econômica (ABEP*)	Pontuação obtida de acordo com condições e bens familiares.	Numérica contínua (A, B1, B2, C1, C2, D-E)
Escolaridade	Número de anos de estudo com aprovação;	Numérica discreta (poderá ser categorizada posteriormente)
Estado Civil	Estado civil referido pelo(a) entrevistado(a)	Catégorica politômica (casado, solteiro, separado/divorciado, viúvo)
Ocupação	Ocupação referida pelo(a) entrevistado(a)	Catégorica politômica (operacionalização definida posteriormente)
Doença Crônica	Presença de ao menos uma dos seguintes quadros: hipertensão, AVC, alcoolismo, tabagismo, depressão	Catégorica dicotômica (não, sim)
Estado de Saúde	Autoavaliação do estado de saúde referida pelo entrevistado	Catégorica politômica (muito boa, boa, regular, ruim, muito ruim)

\* ABEP: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa

Quadro 1. Variáveis de exposição de interesse (continuação)

<b>Variável</b>	<b>Definição</b>	<b>Forma de coleta (operacionalização)</b>
Dificuldade de acesso e utilização	Presença de dificuldades no acesso e utilização do serviço	Categórica dicotômica (sim/não)
Satisfação com o atendimento recebido	Classificação dada pelo usuário quanto a qualidade do serviço	Categórica politômica (péssimo, ruim, regular, bom, ótimo)

### **5.5 Processo de Amostragem**

Considerando a impossibilidade de incluir todos os habitantes pertencentes aos grupos populacionais de interesse do estudo maior, o processo de amostragem se mostra essencial. Com isso, 80% dos, aproximadamente 3.000 domicílios (nisto incluídos 862 idosos), de todos os 23 setores censitários rurais do município serão selecionados, havendo o pulo (definido por sorteio) de um domicílio após a abordagem de quatro consecutivos, sendo considerado o ponto inicial de acordo com aquele definido pela demarcação do setor pelo IBGE. Desta forma, todos os idosos residentes nos domicílios selecionados serão entrevistados.

Maiores detalhes do processo serão definidos posteriormente pelos coordenadores do consórcio de pesquisa.

### **5.6 Cálculo de tamanho de amostra**

Para calcular o tamanho da amostra necessário para estimar a prevalência do desfecho de interesse, foram utilizados os seguintes parâmetros: nível de significância de 5%; frequência de exposição de 70%; margem de erro de 3,0 pontos percentuais e efeito de delineamento de 1,5, obtendo-se assim o número 735 indivíduos. Com acréscimo de 10% para perdas e recusas, encontrou-se uma amostra final necessária de 809 indivíduos.

Para identificar a amostra necessária para encontrar associação entre variáveis de exposição e o desfecho de interesse, realizou-se o cálculo de amostra para cada

uma das variáveis com nível de significância de 5%, poder de 80%, efeito de delineamento de 1,5 e com acréscimo de 10% para perdas e recusas, 15% para controle de fatores de confusão, como apresentado a seguir (quadro 2). Com isso, foi possível averiguar que, considerando a variável “ocupação”, encontrou-se uma amostra final necessária de **857 indivíduos**.

Quadro 2. Cálculo da amostra para os fatores associados ao acesso às Unidades Básicas de Saúde da Família por idosos moradores da área rural de Rio Grande, RS.

Variável (grupo exposto)	FDNE%	Razão não expostos/expostos	RP	Subtotal	Total*
Sexo (feminino)	61,71	1,23	1,3	212	404
Idade (70 anos ou mais)	62,20	1,39	1,3	210	399
Cor da pele (branca)	65,59	3,46	1,3	252	479
Estado Civil (casado)	55,23	0,87	1,5	101	192
Ocupação (sem ocupação)	48,01	0,09	1,5	451	<b>857</b>
Escolaridade (até 5º ano incompleto)	64,49	4,85	1,5	106	203
Renda Familiar (1º, 2º 3º quartis)	57,14	0,33	1,3	341	648
Doença Crônica (com doença crônica)	55,27	0,88	1,5	100	191
Estado de Saúde (ruim/péssimo)	60,03	5,02	1,5	107	204
Dificuldade de Acesso (apresentou dificuldade)	50,91	0,33	1,5	161	306
Satisfação (avaliação: boa/ótima)	51,85	0,43	1,5	138	263

\* Com efeito de delineamento de 1,5, adição de 10% para possíveis perdas e 15% para controle de fatores de confusão

FDNE = frequência do desfecho nos não expostos; RP = razão de prevalência

## **5.7 Instrumento**

Trata-se de um questionário a ser aplicado através de entrevista aos idosos selecionados para participar do estudo, contendo informações domiciliares gerais (apêndice 2) e do idoso (apêndice 3), sendo incluídas, neste segundo bloco, questões relacionadas ao tema “acesso às Unidades Básicas de Saúde da Família”. Para fins de verificação da adequação das questões à população idosa, será realizado um estudo piloto.

## **5.8 Seleção e treinamento de entrevistadores e estudo piloto**

Serão recrutados 20 entrevistadores, tendo como pré-requisito ensino médio completo como escolaridade mínima. O processo de recrutamento será definido posteriormente pelos coordenadores do consórcio de pesquisa.

Todos os entrevistadores recrutados passarão por treinamento de 40 horas (distribuídas em cinco dias consecutivos) que contemplará leitura dos questionários e do manual de instruções, aplicação do questionário em duplas e manejo do tablet.

Após o treinamento será efetivada a contratação de seis entrevistadores, permanecendo os demais como suplentes para substituição no caso de alguma eventualidade.

Previamente à coleta de dados, será realizado estudo piloto que objetivará verificar a adequação do enunciado das questões e opções de respostas, familiarizar o entrevistador com o questionário, manual e tablet, além de reproduzir as condições do trabalho de campo a fim de melhor definir sua logística. O local de aplicação do estudo piloto será definido posteriormente pelos coordenadores do consórcio de pesquisa.

## **5.9 Logística**

Este estudo será coordenado por professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) e será supervisionado por 15 alunos do mestrado em Saúde Pública da turma 2016-2017 e por dois doutorandos do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde/FURG. A coleta de dados será em regime de consórcio, o qual conterà diferentes desfechos na temática saúde, contemplando, assim, as diferentes questões de pesquisa de cada um dos mestrandos/doutorandos. Serão organizadas três equipes contando, cada uma,

com três entrevistadores, um supervisor (podendo este ser um mestrando, doutorando ou um dos coordenadores do estudo) e motorista. A partir de março/2017, cada equipe irá para uma diferente localidade rural do município, permanecendo durante o turno da tarde. A entrevista será realizada no domicílio do entrevistado e os dados coletados de forma eletrônica através de tablets por meio do aplicativo *RedCap*® (Research Electronic Data Capture). Ao fim do dia, o supervisor da equipe será responsável por levar os tablets à sala (localizada na área acadêmica do Hospital Universitário da FURG) reservada às atividades da pesquisa. Lá, o mestrando, responsável pelo envio dos dados, repassará os questionários ao servidor disponível na página [www.redcap.furg.br](http://www.redcap.furg.br). Após confirmação do envio e armazenamento dos dados, as informações serão apagadas dos tablets, os quais serão desligados e recarregados para a coleta do dia seguinte.

Além disso, os mestrandos responsáveis pelo banco de dados, farão, diariamente, cópias de segurança do banco de dados em planilhas do software *Microsoft Excel*® e enviarão, semanalmente, a todos os envolvidos diretamente com a pesquisa, o relatório das informações recebidas, apontando erros, inconsistências e variáveis não respondidas. Desta forma, fica sob responsabilidade de cada mestrando revisar, detectar problemas em suas variáveis e, conseqüentemente, solicitar correção dos dados inconsistentes.

### **5.10 Controle de qualidade**

Para o controle de qualidade, 5% das entrevistas (em formato resumido e escolhidas de forma aleatória) serão reaplicadas pelos supervisores do estudo. O grau de concordância entre as repostas obtidas pelo entrevistador e pelo supervisor será avaliado através do teste Kappa.

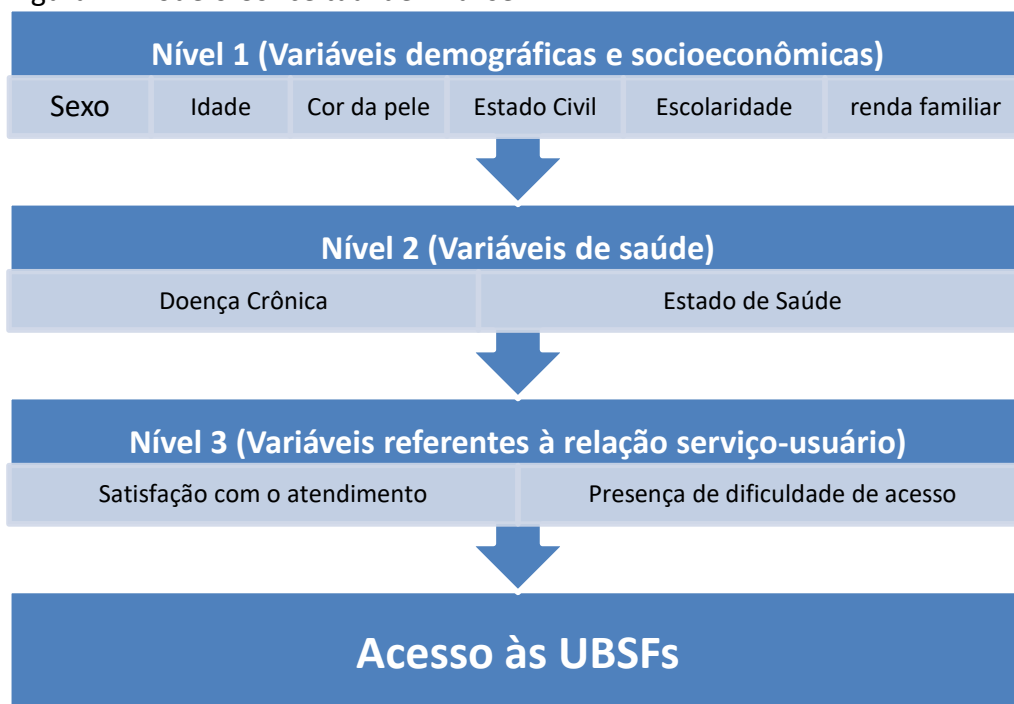
Como pontos referentes ao controle de qualidade, também pode-se citar a padronização das medidas antropométricas através de treinamento conjunto dos entrevistadores e o relatório semanal dos dados obtidos (como especificados anteriormente).

### 5.11 Processamento e análise dos dados

Após análise de consistência, revisão e organização do banco de dados (através do programa *RedCap*® e *backup* pelo software *Microsoft Excel*®), pretende-se realizar, inicialmente, a análise descritiva dos resultados encontrados apresentando prevalências do desfecho e das características da amostra, complementados pelos seus respectivos intervalos de confiança de 95%. Além disso, média, desvio-padrão e, no caso de variáveis com distribuição assimétrica, mediana e intervalo interquartil serão apresentados para variáveis numéricas.

Para realização das análises será utilizado o programa estatístico STATA 14.1 utilizando nível de significância de 5% para testes bicaudais. Para avaliação de associações entre a variável dependente e independentes, será realizada análise bivariada, utilizando-se do teste Qui-quadrado (de heterogeneidade e tendência linear, quando adequado). Para a análise multivariável será utilizada regressão de Poisson, com ajuste robusto da variância, baseando-se em modelo conceitual hierarquizado em três níveis (Figura 1), controlando para variáveis de confusão de mesmo nível ou superior. A seleção das variáveis para o modelo será realizada através do método para trás (*backward stepwise regression*), considerando  $p < 0,20$  como ponto de corte para sua manutenção no modelo final.

Figura 1. Modelo Conceitual de Análise.





## **5.12 Aspectos éticos**

Esta pesquisa será submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS) da Universidade Federal do Rio Grande através de solicitação pela Plataforma Brasil, como parte do consórcio de pesquisa (submetido integralmente em uma única solicitação). Além disso, todos os aspectos éticos serão respeitados de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras da Pesquisa envolvendo Seres Humanos, seguindo os itens: risco (considerado como mínimo) justificado pelo benefício esperado; garantia da confidencialidade das informações; participação voluntária e a possibilidade de deixar o estudo a qualquer momento, sem necessidade de justificativa; os benefícios aos participantes da pesquisa serão exclusivamente indiretos, considerando as dimensões física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual desses; caso do pesquisador responsável perceber qualquer risco ou dano significativo ao participante, mesmo que previsto no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), deverá comunicar de imediato o ocorrido ao Sistema de Comitês de Ética em Pesquisa e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CEP/CONEP), além de avaliar emergencialmente a adequação ou suspensão do estudo; informar ao Sistema CEP/CONEP sobre fatos intervenientes da normalidade dos estudos que foram acordados pelo mesmo; deveres do pesquisador/instituição/patrocinador em quaisquer fases da pesquisa, de oportunizar assistência imediata e de responsabilizar pela assistência integral aos participantes da pesquisa pertinentes às complicações e danos decorrentes da atividade; direito do participante à indenização, caso sofra qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, por parte do pesquisador/patrocinador/instituições envolvidas, seja em qual fase da pesquisa ocorra. Todos os participantes (ou seus responsáveis) assinarão Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes de o questionário ser aplicado.

Sobre o encerramento da pesquisa, este se dará ao ser alcançado o número desejado de participantes ou ao fim do tempo limite estipulado para a coleta de dados.

## **6 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS**

Os resultados deste estudo serão tornados públicos por meio de trabalhos apresentados em congressos e artigos publicados em periódicos científicos, sendo divulgados, também, na Universidade.

## 7 FINANCIAMENTO

Este projeto de pesquisa foi orçado em R\$ 49.119,00 (quarenta e dois mil novecentos e dezenove reais). Os tablets serão utilizados para entrada imediata de dados provenientes da aplicação dos questionários. Este equipamento permite a entrada imediata de dados e elimina a contratação de digitadores e a impressão de questionários. O restante será utilizado principalmente no pagamento de pessoal, aquisição de material de consumo e compra de combustível a ser utilizado em veículo cedido pela prefeitura municipal de Rio Grande para deslocamento até os domicílios da área rural. Maiores detalhes podem ser vistos no quadro 3.

A realização desta pesquisa contará com financiamento da Pastoral da Criança, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e do programa de pós-graduação em Saúde Pública, vinculado à faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande. Os custos excedentes ao orçamento disponível serão arcados pelos alunos da pós-graduação participantes do consórcio de pesquisa.

Quadro 3. Orçamento do projeto de pesquisa

CAPITAL	Custo em R\$	
	Unitário	Total
• <b><u>Material permanente:</u></b> - 8 tablets RAM 1.5 GB, MEMÓRIA 8GB, Processador 1.3 GHZ, tela LED 9.6'	800,00	6.400,00
<b>Subtotal (a)</b>		<b>6.400,00</b>
CUSTEIO	Custo em R\$	
	Unitário	Total

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Material de consumo:</b></li> <li>- 12 manuais de instrução</li> <li>- 50 pacotes papel sulfite 75g 210x297</li> <li>- 04 cartuchos de toner laserjet</li> <li>- 15 pranchetas poliestireno com prendedor</li> <li>- 3.000 litros de combustível</li> </ul>	15,00 12,60 221,00 15,00 4,00	180,00 630,00 884,00 225,00 12.000,00
<b>Subtotal (b)</b>		<b>13.919,00</b>
<b>CUSTEIO</b>	<b>Custo em R\$</b>	
	<b>Unitário/Mensal</b>	<b>Total</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Serviços de terceiros:</b></li> <li>- 06 entrevistadores (4 meses)</li> </ul>	6 x 4 x 1.200,00	28.800,00
<b>Subtotal (c)</b>		<b>28.800,00</b>
<b>ITEM</b>	<b>Custo em R\$</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Capital:</b></li> <li>- <b>Material permanente (a)</b></li> </ul>	<b>6.400,00</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Custeio:</b></li> <li>- <b>Material de consumo (c)</b></li> <li>- <b>Serviços de terceiros (d)</b></li> </ul>	<b>13.919,00</b> <b>28.800,00</b>	
<b>Total geral (a + b + c)</b>		<b>49.119,00</b>

## 8 CRONOGRAMA

	2016											2017										
	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Definição do tema	■	■																				
Revisão de literatura			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Construção do projeto				■	■	■	■	■	■	■												
Envio ao comitê de ética								■														
Qualificação do projeto										■												
Seleção e treinamento das entrevistadoras											■	■										
Estudo piloto												■										
Coleta de dados													■	■	■	■						
Controle de qualidade													■	■	■	■						
Processamento dos dados														■	■	■						
Análise dos dados															■	■	■	■	■	■		
Elaboração da dissertação/artigo																■	■	■	■	■	■	
Defesa da Dissertação																						■

## 9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res* 1974; 9:208-20.

Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav* 1995; 36:1-10.

Allan DE, Funk LM, Reid RC, Cloutier-Fisher D. Exploring the influence of income and geography on access to services for older adults in British Columbia: a multivariate analysis using the Canadian Community Health Survey (Cycle 3.1). *Can J Aging* 2011; 30:69-82.

Arantes LJ, Shimizu HE, Merchán-Hamann E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2016 21:1499-509.

Bennett KJ, Probst JC, Vyavaharkar M, Glover S. Missing the handoff: post-hospitalization follow-up care among rural Medicare beneficiaries with diabetes. *Rural Remote Health* 2012; 12:01-12.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (Série E. Legislação em Saúde). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

(PMAQ): manual instrutivo. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) Brasília: Ministério da Saúde; 2012b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica : AMAQ (Série B. Textos básicos de saúde). Brasília: Ministério da Saúde; 2012c.

Brasil. Secretaria Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos. Coordenação Geral dos Direitos do Idoso. Dados sobre o envelhecimento no Brasil. Brasília: Secretaria Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos; 2012d.

Brasil. Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde / Ministério da Saúde (Série E. Legislação de Saúde). Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde (Série B. Textos Básicos de Saúde). Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. O Sistema Único de Saúde e a qualificação do acesso. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS; 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde - Resultado do processo avaliativo 2004-2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006a.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: Ministério da Saúde; 2006b.

Brasil. Senado Federal. Legislação sobre o idoso. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. (Estatuto do idoso) e legislação correlata (Série legislação ; n. 104). Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação Edições Câmara; 2003.

Brasil. Senado Federal. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e da outras providências. Brasília: Senado Federal; 1994

Cheng L, Liub H, Zhang Y, Shend K, Zenge Y. The impact of health insurance on health outcomes and spending of the elderly: evidence from China's New Cooperative Medical Scheme. *Health Econ* 2015; 24:672-91.

Cobigo V, Ouellette-Kuntz H, Balogh R, Leung F, Lin E, Lunskey Y. Are cervical and breast cancer screening programmes equitable? The case of women with intellectual and developmental disabilities. *J Intellect Disabil Res* 2013; 57:478-88.

Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde. Declaração de Alma-Ata. Alma-Ata: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde; 1978.

Das S, Mia MN, Hanifi SMA, Hoque S, Bhuiya A. Health literacy in a community with low levels of education: findings from Chakaria, a rural area of Bangladesh. *BMC Public Health* 2017; 17:203

Dekker AM, Mick AE, Cecilia Scholcoff C, Doobay-Persaud A. A mixed-methods needs assessment of adult diabetes mellitus (type II) and hypertension care in Toledo, Belize. *Health Serv Res* 2017; 17:171

Donabedian A. Aspects of medical care administration. Boston: Harvard University Press; 1973.



Fang P, Han S, Zhao L, Fang Z, Zhang Y, Zou X. What limits the utilization of health services among the rural population in the Dabie Mountains - evidence from Hubei province, China? *BMC Health Serv Res* 2014; 14:01-7.

Fekete MC. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços. Projeto GERUS 1996; 114-20.

Goldbaum M. Epidemiologia e serviços de saúde. *Cad Saúde Pública* 1996; 12:95-8.

Gopalan SS, Durairaj V. Addressing women's non-maternal healthcare financing in developing countries: what can we learn from the experiences of rural Indian women? *PLoS One*. 2012; 7:e29936.

Gordis L. *Epidemiology*. Elsevier Science; 2009.

Gustafsdottir SS, Fenger K, Halldorsdottir S, Bjarnason T. Social justice, access and quality of healthcare in an age of austerity: users' perspective from rural Iceland. *Int J Circumpolar Health* 2017; 76:1347476

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico, 2010. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2011.

Jacobs B, Groot R, Antunes AF. Financial access to health care for older people in Cambodia: 10-year trends (2004-14) and determinants of catastrophic health expenses. *Int J Equity Health* 2016; 15:94

Lee SE, Yeon M, Kim CW, Yoon TH. The Association Among Individual and Contextual Factors and Unmet Healthcare Needs in South Korea: A Multilevel Study Using National Data. *J Prev Med Public Health* 2016; 49:308-322.

Li C, Chib I, Zhangc X, Chengc Z, Zhangc L, Chenc G. Urban and rural factors associated with life satisfaction among older Chinese adults. *Aging Ment Health* 2015; 19:947-54.

Liu L, Sun X, Zhang C, Guo Q. Health-care utilization among empty-nesters in the rural area of a mountainous county in China. *Public Health Rep* 2007; 122:407-13.

Liu X, Wong H, Liu K. Outcome-based health equity across different social health insurance schemes for the elderly in China. *Health Serv Res* 2016; 16:9.

Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva* 2007; 12:335-42.

Mariolis A, Mihos C, Alevizos A, Mariolis-Sapsakos T, Marayiannis K, Papathanasiou M, Gizlis V, Karanasios D, Merkouris B. Comparison of primary health care services between urban and rural settings after the introduction of the first urban health centre in Vyronas, Greece. *BMC Health Serv Res* 2008; 9.

Martins PC, Cotta RMM, Mendes FF, Priore SE, Franceschini SCC, Casal MM, Batista RS. De quem é o SUS? Sobre as representações sociais dos usuários do Programa Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva* 2011; 16:1933-42.

McGrail MR; Humphreys JS, Ward B. Accessing doctors at times of need-measuring the distance tolerance of rural residents for health-related travel. *BMC Health Serv Res* 2015; 29:01-9.

Mendoza-Sassi R, Beria JU. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cad. Saúde Pública* 2001; 17:819-832.

Mian O, Pong R. Does better access to FPs decrease the likelihood of emergency department use? Results from the Primary Care Access Survey. *Can Fam Physician* 2012; 58:658-66.

Moimaz SAS, Marques JAM, Saliba O, Garbin CAS, Zina LG, Saliba NA. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva* 2010; 20:1419-40.

Nunes BP. Acesso aos Serviços de Saúde em Adolescentes e Adultos na Cidade de Pelotas-RS. Dissertação de Mestrado. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 2012.

Nunes BP, Flores TR, Garcia LP, Filho ADPC, Thumé E, Facchini LA. Tendência temporal da falta de acesso aos serviços de saúde no Brasil, 1998-2013. *Epidemiol Serv Saude* 2016; 25:777-787.

Nunes BP, Thumé E, Tomasi E, Duro SMS, Facchini LA. Desigualdades socioeconômicas no acesso e qualidade da atenção nos serviços de saúde. *Rev Saúde Pública* 2014; 48:968-976.

Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet (Série Saúde no Brasil)* 2011; 1:11-31.

Penchansky DBA, Thomas JW. The concept of access – definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care* 1981; 19:127-40.

Põlluste K, Kalda R, Lember M. Accessibility and use of health services among older Estonian population. *Cent Eur J Public Health* 2009; 17:64-70.

Polonsky J, Balabanova D, McPake B, Poletti T, Vyas S, Ghazaryan O, Yanni MK. Equity in community health insurance schemes: evidence and lessons from Armenia. *Health Policy Plan* 2009; 24:209-16.

Rocha SA, Bocchi SCM, Godoy MF. Acesso aos cuidados primários de saúde: revisão integrativa. *Physis Revista de Saúde Coletiva* 2016; 26:87-111.

Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Publica* 2012; 31:260–8.

Sanz-Barbero B, Otero GL, Blasco HT. The effect of distance on the use of emergency hospital services in a Spanish region with high population dispersion: a multilevel analysis. *Med Care* 2012; 50:27-34.

Sibbritt DW, Byles JE, Tavener MA. Older Australian women's use of dentists: a longitudinal analysis over 6 years. *Australas J Ageing* 2010; 29:14-20.

Spleen AM, Lengerich EJ, Camacho FT, Vanderpool RC. Health care avoidance among rural populations: results from a nationally representative survey. *J Rural Health* 2014; 30:79-88.

Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.

Thammatacharee N, Tisayaticom K, Suphanchaimat R, Limwattananon S, Putthasri W, Netsaengtipp R, Tangcharoensathien V. Prevalence and profiles of unmet healthcare need in Thailand. *BMC Public Health* 2012; 30:01-8.

Thanh NX, Lindholm ML. Has Vietnam Health care funds for the poor policy favored the elderly poor? *BMC Health Serv Res* 2012; 12:01-7.

Thiede M, McIntyre D. Information, communication and equitable access to health care: a conceptual note. *Cad Saúde Pública* 2008; 24:1168-73.

Tian M, Feng D, Chen X, Chen Y, Sun X, Xiang Y, Yuan F, Feng Z. China's rural public health system performance: a cross-sectional study. *PLoS One* 2013; 8:e83822

Tian M, Wang H, Tong X, Zhu K, Zhang X, Chen X. Essential Public Health Services' Accessibility and its Determinants among Adults with Chronic Diseases in China. PLoS One 2015; 10:e0125262.

Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad Saúde Pública 2004; 20:S190-S198.

Travassos C, Viacava F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. Cad Saude Publica 2007; 23:2490-502.

Unglert, CVS. O enfoque da Acessibilidade no Planejamento da Localização e Dimensão dos Serviços de Saúde. Rev Saúde Pública 1990; 24:445-452.

Unglert CVS, Rosenburg CP, Junqueira CB. Acesso aos Serviços de Saúde - Uma Abordagem de Geografia em Saúde Pública. Rev Saúde públ 1987; 21:439-46.

Vieira EWR. Acesso e Utilização dos Serviços de Saúde de Atenção Primária em População Rural do Município de Jequetinhonha, Minas Gerais. Dissertação de Mestrado. Minas Gerais: Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.

Ward B, Humphreys J, McGrail M, Wakerman J, Chisholm M. Which dimensions of access are most important when rural residents decide to visit a general practitioner for non-emergency care? Aust Health Rev 2015; 39:121-6.

Wilson SL, Kratzke C, Hoxmeier J. Predictors of access to healthcare: what matters to rural Appalachians? Glob J Health Sci 2012; 4:23-35.

Wu B. Dental service utilization among urban and rural older adults in China -- a brief communication. J Public Health Dent 2007; 67:185-8.

Yingtaweesak T, Yoshida Y, Hemhongsak P, Hamajima N, Chaiyakae S. Accessibility of health care service in Thasongyang, Tak Province, Thailand. Nagoya J Med Sci 2013; 75:243-50.

## **10 RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO**

## 10 RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO DO CONSÓRCIO 2016-2017 DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA/FURG

O curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública (PPGSP) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) possui seu modelo de trabalho baseado no formato de um consórcio de pesquisa. Esse modelo de pesquisa propicia o trabalho conjunto de todos os mestrandos do programa, desde a elaboração dos instrumentos de pesquisa à coleta de dados.

O consórcio da turma de mestrandos 2016-2017 foi denominado “Saúde da população rural Rio-Grandina”. Seu objetivo geral era conhecer indicadores básicos de saúde e o padrão de morbidade e de utilização e acesso a serviços de saúde em três grupos populacionais residentes nesta área: crianças menores de cinco anos e suas mães, mulheres em idade fértil (15 a 49 anos) e idosos (60 anos ou mais). Além deste objetivo geral, foram incorporados os objetivos específicos de cada pós-graduando(a), conforme apresentado no quadro 1.

Quadro 1. Descrição dos alunos, graduação, população de estudo e tema de pesquisa do consórcio de 2016-2017 do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública/FURG.

	<b>Aluno(a)</b>	<b>Graduação</b>	<b>População</b>	<b>Tema de pesquisa</b>
1	Adriana Camerini	Odontologia	Crianças	Saúde bucal
2	Aline Henriques Perceval	Fisioterapia	Idosos	Apneia do sono
3	Alessandra Coelho Dziekaniak	Medicina	Idosos	Incontinência urinária
4	Andrea Silveira Lourenço	Psicologia	Mulheres	Violência psicológica
5	Fabiana da Silva Fernandes	Enfermagem	Crianças	Sibilância recorrente
6	Fernanda de Castro Silveira	Nutrição	Mulheres	Consumo alimentar
7	Franciane M. Machado Schroeder	Odontologia	Idosos	Serviços odontológicos
8	Luiza Santos Ferreira	Psicologia	Idosos	Serviços de atenção primária
9	Mariana Lima Corrêa	Psicologia	Idosos	Depressão
10	Nathalia Matties Maas	Nutrição	Domicílios	Insegurança alimentar



Quadro 1. Continuação

11	Otávio Amaral de Andrade Leão	Educação Física	Idosos	Comportamento Sedentário
12	Pedro San Martin Soares	Psicologia	Mulheres	Transtornos mentais comuns
13	Sabrina Silveira Leite	Enfermagem	Crianças	Adequação do pré- natal
14	Stephanie Jesien	Fisioterapia	Idosos	Curandeiros e benzedoras
15	Vitória dos Santos Alam	Nutrição	Idosos	Comportamento alimentar
16	Priscila Arruda da Silva	Enfermagem	-	-
17	Seiko Nomiya	Enfermagem	-	-

### 10.1 Organização do consórcio

O "Estudo Saúde da população rural Rio-Grandina" foi coordenado pelos professores Rodrigo Dalke Meucci e Juraci Almeida Cesar. O trabalho de campo foi supervisionado por uma equipe de dezessete pós-graduandos, que incluiu, além dos 15 mestrandos e uma pós-doutoranda do PPGSP, uma doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da FURG.

Para otimização dos trabalhos, os pós-graduandos foram alocados nas seguintes comissões:

- a) **Elaboração dos questionários:** responsável pela estruturação dos questionários na versão em papel;
- b) **Elaboração do manual de instruções:** responsável pela elaboração dos manuais de instruções, contendo informações acerca de todas as perguntas e alternativas presentes nos questionários;
- c) **Banco de dados e questionário eletrônico:** responsável por programar o questionário eletrônico no programa *RedCap*<sup>®</sup> a partir do questionário da versão em papel. Além disso, no decorrer da coleta de dados, esta comissão foi responsável pelo envio dos dados dos tablets para o servidor

<http://redcap.furg.br/>, bem como pela limpeza do banco de dados e verificação/correção de inconsistências;

- d) **Controle de qualidade:** responsável pela elaboração e aplicação de uma versão reduzida dos questionários para verificação da consistência das respostas através da reentrevista de 10% dos indivíduos de cada uma das populações;
- e) **Mapeamento dos setores e registro de campo:** responsável por mapear os setores censitários da área rural e planejar trajetos, além de monitorar os números de domicílios, indivíduos, pendências, perdas e recusas;
- f) **Organização financeira:** responsável pela gestão das finanças do consórcio, incluindo compra de materiais, aluguel de veículos, pagamento de pessoal e prestação de contas;
- g) **Folder:** responsável pela elaboração e diagramação do folder de divulgação do estudo, o qual foi distribuído em todos os domicílios visitados pela equipe deste consórcio.

Enquanto membro do consórcio de pesquisa, a mestrand Luiza Ferreira realizou as seguintes atividades:

- a) **Elaboração dos questionários:** revisão dos questionários elaborados pela comissão.
- b) **Elaboração do manual de instruções:** elaboração e atualização dos quatro manuais de instruções (blocos criança, mulher em idade fértil, idoso e domiciliar/instruções logísticas)
- c) **Banco de dados e questionário eletrônico:** verificação de inconsistências entre dados de identificação dos domicílios/entrevistados nas planilhas de campo e nos bancos de dados.
- e) **Mapeamento dos setores e registros do campo:** elaboração e atualização das planilhas de logística e monitoramento do trabalho de campo.
  - **Supervisão de campo:** transporte da equipe de pesquisa, abordagem dos domicílios, monitoramento do trabalho de campo e supervisão das entrevistadoras.

## **10.2 Instrumentos e manuais de instruções**

Foram elaborados quatro questionários, sendo um bloco domiciliar, bloco do idoso, bloco para mulheres de 15-49 e bloco para crianças menores de 5 anos.

O questionário do Bloco domiciliar era respondido pelo chefe do domicílio, preferencialmente alguém com 18 anos ou mais. Este questionário avaliou aspectos socioeconômicos e demográficos da família, participação em programas de transferência de renda (Bolsa Família), criação de animais, cultivo de alimentos, doenças genéticas na família, planos de saúde e uma escala reduzida da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar.

O questionário para idosos foi aplicado em indivíduos com 60 anos ou mais de idade. Foram investigados aspectos relacionados à saúde física e mental, acesso a serviços de saúde, utilização de serviços de benzedeiras, aspectos comportamentais (consumo de álcool, tabagismo, atividade física), comportamento sedentário, comportamento alimentar e utilização de serviços odontológicos.

O questionário das mulheres foi aplicado a mulheres de 15 a 49 anos e/ou mães de crianças com menos de cinco anos. Foram avaliados aspectos relacionados à saúde reprodutiva, transtornos mentais comuns, consumo alimentar, violência psicológica e comportamento (consumo de álcool, tabagismo, atividade física)

O questionário das crianças foi aplicado às mães de menores de cinco anos de idade. Foram avaliados aspectos relacionados à adequação da assistência ao pré-natal, sibilância recorrente, saúde bucal, vacinação e alimentação. Peso e altura/comprimento da criança foram aferidos ao final das entrevistas.

## **10.3 Seleção e treinamento de entrevistadoras para aplicação dos questionários em papel**

O treinamento das entrevistadoras com o questionário na versão em papel foi realizado entre os dias 10 e 13 de abril de 2017, totalizando uma carga horária de 32 horas (quadro 2). Ao final das apresentações de cada um dos blocos de questionários (domiciliar, mulher em idade fértil, criança e idoso), as candidatas simularam a aplicação dos instrumentos com os pós-graduandos. No último dia de treinamento foi realizado o estudo piloto num setor censitário da área rural de Rio Grande. Os domicílios abordados no estudo piloto foram excluídos do processo de amostragem

realizado durante a coleta de dados. Ao final do treinamento, foram selecionadas seis candidatas, ficando uma como suplente.

Quadro 2. Cronograma do treinamento das entrevistadoras realizado no ano de 2017.

Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública/FURG.

Programação	10/04	11/04	12/04	13/04
Apresentação geral do consórcio.				
Apresentação do bloco domiciliar.				
Simulação do bloco domiciliar.				
Apresentação do bloco para mulheres em idade fértil.				
Simulação do bloco para mulheres em idade fértil.				
Apresentação do bloco para crianças.				
Simulação do bloco para crianças.				
Treinamento de medidas antropométricas: peso e altura/comprimento de crianças.				
Apresentação do bloco para idosos.				
Simulação do bloco para idosos.				
Estudo piloto				

### 10.3.1 Treinamento de entrevistadoras para aplicação dos questionários eletrônicos

Após três semanas de coleta de dados com os questionários em papel, foi realizado um novo treinamento, dessa vez utilizando os questionários eletrônicos em tablets, através do aplicativo móvel *RedCap*®. Esse treinamento foi realizado em duas tardes, totalizando uma carga horária de oito horas.

### 10.4 Amostragem

A zona rural do município de Rio Grande é constituída por 24 setores censitários com cerca de 8500 habitantes distribuídos em aproximadamente 2700 domicílios permanentemente habitados.

Para a seleção de idosos e mulheres de 15-49 anos, utilizou-se um processo de amostragem de modo a selecionar 80% dos domicílios da zona rural. Este

processo foi realizado através do sorteio de um número entre "1" e "5", sendo que o número sorteado correspondeu ao domicílio considerado pulo. Por exemplo, no caso do número "3" ter sido sorteado, todo domicílio de número "3" de uma sequência de cinco domicílios não era amostrado, ou seja, era pulado. Este procedimento garantiu que fossem amostrados quatro em cada cinco domicílios.

Para a seleção das crianças menores de 5 anos, foi realizado um censo dos domicílios da zona rural. Deste modo, mesmo os domicílios pulados no processo de amostragem para idosos e mulheres entre 15-49 anos foram abordados para verificar se haviam moradores menores de 5 anos de idade. Em caso afirmativo, a mãe era entrevistada através aplicação dos questionários da criança e domiciliar, além de realizadas as medidas antropométricas da criança.

#### **10.5 Logística do trabalho de campo**

O trabalho de campo iniciou no dia 17 de abril de 2017 e encerrou em 29 de outubro do mesmo ano. Inicialmente, a coleta de dados era realizada de segunda à sexta-feira, das 12:00 às 19:00 horas. Posteriormente, passou a ser feita também nos finais de semana.

Para organização da coleta de dados, os pós-graduandos foram alocados em três escalas semanais de trabalho. A primeira, realizada no turno da manhã, era destinada à organização da sala do consórcio, denominada de Quartel General (QG). O supervisor escalado tinha a responsabilidade de providenciar os materiais necessários à coleta de dados que seria realizada no turno da tarde. Todo material devia ser organizado em seis pastas individuais para cada entrevistadora (caneta, lápis, borracha, questionários em papel, *tablets*, termos de consentimento, folders). Além disso, eram organizadas caixas com balanças, estadiômetros e bolsas de pesagem de crianças.

A segunda escala, também matutina, era referente à comissão do questionário eletrônico, composta por dois membros que se revezavam diariamente para envio de dados e revisão/correção de inconsistências.

A terceira escala organizou os pós-graduandos para a supervisão da coleta de dados. Foi elaborada de modo a garantir a presença de pelo menos dois supervisores

em campo junto às entrevistadoras. Nessa escala, um supervisor trabalhava a semana inteira enquanto os outros se alternavam durante os dias de semana.

O deslocamento diário das equipes foi realizado predominantemente por viaturas oficiais conduzidas por motoristas da FURG. Adicionalmente, para agilizar a coleta de dados, foi utilizada uma viatura com motorista da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Grande, a qual foi cedida por cerca de 40 dias úteis. Também foram utilizados veículos alugados custeados pelo próprio consórcio, além de carros particulares de alguns mestrandos e do coordenador.

#### **10.5.1 Abordagem de domicílios**

Sempre que chegava em um domicílio elegível amostrado, ou não amostrado com morador menor de 5 anos de idade, o supervisor lhe atribuía um número na planilha de domicílios. Em seguida, abordava os moradores, explicando o estudo, entregando o folder de divulgação e convidando os participantes elegíveis a participar. Mediante aceite, o supervisor apresentava a entrevistadora que, após leitura e assinatura do termo de consentimento, aplicava o questionário correspondente à faixa etária do(s) entrevistado(s), mais o bloco domiciliar ao chefe do domicílio.

#### **10.5.2 Organização de trajetos e domicílios**

A equipe responsável pelos trajetos e planilhas de domicílios organizou os mapas e trajetos de modo que os supervisores soubessem para quais localidades deveriam se deslocar. Isso foi feito de modo a permitir a identificação de domicílios pendentes e/ou finalizados. Do mesmo modo, era feita a descrição dos locais onde a coleta de dados havia parado, viabilizando a continuidade do trajeto no dia seguinte.

As planilhas de controle de trabalho de campo foram elaboradas para que os supervisores anotassem os registros dos domicílios e trajetos percorridos. Primeiramente, o supervisor deveria preencher a planilha com informações do domicílio (número de identificação e endereço), as populações identificadas (crianças menores de 5 anos, mulheres de 15-49 anos e idosos) e a situação do domicílio (pulo, vazio ou inelegível). Ao final da planilha, eram anotados os domicílios com alguma pendência e que, portanto, deveriam ser revisitados. No decorrer do trabalho de

campo foi adicionada a coluna "status do domicílio" na qual foi convencionada a seguinte simbologia: "OK" se o domicílio estava completo com todos os questionários realizados; "P" para pendente; "V" para vazio; "INE" inelegível; "?" se a população não tinha sido identificada por porteira fechada ou falta de acesso ao domicílio; "RE" recusa; e "X" para os domicílios que eram pulo.

Também foram adicionadas colunas para registrar os nomes dos indivíduos elegíveis e telefone para contato. Os endereços deveriam ser anotados com o máximo possível de informações de pontos de referência e aspectos da moradia (cor, tipo de construção, etc.) para facilitar o retorno quando necessário.

No início da coleta de dados os trajetos eram feitos de acordo com as delimitações dos setores censitários a partir dos mapas fornecidos pelo IBGE. Entretanto, para otimizar as saídas de campo e aumentar o número de entrevistas realizadas por dia, foram planejados trajetos que incluíam mais setores. Por exemplo, a BR 471 (estrada Rio Grande-Chuí) passa por 7 setores censitários, assim, o supervisor levava todas as planilhas dos setores incluídos na BR 471 e arredores.

Adicionalmente, alguns trajetos tiveram que ser reorganizados em decorrência da dificuldade de acesso. Assim, foram designadas equipes de supervisores e entrevistadoras para viabilizar a identificação de domicílios e realização das entrevistas nas localidades remotas ou de difícil acesso. Conforme este planejamento em dias específicos, a coordenação do estudo solicitou a saída a campo com caminhonetes com tração nas quatro rodas, de acordo com a disponibilidade do setor de viaturas da FURG e/ou da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Grande.

### **10.5.3 Revisão/Codificação e Digitação dos Questionários em Papel**

Durante as três primeiras semanas do trabalho de campo, as entrevistas foram realizadas em questionários de papel sendo estes, posteriormente, revisados, codificados e digitados no programa *RedCap*<sup>®</sup>.

### **10.5.4 Banco de dados e questionário eletrônico**

Após a elaboração e preparo do questionário eletrônico, a partir da quarta semana de trabalho de campo, os dados passaram a ser coletados através de *tablets* utilizando o programa *RedCap*<sup>®</sup>. Os dados armazenados nos *tablets* eram

diariamente enviados para o servidor da FURG ([redcap.furg.br](http://redcap.furg.br)) através de conexão com a *internet*. Semanalmente, no próprio servidor, era realizado um controle de qualidade dos dados (*ferramenta "data quality"*) para a identificação de variáveis sem resposta ou com algum erro. Nestes casos, os questionários retornavam às entrevistadoras para correção das informações. Após correção, os dados eram novamente enviados ao servidor. Adicionalmente, era realizado um *backup* semanal do banco de dados em planilha do *Microsoft Excel*<sup>®</sup> para garantir que não houvesse perda de informações.

Ao final do trabalho de campo, foram feitas correções adicionais nos bancos de dados e todas as informações que permitiam a identificação dos indivíduos foram excluídas dos bancos enviados aos pós-graduandos para fins de análise no programa estatístico *Stata14*<sup>®</sup>.

#### **10.5.5 Controle de qualidade**

Foi aplicada uma versão reduzida de cada instrumento (domiciliar, idosos, crianças até 5 anos e mulheres 15-49 anos) em 10% dos indivíduos entrevistados. Os indivíduos reentrevistados foram sorteados a partir de uma listagem semanal das entrevistas realizadas. As reentrevistas foram realizadas pelos mestrandos por meio de ligações telefônicas iniciadas em 15 de maio de 2017.

Ao final do controle de qualidade, foram aplicados 226 questionários domiciliares (13,8%), 38 questionários de crianças (10,2%), 113 questionários de mulheres em idade fértil (10,5%) e 105 questionários de idosos (10,2%).

Em seguida, foi calculada a estatística Kappa que variou do seguinte modo entre as variáveis analisadas, conforme o instrumento:

- bloco domiciliar: 0,52 a 0,94;
- bloco idosos: 0,50 a 0,88;
- bloco para mulheres de 15-49 anos: 0,51 a 0,97;
- bloco para crianças: 0,68 a 0,84.

Deste modo, a concordância das questões utilizadas nos quatro instrumentos utilizados variou entre boa a excelente.



## 10.6 Números gerais da pesquisa

Ao final do trabalho de campo, foram identificados 4.189 domicílios na área rural do município de Rio Grande, sendo 2.669 domicílios permanentes e 1.419 desocupados ou com moradores temporários (somente finais de semana/temporada). Não foi possível obter informações de moradores ou vizinhos de 101 domicílios mesmo após três ou mais tentativas.

Dos 2.669 domicílios que apresentavam moradores permanentes, foram amostrados 2218, o que corresponde a uma amostragem de 83,1% dos domicílios da área rural de Rio Grande. Deste total de domicílios amostrados, 1785 eram elegíveis, ou seja, tinham moradores de ao menos uma das três populações de interesse (crianças menores de cinco anos, mulheres entre 15 e 49 anos ou idosos) (Quadro 3). Do total de domicílios elegíveis amostrados, o percentual de perdas e recusas foi de 8,4%.

Quadro 3. Descrição do processo de identificação e amostragem de domicílios da zona rural de Rio Grande, RS. Consórcio 2016-2017 do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública/FURG.

<b>Total de domicílios encontrados</b>	<b>Total de domicílios com moradores permanentes</b>	<b>Total de domicílios amostrados</b>	<b>Total de domicílios amostrados com população elegível</b>
4189	2669	2218	1785

Os dados referentes a cada população específica do estudo, incluindo perdas e recusas estão descritos no quadro 4.

## 10.7 Aspectos Éticos

Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande sob o parecer Nº 51/2017, processo 23116.009484/2016-26. Idosos e mulheres com idade entre 18-49 anos assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. As adolescentes de 15-17 anos assinaram

o termo de assentimento e todos os responsáveis pelos menores de 18 anos assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido.

Quadro 4. Totais das populações estudadas no Consórcio 2016-2017 do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública/FURG.

População	Identificados	Amostrados	Perdas	Recusas	% Total de Perdas e Recusas
Crianças	360	360 (100%)	14 (3,9%)	3 (0,8%)	4,7%
Mulheres em idade fértil	1.391	1.199 (86,2%)	103 (8,6%)	17 (1,4%)	10,0%
Idosos	1.351	1.131 (83,7%)	79 (7,0%)	22 (1,9%)	8,9%

#### 10.7.1 Encaminhamentos de saúde mental

O questionário dos idosos incluiu o *Patient Health Questionnaire 9* (PHQ-9), o qual é um instrumento utilizado para rastreio de sintomas depressivos que possui uma questão específica referente à ideação suicida. Todos os idosos que responderam afirmativamente para esta pergunta foram contactados para oferta de encaminhamento às Unidades Básicas de Saúde da área rural de Rio Grande, conforme acordado com a Secretaria Municipal de Saúde.

#### 10.8 Orçamento

A pesquisa recebeu financiamento da Pastoral da Criança, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e dos próprios pós-graduandos. O custo total deste consórcio de pesquisa foi de R\$ 48.995,00 (quarenta e oito mil novecentos e noventa e cinco reais). A maior parte deste montante foi utilizada para pagamento de entrevistadoras, aluguel de carro, custeio de combustível, confecção de camisetas e compra de materiais de escritório.

## **10.9 Apoio**

A execução deste consórcio de pesquisa teve apoio logístico e organizacional da Faculdade de Medicina da FURG, coordenação do PPGSP, Pró-Reitoria de Infra-Estrutura/Divisão de Transportes/FURG e Secretaria Municipal de Saúde/Coordenação da Estratégia em Saúde da Família/Setor de Viaturas/ Prefeitura Municipal de Rio Grande.

## **11 ADAPTAÇÕES EM RELAÇÃO AO PROJETO INICIAL**

## **11 ADAPTAÇÕES EM RELAÇÃO AO PROJETO INICIAL**

### **11.1 ADAPTAÇÕES NO INSTRUMENTO**

Após o período de qualificações o as questões gerais dos blocos domiciliar e de idosos sofreram alterações. Os questionários, em suas versões finais, estão encontram-se no apêndice (Apêndices 2 e 3). Com isso, foram incluídas nas análises deste estudo as questões: “Os moradores desta casa tem plano de saúde?” e “Qual é a distância aqui da sua casa até o Posto de de Saúde mais perto?”.

### **11.2 VARIÁVEL DEPENDENTE**

Considerando o grande volume de informações coletadas ao longo do trabalho de campo, a variável dependente do presente estudo foi alterada para a resposta à questão “Quando o(a) Sr(a). precisa de um atendimento de saúde, qual é o primeiro serviço em que o(a) Sr(a). vai?” (operacionalizada em “UBSF de referência” e “outro serviço”), possibilitando assim uma maior variabilidade de dados, uma vez que permite que os resultados não se restrinjam apenas àqueles idosos que buscaram a sua UBSF. Além disso, permite visualizar um panorama mais ampliado do acesso aos serviços de saúde, incluindo locais os demais locais de atendimento do município.

### **11.3 VARIÁVEIS INDEPENDENTES**

Ao analisar as variáveis independentes, levando em consideração a definição do novo desfecho, o número de respostas em cada categoria, o número total de respostas para cada questão e a sua adequação estatística, diferentes formas de operacionalização se mostraram mais adequadas ao modelo estatístico final. Em relação a esse grupo de variáveis, foram feitas as seguintes mudanças:

- Idade: coletada de forma numérica e categorizada em 60 a 69 anos / 70 a 79 anos / 80 anos ou mais
- Cor da pele: em função do baixo número de idosos que se consideraram com cor da pele preta, parda, amarela ou indígena, a variável foi categorizada em “branca” e preta, parda, amarela ou indígena .
- Estado civil: levando em consideração os achados da literatura, a variável referente ao estado civil foi substituída pela resposta à pergunta “O(A) Sr(a). vive sozinho(a)?”

- Renda familiar: coletada de forma numérica e categorizada em tercís de renda.
- Escolaridade: coletada de forma numérica (anos de escolaridade) e categorizada em 0 a 4 anos / 05 a 08 anos / 09 anos ou mais.
- Doença crônica: foram considerados como portadores de doença crônica aqueles que responderam “Sim” a, ao menos, um dos seguintes quadros crônicos: hipertensão arterial, diabetes, câncer, reumatismo, artrite ou artrose, doença na coluna, osteoporose, hemodiálise, depressão ou AVC.
- Estado de Saúde: as respostas foram agrupadas em “muito bom/bom” / regular / “ruim/muito ruim”.
- Distância ao Posto de saúde mais próximo: coletada de forma numérica e categorizada em menos de 1 Km / 1 Km – 2,9 Km / 3 km – 5,9 km / 6 km – 9,9 km / 10 km ou mais.

#### **11.4 PROCESSAMENTO DOS DADOS**

Além das variáveis referentes às características da amostra, foram realizadas análises descritivas e bivariadas (através de teste qui-quadrado) dos motivos de escolha, utilização dos serviços e não utilização da UBSF nos últimos 12 meses. Já a regressão de Poisson, com ajuste robusto da variância, foi utilizada para analisar a associação entre a escolha da UBSF mais próxima como serviço de referência e as variáveis socioeconômicas, de saúde (doença crônica e estado de saúde) e referentes à relação usuário-serviço (possuir plano de saúde, satisfação e dificuldade em obter atendimento pela UBSF mais próxima).

#### **11.5 REFERÊNCIAS**

Em função da atualização da revisão de literatura de abordagem sistemática, incluindo artigos publicados até a data de 31 de dezembro de 2017, foram incluídas as seguintes referências (e seus principais achados):

Das S, Mia MN, Hanifi SMA, Hoque S, Bhuiya A. Health literacy in a community with low levels of education: findings from Chakaria, a rural area of Bangladesh. BMC Public Health 2017; 17:203

Dekker AM, Mick AE, Cecilia Scholcoff C, Doobay-Persaud A. A mixed-methods needs assessment of adult diabetes mellitus (type II) and hypertension care in Toledo, Belize. *Health Serv Res* 2017; 17:171

Gustafsdottir SS, Fenger K, Halldorsdottir S, Bjarnason T. Social justice, access and quality of healthcare in an age of austerity: users' perspective from rural Iceland. *Int J Circumpolar Health* 2017; 76:1347476

Jacobs B, Groot R, Antunes AF. Financial access to health care for older people in Cambodia: 10-year trends (2004-14) and determinants of catastrophic health expenses. *Int J Equity Health* 2016; 15:94

Lee SE, Yeon M, Kim CW, Yoon TH. The Association Among Individual and Contextual Factors and Unmet Healthcare Needs in South Korea: A Multilevel Study Using National Data. *J Prev Med Public Health* 2016; 49:308-322.

Liu X, Wong H, Liu K. Outcome-based health equity across different social health insurance schemes for the elderly in China. *Health Serv Res* 2016; 16:9.

**12    NORMAS DA REVISTA – REVISTA PAN-AMERICANA DE  
SAÚDE PÚBLICA**



## **12 NORMAS DA REVISTA**

Em função do chamamento para artigos da edição especial “Atenção primária à saúde nas Américas: Quarenta anos de Alma-Ata” da Revista Pan-Americana de Saúde Pública, com prazo final de submissão estipulado pela revista de 14 de janeiro de 2018, o artigo foi submetido dentro do prazo estipulado. A submissão foi autorizada pela coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública e está sob revisão dos editores.

### **12.1 Edição especial “Atenção primária à saúde nas Américas: Quarenta anos de Alma-Ata” – Revista Pan-Americana de Saúde Pública**

Conforme descrito pela Revista (OPAS, 2018):

A Revista Pan-Americana de Saúde Pública, publicada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), abriu chamada para artigos que farão parte da edição especial “Atenção primária à saúde nas Américas: Quarenta anos de Alma-Ata”. Os trabalhos – que serão aceitos em português, espanhol ou inglês – podem ser enviados até 29 de dezembro de 2017 [prorrogada posteriormente até 14 de janeiro de 2018] pelo site [www.paho.org/journal](http://www.paho.org/journal). O processo de seleção seguirá os procedimentos de revisão da revista.

Os artigos podem ser submetidos à publicação com base em quatro tópicos fundamentais: estratégias e programas para reduzir as desigualdades em saúde e na atenção à saúde; aumento da capacidade de resposta no primeiro nível de atenção; liderança e governança; e organização da comunidade para promover o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde.

Ao apresentar os trabalhos, os autores devem seguir as Instruções aos Autores. Na carta de apresentação, é preciso identificar que o trabalho está sendo apresentado para a edição especial de “Atenção primária à saúde nas Américas: Quarenta anos de Alma-Ata”.

## **12.2 Instruções aos autores e diretrizes para apresentação de manuscritos**

Segue abaixo, as instruções referentes a submissão de artigos de pesquisa original:

### **1 INFORMAÇÃO GERAL**

#### **1.1 Objetivos e leitores**

A Revista Pan-Americana de Saúde Pública/Pan American Journal of Public Health (RPSP/PAJPH) é uma revista científica mensal de acesso gratuito, revisada por pares. É a publicação técnica e científica oficial da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Cujas Sede está localizada em Washington, D.C., Estados Unidos da América. Sua missão consiste em servir como um importante veículo de disseminação de informação científica em saúde pública de relevância internacional, principalmente em áreas relacionadas com a missão essencial da OPAS de fortalecer os sistemas de nacionais e locais de saúde, bem como melhorar a saúde dos povos da Região das Américas.

Para isso, a RPSP/PAJPH publica materiais que refletem os principais objetivos estratégicos e as áreas programáticas da OPAS: saúde e desenvolvimento humano, promoção e proteção da saúde, prevenção e controle de doenças transmissíveis e crônicas, saúde materno-infantil, gênero e saúde da mulher, saúde mental, violência, nutrição, saúde ambiental, administração de desastres, desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde, determinantes sociais de saúde, e equidade em saúde.

O objetivo da RPSP/PAJPH é fechar a lacuna existente entre os responsáveis pela formulação de políticas e pesquisadores, profissionais da saúde e médicos.

#### **1.1.2 Conteúdo**

A RPSP/PAJPH considera as seguintes contribuições: artigos baseados em pesquisa original, revisões, relatos especiais, opiniões e análises, comunicações breves, temas atuais, e cartas ao editor. Encontra-se a seguir uma breve descrição das características específicas de cada tipo de contribuição e na seção 2 estão indicadas as especificações de formatação para cada tipo de manuscrito.

Em geral, as seguintes contribuições não serão consideradas para publicação: relatos de casos clínicos, relatos episódicos de intervenções específicas, relatórios

sobre estudos individuais propostos para publicação em série, revisões bibliográficas não críticas e descritivas, manuscritos com significativa sobreposição ou que apresentem diferenças mínimas de resultados de pesquisa anteriores e reimpressões ou traduções de artigos já publicados em outros periódicos — seja de maneira impressa ou eletrônica. Exceções à estas regras gerais serão avaliadas e poderá haver uma determinação diferente para cada caso.

### **1.2.1 Artigos de pesquisa original**

Os relatos de pesquisa original se centram em estudos substanciais nos temas de saúde pública de interesse da Região das Américas. A pesquisa experimental ou de observação deve seguir o formato IMRAD (do acrônimo em inglês de Introdução, Materiais e Métodos, Resultados e Discussão).

### **1.3 Idioma**

Os manuscritos são recebidos em inglês, português ou espanhol. Recomenda-se firmemente que os autores os escrevam em sua língua materna. O domínio inadequado de um segundo idioma pode tornar confuso o significado do texto e, frequentemente, não condiz com a precisão científica que requerem os artigos de pesquisa de alta qualidade.

Nomes formais de instituições, seja nos textos como na afiliação dos autores, não devem ser traduzidos, a menos que exista uma tradução oficialmente aceita. Ademais, os títulos nas referências bibliográficas devem ser mantidos em seu idioma original.

### **1.4 Diretrizes e protocolos de pesquisa**

A RPSP/PAJPH segue os Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas, criado e atualizado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE, sigla em inglês), e está listada entre os periódicos que seguem esses requisitos. Essas diretrizes incluem considerações éticas, autoria e colaboração, avaliação por pares, conflitos de interesses, privacidade e confidencialidade, proteção de seres humanos e animais, assim como questões editoriais e de publicação, como publicidade, publicações superpostas, referências e

registro de ensaios clínicos. Consulte abaixo uma descrição detalhada de cada uma dessas diretrizes.

A RPSP/PAJPH espera que os autores sigam os melhores protocolos de pesquisa disponíveis. Os protocolos de pesquisa são descritos no Centro de Recursos da Rede EQUATOR. A Biblioteca Nacional de Medicina (National Library of Medicine) dos Estados Unidos atualiza e publica uma lista completa das principais diretrizes para a apresentação de relatos em pesquisa biomédica. Além disso, na Seção de Recursos para Autores da RPSP/PAJPH estão descritas as diretrizes e boas práticas adicionais para pesquisa e redação científica.

### **1.5 Ética**

A RPSP/PAJPH se compromete com os princípios éticos mais estritos para a condução de pesquisas, conforme previsto pela Declaração de Helsinque, 2013 (Espanhol) e as International Ethical Guidelines for Health-related Research Involving Humans de CIOMS. Quando se relata pesquisa realizada com seres humanos os autores devem incluir informações sobre os comitês de ética que aprovaram o estudo antes de seu início. Os estudos devem ser aprovados no país onde foram conduzidos. Se um estudo for considerado isento de revisão dos aspectos éticos, os autores devem fornecer a documentação para tal isenção.

### **1.6 Conflito de interesses**

Os autores devem revelar todas as informações sobre qualquer subvenção ou subsídio para cobrir os custos de pesquisa recebidos de entidades comerciais ou privadas, organização nacional ou internacional, ou organismo de apoio à pesquisa. Estas declarações ajudam o leitor a melhor compreender a relação entre os autores e as diversas entidades comerciais que tenham interesse na informação revelada no artigo publicado.

A RPSP/PAJPH adere às recomendações do ICMJE para a divulgação de conflitos de interesses. O ICMJE solicita aos autores que informem os quatro seguintes tipos de informação:

1. Associações com entidades comerciais que prestaram apoio ao trabalho informado no manuscrito apresentado;

2. Associações com entidades comerciais que poderiam ter interesse no manuscrito apresentado;
3. Associações financeiras que envolvam familiares; e
4. Outras associações relevantes não financeiras.

Os autores são os únicos responsáveis pelos critérios expressos em seus textos, que não necessariamente refletem a opinião ou a política da RPSP/PAJPH. A menção de empresas específicas ou produtos de certos fabricantes não implica que sejam respaldados ou recomendados em preferência a outros de natureza semelhante. Sempre que possível, devem ser utilizados nomes genéricos para medicamentos ou produtos.

### **1.7 Direitos autorais**

Como condição para publicação, a RPSP/PAJPH exige que os autores forneçam informação indicando que o texto, ou qualquer contribuição similar, não tenha sido anteriormente publicado em formato impresso ou eletrônico, e que não esteja sendo simultaneamente apresentado a qualquer outro periódico, até que a RPSP/PAJPH chegue a uma decisão com respeito a sua publicação. Qualquer indicação de possível publicação prévia em qualquer outro formato deve ser informado por ocasião da submissão do manuscrito e deve incluir cópia ou link da publicação. Os autores são exclusivamente responsáveis por obter a permissão para reproduzir qualquer material protegido por direitos autorais contido no manuscrito submetido. O manuscrito deve ser acompanhado de uma carta original concedendo, explicitamente, tal permissão em cada caso. As cartas devem especificar exatamente as tabelas, figuras ou o texto que estão sendo citados e a maneira em que serão utilizados, juntamente com uma referência bibliográfica completa da fonte original.

No caso de documentos contendo traduções de material citado, ao apresentar o manuscrito é preciso identificar e incluir claramente um link ou cópia daquele texto no idioma original.

Os artigos da Revista são de acesso aberto e são distribuídos sob os termos da Licença Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs 3.0 IGO License, que permite o uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o trabalho original seja devidamente citado. Não são permitidas modificações ou uso comercial

dos artigos. Em qualquer reprodução do artigo, não deve haver nenhuma sugestão de que a OPAS ou o artigo avaliem qualquer organização ou produtos específicos. Não é permitido o uso do logotipo da OPAS.

### **1.8 Processo de avaliação por pares**

Os manuscritos são submetidos à seleção por meio de um processo formal de revisão por pares. Inicialmente, um manuscrito que satisfaça os requisitos gerais de apresentação e cumpra com o alcance temático da RPSP/PAJPH será revisado pelos Editores Associados para determinar se existe validade científica e relevância para os leitores da Revista. Se este for o caso, o artigo será enviado para pelo menos três diferentes revisores que realizam a avaliação por pares na modalidade duplo cego. Ao receber todas as revisões solicitadas, os Editores Associados prepararão uma recomendação ao Editor-Chefe para: (a) rejeitar o manuscrito; (b) aceitar condicionalmente o manuscrito (seja com observações mínimas ou importantes); ou (c) aceitar o manuscrito sem alterações.

No caso de aceitação condicional, será solicitado aos autores que revisem o manuscrito para abordar as questões e recomendações dos pareceristas, ou para fornecer, alternativamente, uma justificativa detalhada das razões pelas quais estão em desacordo com tais observações. O manuscrito é novamente revisado pelos Editores Associados, assim como, em alguns casos, por novos pareceristas. Note que o texto poderá ser submetido a tantas revisões quanto forem necessárias, assegurando que os autores tenham abordado adequadamente todas as questões suscitadas.

O Editor-Chefe toma a decisão final sobre a aceitação ou rejeição de manuscritos. Todas as decisões são comunicadas por escrito ao autor correspondente.

O tempo necessário para processar um manuscrito varia, dependendo da complexidade da matéria e da disponibilidade dos pareceristas adequados.

Os documentos aceitos estão sujeitos à revisão editorial. Vide seção 2.10, "Correção do manuscrito", para maiores informações.

### **1.9 Disseminação**

A RPSP/PAJPH é publicada em formato eletrônico no website da Revista. Ademais, está indexada nas principais bases de dados bibliográficas.

A RPSP/PAJPH deposita uma versão completa dos manuscritos aceitos para publicação em formato eletrônico no Repositório Institucional da OPAS para Intercâmbio de Informações, na coleção Saúde Pública SciELO, PubMed e em outras bases de dados científicas relevantes. Os usuários podem se registrar no website da Revista para receber o índice dos artigos publicados.

Os links contidos nos metadados das base de dados levam diretamente ao texto completo dos artigos publicados.

Os manuscritos da Revista também são disseminados através de uma lista de e-mails e da conta de Twitter da Revista.

## **2 DIRETRIZES PARA A APRESENTAÇÃO DE MANUSCRITOS**

### **2.1 Critérios gerais para a aceitação de manuscritos**

A seleção do material para publicação na RPSP/PAJPH se baseia nos seguintes critérios:

- Adequação quanto ao alcance temático da Revista;
- Validade científica, originalidade, relevância e atualidade da informação;
- Aplicabilidade fora de seu lugar de origem e na Região das Américas como um todo;
- Cumprimento das normas da ética médica que rege a pesquisa conduzida com seres humanos e animais;
- Cumprimento de protocolos específicos para a apresentação de informação de pesquisa;
- Coerência entre o projeto e a metodologia de pesquisa;
- Necessidade de atingir um certo equilíbrio na cobertura temática e geográfica.

Os manuscritos devem cumprir com as especificações delineadas nessas Instruções e Diretrizes para serem aceitos. Os autores devem ler cuidadosamente todas as seções antes de apresentar os documentos no sistema on-line, para assegurar que o documento satisfaça as condições para publicação.

Os manuscritos que não seguem o formato padrão da RPSP/PAJPH serão devolvidos aos autores imediatamente. O periódico pode, também, negar a publicação de qualquer manuscrito cujos autores não respondam satisfatoriamente ao questionamento editorial.

O Editor-Chefe tomará a decisão final de aceite ou não do manuscrito com base nas recomendações decorrentes do processo de avaliação por pares, descrito na seção 1.8.

## **2.2 Especificações para os manuscritos**

Os manuscritos devem ser redigidos em software de processamento de texto em espaço duplo, em uma coluna, na fonte Times New Roman ou Arial, tamanho 12 pontos.

Para figuras e tabelas, deve-se usar o Microsoft Excel®, Power Point® ou outro software de gráficos. As figuras podem aparecer coloridas ou em preto e branco, e eles devem ser apresentados em um formato editável.

Uma vez que artigos sejam aceitos para publicação, é possível que seja solicitado aos autores que enviem figuras e tabelas em formatos mais claros e legíveis.

## **2.3 Requisitos para formatação**

A formatação geral para as diversas seções da RPSP/PAJPH é a seguinte:

- Seção: Artigos de pesquisa original
- Número máximo de palavras (Excluindo resumo, tabelas, figuras e referências): 3 500
- Número máximo de referências: 35
- Número máximo de tabelas, figuras (Contagem máxima de palavras para 5 tabelas / figuras é 1000; para 2 tabelas/figuras, 400): 5

## **2.4 Título**

O título do manuscrito deve ser claro, preciso e conciso, e incluir todas as informações necessárias para identificar o alcance do artigo. Um bom título é o primeiro ponto de acesso para o conteúdo do artigo e facilita sua recuperação em bases de dados e motores de busca.

Os títulos não podem exceder 15 palavras. Palavras ambíguas, jargão e abreviações devem ser evitados. Títulos separados por pontos ou divididos em partes também devem ser evitados.



## **2.5 Autoria**

A RPSP/PAJPH define autoria de acordo com as diretrizes do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE) [sigla em inglês], recomendando que a autoria seja baseada nos quatro seguintes critérios:

- (1) Contribuições substanciais à concepção ou ao projeto do trabalho; ou à aquisição, à análise ou à interpretação de dados para o trabalho; E
- (2) Redação do trabalho ou revisão crítica do conteúdo intelectual relevante; E
- (3) Aprovação final da versão a ser publicada; E
- (4) Manifestar concordância em assumir responsabilidade por todos os aspectos do trabalho, assegurando que as perguntas relacionadas com precisão ou integridade de qualquer parte do estudo sejam apropriadamente investigadas e resolvidas. Os autores devem declarar, na carta de apresentação, a extensão da contribuição de cada autor.

A inclusão de outras pessoas como autores por motivos de amizade, reconhecimento, ou outra motivação não científica constitui uma violação da ética em pesquisa.

Nos casos em que um grande grupo multicêntrico tenha realizado o trabalho, o grupo deve identificar os indivíduos que aceitam assumir responsabilidade direta pelo manuscrito. Os nomes de instituições não devem ser traduzidos, a menos que exista uma tradução oficial.

Colaboração se refere à supervisão geral de um grupo de pesquisa ou apoio geral administrativo; e assistência em redação, revisão técnica, revisão linguística e verificação final.

## **2.6 Página de resumo e palavras-chave**

O resumo é o segundo ponto de acesso a um artigo e deve permitir que os leitores determinem a relevância do artigo e decidam se lerão ou não todo o texto.

Os artigos de pesquisa original ou revisões sistemáticas devem ser acompanhados de um resumo estruturado de não mais de 250 palavras, subdividido nas seguintes seções: (a) Objetivos, (b) Métodos, (c) Resultados, e (d) Conclusões.

O resumo não deve incluir nenhuma informação ou conclusões que não apareçam no texto principal. Este deve ser escrito na terceira pessoa e não deve conter notas de rodapé, abreviaturas desconhecidas nem citações bibliográficas.

As palavras-chave, extraídas do vocabulário dos DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), da BIREME/OPAS/OMS e/ou, MeSH (Medical Subject Headings), da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos (NLM), incluindo traduções em português e espanhol, estão disponíveis para que os autores as selecionem ao apresentar o manuscrito. Seu emprego facilita e torna mais específica a busca e recuperação do artigo em bases de dados e motores de busca.

## **2.7 Corpo do artigo**

Artigos de pesquisa original e revisões sistemáticas são, geralmente, organizados segundo o formato IMRAD (Introdução, Materiais e métodos, Resultados e Discussão).

Embora subtítulos possam ser necessários ao longo do artigo, de maneira geral, o parágrafo que dá início ao manuscrito não precisa ser intitulado “Introdução”, visto que este título é normalmente removido durante o processo de revisão. No entanto, o objetivo do artigo deve ser claramente declarado ao final da seção introdutória.

As seções “Resultados e Discussão” podem requerer subtítulos. No caso das “Conclusões”, as quais devem estar incluídas ao final da seção “Discussão”, também podem ser identificadas mediante um subtítulo.

Quando são usadas abreviações, estas devem ser definidas utilizando o termo por extenso por ocasião de sua primeira utilização no texto, seguido da abreviatura ou sigla entre parênteses. Na medida do possível, as abreviações devem ser evitadas. Em termos gerais, as abreviações devem refletir a forma extensa no mesmo idioma do manuscrito, com exceção das abreviaturas reconhecidas internacionalmente em outro idioma.

As notas de rodapé são esclarecimentos ou explicações à margem que interromperiam o fluxo natural do texto, portanto, seu uso deve restringir-se ao mínimo. Notas de rodapé são numeradas sequencialmente e aparecem ao final da página na qual são citadas. Links ou referências a documentos citados devem ser incluídos na lista de referências.

As citações são essenciais ao manuscrito e devem ser relevantes e atuais. Servem para identificar as fontes originais dos conceitos, métodos e das técnicas aos quais se referem, decorrentes de pesquisa, estudos e experiências anteriores. Também apoiam fatos e opiniões expressos pelo autor e apresentam ao leitor a informação bibliográfica necessária para consultar as fontes primárias.

A RPSP/PAJPH segue os Requisitos Uniformes do ICMJE para a Preparação de Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas para referências (conhecidos como "Estilo de Vancouver"), que se baseia, em grande parte, no estilo do Instituto Americano de Normas Nacionais adaptado pela Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos para as suas bases de dados. Os formatos recomendados para uma variedade de documentos e exemplos estão disponíveis em Citing Medicine, segunda edição e neste link.

Exemplo:

Rabadán-Diehl C, Safdie M, Rodin R; Trilateral Working Group on Childhood Obesity. Canada-United States-Mexico Trilateral Cooperation on Childhood Obesity Initiative. Rev Panam Salud Publica. 2016;40(2):80–4.

As referências devem ser numeradas consecutivamente, na ordem em que são mencionadas pela primeira vez no texto, e identificadas por algarismos arábicos entre parênteses no texto, nas tabelas e legendas.

Exemplos:

“Observou-se (3, 4) que...”

ou:

“Vários estudos (1-5) mostraram que...”

As referências citadas somente em legendas de tabelas ou figuras devem ser numeradas de acordo com a sequência estabelecida mediante a primeira menção da tabela ou figura em particular, no corpo do texto.

Os títulos dos periódicos referidos devem ser abreviados segundo o estilo usado na Base de Dados de Revistas, criada e atualizada pela Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos.

A lista de referências deve ser numerada sequencialmente e deve ser iniciada em nova folha ao final do manuscrito. Todas as referências eletrônicas devem incluir a data de acesso.

## **2.8 Tabelas e figuras**

As tabelas apresentam informação — geralmente numérica — em uma disposição de valores ordenada e sistemática em linhas e colunas. A apresentação deve ser de fácil compreensão para o leitor, complementando sem duplicar a informação do texto. Informações estatísticas em excesso podem ser, também, difíceis de interpretar. As tabelas devem ser transferidas em separado dos arquivos de texto e apresentadas em formato editável (preferencialmente arquivos Excel), e não como objetos extraídos de outros arquivos ou inseridos em documentos Word. Cada tabela deve conter um título breve, porém completo, indicando lugar, data e fonte da informação. Os títulos de colunas, também, devem ser os mais breves possíveis e indicar a unidade de medida ou a base relativa (porcentagem, taxa, índice etc.).

Informação que falta deve ser indicada por uma elipse (...). Se os dados não se aplicam, a célula deverá indicar "NA" (não se aplica). Se algum desses mecanismos, ou ambos, for utilizado, seu significado deve ser indicado com uma nota de rodapé da tabela.

As tabelas não devem ser separadas por linhas verticais, devendo apresentar três linhas completas horizontais no total: uma abaixo do título, uma segunda sob os títulos da coluna, e a terceira, ao final da tabela, acima das notas de rodapé.

As notas de rodapé de uma tabela devem ser indicadas com letras minúsculas sobrescritas, em ordem alfabética: a, b, c, etc. As letras sobrescritas no corpo da tabela deverão seguir uma sequência de cima para baixo e da esquerda para a direita.

Os autores devem se certificar de incluir “chamadas” — pontos de referência no texto a todas as tabelas do texto.

Tabelas ou dados de outra fonte publicada ou inédita devem ser reconhecidos e os autores devem obter permissão prévia para incluí-los no manuscrito. Vide seção 1.8, "Direitos Autorais", para mais detalhes.

As figuras incluem gráficos, diagramas, desenhos, mapas e fotografias. Devem ser usadas para destacar tendências e ilustrar comparações de forma clara e exata. As figuras devem ser de fácil compreensão e devem adicionar informação, em vez de repetir informação anterior do texto ou tabelas. As legendas devem ser breves, porém completas, devendo incluir lugar, data e fonte da informação.

As figuras devem ser enviadas em arquivo separado, em seu formato original editável, seguindo os padrões dos programas de software mais comuns (Excel, Power Point, Open Office ou arquivos .eps).

Havendo espaço suficiente, a legenda de um gráfico ou mapa deve estar incluída como parte da própria figura. Caso contrário, deve ser incluída em seu título. Em mapas e diagramas deve ser indicada a escala em unidades do SI (veja abaixo).

Se a figura ou tabela procede de outra publicação, a fonte deve ser identificada, e deve ser obtida permissão por escrito para reprodução deve ser obtida do titular dos direitos autorais da publicação original. Vide seção 1.8, "Direitos Autorais", para mais informação.

Quando unidades de medida forem utilizadas, os autores devem usar o Sistema Internacional de Unidades (SI), com base no sistema métrico e organizado pelo Comitê Internacional de Pesos e Medidas (Bureau International des Poids et Mesures).

As abreviaturas das unidades não são pluralizadas (por exemplo, usar 5 km, não 5kms), nem são seguidas de um ponto (escrever 10 mL, não 10mL.), exceto ao final de uma oração. Os algarismos devem ser agrupados de três em três à esquerda e à direita da vírgula decimal nos manuscritos em espanhol e português (ponto decimal nos manuscritos em inglês), sendo cada grupo de três algarismos separado por um espaço em branco.

Estilo correto:

12 500 350

1 900,05 (artigos em espanhol e em português)

1 900.05 (artigos em inglês)

Estilo incorreto:

12,500,350

1.900,05

Poderá ser usada uma calculadora para converter as unidades, os títulos e outras medidas ao Sistema Internacional.

## **2.9 Sumissão do manuscrito**

Os manuscritos devem ser apresentados exclusivamente por meio do sistema online de gestão de manuscritos da Revista.

Os autores serão notificados por e-mail do recebimento de seu manuscrito, e poderão ver o status dos seus manuscritos em qualquer momento a partir de sua conta na seção Author Center, em qualquer etapa do processo.

Todos os manuscritos devem ser acompanhados de uma carta de apresentação que inclua:

- Informação sobre todos os relatos e apresentações anteriores;
- Possíveis conflitos de interesses;
- Permissão para reproduzir material anteriormente publicado;
- Confirmação de que o manuscrito foi lido e aprovado por todos os autores, incluindo a contribuição de cada autor;
- Informação adicional que possa ser útil aos Editores Associados e ao Editor-Chefe.

A carta de apresentação deve ser incluída em um arquivo separado do restante do manuscrito. Nomes e afiliação dos autores não devem ser incluídos em nenhuma parte do documento principal (documento em Word; favor não enviar documentos em PDF), no momento da submissão.

Favor examinar os arquivos e os aspectos mencionados nessas instruções antes do envio de seu manuscrito, certificando-se de que esteja cumprindo todas as Condições para a Publicação, caso seu artigo seja aceito para publicação.

## **2.10 Correção do manuscrito**

Os manuscritos são aceitos na condição de que a editora se reserva o direito de efetuar correções necessárias em questão de uniformidade, clareza e conformidade com o estilo da RPSP/PAJPH.

Os manuscritos aceitos para publicação serão submetidos à correção de estilo e, depois, serão enviados ao autor correspondente para que responda às indagações do editor, e para aprovar quaisquer correções. Se, durante esta etapa, o autor não responder satisfatoriamente às indagações do editor, a Revista se reserva o direito de não publicar o manuscrito. A fim de evitar atraso na publicação do número correspondente, solicita-se aos autores que devolvam o manuscrito corrigido, com sua aprovação, até a data indicada na mensagem que o acompanha.

A versão definitiva em PDF será enviada ao autor correspondente para aprovação antes da publicação online. Os artigos serão publicados nos formatos HTML e PDF.

**12.1 ARTIGO – ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE POR  
IDOSOS DE UMA ÁREA RURAL**



## RESUMO

**Objetivos:** Caracterizar o acesso e utilização de serviços de saúde públicos e/ou privados considerados de referência pela população rural idosa de um município do sul do Brasil, e investigar fatores associados ao tipo de serviço escolhido.

**Métodos:** Trata-se de um estudo transversal com amostragem sistemática dos domicílios da área rural de Rio Grande através de aplicação de questionário padronizado. Foram realizadas análises descritivas para identificar perfil sociodemográfico da amostra e a caracterização dos diferentes perfis de acesso e utilização dos serviços de referência e utilizou-se Regressão de Poisson para as demais análises.

**Resultados:** Participaram do estudo 1.030 idosos, destes 62% indicaram a Unidade Básica de Saúde da Família mais próxima da residência como o serviço de referência. Quanto menor a idade, renda, escolaridade e distância da residência à Unidade, maior a probabilidade de considerar a Unidade Básica de Saúde da Família mais próxima à residência como serviço de referência. Possuir plano de saúde privado diminuiu a probabilidade dessa escolha em 28%. Motivos para escolha, utilização ou não da Unidade foram estatisticamente diferentes entre os grupos.

**Conclusões:** Estratégia Saúde da Família tem conseguido alcançar grande parte da população rural idosa, principalmente grupos em situação de vulnerabilidade, indo ao encontro de um sistema de saúde público equitativo. Todavia, além de manter o fortalecimento das ações desenvolvidas até então, destaca-se a necessidade de desenvolver atividades direcionadas aos diferentes perfis de usuários na tentativa de alcançar a todos, ofertando um atendimento em saúde universal e de qualidade.

### **Palavras-chave:**

Acesso aos Serviços de Saúde, População Rural, Idoso, Serviços de Saúde para Idosos

## ABSTRACT

**Objectives:** To characterize the access and utilization of private and/or public health services considered as reference by the elderly rural population of a city in southern Brazil, and to investigate factors associated with the type of service chosen.

**Methods:** This is a cross-sectional study with systematic sampling of households in the rural area of Rio Grande, using a standardized questionnaire. Descriptive analyzes were performed to identify the sociodemographic profile of the sample and to characterize the different profiles of access and use of health services. Poisson regression was used for the other analyzes.

**Results:** A total of 1030 elderly people participated in the study, of which 62% indicated the Basic Family Health Unit closest to their home as the referral service. The lower the age, income, schooling and distance from the residence to the Unit, the greater the probability of considering the closest Basic Family Health Unit as a referral service. Having a private health insurance has lessened the likelihood of that choice by 28%. Main reasons for choosing, using or not using the Unit were different between the groups.

**Conclusions:** Family Health Strategy has been able to reach a large part of the elderly rural population, especially groups in a vulnerable situation, meeting an equitable public health system. However, in addition to maintaining the strengthening of the actions developed until then, it is necessary to develop activities directed to the different profiles of users in an attempt to reach them all, offering a universal and quality health care.

### **Keywords:**

Health Services Accessibility, Rural Population, Aged, Health Services for the Aged

## **CORPO DO ARTIGO**

A atenção em saúde vem se reestruturando ao longo do tempo, através de conceitos e práticas mais abrangentes. Entre seus avanços, encontra-se o fortalecimento da Atenção Primária em Saúde (APS) (1-3). No Brasil, a APS está sendo desenvolvida através da “Estratégia Saúde da Família” (ESF) sob a forma de trabalho multiprofissional dirigido a populações de territórios definidos, pelas quais assume responsabilidade sanitária, auxiliando no manejo das demandas e necessidades em saúde de maior frequência e relevância em seu território (4). Desta forma, recomenda-se que o usuário seja sempre atendido pela mesma equipe, na mesma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) de referência (Unidade mais próxima de sua residência), possibilitando a construção de um vínculo de confiança entre as partes (5). Atualmente 66,2% da população brasileira conta com atendimento pela ESF (6), enquanto que o restante da população é atendida por UBSs tradicionais. Mesmo com dificuldades relacionadas ao processo de mudança de Unidades tradicionais para UBSFs, o número de pessoas que acessa a APS teve um aumento de aproximadamente 450% entre 1 981 e 2 008 (5).

Com a constante ampliação e reorganização dos sistemas de saúde, a sua avaliação se torna primordial, sendo, a forma como efetua-se o acesso dos diferentes usuários aos serviços de saúde, um dos aspectos fundamentais desta análise (7). Acesso este que apresenta-se através de um conceito complexo e não unânime entre estudiosos da área, podendo variar conforme tempo e contexto analisados, porém prevalecendo a ideia de “dimensão do desempenho dos sistemas de saúde associada à oferta” (8, p.196).

A avaliação do acesso ganha ainda mais importância quando trata-se de populações tradicionalmente associadas a dificuldades na obtenção da devida atenção

em saúde, como é o caso da população idosa residente em área rural (9). A crescente população idosa tende à maior utilização dos serviços de saúde, muitas vezes, por apresentarem maiores necessidades (10). Todavia, dificuldades no acesso ao atendimento adequado, relacionadas ou não à localidade rural de moradia, podem trazer agravos ao seu estado de saúde (9). Estudos que comparam o acesso aos serviços de APS mostram menor uso e/ou pior qualidade na área rural em relação à urbana (9, 11, 12). O contexto diferenciado que apresenta-se na área rural repercute no cotidiano da população e nas suas necessidades, demandas, escolhas e ofertas disponíveis em saúde. Pela falta de profissionais (14), número reduzido de serviços disponíveis e maiores dificuldades de acesso (15), os serviços de APS (principalmente públicos) tornam-se, mais do que nunca, ponto de referência em saúde para essas pessoas (9, 16). Mesmo que moradores rurais mostrem certa tendência a utilizar mais serviços de emergência do que aqueles que habitam em áreas urbanas, a proximidade e efetividade da APS tem se mostrado importante na redução dessas visitas (17, 18), na melhoria dos indicadores em saúde e na satisfação da população rural geral e idosa (9, 14). Por outro lado, estes mesmos moradores podem estar predispostos a percorrer maiores distâncias para obter atendimento em outros serviços quando percebem que suas necessidades não serão adequadamente atendidas no serviço mais próximo a sua residência, podendo sofrer, assim, maior desgaste físico, emocional e financeiro (13).

Mesmo considerando a vulnerabilidade deste grupo populacional e o complexo processo de definição de um plano de cuidado, poucos estudos têm focado seus esforços nessa determinada parcela da população. Uma vez que idosos podem apresentar necessidades e limitações específicas, se mostra pertinente investigar o seu perfil de busca por serviços de saúde e suas possíveis dificuldades de forma mais pormenorizada. Com isso, o presente estudo objetiva caracterizar o acesso e utilização de serviços de

saúde considerados de referência pela população rural idosa de um município do sul do Brasil que apresenta cobertura de 100% de sua área rural pela ESF e investigar os fatores associados à escolha da UBSF como serviço de referência.

## **Materiais e Métodos**

Este estudo é parte de um estudo transversal maior realizado pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública intitulado “Saúde da População Rural Riograndina” que investigou indicadores básicos de saúde, padrão de morbidade e de acesso/utilização a serviços de saúde de diversos grupos populacionais da área rural de Rio Grande. Município este localizado na região sul do estado do Rio Grande do Sul, a 350 km da capital Porto Alegre.

Rio Grande conta com aproximadamente 200 mil habitantes, destes, 5,5% residiam em área rural. Dentre os moradores rurais, 13,1% são idosos (19). Quanto à rede pública de saúde, o município conta com cobertura de 53% de seu território total pela ESF, chegando a 100% na área rural. Encontram-se disponíveis à população rural: 10 equipes de Saúde da Família (uma delas aberta 24 horas na forma de Pronto Atendimento em horário não comercial) apoiadas por dois NASFs (Núcleos de Apoio à Saúde da Família). Serviços de saúde de nível secundário e terciário são disponibilizados na área urbana do município.

O presente estudo apresenta dados referentes ao perfil de acesso/utilização de serviços de saúde por idosos (indivíduos com 60 anos ou mais) residentes na área rural de Rio Grande. O instrumento utilizado foi um questionário padronizado, aplicado em domicílio entre abril e novembro de 2017. Foi realizado cálculo de tamanho de amostra mínimo para estimar a prevalência da variável dependente (considerando nível de confiança de 95%; frequência de 70% para a estimativa do desfecho; margem de erro de

3,0 pontos percentuais e efeito de delineamento de 1,5) e fatores a ela associados (considerando poder de 80% e acréscimo de 10% para perdas e recusas e 15% para controle de fatores de confusão), encontrando-se uma amostra final necessária de 857 indivíduos.

Todos os domicílios, dos 23 setores censitários rurais, foram abordados, sendo realizado pulo sistemático de um domicílio a cada 4 amostrados, resultando na amostragem de 83,7% dos idosos. Domicílios que não continham nenhuma das populações estudadas não foram considerados elegíveis. Por outro lado, todos os residentes elegíveis dos domicílios amostrados eram entrevistados. Foram excluídos da pesquisa apenas idosos que encontravam-se institucionalizados no período de realização das entrevistas. Nos casos de idosos com incapacidade física e/ou mental, foi entrevistado seu cuidador.

O perfil de acesso e utilização foi analisado de acordo com o serviço considerado de referência pelo entrevistado através da pergunta “Quando o(a) senhor(a) precisa de um atendimento de saúde, qual é o primeiro serviço que o(a) senhor(a) vai?”, sendo as respostas a esta pergunta posteriormente categorizada em “UBSF de referência” (sendo esta a Unidade mais próxima da residência do participante) e “Outro serviço”, sendo incluídos nesta última categoria: hospitais, consultórios médicos particulares e conveniados a plano de saúde privado, serviços localizados em outros municípios. Através do programa estatístico Stata 14.1®, foram realizadas análise descritiva do perfil sociodemográfico da amostra, para identificação da prevalência da variável dependente e seu intervalo de confiança de 95% e para descrição do tipo de serviço de referência escolhido, dos motivos de escolha e sua utilização.

Além disso, foi realizada Regressão de Poisson, com ajuste robusto da variância, para investigar fatores associados ao tipo de serviço de referência escolhido, ajustando

para possíveis fatores de confusão do mesmo nível ou superior. Baseando-se em modelo conceitual hierarquizado por níveis (20, 21) previamente definido, foram consideradas as três categorias de fatores identificadas por Aday e Andersen como influenciadoras do acesso aos serviços de saúde (22):

- Nível distal: fatores predisponentes (características individuais, prévias ao problema de saúde, que influenciam na propensão do sujeito a utilizar os serviços de saúde) – sexo (masculino/feminino), idade (60 a 69 anos/70 a 79/80 ou mais), cor da pele (branca e preta/parda/amarela/indígena).

- Nível medial: fatores capacitantes (meios que possibilitam a obtenção do atendimento) – escolaridade (0 a 4 anos/5 a 8/9 ou mais), renda familiar (em tercís), morar sozinho (não/sim), possuir plano de saúde (não/sim), distância da UBSF mais próxima (< 1 Km; 1 a 2,9; 3 a 5,9; 6 a 9,9; 10 km ou mais).

- Nível proximal: necessidades em saúde (relacionados ao nível de doença) – possuir doença crônica (não/sim), estado autopercebido de saúde (bom/muito bom, regular, ruim/muito ruim)

Foi utilizado o valor  $p < 0,20$  como limite para manter as variáveis no modelo final a fim de evitar confusões positivas.

Quanto aos aspectos éticos, o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande. Todos os idosos participantes ou seus cuidadores assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

## **Resultados**

Participaram do estudo 1 030 idosos moradores da área rural de Rio Grande, sendo 4,5% dos questionários respondidos por cuidadores. Perdas e recusas

contabilizaram 7,0% e 1,9%, respectivamente, correspondendo a 8,9% do total de indivíduos amostrados. Em sua maior parte, a amostra constituiu-se de homens, com idades entre 60 e 69 anos, com zero a quatro anos de escolaridade e idosos que não moravam sozinhos (Tabela 1). A renda domiciliar mensal mediana foi de R\$ 1 874,00 (Intervalo interquartilico: R\$1 000,00 – R\$2 000,00). Dos idosos participantes, 42,5% consideraram seu estado de saúde entre regular e muito ruim, e apenas 20,8% relataram não possuir doença crônica.

Quanto à busca por serviços de saúde, 61,4% indicaram a UBSF mais próxima de sua residência como seu serviço de referência, seguido de “Médico/serviço de saúde conveniado a plano de saúde privado” e “Consultório médico particular”. Ao estratificar as análises entre UBSF de referência e demais locais de atendimento, os principais motivos para escolha do serviço se mostraram diferentes (Tabela 2). Enquanto aqueles que preferiam ser atendidos na UBSF de referência o faziam, principalmente, em função da maior proximidade entre residência e local de atendimento; os demais seguiam seu acompanhamento por estarem habituados com o serviço, sabendo que lá conseguiriam o atendimento necessário com maior facilidade e rapidez.

Quanto aos motivos que levaram os usuários a buscar seu serviço de referência, o tratamento de doenças (crônicas e agudas) já instauradas foram as principais causas de busca em ambos os grupos. Cabe destacar que apenas pouco mais da metade daqueles que relataram possuir alguma doença crônica, buscaram atendimento para tal no seu serviço de referência (isto é, 44% buscou atendimento, enquanto 79,2% relatou apresentar alguma doença crônica).

As Tabelas 3 e 4 descrevem informações referentes à procura de atendimento, nos 12 meses anteriores à pesquisa, na UBSF mais próxima à moradia do participante, isto é, na UBSF considerada de referência pelo sistema público de saúde. Dentre os



entrevistados, 60,1% buscou atendimento no local, havendo uma procura maior entre aqueles que consideravam o serviço como seu serviço de referência (75% vs. 36%). Dentre aqueles que procuraram o serviço, 87,7% avaliaram o atendimento positivamente.

Percebe-se que motivos que levaram os usuários a buscar atendimento na respectiva UBSF foram diferentes entre aqueles que consideram esse local como sua primeira opção de serviço e aqueles que possuem outro dispositivo como referência. Enquanto que os primeiros procuram mais a Unidade de forma geral (especialmente para tratamento de doenças crônicas), os demais buscam a UBSF principalmente para realização de procedimentos.

Dentre aqueles que buscaram atendimento na Unidade no último ano, 14,4% (n=84) relataram algum tipo de dificuldade em obter o atendimento desejado, tendo a “falta de fichas” como a principal dificuldade apontada, isto é, o número de usuários buscando atendimento excedeu a capacidade diária do serviço. Já dentre aqueles que não buscaram a UBSF nos últimos 12 meses (n=405), os motivos para não busca se mostraram diferentes entre os dois grupos. Enquanto aqueles que consideram a UBSF como sua primeira opção de serviço relataram principalmente não perceber necessidade em buscar atendimento; os demais buscaram outro local para obter a consulta necessária.

Por fim, a Tabela 5 apresenta os fatores associados à escolha da UBSF como serviço de referência, podendo-se dizer que quanto menor a sua idade, renda, escolaridade e distância da residência à Unidade, maior a probabilidade do idoso considerar a UBSF mais próxima como seu serviço de referência. Além disso, possuir plano de saúde privado mostrou diminuir a probabilidade de escolha em 28%; enquanto

que características relacionadas às necessidades em saúde dos participantes não se mostraram estatisticamente associadas à escolha.

## **Discussão**

O presente estudo identificou que quase dois terços (61,4%) dos idosos moradores da área rural do município de Rio Grande, consideram a Unidade Básica de Saúde da Família mais próxima a sua residência como seu serviço de saúde de referência, sendo que quanto menor a idade, escolaridade, renda e distância da UBSF, maior a probabilidade do serviço de APS ser escolhido como primeira opção pelos usuários. O percentual de idosos que considera a APS como seu serviço usual se mostrou elevado quando comparado a outro estudo brasileiro, mesmo ao comparar especificamente com o grupo de idosos e população rural (36,2% e 49,2% respectivamente) (23).

A definição de um serviço de referência tem se mostrado positivamente associada à melhora na condição de saúde do usuário e maior eficiência do sistema de saúde, uma vez que, ao acompanhar o indivíduo longitudinalmente, previne-se o aparecimento e evolução de possíveis doenças e evita-se a sobrecarga dos serviços de emergência e de consultas com especialistas por causas evitáveis. Além disso, possibilita o desenvolvimento de uma relação de confiança entre equipe de saúde e usuário, fortalecendo, assim, a adesão deste ao tratamento (5, 23, 24).

Seguindo a categorização desenvolvida por Aday e Andersen (22) as principais necessidades em saúde percebidas pelos idosos como motivos para busca tanto das UBSFs quanto dos demais serviços de referência foram quadros de doenças já instauradas (doenças crônicas e agudas). Entretanto, cabe salientar que, dentre aqueles

que relataram apresentar algum quadro crônico, apenas 60% informou ter buscado atendimento para tal doença em algum dos locais. Possuir doença crônica tem destacado-se enquanto fator associado à maior procura por atendimento em saúde na literatura (25,26), porém, como já apontado em outro estudo brasileiro(9), percebe-se que o percentual de utilização dos serviços ainda não está adequado às necessidades dos usuários.

Com exceção da realização de procedimentos e consultas de rotina, os motivos para busca dos serviços de referência não se mostraram diferentes entre UBSF e demais locais (sendo tratamento de doenças crônicas e agudas os principais motivos de busca por atendimento nos dois grupos), mostrando um perfil semelhante de necessidades entre ambos. Uma possível justificativa para uma maior procura dos serviços públicos de APS para realização de procedimentos pode ser reflexo dos esforços governamentais para a imunização de idosos contra Influenza, através de campanhas de vacinação anuais, ultrapassando a meta de cobertura nacional de 80% dos idosos vacinados em 2016 (27). As vacinas permanecem disponíveis a todos grupos considerados de risco gratuitamente em todas as UBSFs durante o período de campanha.

Considerando os fatores capacitantes, um ponto que merece destaque é o fato das necessidades serem semelhantes entre os grupos, porém o perfil de atendimento dos serviços em questão serem diferentes. Enquanto serviços de pronto atendimento e consultórios médicos particulares/conveniados possuem um caráter mais responsivo, atendendo apenas às demandas já postas pelos usuários que os buscam, geralmente, já enfermos; os serviços de APS tem por objetivo desenvolver, além do tratamento e reabilitação, práticas de prevenção à doença, promoção da saúde e participação popular(4). Porém, estas últimas finalidades, não se sobressaíram entre os motivos para procura pelas UBSFs, podendo isto ser um reflexo das crenças e comportamentos em

saúde da população estudada, na qual, seja por desconhecimento e/ou desengajamento dos usuários/equipe quanto às finalidades mais amplas da APS, não as percebem como prioridade. O alto percentual de idosos que não relataram ter buscado atendimento para doenças crônicas nos últimos 12 meses e a forma como lidam com estas enfermidades também pode ser considerada como parte destas crenças e comportamentos (22, 24).

Além disso, como fatores capacitantes, destacam-se a renda familiar, a escolaridade do idoso, a posse de plano de saúde privado e a proximidade à UBSF. O fato de todos os serviços serem ofertados de forma gratuita pelo sistema público de saúde brasileiro, permite que todos tenham acesso aos serviços mais facilmente. Todavia, possuir plano de saúde privado ou melhores condições econômicas se mostraram associadas à escolha de outros serviços de saúde como primeira opção, o que pode significar, como identificado em outros estudos, que, ao possuir meios que possibilitam o acesso a serviços mais custosos, os idosos buscam outros locais de atendimento (13).

Quanto à escolaridade, percebeu-se uma tendência linear inversa em que maior escolaridade esteve associada a uma probabilidade menor de considerar a UBSF como serviço de referência. Esta associação pode estar relacionada a um maior autoconhecimento geral e em saúde e também a taxas mais elevadas de automedicação (diminuindo a percepção de necessidade de acompanhamento ou permitindo uma melhor identificação do serviço mais adequado para o seu quadro de saúde) (9, 28).

Outro fator desta categoria que deve ser destacado se refere à estrutura e organização dos serviços de saúde. Enquanto a distância foi um aspecto decisivo para a escolha das UBSFs como serviço de referência, outros elementos como resolutividade (“oferece o tratamento que necessito”), facilidade e rapidez na obtenção do atendimento e confiança no tratamento/profissional, estiveram mais presentes entre as respostas

daqueles que buscam outros locais para seu acompanhamento. A influência da distância até o local de atendimento desejado já foi alvo de várias pesquisas, mostrando que maiores distâncias levam a uma menor utilização dos serviços (15, 29-31), principalmente quando se trata de indivíduos com baixa mobilidade, que possuem poucas opções de serviços disponíveis e pouco ou nenhum acesso a meios de transporte (32). Contudo, a proximidade parece não ser o único fator que garante o acesso, uma vez que os moradores das áreas rurais podem estar predispostos a percorrer maiores distâncias quando julgarem que ali não receberiam o atendimento mais adequado para as suas necessidades, mesmo envolvendo maiores custos de deslocamento, desgaste físico e emocional (13, 32, 33).

Quanto a fatores predisponentes, encontrou-se que quanto menor a idade, maior a probabilidade do idoso considerar a UBSF mais próxima como seu serviço de referência, não havendo diferença significativa em relação a sexo e cor da pele. Idosos mais jovens podem apresentar melhor mobilidade e capacidade funcional, o que permite a busca ativa por atendimento para além das visitas domiciliares; já indivíduos de maior idade podem requerer atendimentos mais específicos e especializados não disponíveis no nível primário de atenção (9, 34).

Motivos que levam a não buscar um serviço também são aspectos importantes e que complementam a percepção de organização do local por parte do seu usuário. Quanto a esses motivos, foi possível identificar dois grupos bastante distintos (Tabela 4). Enquanto aqueles que possuem outro serviço de referência buscaram outro local para serem atendidos (42% vs. 8%), a principal causa entre aqueles que veem à UBSF como sua primeira opção de atendimento não a buscaram por considerar que não havia necessidade (84% vs. 35%). Porém, a percepção de não necessidade pode ser questionada, visto se tratar de um grupo populacional que necessita progressivamente

de maiores cuidados e, conseqüentemente, requer revisões qualificadas mais frequentes visando a avaliar o seu real estado de saúde. Os princípios da ESF se mostram bastante pertinentes neste contexto, uma vez que esta prima pela busca ativa e acompanhamento longitudinal de seus usuários através de acompanhamento familiar e visitas domiciliares feitas por agentes comunitários de saúde e equipe técnica (4).

Deve-se levar em consideração que, diferentemente da relação serviço-usuário, a relação entre serviço e aqueles idosos que não utilizaram a UBSF não foi passível de avaliação através dos dados deste estudo. Além disso, cabe ressaltar algumas limitações: (1) características referentes à organização do serviço foram coletadas através dos usuários, não tendo ocorrido contato direto com os serviços de atendimento; (2) as medidas referentes à distância entre residência e UBSF também foram coletadas através do relato dos entrevistados, gerando dados não tão precisos quanto aqueles georreferenciados, acarretando uma perda elevada de respostas, visto que certos idosos não possuíam essa informação. Considerando que acesso está fortemente relacionado às percepções individuais (isto é, quão fácil o usuário percebe ser), a complementariedade de dados através de diferentes fontes enriqueceria os resultados, porém o foco exclusivo no usuário apresentado neste estudo não inviabiliza os achados aqui expostos.

## **Conclusões**

Percebe-se que a Estratégia Saúde da Família tem conseguido alcançar grande parte da população rural idosa, principalmente grupos que encontram-se em situação de vulnerabilidade, indo ao encontro de um sistema de saúde público equitativo. Todavia, mesmo tendo acesso às UBSFs, um terço do grupo estudado busca outros serviços para o seu acompanhamento. Desta forma, destaca-se a necessidade de manter o fortalecimento da rede de cuidado daqueles que apresentam maiores necessidades em

saúde, ao mesmo tempo que se mostra relevante desenvolver atividades direcionadas aos perfis de usuários que não buscaram o serviço; seja desenvolvendo atividades de caráter preventivo e de promoção à saúde direcionada àqueles que não perceberam necessidade de acompanhamento no período; seja adequando sua estrutura e organização àqueles que optaram por buscar outro local de atendimento.

Com isso, novas avaliações por parte gestores, pesquisadores e profissionais se mostram pertinentes. Tais estudos podem ampliar os conhecimentos sobre o tema em diferentes contextos, averiguando, assim, a adequação e qualidade do atendimento oferecido de forma mais aprofundada, visto que a estrutura social, fatores capacitantes (como condição econômica) e possíveis crenças sobre saúde ainda definem o padrão de escolha do serviço a ser procurado.

## TABELAS

Tabela 1. Descrição da amostra de idosos moradores da área rural do município de Rio Grande, Brasil. 2017. (n=1 030)

Variável	N	%
Sexo		
Masculino	568	55,2
Feminino	462	44,8
Idade (n=1 029)		
60 a 69 anos	529	51,4
70 a 79	327	31,8
80 ou mais	173	16,8
Cor da pele (n=1 028)		
Branca	942	91,6
Preta/Parda/Amarela/Indígena	86	8,4
Escolaridade (n=1 017)		
0 a 4 anos	703	69,1
5 a 8	233	22,9
9 ou mais	81	8,0
Mora sozinho		
Não	797	77,4
Sim	233	22,6
Distância domicílio–UBSF <sup>b</sup>		
< 1km	125	12,1
1 a 4,9 km	276	26,8
5 km ou mais	441	42,8
Não soube informar	188	18,3
Possui plano de saúde privado (n=1 026)		
Não	651	63,5
Sim	375	36,5
Doença Crônica (n=1 019)		
Não	212	20,8
Sim	807	79,2
Estado de Saúde (n=1 026)		
Bom/Muito bom	590	57,5
Regular	358	34,9
Ruim/Muito ruim	78	7,6



Tabela 1. Continuação

Variável	N	%
Serviço de saúde de referência (n=1 022)		
UBSF <sup>a</sup> mais próxima da residência	628	61,4
Médico/serviço de saúde vinculado a plano de saúde privado	140	13,7
Consultório médico particular	94	9,2
Hospital/Pronto Socorro	93	9,1
Outra UBSF	48	4,7
Outro	19	1,9

<sup>a</sup>UBSF: Unidade Básica de Saúde da Família

Tabela 2. Motivos para escolha e busca do serviço de saúde de referência por idosos da área rural do município de Rio Grande, Brasil. 2017 (n=1 018)

	Serviço de referência				Total n(%)
	UBSF <sup>a</sup> de referência (n = 628)		Outro serviço (n = 390)		
<b>Motivos para escolha do serviço de referência<sup>b</sup></b>	n(%)	Classificação	n(%)	Classificação	
Mais próximo da residência	519(82,6)	1°	25(6,4)	5°	544(53,4)
Serviço que vou habitualmente, pois oferece o tratamento necessário	167(26,6)	2°	205(52,6)	1°	372(36,5)
Gosto/confio no atendimento	103(16,4)	3°	121(31,0)	3°	224(22,0)
Mais fácil/rápido conseguir atendimento	58(9,2)	4°	135(34,6)	2°	193(19,0)
Fica aberto no horário que preciso	36(5,7)	5°	44(11,3)	4°	80(7,9)
Por ser minha UBSF de referência	17(2,7)	6°	-	-	17(1,7)
Dificuldade em ser atendido pela UBSF de referência	-	-	7(1,8)	6°	7(0,7)
<b>Motivos para busca do serviço de referência<sup>b</sup></b>					
Tratamento de doença crônica	295(47,0)	1°	153(39,2)	1°	448(44,0)
Tratamento de doença aguda	265(42,2)	2°	148(38,0)	2°	413(40,6)
Realização de procedimento	226(36,0)	3°	19(4,9)	5°	245(24,1)
Solicitação/Realização de exames	153(24,4)	4°	52(13,3)	4°	205(20,1)
Consulta de revisão/rotina	112(17,8)	5°	81(20,8)	3°	193(19,0)

<sup>a</sup>UBSF: Unidade Básica de Saúde da Família; <sup>b</sup>Mais de uma resposta por indivíduo

Tabela 3. Informações relativas à procura por atendimento na UBSF de referência nos 12 meses anteriores à pesquisa por idosos da área rural do município de Rio Grande, Brasil. 2017

	Serviço de referência		Total n(%)	Valor p
	UBSF <sup>a</sup> de referência n (%)	Outro serviço n (%)		
<b>Buscou atendimento na UBSF<sup>a</sup> de referência nos últimos 12 meses (n=1 014)</b>	<b>(n = 626)</b>	<b>(n = 388)</b>		
Não	158(25,2)	247(63,7)	405(39,9)	<0,001
Sim	468(74,8)	141(36,3)	609(60,1)	
<b>Satisfação com o atendimento do local (n=589)</b>	<b>(n= 450)</b>	<b>(n = 139)</b>		0,52
Ruim/Muito ruim	7(1,6)	4(2,9)	11(1,9)	
Regular	51(11,3)	10(7,2)	61(10,4)	
Bom/Muito bom	392(87,1)	125(89,9)	517(87,8)	

<sup>a</sup>UBSF: Unidade Básica de Saúde da Família

Tabela 4. Informações relativas aos motivos de busca e não busca por atendimento na UBSF de referência nos 12 meses anteriores à pesquisa por idosos da área rural do município de Rio Grande, Brasil. 2017

	Serviço de referência				Total n(%)
	UBSF <sup>a</sup> de referência		Outro serviço		
<b>Motivos para busca da UBSF nos últimos 12 meses (n=609)</b>	<b>(n = 468)<sup>b</sup></b>	<b>Classificação</b>	<b>(n = 141)<sup>b</sup></b>	<b>Classificação</b>	
Tratamento de doença crônica	188(40,2)	1°	37(26,2)	2°	225(37,0)
Tratamento de doença aguda	148(31,6)	3°	29(20,6)	3°	177(29,1)
Realização de procedimento	166(35,5)	2°	57(40,4)	1°	223(36,6)
Solicitação/Realização de exames	97(20,7)	4°	13(9,2)	4°	110(18,1)
Consulta de revisão/rotina	70(15,0)	5°	6(4,3)	5°	76(12,5)
<b>Motivos para a não busca de atendimento na UBSF nos últimos 12 meses (n=405)</b>	<b>(n = 158)<sup>b</sup></b>	<b>Classificação</b>	<b>(n = 247)<sup>b</sup></b>	<b>Classificação</b>	
Não precisou de atendimento	133(84,2)	1°	87(35,2)	2°	220(54,3)
Buscou atendimento em outro serviço	13(8,2)	2°	104(42,1)	1°	117(28,9)
Encontrou dificuldade em obter atendimento na UBSF na última vez que buscou	8(5,1)	3°	26(10,5)	3°	34(8,4)

<sup>a</sup>UBSF: Unidade Básica de Saúde da Família; <sup>b</sup>Mais de uma resposta por indivíduo

Tabela 5. Análise bruta e ajustada da associação de variáveis independentes com a escolha da UBSF como serviço de referência por idosos da área rural do município de Rio Grande, Brasil. 2017.(n=960)

Variável	Análise Bruta		Análise Ajustada	
	RP <sup>a</sup> (IC95%) <sup>b</sup>	Valor p	RP <sup>a</sup> (IC95%) <sup>b</sup>	Valor p
<b>Nível 1 - Fatores Predisponentes</b>				
Sexo		0,506		0,527
Masculino	1,03 (0,94 – 1,14)		1,03 (0,94 – 1,14)	
Feminino	1		1	
Idade		0,026 <sup>c</sup>		0,032 <sup>c</sup>
60 a 69 anos	1,17 (1,01 – 1,35)		1,16 (1,00 – 1,35)	
70 a 79	1,08 (0,92 – 1,27)		1,08 (0,92 – 1,27)	
80 ou mais	1		1	
Cor da pele	1,12 (0,96 – 1,30)	0,154	1,11 (0,95 – 1,29)	0,194
Branca	1		1	
Preta/Parda/Amarela/ Indígena	1,12 (0,96 – 1,30)		1,13 (0,96 – 1,34)	
<b>Nível 2 - Fatores Capacitantes</b>				
Renda em tercís		<0,001 <sup>c</sup>		<0,01 <sup>c</sup>
1º tercil (menor renda)	1,43 (1,24 – 1,64)		1,22 (1,05 – 1,42)	
2º tercil	1,34 (1,16 – 1,55)		1,16 (1,01 – 1,34)	
3º tercil (maior renda)	1		1	
Escolaridade		<0,001 <sup>c</sup>		<0,001 <sup>c</sup>
0 a 4 anos	2,25 (1,61 – 3,61)		1,94 (1,39 – 2,71)	
5 a 8	1,81 (1,27 – 2,59)		1,57 (1,11 – 2,22)	
9 ou mais	1		1	
Mora sozinho		0,703		0,06
Não	1		1	
Sim	0,98 (0,87 – 1,10)		0,89 (0,78 – 1,01)	
Distância até UBSF <sup>d</sup>		<0,01		0,02
< 1km	1,27 (1,11 – 1,45)		1,17 (1,03 – 1,34)	
1 a 4,9 km	1,12 (1,00 – 1,26)		1,10 (0,98 – 1,23)	
5 km ou mais	1		1	
Não soube informar	1,00 (0,86 – 1,16)		0,95 (0,82 – 1,10)	
Possuir plano de saúde		<0,001		<0,001
Não	1		1	
Sim	0,70 (0,62 – 0,79)		0,75 (0,66 – 0,84)	
<b>Nível 3 - Necessidades em Saúde</b>				
Doença Crônica		0,952		0,55
Não	1		1	
Sim	1,00 (0,88 – 1,12)		0,96 (0,86 – 1,09)	
Estado de Saúde		0,271 <sup>c</sup>		0,99 <sup>c</sup>
Bom/Muito bom	1		1	
Regular	1,06 (0,96 – 1,18)		1,00 (0,90 – 1,11)	
Ruim/Muito ruim	1,06 (0,88 – 1,27)		0,99 (0,83 – 1,20)	

<sup>a</sup>RP: razão de prevalência; <sup>b</sup>IC95%: intervalo de confiança de 95%; <sup>c</sup>valor p de tendência linear;

<sup>d</sup>UBSF: Unidade Básica de Saúde da Família

## REFERÊNCIAS

1. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001. p. 15.
2. Arantes LJ, Shimizu HE, Merchán-Hamann E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Cien Saude Colet* 2016; 21(5):1499-1510.
3. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. 726 p.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. 110 p.
5. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet (Série Saúde no Brasil)* 2011; 1:11-31.
6. Histórico de Cobertura da Estratégia Saúde da Família [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. 2017 – [citado em 10 jan 2018]. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php)
7. Nunes BP, Thumé E, Tomasi E, Duro SMS, Facchini LA. Desigualdades socioeconômicas no acesso e qualidade da atenção nos serviços de saúde. *Rev Saúde Pública* 2014; 48:968-976.

8. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública* 2004; 20:S190-S198.
9. Travassos C, Viacava F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. *Cad Saude Publica* 2007; 23:2490-502.
10. Mendoza-Sassi R, Beria JU. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cad. Saúde Pública* 2001; 17:819-832.
11. Jacobs B, Groot R, Antunes AF. Financial access to health care for older people in Cambodia. *Int J of Equity in Health*. 2016; 94(15).
12. Liu X, Wong H, Liu K. Outcome-based health equity across different social health insurance schemes for the elderly in China. *BMC Health Serv Res*. 2016 Jan 14;16(9)
13. Gustafsdottir SS, Fenger K, Halldorsdottir S, Bjarnason T. Social justice, access and quality of healthcare in an age of austerity: users' perspective from rural Iceland. *Int J Circumpolar Health*. 2017;76(1)
14. Tian M, Feng D, Chen X, Chen Y, Sun X, Xiang Y, Yuan F, Feng Z. China's rural public health system performance: a cross-sectional study. *PLoS One* 2013; 8:e83822
15. Gopalan SS, Durairaj V. Addressing women's non-maternal healthcare financing in developing countries: what can we learn from the experiences of rural Indian women? *PLoS One*. 2012; 7:e29936.
16. Thanh NX, Lindholm ML. Has Vietnam Health care funds for the poor policy favored the elderly poor? *BMC Health Serv Res* 2012; 12:01-7.
17. Mian O, Pong R. Does better access to FPs decrease the likelihood of emergency department use? Results from the Primary Care Access Survey. *Can Fam Physician* 2012; 58:658-66.

18. Sanz-Barbero B, Otero GL, Blasco HT. The effect of distance on the use of emergency hospital services in a Spanish region with high population dispersion: a multilevel analysis. *Med Care* 2012; 50:27-34.
19. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico, 2010. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2011.
20. Victora C, Huttly S, Fuchs S, Olinto M. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: A hierarchical Approach. *Int J Epidemiol* 1997; 26(1): 224-7.
21. Maldonado G, Greenland S. Simulation study of confounder-selection strategies. *Am J Epidemiol.* 1993; 138(11): 923-36.
22. Aday L, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res* 1974; 9:208-20.
23. Dourado I, Medina M, Aquino R. The effect of the Family Health Strategy on usual source of care in Brazil: data from the 2013 National Health Survey (PNS 2013). *International Journal for Equity in Health* 2016; 15:151.
24. Gontijo T, Duarte A, Guimarães E, da Silva J. Avaliação da atenção primária: o ponto de vista de usuários. *Saúde Debate* 2017; 114(41): 741-752
25. Allan DE, Funk LM, Reid RC, Cloutier-Fisher D. Exploring the influence of income and geography on access to services for older adults in British Columbia: a multivariate analysis using the Canadian Community Health Survey (Cycle 3.1). *Can J Aging* 2011; 30:69-82.
26. Põlluste K, Kalda R, Lember M. Accessibility and use of health services among older Estonian population. *Cent Eur J Public Health* 2009; 17:64-70.
27. Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. 2016 [citado em 10 jan 2018]. Disponível em: <http://http://sipni.datasus.gov.br/si-pni-web/faces/inicio.jsf>

28. Arrais PSD, Fernandes MEP, Dal Pizzol TS, et al. Prevalência da automedicação no Brasil e fatores associados. *Rev Saúde Pública* 2016;50(supl 2):13s.
29. Tian M, Wang H, Tong X, Zhu K, Zhang X, Chen X. Essential Public Health Services' Accessibility and its Determinants among Adults with Chronic Diseases in China. *PLoS One* 2015; 10:e0125262.
30. Ward B, Humphreys J, McGrail M, Wakerman J, Chisholm M. Which dimensions of access are most important when rural residents decide to visit a general practitioner for non-emergency care? *Aust Health Rev* 2015; 39:121-6.
31. Thammatacharee N, Tisayaticom K, Suphanchaimat R, Limwattananon S, Putthasri W, Netsaengtip R, Tangcharoensathien V. Prevalence and profiles of unmet healthcare need in Thailand. *BMC Public Health* 2012; 30:01-8.
32. Stentzel U, Piegsa J, Fredrich D, Hoffmann W, van den Berg N. Accessibility of general practitioners and selected specialist physicians by car and by public transport in a rural region of Germany. *BMC Health Serv Res.* 2016 Oct 19;16(1):587.
33. Oliveira MO, Felipe EA, Santana HS, Rocha IH, Magnabosco P, Figueiredo MAC. Determinantes sócio-históricos do cuidado na Estratégia Saúde da Família: a perspectiva de usuários da área rural. *Saude soc.* 2015;24(3):901-13.
34. Das S, Mia MN, Hanifi SM, Hoque S, Bhuiya A. Health literacy in a community with low levels of education: findings from Chakaria, a rural area of Bangladesh. *BMC Public Health.* 2017 Feb 16;17(1):203

## **12. 2 NOTA À IMPRENSA**



## 12.2 NOTA À IMPRENSA

Acesso à serviços de saúde por idosos da área rural do município de Rio Grande, RS

Em 2017, o Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública realizou uma pesquisa na área rural do município de Rio Grande denominada “Saúde da população rural Rio-Grandina”. Seu objetivo geral era conhecer indicadores básicos de saúde e o padrão de morbidade e de utilização e acesso a serviços de saúde em três grupos populacionais residentes nesta área: crianças menores de cinco anos e suas mães, mulheres em idade fértil (15 a 49 anos) e idosos (60 anos ou mais). Dentre os participantes, 1.030 idosos (83,7% dos idosos residentes na área rural) entrevistados responderam questões referentes à sua percepção de acesso e padrões de utilização de serviços de saúde.

Tendo toda a área rural do município coberta pela Estratégia Saúde da Família (ESF), 61,7% dos idosos informaram que a Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) mais próxima à sua residência é o primeiro serviço procurado quando percebem necessidade de atendimento em saúde e 60,1% buscaram o serviço nos últimos 12 meses.

Enquanto a distância foi um aspecto decisivo para a escolha das UBSFs como serviço de referência, outros aspectos como facilidade na obtenção do atendimento, flexibilidade de horários, confiança no tratamento/profissional e resolutividade estiveram mais presentes entre as respostas daqueles que buscam outros locais para o seu acompanhamento.

Dentre os idosos que não buscaram a UBSF no último ano, o principal motivo para a não procura deste serviço entre aqueles que possuem outro serviço de referência foi o fato de terem buscado outro local para serem atendidos. Já dentre os que veem à Unidade Básica como sua primeira opção de atendimento não a buscaram, principalmente, por considerar que não havia necessidade.

Considerando se tratar de um grupo populacional que necessita progressivamente de maiores cuidados e, conseqüentemente, requer revisões qualificadas mais frequentes visando a avaliar o seu real estado de saúde, a percepção

de não necessidade pode ser questionada. Os princípios da ESF se mostram pertinentes neste contexto, uma vez que esta Estratégia prima pela busca ativa e cuidado constante de seus usuários através de acompanhamento familiar e visitas domiciliares feitas por agentes comunitários de saúde e equipe técnica.

Outro ponto importante identificado foi que quanto menor a idade, escolaridade e condição econômica, maior a probabilidade do idoso considerar a UBSF mais próxima à residência como seu serviço de referência, o que pode significar que, ao possuir meios que possibilitam a utilização de serviços mais custosos, os idosos buscam outros locais de atendimento.

Desta forma, percebe-se que a Estratégia Saúde da Família tem conseguido alcançar a parcela rural idosa mais vulnerável, diminuindo as desigualdade do acesso à saúde desta população. Entretanto, novas avaliações por parte gestores, pesquisadores e profissionais se mostram relevantes. Tais estudos podem ampliar os conhecimentos sobre o tema em diferentes contextos, averiguando, assim, a adequação e qualidade do atendimento oferecido de forma mais aprofundada, visto que a estrutura social ainda influencia o padrão de escolha do serviço a ser procurado.

## **13 APÊNDICES**

### 13 APÊNDICES

#### 13.1 Apêndice 1 – Informações e principais resultados dos artigos selecionados para a revisão

Autores (ano)	País do estudo	Métodos	Desfechos (prevalência)	Fatores associados	Outros resultados
LUI L. J. et al. (2007)	China	<p><u>Delineamento:</u> caso-controle.</p> <p><u>Amostra:</u> 550 idosos, residentes em área rural</p> <p><u>Casos:</u> idosos que moravam sozinhos ou na companhia de outro idoso apenas (n=250)</p> <p><u>Controles:</u> idosos que moravam na companhia de mais/outras pessoas, (n=240)</p>	<p>Contatar médico de referência nos últimos 3 meses (casos: 39,2%; controles: 50,8%)</p>	<p>Aos casos: mais necessidades em saúde não satisfeitas (40,0% vs 29,2%, p&lt;0,05), menor renda e suporte social, pior saúde física e mental (p&lt;0.01) comparado aos controles</p>	<p>principal barreira para utilização de serviços: custo - 64%</p>
TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F. (2007)	Brasil	<p><u>Delineamento:</u> transversal</p> <p><u>Dados:</u> Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1998 e 2003.</p> <p><u>Amostra:</u> 6.366 e 6.220 idosos, respectivamente.</p>	<p>- consulta médica nos últimos 12 meses (rural-1998/2003: 62,8%/68,6%; urbana/2003: 79.9%)</p> <p>-consulta odontológica nos últimos 12 meses (2003: rural = 9,1%; urbana = 19,1%)</p>		<p>- <u>Utilização:</u> postos/centros de saúde (rural: 48,1%; urbana: 36,5%); consultórios privados (rural: 12,7%; urbana: 24%) plano de saúde (rural: 9,1%; urbana: 33,5%)</p> <p>- Melhora nos índices de acesso/utilização na área rural entre 1998 e 2003.</p>
WU B. (2007)	China	<p><u>Delineamento:</u> transversal.</p> <p><u>Amostra:</u> 1044 idosos (rural: n = 624)</p>	<p>-consulta odontológica nos últimos 12 meses (rural = 3,4%; urbana = 11,7%).</p>	<p>À visita ao dentista (OR): morar em área urbana (2,27), ser mais jovem (0,95), ter condição de pagar (2,52), atendimento médico regular (1,95), ter &gt; nº de limitações (1,27) estar preocupado com alimentação (1,85)</p>	

### 13.1 Apêndice 1 – continuação

Autores (ano publicação)	País do estudo	Métodos	Desfechos (prevalência)	Fatores associados	Outros resultados
MARIOLIS A. et al. (2008)	Grécia	<u>Delineamento:</u> Transversal Dados da produtividade de dois serviços de atenção primária (1 urbano/1 rural)	Número de atendimentos nos últimos 24 meses (rural: 112.513; urbana: 145.415)	Ao atendimento: objetivo da visita entre idosos ( $p < 0,001$ ) – tratamento de doença crônica (urbana: 85,9%; rural: 73,6%); atendimento de emergência (urbana: 11,9%; rural: 23,6%)	- Proporção de idosos que utilizam o serviço (urbana: 13,3%; rural: 21,4%) - Cobertura rural foi maior, porém a população urbana usou o serviço com maior frequência (2,64 vs. 1,79) - Motivo da escolha do serviço na população geral: urbana - mais perto de casa (52,7%); rural – único serviço disponível por perto (40,6%)
POLONSKY J. et al. (2009)	Armênia	<u>Delineamento:</u> Transversal <u>Amostra:</u> 506 domicílios em área rural	Utilização do posto de saúde nos últimos 3 meses (usuários do seguro de saúde comunitário: 77%; não assegurados: 36%)	À utilização do serviço (RR, $p < 0,001$ ): estar assegurado (3,65), maior idade (60+: 2,58) e baixo nível socioeconômico (Q5: 0,67)	
PÕLLUSTE, K.; KALDA, R.; LEMBER, M. (2009)	Estônia	<u>Delineamento:</u> Transversal <u>Amostra:</u> 1.446 indivíduos (65–74, n=182; rural, n=430)	Ir ao seu médico generalista (MG) nos últimos 12 meses (idosos: 75%; outras idades: 60%)	À utilização do MG entre idosos (OR): presença de doença crônica (4,8); status de saúde autorreferido mediano (7,5); e morar em zona rural (1,6)	- Idosos da área rural esperaram menos tempo pela consulta quando comparado a idosos residentes da área urbana - Idosos utilizaram mais e estavam mais satisfeitos com os serviços

### 13.1 Apêndice 1 – continuação

Autores (ano publicação)	País do estudo	Métodos	Desfechos (prevalência)	Fatores associados	Outros resultados
SIBBRITT, D.W.; BYLES, J.E.; TAVENER, M.A. (2010)	Austrália	<u>Delineamento:</u> Coorte <u>Amostra:</u> mulheres com idade entre 70 e 75 anos entrevistadas em 1999 (n = 10.434), 2002 (n = 8646) e 2005 (n = 7153).	Utilização de serviço odontológico no último ano (1999 = 35%; 2002 = 36%; 2005 = 37%).	- À utilização (RR): não fumar (1,38); morar em área urbana (1,26); não ter diabetes (1,16); e ter melhor saúde física (1,02) - À não utilização (RR): apresentar dificuldades financeiras (0,90)	
ALLAN, D.E. et al. (2011)	Canadá	Análise secundária da <i>Statistics Canada's Canadian Community Health Survey, 2005-06</i> <u>Amostra:</u> 3.424 idosos (rural, n = 449)	Média anual de visitas ao médico generalista (rural = 6,12; urbana = 4,89)	Ao maior número de consultas: pior percepção de seu estado de saúde e habilidade funcional	Nível socioeconômico não esteve associado à utilização do serviço médico
BENNETT, K. J. et al. (2012)	Estados Unidos	Análise secundária do <i>Medicare Claims Files - 2005</i> . <u>Amostra:</u> 1.411.346 idosos	Acompanhamento médico nos primeiros 30 dias após internação (urbano = 89,2%; rural = 86,4%; remota = 82,5%)	Ao maior número de internações: morar em áreas com baixo número de serviços de atenção primária e maior número de hospitais.	
GOPALAN S.S.; DURAIRAJ V. (2012)	Índia	<u>Delineamento:</u> Transversal. <u>Amostra:</u> 800 mulheres residentes em zona rural (60 anos ou mais = 406)	- Procurar atendimento quando doente (45%) - Obter consulta em tempo adequado (32,5%) - Não ter dificuldades de acesso (25,2%)	Ao risco financeiro de não obter atendimento (OR): ter 60+ anos (2,00); busca por consulta ambulatorial (2,01), resposta desfavorável da família (2,04) e não ter outra alternativa de financiamento (2,13).	Motivos para não acessar: limitação financeira (64,5%), não perceber a doença como algo sério (28,4%), morar longe do centro de saúde (7%).

### 13.1 Apêndice 1 – continuação

Autores (ano publicação)	País do estudo	Métodos	Desfechos (prevalência)	Fatores associados	Outros resultados
MIAN O.; PONG R. (2012)	Canadá	<u>Delineamento:</u> Transversal <u>Amostra:</u> 8502 residentes de Ontario com 16 anos ou mais (65 anos ou mais = 16,2%; rural = 24,4%).	Entre idosos: - ter médico de família (MF) de referência (96,2%); - ter interesse em ver seu MF no último ano (31,6%) - conseguir consulta sem dificuldades (79,7% dos que tiveram interesse)	À utilização do serviço de emergência (SE): morar em zona rural, baixo nível escolar e socioeconômico. - À diminuição de visitas ao SE entre os doentes crônicos (OR): ter MF de referência (0,47), e ter real acesso ao MF (0,62)	Na população geral, ter um médico de família de referência não esteve associado a diminuição de visitas ao serviço de emergência, porém ter real acesso ao MF, sim (OR=0,62, p < 0,001)
SANZ-BARBERO, B.; OTERO G. L.; BLASCO H. T. (2012)	Espanha	<u>Delineamento:</u> Transversal <u>Amostra:</u> 4281 adultos de 179 municípios da região de Castile and Leon. (55 anos ou mais, n = 1619)	Utilização do serviço de emergência (SE) hospitalar nos últimos 12 meses (em cidades com serviços de APS: n=197, 13,8%; em cidades sem o serviço: n= 421, 16,0%)	À menor utilização dos SEs: morar em cidades que possuem serviços de APS capacitados para atendimento de emergência (OR=0,63).	- A chance de utilização de SE diminui conforme aumenta a distância entre cidade e hospital (p<0,001) e ela aumenta conforme aumenta a idade (p = 0,027).
THAMMATA CHAREE N. et al. (2012)	Tailândia	<u>Delineamento:</u> Transversal <u>Amostra:</u> 5469 domicílios (60 anos ou mais = 11,9%; rural = 67,1%)	Necessidades ambulatoriais não satisfeitas (geral: 1,4%; <5 anos=0,3%; >60=2,4%; urbana=1,1%; rural=1,6%)	A necessidades ambulatoriais não satisfeitas (p<0,001): ser do sexo feminino, ter maior idade, morar em área rural, baixo nível socioeconômico.	Principais causas para não utilização dos serviços: - Idosos: distância (34%) e não confiar na efetividade do tratamento (22%); - População rural: falta de tempo (23%) e não confiar na efetividade do tratamento (20%).

### 13.1 Apêndice 1 – continuação

Autores (ano publicação)	País do estudo	Métodos	Desfechos (prevalência)	Fatores associados	Outros resultados
THANH N. X.; LINDHOLM L. (2012)	Vietnã	Análise secundária de dados nacionais de 2001, 2003, 2005 e 2007. <u>Amostra:</u> 3.957 idosos da área rural	Nº de utilizações do serviço comunitário (entre usuários do benefício estatal 2001/2007: 0,075/0,169; entre não beneficiários 2001/2007: 0,093/0,104)		Com a implementação de uma política de auxílio financeiro à população mais necessitada, foi percebido um aumento da utilização dos serviços de saúde comunitários e serviços públicos em geral; além de um declínio na utilização de serviços privados e automedicação/tratamento.
WILSON S. L.; KRATZKE C.; HOXMEIER J. (2012)	Estados Unidos	<u>Delineamento:</u> Transversal <u>Amostra:</u> 921 moradores de zona rural de Appalachia (60 anos ou mais = 255, 29,2%)	Perceber o acesso a serviço de saúde como problema na comunidade (população geral: 44,9%; idosos: 29,8%)	A perceber o acesso como problema: sexo feminino (p=0,048), baixa escolaridade (p<0,001) e renda (p=0,01), não possuir um seguro de saúde (p=0,001), não ter acesso à transporte médico (p=0,005)	52,5% das pessoas entre 18-59 anos e 29,8% dos idosos, avaliavam o acesso à saúde como um problema.
COBIGO V. et al. (2013)	Canadá	Análise secundária através de 9 bases de dados	Realização de exame preventivo contra câncer do colo de útero nos últimos 3 anos (rural: com deficiência mental (CDM) = 29,9%, sem deficiência mental (SDM) = 66,2%; urbana: CDM = 35,1%, SDM = 66,8%; 60+ anos: CDM=23,9%, SDM=53,1%)	Possuir deficiência física esteve associado a não realização do exame (OR = 0,21)	



### 13.1 Apêndice 1 continuação

Autores (ano publicação)	País do estudo	Métodos	Desfechos (prevalência)	Fatores associados	Outros resultados
TIAN M. et al. (2013)	China	Análise de dados nacionais dos anos de 2008 a 2010 e estudo transversal conduzido em 2011. <u>Amostra:</u> 922 hipertensos (65+: n=517), 878 crianças, 848 idosos, 271mulheres moradores da área rural	- 2008-2010: tratamento hipertensão (41,8% p/ 80,5%) e diabetes (55,4% p/ 76,4%) - 2011: satisfação com o serviço (geral: 75,3%; idosos: 68%)		- 2008-2010: aumento 9,04% ao ano no nº de profissionais; - 2010: distância média do serviço de saúde mais próximo = 1km.
YINGTAWEE SAK T. et al. (2013)	Tailândia	<u>Delineamento:</u> Transversal <u>Amostra:</u> 394 indivíduos de 16 vilarejos rurais (55+ anos, n = 22)	Utilização postos de atenção primária em saúde (98,5%)		- 86,3% não necessitaram pagar pelo atendimento; - 60,9% levavam mais de 30 minutos para chegar ao serviço. - Principais atividades realizadas: serviços ambulatoriais (44,9%), controle e prevenção de doenças (44,7%), educação em saúde (41,9%), promoção em saúde (22,8%) e atenção em saúde ao idoso (19,3%).
FANG P. et al. (2014)	China	<u>Delineamento:</u> Transversal <u>Amostra:</u> 1003 residentes da área rural (60+ anos, n = 275)	Utilização de serviços de saúde se doente nas duas últimas semanas (48,8%)	A maior utilização dos serviços foram (OR): menor idade (p<0,001), maior tempo de viagem (p=0,006), alto nível de renda (p=0,034)	Principais razões para não utilização dos serviços foram: dificuldade financeira (37,9%), não teve necessidade (27,2%) e automedicação (19,8%)

### 13.1 Apêndice 1 – continuação

Autores (ano publicação)	País do estudo	Métodos	Desfechos (prevalência)	Fatores associados	Outros resultados
SPLEEN A. M. et al. (2014)	Estados Unidos	Análise secundária dos dados da <i>2008 Health Information Trends Survey (HINTS)</i> . <u>Amostra</u> : 6,714 indivíduos (65 anos ou mais: n = 2047, 30,5%; rural: n = 143, 2,1%)	Não buscar atendimento na última vez que esteve doente (geral: 33,9%; rural: 36,4%; idosos 20,4%)	A não buscar atendimento na última vez que esteve doente (OR): sexo masculino (1,24), menor idade (2,34), não possuir seguro de saúde (1,43), residir em área rural (1,69), não possuir profissional de referência (1,49) e não confiar nas informações dadas pelo médico (1,34)	
CHENG L. et al. (2015)	China	<u>Delineamento</u> : coorte (2005 – 2008). <u>Amostra</u> : 3299 idosos moradores da área rural.	Percepção de acesso aos serviços de saúde (entre assegurados pelo NCMS 2005-2008: 85% - 91%; entre não assegurados 2005-2008: 85% - 85%)	A estar assegurado pelo <i>China's New Cooperative Medical Scheme (NCMS)</i> : melhora na percepção de acesso aos serviços de saúde (entre idosos do tercil de menor renda) e acesso a atendimento médico adequado	Não há evidência de que estar assegurado pelo NCMS diminua gastos com saúde.
LI C. et al. (2015)	China	Análise secundária de 10% da <i>Sample Survey on Aged Population in China in 2006</i> . Amostra: 1980 idosos (rural:n=983)	Satisfação em relação ao acesso aos serviços de saúde (urbana: 70,9%; rural: 63,6%)	Maior acesso a serviços de saúde esteve associado à melhor qualidade de vida entre idosos residentes em área rural e urbana (p<0,05)	

### 13.1 Apêndice 1 – continuação

<b>Autores (ano publicação)</b>	<b>País do estudo</b>	<b>Métodos</b>	<b>Desfechos (prevalência)</b>	<b>Fatores associados</b>	<b>Outros resultados</b>
MCGRAIL M. R.; HUMPHREY S J. S.; WARD B. (2015)	Austrália	<u>Delineamento:</u> Transversal <u>Amostra:</u> 1079 residentes em área rural (363 em localizações próximas e 716 em áreas remotas)	- Tempo necessário para visita ao médico generalista, MG (rural: 16,9 min; remota: 26,3 min) - tolerância em relação à maior distância do MG (rural: 31,9 min; remota: 54,1 min)	- Ao maior tempo necessário para visita ao MG (OR): não ter MG de referência (2,88), estar empregado (1,68), depender de outros (2,8), ter dificuldade de acesso (1,66) - À maior tolerância em relação à distância do MG (OR): residir em área remota (2,68), ser mais jovem (1,72) e dificuldade p/conseguir consulta(1,29)	
TIAN M. et al. (2015)	China	<u>Delineamento:</u> Transversal <u>Amostra:</u> 1367 hipertensos e 806 diabéticos (108 comunidades - 54 urbanas/54 rurais)	- Receber atendimento em APS (90,3%) - Receber atendimento regular em APS (58%) - Conseguir controlar a doença para a qual procurou atendimento (44%)	À efetividade do tratamento (OR):morar em área urbana (1,81), e estar interessado em receber tratamento (9,25)	Idade não esteve associada à efetividade.
WARD B. et al. (2015)	Austrália	<u>Delineamento:</u> Transversal <u>Amostra:</u> 794 residentes em área rural (273 em localidades próximas e 521 em áreas remotas)			Preferência por um MG de referência e disponibilidade do MG se mostraram mais importantes que distância e custo do serviços. Com o aumento da idade, ambos fatores se tornam mais relevantes

### 13.1 Apêndice 1 – continuação

Autores (ano)	País do estudo	Métodos	Desfechos (prevalência)	Fatores associados	Outros resultados
JACOBS B.; GROOT R.; ANTUNES A. F. (2016)	Camboja	Análise secundária da <i>Cambodian Socio-Economic Survey</i> de 2004, 2009 e 2014 <u>Amostra:</u> aprox. 12.000 domicílios por acompanhamento Idosos: 5,3% (2004); 7,1% (2014); 7,3% (rurais); 6,3% (urbanos)	Busca por atendimento quando doente, entre idosos: 86,7% (2004); 97% (2014) Busca por atendimento médico (2014): 93 % (urbano) 84,3% (rural) - em serviço público: 10,7/23,4% (2004/14) - em serviço privado: 31,9/64,1% (2004/14)	À “gastos catastróficos com saúde” (OR): Domicílios rural (2,99, p<0,01), com moradores idosos (1,28, p<0,05), com morador com doença crônica (13,85, p<0,01). Possuir acesso à atendimento gratuito e/ou à outros benefícios similares não apresentou diferença significativa	Em 2014, domicílios rurais com moradores idosos apresentaram o dobro da incidência de “gastos catastróficos com saúde” e de gastos proporcionais a sua capacidade de custeio quando comparados aos urbanos. De forma geral, houve diminuição de domicílios em dívida por gastos com saúde.
LEE S. E. et al. (2016)	Coreia do Sul	Análise secundária da <i>Korean Community Health Survey</i> (2012) <u>Amostra:</u> 228.902 indivíduos (74.664 moradores rurais; 58.094 idosos)	Necessidades de saúde não satisfeitas (NSNS): - 65 anos ou mais: 12,7% - 19 a 64 anos: 11,9%	À NSNSs: >idade, mulheres, não possuir plano de saúde privado, ser trabalhador assalariado, baixa renda, possuir comorb., estado de saúde ruim, fumantes, morar em áreas metropolitanas	
LIU X.; WONG H.; LIU K. (2016)	China	Análise secundária da <i>National Survey of the Aged Population in Urban/Rural China</i> de 2006 e 2010. <u>Amostra:</u> 19947 idosos (2006) 19986 idosos (2010)	Gastos com saúde não cobertos por plano de saúde governamental (2006/2010): - empregados urbanos: 33,59% / 32,61% - residentes urbanos: 66,11% (2010) - residentes rurais: 85,05%/ 66,11%		O grupo de idosos assegurados pelo plano de saúde para antigos empregados urbanos apresentou melhor estado de saúde auto-referido, melhores funções físicas e bem-estar psicológico quando comparado aos demais grupos

### 13.1 Apêndice 1 – continuação

<b>Autores (ano)</b>	<b>País do estudo</b>	<b>Métodos</b>	<b>Desfechos (prevalência)</b>	<b>Fatores associados</b>	<b>Outros resultados</b>
DAS M. et al. (2017)	Bangladesh	Delineamento: Transversal Amostra: 1.217 residentes em área rural (idosos = 24%)	Conhecimento sobre serviços disponíveis: - profissionais informais: 86% - clínicas comunitárias públicas: 54,6% Primeira escolha para obtenção de informações sobre saúde entre idosos: médicos (43,3%), prof. informais (37,5%)	Maior idade, renda e escolaridade estiveram associadas à maior busca por médicos para atendimento em saúde e menor busca por profissionais informais	Vizinhança foi a fonte de informação sobre hipertensão e diabetes mais relatada pelos participantes (78% e 85,7%, respectivamente).
DEKKER A. M. et al. (2017)	Belize	Delineamento: Misto (análise de 178 prontuários; entrevista com 20 profissionais de saúde e 25 pessoas com diabetes e/ou hipertensão)	Média anual geral de visitas a serviço de APS: 2,1 vezes		Para profissionais, as principais barreiras são: pobreza, crenças culturais sobre saúde e baixo informação sobre saúde por parte dos usuários. Para os usuários: dificuldade financeira.
GUSTAF SDOTTIR S. S. et al. (2017)	Islândia	Delineamento: Misto (732 questionários aplicados a usuários em 2009 e 415 em 2012; e entrevistas com 10 profissionais de saúde) Idosos: 20%/27% (2009/2012)	Satisfação com serviços de APS (2009/2012): - Variedade: 65%/61% - Acessibilidade: 89%/85% - Qualidade: 73-74%		Prioridades apontadas pelos usuários: desenvolvimento de uma rede de atenção básica sólida, de atenção local de qualidade à idosos, possibilidade de escolha do serviço utilizado e acesso a serviço de emergência de qualidade.

## 13.2 Apêndice 2: Questões gerais do domicílio

<b>BLOCO A: DOMICÍLIO – DEVE SER RESPONDIDO PELO CHEFE DO DOMICÍLIO</b>		
Número do setor: ___		aset __
Número do domicílio: _____		anum ___
Número do questionário: _____		anuq _____
Endereço (incluir ponto de referência): _____		aende ___
01) Data da entrevista: ___/___/___		adat ___/___/___
02) Entrevistadora: _____		aent __
03) Qual o seu nome? _____		
04) Quantos anos o(a) Senhor(a) tem? ___ anos completos (999) IGN		aidade ___
05) SEXO (1) MASCULINO (2) FEMININO		asexo _
06) Qual a cor da sua pele? (1) Branca (2) Preta (3) Parda (4) Amarela (5) Outra		acorpel _
07) Quantas pessoas moram nesta casa? Nº ___ (99) IGN		amodo ___
08) Até que série/ano o(a) Sr. (a) completou na escola? ___ série do ___ grau (99) IGN		aserie_ agrau_
09) O(a) Senhor(a) é: (1) Solteiro(a) (2) Casado(a)/ companheiro(a) (3) Separado(a)/ divorciado(a) (4) Viúvo(a) (9) IGN		asico_
<b>INSTRUÇÃO 01: Agora vamos falar sobre as condições de moradia das pessoas que vivem nesta casa</b>		
<b>(OBSERVAR E SE NECESSÁRIO PERGUNTAR) 10) TIPO DE CONSTRUÇÃO:</b>		acasa_
(1) MADEIRA (2) TAIPA (3) TIJOLO/ALVENARIA (4) PALHA (5) MISTA (6) PAPELÃO/LATA (8) OUTRO (9) IGN		
11) A sua casa é própria, alugada ou emprestada? (1) Própria (2) Alugada (3) Emprestada (não paga aluguel) (9) IGN		aprop_
12) Quantos cômodos / peças tem esta casa? ___ cômodos/peças (99) IGN		apeca_
13) Quantos cômodos/peças usam para dormir? ___ cômodos/peças (99) IGN		adorm_
14) Tem água encanada? (0) Não (1) Sim, dentro de casa (2) Sim, no terreno (9) IGN		aagua_
15) De onde vem a água usada para beber? (1) Rede Pública (2) Chafariz (3) Cisterna, poço (4) Rio, lagoa, açude (5) Caminhão-pipa (6) Outro (9) IGN		afonte_
16) Como é a privada da casa? (1) Sanitário com descarga (2) Sanitário sem descarga (3) Casinha/fossa (4) Não tem privada (9) IGN		apriva_
17) Esta casa está ligada à rede de esgotos? (0) Não (1) Sim (9) IGN		aesgo_
<b>INSTRUÇÃO 02: Agora vamos conversar sobre tua casa</b>		
Na sua casa tem...		
18) Carro de passeio? (0) Não ( ) Sim, quantos? ___		aauto_
19) Moto? (0) Não ( ) Sim, quantos? ___		amoto_
20) Empregado mensalista? (0) Não ( ) Sim, quantos? ___		aempr_
21) Máquina de lavar roupa? (desconsiderar tanquinho) (0) Não ( ) Sim, quantos? ___		aroupa_
22) Banheiro (0) Não ( ) Sim, quantos? ___		abanho_
23) DVD? (0) Não ( ) Sim, quantos? ___		advd_
24) Geladeira? (0) Não ( ) Sim, quantos? ___		agela_

25) Freezer ou geladeira duplex?	(0) Não	( ) Sim, quantos? ___	afrez _		
26) Computador?	(0) Não	( ) Sim, quantos? ___	acomp _		
27) Lavadora de louças?	(0) Não	( ) Sim, quantos? ___	alava _		
28) Forno micro-ondas?	(0) Não	( ) Sim, quantos? ___	amicr _		
29) Secadora de roupas?	(0) Não	( ) Sim, quantos? ___	aseca _		
30) Tem fogão à lenha?	(0) Não → 32	(1) Sim	(9) IGN	alenha _	
<b>31) Esse fogão à lenha, vocês:</b>					
(0) Nunca usam	(1) Usam às vezes	(2) Usam sempre	(8) NSA	(9) IGN	alefr _
<b>INSTRUÇÃO 03: Agora vou conversar com o(a) Sr(a) sobre trabalho</b>					
32) O(A) Sr. (a) está trabalhando?	(0) Não	(1) Sim → 34	(9) IGN	atrab _	
<b>33) SE NÃO:</b> Por que não está trabalhando?					
(1) Desempregado	(2) Aposentado	(3) Encostado	antr _		
(4) Pensionista	( ) Outro _____	(8) NSA	(9) IGN		
<b>APÓS RESPONDER A QUESTÃO 33, PULE PARA A QUESTÃO 36</b>					
<b>34) SE ESTÁ TRABALHANDO:</b> Qual tipo de trabalho o(a) Sr.(a) faz? (Anotar onde e o que faz):					aocup _____
_____					
<b>35) SE ESTÁ TRABALHANDO:</b> O Sr(a). trabalha com carteira assinada?					
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	avinc _	
<b>36) A sua família planta ou cultiva algum alimento?</b>					
(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	acult _		
<b>37) A família tem criação de animais na propriedade?</b>					
(0) Não	( ) Sim, qual (is)?				
	Gado/rês:	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	agado _
	Porco:	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	aporco _
	Peixe:	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	apeixe _
	Galinha:	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	agalinha _
	Ovelha:	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	aovelha _
	Cavalo:	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	acavalo _
	Abelha:	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	aabelha _
	Cabra:	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	acabra _
<b>SE O(A) ENTREVISTADO(A) RESPONDEU “(0) NÃO” PARA AS PERGUNTAS 36 E 37 PULE PARA A QUESTÃO 41.</b>					
<b>38) O que vocês produzem é suficiente para o sustento da família na maior parte do ano?</b>					aconsu _
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN		
<b>39) Daquilo que vocês produzem, sobra para vender na maior parte do ano?</b>					avenda _
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN		
<b>40) Em 2016, quanto vocês ganharam com a venda daquilo que produziram? R\$ _____</b>					arep _____
<b>41) No mês passado, quanto ganharam as pessoas que moram aqui, incluindo trabalho e aposentadoria?</b>					
Pessoa 1: R\$ _____ por mês					arf1: _____
Pessoa 2: R\$ _____ por mês					arf2: _____
Pessoa 3: R\$ _____ por mês					arf3: _____
Pessoa 4: R\$ _____ por mês					arf4: _____
Pessoa 5: R\$ _____ por mês					arf5: _____
					(00000) Não recebe renda
					(99999) IGN
<b>42) A família tem outra fonte de renda, por exemplo, aluguel, arrendamento de terra, pensão ou outra que não foi citada acima?</b>					arou _
(0) Não	(1) Sim → Quanto? R\$ _____ por mês	(99999) IGN	aqrou _____		
<b>43) Algum morador é beneficiário do Programa Bolsa Família?</b>					
(0) Não	( ) Sim, quantos moradores? _____	(9) IGN	apbf _		
<b>INSTRUÇÃO 04: Agora vou ler para o(a) Sr(a) algumas perguntas sobre a sua alimentação em casa nos últimos três meses, ou seja, desde &lt;DIA DE TRÊS MESES ATRÁS&gt;, para cá. As perguntas são parecidas umas com as outras, mas é importante que o(a) Sr(a) responda</b>					

<b>cada uma delas.</b>					
44) Desde <DIA DE TRÊS MESES ATRÁS>, em algum momento você chegou a pensar que a comida na sua casa ia acabar antes que tivesse condição de comprar, receber ou produzir mais comida?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		ia01 _
45) Desde <DIA DE TRÊS MESES ATRÁS>, a comida acabou antes que o(a) Sr(a) tivesse dinheiro para comprar mais?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		ia02 _
46) Desde <DIA DE TRÊS MESES ATRÁS>, o(a) Sr(a) ficou sem dinheiro para comprar a comida que sua família precisava?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		ia03 _
47) Desde <DIA DE TRÊS MESES ATRÁS>, o(a) Sr(a) alguma vez comeu menos do que achou que devia porque não havia dinheiro suficiente para comprar comida?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		ia04 _
48) Desde <DIA DE TRÊS MESES ATRÁS>, alguém da sua casa teve que comer menos do que o habitual porque não havia dinheiro suficiente para comprar a comida?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		ia05 _
<b>INSTRUÇÃO 05: Agora vou perguntar sobre algumas doenças de família</b>					
Algun familiar seu tem:					
49) Retardo mental?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		askatraso _
50) Dificuldade para andar?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		askandar _
51) Surdez?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		askouvir _
52) Enxerga as coisas duplicadas?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		askenxer _
<b>SE O(A) ENTREVISTADO(A) RESPONDEU “(0) NÃO” PARA AS PERGUNTAS 49, 50, 51 E 52 PULE PARA A QUESTÃO 54.</b>					
53) <b>SE SIM EM PELO MENOS UMA DAS PERGUNTAS 49 A 52:</b> Qual o grau de parentesco dessa(s) pessoa(s) com você?					
Pai	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	apai _
Mãe	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	amae _
Avô/Avó	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	aavo _
Tio (a)	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	atio _
Primo (a)	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	aprimo _
Sobrinho (a)	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	asobri _
Filho (a)	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	afilho _
Outro (a): _____					aoufam _
<b>Depois de adulto alguém da sua família que não era doente começou a:</b>					
54) Ter problema para caminhar /desequilíbrios /tombos frequentes?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		askcaminha _
55) Ter problema/dificuldade para falar?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		askfala _
56) Parou de sentir frio ou calor nos pés?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		askcalor _
57) Ter formigamento nas pernas ou pés?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		askformiga _
58) Doença dos pezinhos?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		askpezi _
59) Doença de Machado-José?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		askjose _
<b>SE O(A) ENTREVISTADO(A) RESPONDEU “(0) NÃO” PARA AS PERGUNTAS 54, 55, 56, 57, 58 E 59 PULE PARA A QUESTÃO 61.</b>					
60) <b>SE SIM EM PELO MENOS UMA DAS PERGUNTAS 53 A 58:</b> Qual o grau de parentesco dessa(s) pessoa(s) com você?					
Pai	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	aapai _
Mãe	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	aamae _
Avô/Avó	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	aaavo _
Tio(a)	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	aatio _
Primo(a)	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	aaprimo _



Sobrinho(a)	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	aasobri _
Filho(a)	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	aafilho _
Outro(a): _____					aaoufam _
61) Seus pais são parentes ou primos?					askpais _
(0) Não	(1) Sim		(9) IGN		
<b>INSTRUÇÃO 06: Agora vamos falar sobre plano de saúde</b>					
62) Os moradores desta casa tem plano de saúde?					aplano _
(0) Não → 67	( ) Sim, qual plano ? _____		(9) IGN		
O que este plano de saúde cobre...					
63) Consultas médicas?					acomed _
(0) Não	(1) Sim, com participação	(2) Sim, sem participação	(8) NSA	(9) IGN	
64) Exames?					aexame _
(0) Não	(1) Sim, com participação	(2) Sim, sem participação	(8) NSA	(9) IGN	
65) Quantas pessoas fazem parte do plano de saúde? __ __ pessoas	(88) NSA	(99) IGN			a/eplano __
66) Quanto custa este plano por mês? R\$ _____	(88888) NSA	(99999) IGN			acuspla _____
67) Qual é a distância aqui da sua casa até o Posto de de Saúde mais perto? _____ metros	_____ km				adispostom _____
					adispostok _
68) O(a) Sr.(a) possui telefone para contato?					fon _____
(0) Não (1) Sim → qual? _____	Nome? _____				
69) Existe algum outro telefone ou número de celular que podemos entrar em contato com o Sr.(a)?					fo2 _____
(0) Não (1) Sim → qual? _____	Nome? _____				
<b>SE O(A) ENTREVISTADO(A) RESPONDEU SIM PARA QUALQUER UMA DAS PERGUNTAS 48 A 58, O ORIENTE A QUE LIGAR PARA DRA. SIMONE KARAM (53) 98116-8128 PARA INVESTIGAÇÃO E ACONSELHAMENTO GENÉTICO.</b>					
<b>AGRADEÇA E ENCERRE ESTE BLOCO</b>					

### 10.3 Apêndice 3: Questões gerais do idoso.

BLOCO D: IDOSOS				
Número do setor: __				dset __
Número do domicílio: ___				dnum ___
Número do entrevistado: ___				dnume ___
Número do questionário: _____				dnuq _____
01) Data da entrevista: __/__/_____				ddat __/__/_____
02) Entrevistadora: _____				dent __
03) QUEM ESTÁ RESPONDENDO AO QUESTIONÁRIO?		(1) IDOSO(A) → 05	(2) CUIDADOR(A)	dques _
NOME DO CUIDADOR: _____				
04) <b>SE CUIDADOR:</b> Qual a sua relação com o(a) <IDOSO(A)>?				drela _
(1) Esposo(a) ou companheiro(a)	(2) Filho(a)	(3) Irmão(ã)	(4) Vizinho(a)	
(5) Pessoa contratada	(6) Outro _____	(8) NSA		
<b>A PARTIR DA QUESTÃO 05, TODAS AS PERGUNTAS SE REFEREM AO IDOSO (NÃO SE REFEREM AO CUIDADOR)</b>				
05) Qual o seu nome? ( <i>Nome do idoso</i> ) _____				dnome
06) Quantos anos o(a) Sr(a). tem? ___ Anos completos (999) IGN				didade ___
07) SEXO		(1) MASCULINO	(2) FEMININO	dsexo _
08) <b>Qual a cor da sua pele?</b>				dcorpel _
(1) Branca	(2) Preta	(3) Parda	(4) Amarela	(5) Outra
09) Até que série/ano o(a) Sr(a). completou na escola? __ série do __ grau			(99) IGN	desc __
10) <b>O(a) Sr(a). é:</b>				dsico _
(1) Solteiro(a)		(2) Casado(a) ou com companheiro(a)		
(3) Separado(a) ou divorciado(a)		(4) Viúvo(a)		
O(A) Sr(a). vive...				
11) Sozinho(a)?		(0) Não	(1) Sim	dviveso _
12) Com cônjuge ou com companheiro(a)?		(0) Não	(1) Sim	dviveco _
13) Com filho(s)?		(0) Não	(1) Sim	dvivefi _
14) Com pai e/ou mãe?		(0) Não	(1) Sim	dvivepai _
15) Com outra pessoa?		(0) Não	( ) Sim, quem? _____	dviveout _
16) O(a) Sr(a). tem alguma religião?		(0) Não → 18	(1) Sim	(9) IGN
17) <b>SE SIM:</b> Qual?		(01) Católica	(02) Evangélica	(03) Espírita
(04) Candomblé		(05) Umbanda	(06) Adventista	(07) Luterana
(08) Testemunha de Jeová		(09) Mórmon	(88) NSA	(99) IGN
<b>INSTRUÇÃO 01: Agora vamos falar sobre trabalho</b>				
18) O(A) Sr(a). está trabalhando?				dtrab _
(0) Não		(1) Sim → 20	(9) IGN	
19) <b>SE NÃO:</b> Por que não está trabalhando?				dtrabnao _
(1) Desempregado(a)		(2) Aposentado(a)		(3) Encostado(a)
(4) Pensionista		( ) Outro: _____	(8) NSA	(9) IGN
<b>APÓS RESPONDER A QUESTÃO 19, PULE PARA A INSTRUÇÃO 03.</b>				
20) <b>SE ESTÁ TRABALHANDO:</b> Qual tipo de trabalho o(a) Sr(a). faz? ( <i>Anotar onde e o que faz</i> ):				docup _
21) <b>SE ESTÁ TRABALHANDO:</b> O(a) Sr(a). trabalha com carteira assinada?		(0) Não	(1) Sim	(8) NSA
			(9) IGN	dcarteira _
<b>INSTRUÇÃO 02: Agora vamos falar sobre atividades físicas apenas no seu trabalho</b>				
No seu trabalho, desde <DIA> da semana passada para cá o(a) Sr(a)....				
22) Caminhou pelo menos meia hora por dia?				dtracam _

(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	
23) Carregou pesos leves pelo menos meia hora por dia?				dtrapele _
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	
24) Carregou objetos pesados pelo menos meia hora por dia?				dtrapepe _
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	
25) Trabalhou com enxada e outras ferramentas nas lidas do campo pelo menos meia hora por dia?				dtraferr _
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	
<b>INSTRUÇÃO 03: Agora vamos falar sobre atividades físicas para ir de um lugar a outro</b>				
26) Desde <DIA> da semana passada para cá, o(a) Sr(a). caminhou pelo menos meia hora por dia para ir de um lugar para outro?				dlucam _
(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		
27) Desde <DIA> da semana passada para cá, o(a) Sr(a). andou de bicicleta pelo menos meia hora por dia para ir de um lugar para outro?				dlubici _
(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		
<b>INSTRUÇÃO 04: Agora vamos falar sobre atividades físicas no seu tempo livre</b>				
28) Desde <DIA> da semana passada para cá, o(a) Sr(a). andou pelo menos meia hora por dia no seu tempo livre?				dlivcam _
(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		
29) Desde <DIA> da semana passada para cá, o(a) Sr(a). andou de bicicleta, tomou banho de rio ou praticou esportes pelo menos meia hora por dia no seu tempo livre?				dlibvici _
(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		
<b>INSTRUÇÃO 05: Agora vou perguntar sobre as atividades que o(a) Sr(a). fez na última semana enquanto estava sentado ou deitado, sem contar o tempo que passou na cama. Hoje é &lt;DIA&gt;, quero que o(a) Sr(a). pense nessas atividades considerando desde &lt;DIA&gt; da semana passada até ontem. Para cada uma das atividades, considere apenas aquelas que sejam as principais, ou seja, se o(a) Sr(a). estava vendo televisão e comendo, considere apenas uma das duas.</b>				
30) Desde <DIA> da semana passada para cá, quanto tempo no total o(a) Sr(a). passou sentado(a) ou deitado(a) e assistiu televisão ou vídeos/DVDs? ___ Hora(s) ___ Minuto(s) (99) IGN				oltvh __ oltvm __
31) Desde <DIA> da semana passada para cá, quanto tempo no total o(a) Sr(a). passou sentado(a) ou deitado(a) e usou computador/internet? ___ Hora(s) ___ Minuto(s) (99) IGN				olpch __ olpcm __
32) Desde <DIA> da semana passada para cá, quanto tempo no total o(a) Sr(a). passou sentado(a) ou deitado(a) e leu? ___ Hora(s) ___ Minuto(s) (99) IGN				ollerh __ ollerm __
33) Desde <DIA> da semana passada para cá, quanto tempo no total o(a) Sr(a). passou sentado(a) ou deitado(a) e socializou com amigos ou família? ___ Hora(s) ___ Minuto(s) (99) IGN				olsoch __ olsocm __
34) Desde <DIA> da semana passada, quanto tempo no total o(a) Sr(a). passou sentado(a) ou deitado(a) e dirigiu ou andou de carro/moto/transporte público ou outro? ___ Hora(s) ___ Minuto(s) (99) IGN				oldesh __ oldesm __
35) Desde <DIA> da semana passada para cá, quanto tempo no total o(a) Sr(a). passou sentado(a) ou deitado(a) e praticou algum hobby? Ex: palavras cruzadas... ___ Hora(s) ___ Minuto(s) (99) IGN				olhobh __ olhobm __
36) Desde <DIA> da semana passada para cá, quanto tempo no total o(a) Sr(a). passou sentado(a) ou deitado(a) e trabalhou? ___ Hora(s) ___ Minuto(s) (99) IGN				oltrabh __ oltrabm __
37) Desde <DIA> da semana passada para cá, quanto tempo no total o(a) Sr(a). passou sentado(a) ou deitado(a) e fez outras atividades? ___ Hora(s) ___ Minuto(s) (99) IGN				oloutrosh __ oloutrosm __
<b>INSTRUÇÃO 06: Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre o hábito de fumar. Fumante é a pessoa que fuma um ou mais cigarros por dia há mais de 1 mês. Ex-fumante é a pessoa que parou de fumar há mais de 1 mês.</b>				
38) O(a) Sr(a). fuma ou já fumou?				dfuma _
(0) Não, nunca fumou → <b>INSTRUÇÃO 07</b>	(1) Já fumou, mas parou	(2) Sim, fuma	(9) IGN	
39) No último mês o(a) Sr(a). fumou pelo menos um cigarro por dia? (0) Não → <b>42</b>				(1) Sim (8) NSA (9) IGN
40) <b>SE FUMA:</b> Há quanto tempo o(a) Sr(a). fuma? ___ Ano(s) ___ Mês(es) (88) NSA (99) IGN				dfumatea __ dfumatem __
41) <b>SE FUMA:</b> Quantos cigarros o(a) Sr(a). fuma por dia? ___ cigarros (888) NSA (999) IGN				dfumaqua _ _ _
<b>APÓS RESPONDER A QUESTÃO 41, PULE PARA A INSTRUÇÃO 07.</b>				
42) <b>SE FUMOU:</b> Por quanto tempo o(a) Sr(a). fumou? ___ Ano(s) ___ Mês(es) (88) NSA (99) IGN				dfumoutea __ dfumoutem __
43) Há quanto tempo parou de fumar? ___ Ano(s) ___ Mês(es) (88) NSA (99) IGN				dfumoupaa __ dfumoupam __

**INSTRUÇÃO 07: Agora vamos conversar sobre bebidas alcoólicas.**

44) Desde <DIA> da semana passada para cá, o(a) Sr(a). tomou cerveja, vinho, cachaça, uísque, licores, ou qualquer outra bebida com álcool?					balco _	
(0) Não → <b>INSTRUÇÃO 09</b>		(1) Sim		(9) IGN		
45) Desde <DIA> da semana passada para cá, em quantos dias, aproximadamente, o(a) Sr(a). tomou bebidas alcoólicas?					balcdsem _	
_ Dias por semana		(8) NSA		(9) IGN		
<b>INSTRUÇÃO 08: Considere uma dose conforme esta figura (MOSTRAR FIGURA)</b>						
46) Nos dias em que o(a) Sr(a). bebeu, quantas doses, em média, o(a) Sr(a). tomou?					balcqtd _ _	
_ _ Doses por semana		(88) NSA		(99) IGN		
<b>INSTRUÇÃO 09: Agora vamos conversar um pouco sobre sua alimentação.</b>						
47) Quantas refeições o(a) Sr(a) faz por dia? _ _ Refeições (99) IGN					varefdia _ _	
48) O(A) Sr(a). consome leite, queijo, iogurte, bebida láctea ou leite fermentado pelo menos uma vez por dia?					vaconleite _	
(0) Não		(1) Sim		(9) IGN		
49) O(A) Sr(a). come ovos, feijão, lentilhas ou soja, pelo menos uma vez por semana?					vaconfe _	
(0) Não		(1) Sim		(9) IGN		
50) O(A) Sr(a). come carne, peixe, frango ou porco pelo menos três vezes por semana?					vaconcarne _	
(0) Não		(1) Sim		(9) IGN		
51) O(A) Sr(a). come frutas, verduras ou legumes pelo menos duas vezes por dia?					vaconfru _	
(0) Não		(1) Sim		(9) IGN		
52) Quantos copos ou xícaras de líquidos o(a) Sr(a). consome diariamente? (incluindo água, café, chá, suco e chimarrão.) _ _ _ Copos (99) IGN					vaconagua _ _	
53) Sem contar na salada, o(a) Sr(a). costuma colocar sal na comida pronta no seu prato?					vaadsal _	
(0) Não		(1) Sim		(9) IGN		
54) O(A) Sr(a). costuma fazer as refeições assistindo televisão?					vareftv _	
(0) Não		(1) Sim		(9) IGN		
55) O(A) Sr(a). costuma tomar café da manhã, almoçar ou jantar com as pessoas que moram com você?					varefmo _	
(0) Não		(1) Sim		(9) IGN		
56) Em qual local da casa o(a) Sr(a). geralmente realiza as suas refeições? ( <i>Marque apenas uma opção</i> )					vareflo _	
(1) Cozinha		(2) Varanda ou Sala de Jantar		(3) Sala		
(4) Quarto		(5) Outros		(6) Não faço refeição em casa		
(9) IGN						
<b>INSTRUÇÃO 10: Agora falaremos sobre a sua saúde</b>						
57) Considerando outras pessoas com a mesma idade que o(a) Sr(a)., como considera sua saúde?					dsaude _	
(1) Muito boa		(2) Boa	(3) Regular	(4) Ruim	(5) Muito ruim	(9) IGN
O(A) Sr(a). usa algum destes equipamentos ou acessórios no seu dia-a-dia?						
58) Bengala			(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	dbengala _
59) Andador			(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	dandador _
60) Cadeira de rodas			(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	drodas _
61) Aparelho auditivo (no ouvido)			(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	dauditivo _
62) Dentadura em cima			(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	ddentsup _
63) Dentadura em baixo			(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	ddentinf _
64) Prótese de quadril			(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	dfemur _
65) Colchão de espuma com pontinhas (piramidal)			(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	dcolchao _
66) Almofada de ar para cadeira ou cama			(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	dalmofa _
67) Algum médico disse que o(a) Sr(a). tem pressão alta?			(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	aphas _
68) Algum médico disse que o(a) Sr(a). tem diabetes ou açúcar alto no sangue?			(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	ddiabe _

69) Algum médico disse que o(a) Sr(a). tem problema pulmonar?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	dpulmao _
70) Algum médico disse que o(a) Sr(a). tem doença na coluna?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	dcoluna _
71) Algum médico disse que o(a) Sr(a). tem reumatismo, artrite ou artrose?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	dartrose _
72) Algum médico disse que o(a) Sr(a). tem osteoporose (fraqueza nos ossos)?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	dosteopo _
73) Algum médico disse que o(a) Sr(a). tem problema nos rins?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	drins _
74) O(A) Sr(a). está fazendo hemodiálise?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	dhemodi _
75) Alguma vez algum médico lhe disse que o(a) Sr(a). estava com câncer?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	dcancer _
76) Alguma vez na vida o(a) Sr(a). teve que amputar alguma parte do seu corpo?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	damputa _
77) Em algum momento de sua vida, algum médico ou psicólogo já lhe disse que o(a) Sr(a). tinha depressão?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	mcdeprevida_
78) Desde <MÊS> do ano passado para cá, algum médico ou psicólogo disse que o(a) Sr(a). tem depressão?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	mcdepreano_
79) Algum médico disse que o(a) Sr.(a) teve derrame ou AVC?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	davc _
80) O(A) Sr.(a) já tomou vacina contra a gripe?	(00) Não → 82	( ) Sim, quantas vezes? ___ ___ vezes	(99) IGN	dgripe _
81) <b>SE SIM:</b> O(A) Sr(a). tomou alguma dose desta vacina desde <MÊS> do ano passado pra cá?				dvacinames _
(0) Não, não tomou	(1) Sim, tomou	(8) NSA	(9) IGN	
82) <b>SE NÃO:</b> Por que não tomou?				dvacinanao _
(1) Não sabia que podia/precisava tomar	(2) Não tinha vacina/estava em falta			
(3) Ficou com medo de adoecer	(8) NSA	(9) IGN		
<b>SE O IDOSO FOR DO SEXO MASCULINO, PULE PARA A INSTRUÇÃO 11.</b>				
83) <b>ATENÇÃO: SE MULHER:</b> Quantos filhos a Sra. já teve? __ Filhos	(00) Nenhum →	(88) NSA		adfls _
<b>INSTRUÇÃO 11</b>				
84) <b>SE TEVE FILHO(S):</b> Quantos filhos a Sra. teve de parto normal/vaginal? __ Filhos	(00) Nenhum	(88) NSA	(99) IGN	adflsv _
<b>INSTRUÇÃO 11: Agora vamos conversar sobre seu hábito para urinar</b>				
85) O(a) Sr(a). se urina sem querer?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	adperde_
86) O(a) Sr(a). se urina sem querer quando tosse, ri, espirra ou faz algum esforço?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	adesforc _
87) O(a) Sr(a). se urina sem querer por não conseguir chegar a tempo no banheiro?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	adurg _
<b>SE A RESPOSTA ÀS TRÊS PERGUNTAS ANTERIORES (85, 86 e 87) FOR “NÃO”, PULE PARA A INSTRUÇÃO 12.</b>				
88) Faz quanto tempo que o(a) Sr(a). se urina sem querer? ___ Mês(es) ___ Ano(s)	(88) NSA		(99) IGN	adpvezme __ adpvezan __
89) O(a) Sr(a). acha que se urinar sem querer atrapalha a sua vida?				adatp _
(0) Não → 91	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	
90) <b>SE SIM:</b> Em que isto atrapalha? Me conte isso. _____	(8) NSA (9) IGN			adatpc _
91) Alguma vez o(a) Sr(a). se consultou com médico para tratar deste problema de se urinar sem querer?				adcns _
(0) Não	(1) Sim → 93 ou 94	(8) NSA	(9) IGN	
92) <b>SE NÃO:</b> Por qual razão o(a) Sr(a). não foi se consultar com médico para tratar deste problema?	(8) NSA (9) IGN			adcnspq _
<b>A PRÓXIMA PERGUNTA (93) SÓ DEVE SER FEITA A QUEM RESPONDEU SIM NA QUESTÃO DE NÚMERO 84, OU SEJA “TEVE DERRAME OU AVC”, USE O MESMO TERMO REFERIDO POR ELE(A) NA QUESTÃO.</b>				
93) <b>SE TEVE DERRAME:</b> O(a) Sr(a). já se urinava sem querer antes de ter o derrame?				adavcq _
(1) Começou antes	(2) Começou depois	(8) NSA	(9) IGN	
94) O que o(a) Sr(a). faz para não molhar a roupa de urina? _____	(8) NSA (9) IGN			admour _
95) Por causa de se urinar sem querer, o(a) Sr(a). já deixou de ir a algum lugar? (festa, na igreja, visitar um amigo)?				adcauri _
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	

96) O(a) Sr(a). acha que urinar sem querer é normal para o idoso?					adnouri _
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN		
<b>INSTRUÇÃO 12: Agora vamos conversar sobre seu sono</b>					
97) O(a) Sr(a). ronca?					apronca _
(0) Não → 101		(1) Sim	(9) IGN		
98) <b>SE SIM:</b> Desde <DIA> da semana passada para cá, com que frequência o(a) Sr(a). roncou? ___ dia(s) (88)					apfronco _
NSA (99) IGN					
99) <b>Seu ronco é...</b>					aptronco _
(1) Um pouco mais alto que a sua respiração		(2) Tão alto quanto a fala	(3) Mais alto que a fala		
(4) Muito alto		(8) NSA	(9) IGN		
100) Seu ronco incomoda outras pessoas?					apincoronco _
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN		
101) Alguém já notou que o(a) Sr(a). para de respirar durante o sono?					appararesp _
(0) Não → 103		(1) Sim	(9) IGN		
102) <b>SE SIM:</b> Desde <DIA> da semana passada para cá, com que frequência o(a) Sr(a). para de respirar durante o sono? ___ dia(s) (88) NSA (99) IGN					appararespq _
103) O(a) Sr(a). acorda cansado(a)?					apacans _
(0) Não → 105		(1) Sim	(9) IGN		
104) <b>SE SIM:</b> Desde <DIA> da semana passada para cá, com que frequência o(a) Sr(a). acordou cansado? ___ dia(s) (88) NSA (99) IGN					apacansq _
105) O(a) Sr(a). fica cansado(a) no seu tempo desperto(a)?					apdcans _
(0) Não → 107		(1) Sim	(9) IGN		
106) <b>SE SIM:</b> Desde <DIA> da semana passada para cá, com que frequência o(a) Sr(a). ficou cansado(a) no seu tempo desperto(a)? ___ dia(s) (88) NSA (99) IGN					apdcansq _
107) O(a) Sr(a). já cochilou ou dormiu enquanto dirigia?					apdirigir _
(0) Não → INSTRUÇÃO 13		(1) Sim	(8) Não dirige → INSTRUÇÃO 13	(9) IGN	
108) <b>SE SIM:</b> Desde <DIA> da semana passada para cá, com que frequência isso aconteceu com o(a) Sr(a) ? ___ dia(s) (88) NSA (99) IGN					apfqdirig _
<b>INSTRUÇÃO 13: Agora vamos falar sobre quedas</b>					
109) O(A) Sr(a). caiu alguma vez desde <MÊS> do ano passado para cá?					dcaiu _ _
(00) Não		( ) Sim, quantas vezes? _ _	(99) IGN		
110) Desde <MÊS> do ano passado para cá, o(a) Sr(a). quebrou ou fraturou algum osso?					dquebrou _ _
(00) Não → INSTRUÇÃO 14		( ) Sim, quantas vezes? _ _	(99) IGN		
111) O que o(a) Sr(a). quebrou? ( <i>Não leia as alternativas</i> )					
Pé	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	dquepe _
Tornozelo	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	dquetor _
Perna	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	dqueper _
Joelho	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	dquejoe _
Fêmur ou quadril	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	dquefemu _
Dedos da mão	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	dquededo _
Pulso	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	dquepulso _
Antebraço	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	dqueante _
Braço	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	dquebraco _
Clavícula	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	dquecla _
Escápula	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	dqueesca _
Cadeiras	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	dquecade _
Costela	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	dquecost _
Vértebra	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	dquevert _
Esta fratura ocorreu quando o(a) Sr(a). estava:					
112) Trabalhando?		(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN
					dquetrab _

113) No seu tempo livre fora de casa?	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	dqueliv _
114) Em casa?	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	dquecasa _
115) No trânsito?	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	dquetran _
<b>INSTRUÇÃO 14: Agora vamos conversar sobre a procura por benzedeira, benzedeiro, curandeiro ou rezadeira</b>					
116) Aguma vez na vida o(a) Sr(a). procurou por benzedeira, benzedeiro curandeiro ou rezadeira para tratar de um problema de saúde?					sjbnzvda _
(0) Não → 125	(1) Sim	(9) IGN			
117) Quando foi a última vez que o (a) Sr(a). procurou por uma benzedeira/curandeiro? __ __ Mês(es) __ __ Ano(s) (88) NSA (99) IGN					sjbnzano _ _ sjbnzmes _ _
118) Nesta última vez que o(a) Sr(a). procurou uma benzedeira/curandeiro, quais eram os seus problemas de saúde? _____ _____ (8) NSA (9) IGN					sjmot _
119) Por que o(a) Sr(a). procurou a benzedeira ou curandeiro para resolver esse problema de saúde? _____ (8) NSA (9) IGN					sjbnzpq _
120) A benzedeira ou curandeiro falou que o(a) Sr(a). precisava procurar um médico ou algum profissional da saúde para tratar desse(s) problema(s) de saúde?					sjbnzind _
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN		
121) O(a) Sr(a). também procurou um profissional de saúde (médico, enfermeiro, dentista, outro profissional) para tratar este(s) problema(s) de saúde?					sjbnzmed _
(0) Não	(1) Sim → 123	(8) NSA	(9) IGN		
122) <b>SE NÃO:</b> Por que o(a) Sr(a). não procurou um profissional da saúde para resolver este(s) problema(s)? _____ _____ (8) NSA (9) IGN					sjbnznao _
123) O(a) Sr(a). ficou satisfeito com o resultado do tratamento para < PROBLEMA(S) DE SAÚDE> feito pela benzedeira ou curandeiro?					sjbnzsati _
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN		
124) Nesta última vez, a benzedeira ou curandeiro cobrou algum valor em dinheiro pelo serviço?					sjbnzpag _
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN		
125) O(a) Sr(a). já procurou a benzedeira ou curandeiro por outro motivo que não fosse problema de saúde?					sjbnzout _
(0) Não	(1) Sim	(9) IGN			
126) Alguma vez na vida o(a) Sr(a). procurou padre, pastor, cirurgiões espirituais, cultos de cura da igreja, centros de umbanda (batuque) ou candomblé para tratar algum problema de saúde?					sjbnzfe _
(0) Não	(1) Sim	(9) IGN			
<b>INSTRUÇÃO 15: Agora vamos conversar sobre procurar atendimento de saúde</b>					
127) Quando o(a) Sr(a). precisa de um atendimento de saúde, qual é o primeiro serviço em que o(a) Sr(a). vai? (Marque apenas uma opção)					lfserref _
(1) UBSF/ Posto de saúde de referência (mais próximo do domicílio)	(2) Outra UBS/UBSF/Posto de Saúde	(3) Consultório médico (particular)			
(4) Consultório médico (convênio/plano de saúde)	(5) Unidade de atendimento 24 horas na área rural	(6) Pronto Socorro (área urbana)			
(7) Hospital	( ) Outro _____	(9) IGN			
128) Por que o(a) Sr(a). escolheu esse serviço? (Marque mais de uma alternativa se necessário)					
É o serviço mais próximo da minha casa	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	lfescmot1 _	
É o serviço/profissional de saúde que eu geralmente vou quando preciso	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	lfescmot2 _	
É mais fácil de conseguir o atendimento	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	lfescmot3 _	
Fica aberto no horário que posso ir	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	lfescmot4 _	
Gosto do atendimento	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	lfescmot5 _	
Outro motivo	(0) Não	( ) Sim, qual? _____	(9) IGN	lfescmoto _	
129) Por quais motivos o (a) Sr. (a) já procurou o <NOME DO SERVIÇO>? _____ (9) IGN					lfrefmot _
130) Desde <MÊS> do ano passado para cá, o(a) Sr(a). esteve doente?					lfdoe12 _

(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	
131) Desde <MÊS> do ano passado para cá, o(a) Sr(a). buscou atendimento no Posto de Saúde mais próximo à sua residência?			lfbusubs12 _
(0) Não → 139	(1) Sim	(9) IGN	
132) <b>SE SIM:</b> Quantas vezes? _ _ _ vezes (888) NSA (999) IGN			lfbusubs12qt _ _ _
133) Desde <DIA DE TRÊS MESES ATRÁS>, o(a) Sr(a). foi ao Posto de Saúde mais próximo à sua residência?			lfbusubs3 _
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN
134) Por quais motivos o(a) Sr(a). já procurou o Posto de Saúde mais próximo à sua residência? _____			lfubsmot _
			(8) NSA (9) IGN
135) Como o(a) Sr(a). classifica o atendimento nesse Posto de Saúde?			lfubssat _
(1) <b>Muito ruim</b>	(2) <b>Ruim</b>	(3) <b>Regular</b>	
(4) <b>Bom</b>	(5) <b>Muito bom</b>	(8) NSA	(9) IGN
136) Da última vez que o(a) Sr(a). buscou o Posto de Saúde mais próximo à sua residência, o(a) Sr(a). conseguiu o atendimento que estava procurando?			lfubsaten _
(0) Não → 138	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN
137) O(a) Sr(a). já encontrou alguma dificuldade para ir nesse serviço ou para conseguir o atendimento que procurava?			lfubsdif _
(0) Não → INSTRUÇÃO 16	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN
138) Quais dificuldades o(a) Sr(a). encontrou para ir nesse serviço ou para conseguir o atendimento que procurava? _____			lfdifate _
			(8) NSA (9) IGN
<b>APÓS RESPONDER A QUESTÃO 138, PULE PARA A INSTRUÇÃO 16.</b>			
139) Que motivos o(a) levaram a não buscar atendimento no Posto de saúde?			lfmotate _
			(8) NSA (9) IGN
<b>INSTRUÇÃO 16: Agora vamos conversar sobre seus dentes</b>			
140) Alguma vez na vida o(a) Sr(a). consultou com dentista?			fsdente _
(0) Não → 147	(1) Sim	(9) IGN	
141) <b>SE SIM:</b> Desde <MÊS> do ano passado para cá, o(a) Sr(a). consultou com dentista?			fsdentemes _ _
(00) Não	( ) Sim Quantas vezes? _ _	(77) Muitas vezes, não sabe quantas	(88) NSA (99) Não sabe se consultou
142) <b>SE SIM:</b> Desde <DIA DE DOIS MESES ATRÁS> o(a) Sr(a). consultou com dentista?			fspop _ _
(00) Não	( ) Sim Quantas vezes? _ _	(77) Muitas vezes, não sabe quantas	(88) NSA (99) Não sabe se consultou
143) Onde foi que o(a) Sr(a). consultou na última vez?			fstipse _
(1) <b>Posto de saúde público</b>		(2) <b>Serviço Público, mas não do posto de saúde</b>	
(3) <b>Convênio</b>		(4) <b>Serviço Privado</b>	
(8) NSA		(9) IGN	
144) O (a) Sr(a). tem algum tipo de plano de saúde que cubra consultas com um dentista?			fspladent _
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN
145) Qual foi a razão que levou o(a) Sr(a). a utilizar o dentista na última consulta?			fsrazao _
(1) <b>Consulta de urgência</b>		(2) <b>Tratamento convencional</b>	
(3) <b>Revisão</b>		(8) NSA	(9) IGN
146) O(a) Sr(a). tem algum problema na boca que interfere com comer, dormir ou ter atividades sociais?			fsprob _
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN
147) Quantos dentes naturais o(a) Sr(a). tem na parte de cima da sua boca? Por favor, se necessário, conte com a sua língua ou dedo. Considere como dentes naturais também dentes que tenham raízes dentro do osso e que possuam pinos, obturações, coroas, “pivôs”, blocos de metal. _ _ dentes (99) IGN			fsdesu _ _
148) Quantos dentes naturais o(a) Sr(a). tem na parte de baixo da sua boca? Por favor, se necessário, conte com a sua língua ou dedo. Considere como dentes naturais também dentes que tenham raízes dentro do osso e que possuam pinos, obturações, coroas, “pivôs”, blocos de metal. _ _ dentes (99) IGN			fsdein _ _
149) O(a) Sr(a). usa algum tipo de prótese dentária? (“dentadura”, “ponte”, “pivô”, implante).			fsprot _



(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	
150) O(a) Sr(a). acha que necessita usar algum tipo de prótese dentária?			fstipro _
(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	
151) <b>Como o(a) Sr(a). avalia a sua saúde bucal?</b>			fssabu _
(1) <b>Muito ruim</b>	(2) <b>Ruim</b>	(3) <b>Regular</b>	(4) <b>Boa</b> (5) <b>Muito boa</b> (9) IGN
<b>INSTRUÇÃO 17: Agora vamos falar sobre remédios</b>			
152) O(a) Sr(a). precisa tomar algum remédio de uso contínuo? Considere remédio de uso contínuo aquele que o(a) Sr(a). usa regularmente sem data para parar.			dprecreme _
(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	
153) Desde <DIA DE DUAS SEMANAS ATRÁS> o(a) Sr(a). usou algum remédio?			dremedio _
(0) Não → <b>INSTRUÇÃO 18</b>	(1) Sim	(9) IGN	
154) O(A) Sr(a). poderia trazer as caixas ou receitas de todos os remédios que tomou nos últimos 14 dias, desde <DIA DE DUAS SEMANAS ATRÁS>?			
Medicamento 1 _____	(8) NSA	(9) IGN	dmed1_
Medicamento 2 _____	(8) NSA	(9) IGN	dmed2_
Medicamento 3 _____	(8) NSA	(9) IGN	dmed3_
Medicamento 4 _____	(8) NSA	(9) IGN	dmed4_
Medicamento 5 _____	(8) NSA	(9) IGN	dmed5_
Medicamento 6 _____	(8) NSA	(9) IGN	dmed6_
Medicamento 7 _____	(8) NSA	(9) IGN	dmed7_
Medicamento 8 _____	(8) NSA	(9) IGN	dmed8_
Medicamento 9 _____	(8) NSA	(9) IGN	dmed9_
Medicamento 10 _____	(8) NSA	(9) IGN	dmed10_
O(A) Sr(a). conseguiu estes remédios pelo(a)...			
155) Farmácia Popular?	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA (9) IGN dfarpop _
156) Posto de Saúde/Unidade de Saúde?	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA (9) IGN dpsubs _
157) Farmácia Municipal?	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA (9) IGN dfarmun _
158) Comprou?	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA (9) IGN dcomprou _
159) Amostra grátis?	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA (9) IGN damostra _
160) Outro	(0) Não	( ) Qual _____	(8) NSA (9) IGN doutrom _
161) <b>SE COMPROU PELO MENOS UM REMÉDIO:</b> Quanto o(a) Sr(a). gastou com medicação desde <DIA DO MÊS PASSADO PARA CÁ>? R\$: _____, _____ (888888) NSA (999999) IGN			dgastomed _
162) Desde <DIA DO MÊS PASSADO PARA CÁ>, teve algum remédio que o(a) Sr(a). precisou tomar e não conseguiu?			dprecremed _
(0) Não → <b>INSTRUÇÃO 18</b>	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN
163) <b>SE SIM:</b> Por qual motivo?			dremedmot _
			(8) NSA (9) IGN
<b>INSTRUÇÃO 18: A seguir vou lhe fazer perguntas sobre seu dia a dia</b>			
164) <b>Quando o(a) Sr(a). vai tomar seu banho:</b>			dtbanho _
<b>(0) Recebe ajuda no banho em mais de uma parte do corpo</b>			
<b>(1) Recebe ajuda no banho apenas para uma parte do corpo</b> (costas ou pernas, por exemplo)			
<b>(2) Não recebe ajuda</b> (entra e sai do banheiro sozinho)			
165) <b>Quando o(a) Sr(a). vai se vestir:</b>			dveste _
<b>(0) Recebe ajuda para pegar as roupas ou para vestir-se</b> (ou permanece parcial ou totalmente despido)			
<b>(1) Pega as roupas e se veste sem ajuda</b> (exceto para amarrar os sapatos)			
<b>(2) Não recebe ajuda</b>			
166) <b>Quando o(a) Sr(a). precisa usar o banheiro para suas necessidades:</b>			dbanhei _
<b>(0) Não vai ao banheiro para urinar ou evacuar</b>			

(1) Recebe ajuda para ir ao banheiro	
(2) Não recebe ajuda	
167) Para passar da cama para uma cadeira, o(a) Sr(a).:	dcaidei _
(0) Não sai da cama	
(1) Recebe ajuda	
(2) Não recebe ajuda	dcurin _
168) O(a) Sr(a).:	
(0) Não consegue controlar o xixi ou cocô e usa fralda ou sonda	
(1) Tem 'acidentes' ocasionais	
(2) Tem controle sobre as funções de urinar e evacuar	
169) Para se alimentar (para comer):	dccome _
(0) Recebe ajuda para se alimentar ou é alimentado(a) por sonda	
(1) Alimenta-se sem ajuda, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão	
(2) Alimenta-se sem ajuda	
170) Para usar o telefone o(a) Sr(a).:	dtelefo _
(0) Não consegue usar sozinho(a)	
(1) Pode fazer com dificuldade	
(2) Não tem qualquer dificuldade	
171) Para ir a lugares distantes, usando ônibus ou táxi, o(a) Sr(a).:	dludist _
(0) Não consegue ir sozinho(a)	
(1) Recebe ajuda parcial	
(2) Não recebe ajuda	
172) Para fazer suas compras, o(a) Sr(a).:	dcompras _
(0) Não consegue fazer sozinho(a)	
(1) Recebe ajuda parcial	
(2) Não recebe ajuda	
173) Para preparar suas próprias refeições, o(a) Sr(a).:	dpreref _
(0) Não consegue preparar sozinho(a)	
(1) Recebe ajuda parcial	
(2) Não recebe ajuda	
174) Para arrumar sua casa, o(a) Sr(a).:	darcasa _
(0) Não consegue arrumar sozinho(a)	
(1) Recebe ajuda parcial	
(2) Não recebe ajuda	
175) Para lidar com objetos pequenos como, por exemplo, uma chave, ou fazer pequenos reparos ou trabalhos manuais domésticos o(a) Sr(a).:	dobpeq _
(0) Não consegue fazer sozinho(a)	
(1) Recebe ajuda parcial	
(2) Não recebe ajuda	
176) Para tomar seus remédios na dose e horários certos o(a) Sr(a).:	dremehe _
(0) Não consegue tomar sozinho(a)	
(1) Recebe ajuda parcial	
(2) Não recebe ajuda	
177) Para cuidar do seu dinheiro o(a) Sr(a).:	dcuidin _
(0) Não consegue cuidar sozinho(a)	
(1) Recebe ajuda parcial	
(2) Não recebe ajuda	
178) Para caminhar a distância de uma quadra, o(a) Sr(a).:	dcamqua _

(0) Não consegue andar sozinho(a)		
(1) Recebe ajuda parcial		
(2) Não recebe ajuda		
179) Para subir um lance de escada o(a) Sr(a).:		dsublan _
(0) Não consegue subir sozinho(a)		
(1) Recebe ajuda parcial		
(2) Não recebe ajuda		
<b>INSTRUÇÃO 19: Agora vamos falar sobre como o senhor (a) tem se sentido nos últimos 14 dias, desde &lt; DIA DE DUAS SEMANAS ATRÁS&gt; até agora</b>		
180) Nas últimas duas semanas, em quantos dias o(a) Sr.(a) teve pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas?		mcpint_
(0) Nenhum dia	(1) Menos de uma semana	
(2) Uma semana ou mais	(3) Quase todos os dias	
181) Nas últimas duas semanas, em quantos dias o(a) Sr(a). se sentiu para baixo, deprimido(a) ou sem perspectiva?		mcsdep_
(0) Nenhum dia	(1) Menos de uma semana	
(2) Uma semana ou mais	(3) Quase todos os dias	
182) Nas últimas duas semanas, em quantos dias o(a) Sr(a). teve dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo ou dormiu mais do que de costume?		mcpbsono_
(0) Nenhum dia	(1) Menos de uma semana	
(2) Uma semana ou mais	(3) Quase todos os dias	
183) Nas últimas duas semanas, em quantos dias o(a) Sr(a). se sentiu cansado(a) ou com pouca energia?		mcsansa_
(0) Nenhum dia	(1) Menos de uma semana	
(2) Uma semana ou mais	(3) Quase todos os dias	
184) Nas últimas duas semanas, em quantos dias o(a) Sr(a). teve falta de apetite ou comeu demais?		mcpbapetit_
(0) Nenhum dia	(1) Menos de uma semana	
(2) Uma semana ou mais	(3) Quase todos os dias	
185) Nas últimas duas semanas, em quantos dias o(a) Sr(a). se sentiu mal consigo mesmo(a) ou achou que é um fracasso ou que decepcionou sua família ou a você mesmo(a)?		mcsfracas_
(0) Nenhum dia	(1) Menos de uma semana	
(2) Uma semana ou mais	(3) Quase todos os dias	
186) Nas últimas duas semanas, em quantos dias o(a) Sr(a). teve dificuldade para se concentrar nas coisas (como ler o jornal ou ver televisão)?		mcdfconc_
(0) Nenhum dia	(1) Menos de uma semana	
(2) Uma semana ou mais	(3) Quase todos os dias	
187) Nas últimas duas semanas, em quantos dias o(a) Sr(a). teve lentidão para se movimentar ou falar (a ponto das outras pessoas perceberem), ou ao contrário, esteve tão agitado(a) que você ficava andando de um lado para o outro mais do que de costume?		mcpbmov_
(0) Nenhum dia	(1) Menos de uma semana	
(2) Uma semana ou mais	(3) Quase todos os dias	
188) Nas últimas duas semanas, em quantos dias o(a) Sr(a). pensou em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto(a)?		mcpensuic_
(0) Nenhum dia	(1) Menos de uma semana	
(2) Uma semana ou mais	(3) Quase todos os dias	
189) Considerando as últimas duas semanas, os sintomas anteriores lhe causaram algum tipo de dificuldade para trabalhar ou estudar ou tomar conta das coisas em casa ou se relacionar com as pessoas?		mcdfrotin_
(0) Nenhuma dificuldade	(1) Pouca dificuldade	
(2) Muita dificuldade	(3) Extrema dificuldade	
<b>INSTRUÇÃO 20: Agora vamos falar sobre lazer</b>		
Desde <DIA DO MÊS PASSADO PARA CÁ>, o(a) Sr(a). ...		
190) Foi a missa ou culto na igreja?	(0) Não	(1) Sim (9) IGN
		dcultomi _

191) Participou de festa na comunidade?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	dfestacom _
192) Participou de festa da família?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	dfestafam _
193) Participou de algum baile?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	dbaile _
194) Viajou para outra cidade?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	dviajou _
195) Viajou de excursão?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	dexcursao _
<b>INSTRUÇÃO 21: Agora quero saber seu peso e altura</b>				
196) Qual o seu peso? _ _ _ , _ kg	(999) IGN			dpeso _ _ _ , _
197) Qual sua altura? _ _ _ , _ cm	(999) IGN			dalt _ _ _ , _
<b>AGRADEÇA E ENCERRE O QUESTIONÁRIO</b>				