



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

PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À
UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NA
POPULAÇÃO ADULTA DA CIDADE DE RIO
GRANDE.

TESE DE DOUTORADO

Raúl Mendoza Sassi

Tese apresentada à Universidade Federal de Pelotas, sob a orientação do Prof. Dr. Jorge U. Béria, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, para obtenção do título de Doutor.

PELOTAS
Rio Grande do Sul - Brasil
Abril de 2002

RAÚL MENDOZA SASSI

PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À
UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NA
POPULAÇÃO ADULTA DA CIDADE DE RIO
GRANDE.

Tese apresentada à Universidade Federal de Pelotas, sob a orientação do Prof. Jorge U. Béria, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Dra. Luciana Petrucci Gigante

Dr. Airton T. Stein

Dra. Iná da Silva dos Santos

Dr. Luiz Augusto Facchini

Dr. Jorge U. Béria
(Orientador)

A minha esposa Dolores

A minhas filhas Mariana e Fernanda

A meus pais Daoiz e Amalia

Agradecimentos

À Universidade Federal de Pelotas, e ao Departamento de Medicina Social, pela oportunidade oferecida para realizar o curso de Pós-Graduação

À Fundação Universidade Federal do Rio Grande pelo permanente incentivo

À Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão da bolsa de estágio no exterior.

Ao Professor Jorge U. Béria, meu orientador, pela confiança, dedicação e amizade, e pela sua contribuição ao meu amadurecimento e formação profissional

Ao Prof. Aluísio Barros pelos conselhos e orientações recebidas na área de estatística

Aos pesquisadores do Centro de Pesquisas Epidemiológicas pela oportunidade de aprendizado, permitindo estender minhas fronteiras do conhecimento

Aos meus companheiros e mestres do Programa Takemi 2000-2001, pela sugestões ao meu trabalho e pelo enriquecimento na minha formação

Índice

	Página
- Primeiro artigo: “Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados”	1
- Segundo artigo: “Outpatient health service utilization, associated factors and equity: a population based-study in southern Brazil.”	36
- Terceiro artigo: Prevalence of regular doctor, associated factors, and effect on health services utilization: a population-based study in southern Brazil.	66
- Projeto de pesquisa	87
- Relatório de campo	132
- Anexos	138
Questionário familiar	139
Questionário individual	142
Manual de instruções	151
Folha de conglomerado	189
Folha rosto de domicílio	191
Figura com rostos para avaliar satisfação	192



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

PRIMEIRO ARTIGO

UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA SOBRE LOS FACTORES RELACIONADOS

Publicado em Cadernos de Saúde Pública, 17(4), Julho/Agosto
2001, págs 819-832.

Raúl Mendoza Sassi
Pelotas, abril de 2002

Raúl Mendoza-Sassi

Fundação Universidade Federal do Rio Grande – Depto. de Medicina Interna.
Universidade Federal de Pelotas – Depto. de Medicina Social - Pós-Graduação
em Epidemiologia.

Rua Dr. Pedro Armando Gatti 99

CEP 96216-080

Rio Grande, RS, Brasil

rams@iname.com

Jorge Umberto Béria

Universidade Federal de Pelotas – Depto. de Medicina Social - Pós-Graduação
em Epidemiologia.

Universidade Luterana do Brasil - Curso de Medicina e Pós-Graduação em
Saúde Coletiva.

Av. Duque de Caxias 250 - Caixa Postal 464

96030-002 Pelotas, RS, Brasil

jberia@zaz.com.br

Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados.

Health services utilization: a systematic review of the related factors.

RESUMEN

La utilización de los servicios de salud está determinada por diversos factores. Con la finalidad de estudiar cuales son los factores más importantes y consistentes, fue realizada una revisión sistemática entre los años 1970 y 1999. Se encontró que la media de consultas, la proporción de personas que consultan y la proporción que concentra el mayor número de consultas fue similar. Entre los factores demográficos, niños, mujeres en edad fértil y ancianos utilizan más los servicios. Entre los socioeconómicos, la clase social baja y el grupo con menos educación se asociaron con la utilización. El mayor uso está mediado por una mayor necesidad en salud. Pero según del tipo de sistema, estos grupos menos favorecidos pueden recibir una insuficiente atención. La necesidad en salud es uno de los factores más importantes y si se desea analizar la equidad del sistema, es necesario tener en cuenta el padrón de utilización entre los grupos sociales para el nivel de mayor necesidad en salud. Entre los factores relacionados a los servicios de salud, tener un médico definido determina una utilización más adecuada. Esto puede servir para atenuar las diferencias en la atención médica entre los diferentes grupos sociales. Finalmente, se propone una jerarquía para los factores relacionados.

PALABRAS CLAVES

Accesibilidad a los Servicios de salud – Atención Médica – Prestación de Atención de Salud

ABSTRACT

Health services utilization is determined by various factors. In order to study which factors are more important in different countries, a systematic review was carried out between 1970 and 1999. The mean number of visits, proportion of persons who see a doctor and proportion that concentrate the most visits were similar. Children, childbearing age-women, and the elderly use health care services the most. Lower-income and less educated groups are also significantly associated with utilization and more frequent utilization. Increased health needs mediate more frequent utilization by these groups. However, the poorest groups may not receive adequate care, depending on the respective type of health system. Health need is one of the most important determinants in utilization, and if a health system's equity is to be analyzed, one must consider patterns of utilization among social groups in relation to the level of greatest need. Regularly visiting the same physician, a characteristic of accessibility to health care services, can determine more adequate utilization. This factor can reduce differences in health care among groups. The authors conclude by proposing a hierarchy of related factors.

KEYWORDS

Health Services Accessibility – Medical Care – Delivery of Health Care

INTRODUCCIÓN

Los motivos por los cuales una persona consulta van más allá de la carga de morbilidad que pueda estar sufriendo. Es bien conocido el fenómeno del “iceberg de la enfermedad” descrito por Last (1963), donde una pequeña parte de las personas con síntomas consultan con médico. También se sabe que no todos los problemas de salud que tiene una persona son informados al médico en el momento de la consulta, conforme constataron Banks et al. (1975). Por otro lado, existe el gran utilizador responsable por el uso de una gran proporción de las consultas ofrecidas a la población y que en algunas ocasiones utiliza los servicios de salud sin que tenga del punto de vista médico una justificativa clara. Estos ejemplos son los extremos que pueden ser observados en los padrones de utilización y que son determinados por la necesidad sentida en salud y por otras características.

Al medir la utilización de los servicios se está estudiando la accesibilidad a los mismos. No es una medida exacta, pero es la más usada en la mayoría de los estudios. Y al estudiar la utilización - accesibilidad por grupo socioeconómico, también se está evaluando la equidad del sistema en cuestión. Así, este trabajo pretende abordar, mediante la revisión de artículos publicados sobre el tema, cuales son los factores que afectan la utilización de los servicios de salud, cual es el efecto que tienen y cuales pueden ser considerados barreras o por el contrario facilitadores del acceso.

Una dificultad en un tema como éste son las limitaciones inherentes al campo de estudio y al objeto de estudio (Novaes, 1996). Además, por tratarse de una revisión que incluye estudios en diversos países, el contexto donde se desarrolla el estudio -representado entre otras cosas por el sistema de salud vigente en el país- también contribuye en la complejidad del tema. De cualquier forma, en la tentativa de encontrar factores determinantes de la utilización y no apenas delimitar la revisión a un determinado país, se prefirió realizar una revisión extensiva a diversos países. Si bien esto introduce un elemento de heterogeneidad, las diferencias encontradas en los efectos de un factor sobre la utilización podrán evidenciar la influencia del sistema en la utilización de los servicios de salud.

METODOLOGÍA

Para realizar esta revisión sistemática, fueron utilizados los siguientes criterios de selección de artículos:

- a) Tipo de estudio: estudios con diseño transversal, longitudinal, o caso-control, de base poblacional o de servicios de salud, realizados mediante muestreo aleatorio.
- b) Unidad de análisis: personas de todas las edades.
- c) Evento: consultas o internaciones medidas como variable discreta o dicotómica, ocurridas en el período máximo de un año. No fueron seleccionados artículos que se ocupasen de la utilización de servicios por enfermedades específicas.

La búsqueda de artículos fue realizada en el Medline y en los bancos de datos de Bireme (Lilacs, AdSaúde e Medcarib) entre 1970 y 1999. Las palabras claves utilizadas para la búsqueda electrónica (en la forma de descriptores o de palabras) fueron: “health services, office visits, ambulatory care, primary health care, family practice, family health”, cruzadas con “health services accessibility, accessibility”. Se utilizaron también los calificadores “statistics & numerical data” y “utilization”. El número de artículos se amplió mediante la identificación de estudios citados en revisiones, en referencias citadas en los artículos y a través de contacto con autores.

Fue creado un banco de datos en el programa Access, donde se ingresaron los artículos seleccionados. Para cada artículo fueron extraídos: el año del estudio, el año de publicación, el número de observaciones, el tipo de diseño utilizado, el método estadístico utilizado en el análisis, las variables dependiente e independientes estudiadas, las variables utilizadas para ajuste, la prevalencia de consultas, la proporción de la población que consultó y los efectos de los factores estudiados. Finalmente, se construyeron tablas de sistematización con los campos antes señalados, lo que permitió posteriormente un análisis comparativo entre los diversos estudios. A partir de las variables identificadas, se definieron categorías analíticas en donde fueron agrupadas las diferentes variables. Las categorías definidas fueron: socioeconómica, demográfica, familiares, soporte social, necesidad en salud y características de los servicios de salud.

RESULTADOS

Cobertura y promedio de consultas

Los primeros aspectos estudiados en la revisión fueron algunas características generales sobre la utilización como la cobertura poblacional en un año, el promedio de consultas por habitante año y la proporción de población que concentra mayor número de consultas. En la tabla 1 se puede observar que la cobertura de consultas en un año es muy semejante entre los países estudiados, situándose entre el 60 y el 70 por ciento.

Inserir Tabla 1.

En la tabla 2 aparece el promedio de consultas por habitante y por año. Nuevamente, hay que destacar la similitud entre los datos. El número de consultas para los diferentes países donde se realizaron los estudios se sitúa entre 3 y 4 consultas por persona / año.

Inserir Tabla 2.

También es interesante hacer notar que el fenómeno de la concentración de consultas en un determinado grupo de personas tiene un padrón bastante homogéneo entre diversos países. En la tabla 3, puede observarse que entre el 10 y el 15% de las personas utilizan entre un 40 a un 50% de todas las consultas disponibles. Estas personas son los llamados hiperutilizadores y los motivos que los llevan a este comportamiento son diversos. Demers (1995) encontró que este grupo presentaba una mayor cantidad de problemas sicosomáticos y síntomas mal definidos. Otros factores envueltos son la mayor carga de morbilidad y la mayor edad.

Inserir Tabla 3.

FACTORES DEMOGRÁFICOS

Edad

Los grupos extremos (niños y ancianos) utilizan más los servicios que los otros grupos de edad y esto ocurre independientemente del país en cuestión, como muestran los estudios realizados en los Estados Unidos por Wan & Soifer (1974), Salber et al. (1976), Andersen & Aday (1978), Wolinski (1978), Parkerson et al. (1995a), en Italia por Mapelli (1993), en Irlanda por Nolan (1994), en Curazao por Alberts et al. (1997), en España por Bellon Saameno et al. (1995), y en Brasil por Cesar & Tanaka (1996) y Costa & Facchini (1997). Un estudio realizado por Calnan et al. (1994) con adultos en cuatro países (Inglaterra, Grecia, Rusia y Yugoslavia) también mostró que la utilización de consultas aumentó conforme lo hizo la edad. El efecto es pequeño como muestran Andersen & Aday (1978), Wolinski (1978) y Bellon Saameno et al. (1995). En personas de 50 años o más, después del ajuste con otras variables como necesidad en salud, Costa & Facchini (1997) en Pelotas, Brasil, observaron que estas personas tenían un riesgo relativo (RR) 10 a 15% mayor para consultar.

Sexo - genero

Las mujeres utilizan más los servicios, aún después del ajuste con necesidad en salud. Krasnik et al. (1997) en Dinamarca encontraron que luego de controlar para variables demográficas, socioeconómicas y de necesidad en salud, el sexo femenino se asoció significativamente con la posibilidad de consultar (Odds Ratio = OR 1,76; IC 95% 1,42-2,18). En el Brasil, Costa y Facchini también encontraron esta asociación (OR 1,84; IC 95% 1,73-1,95). En el mismo país, pero en la población de personas con 60 años o más, Pinheiro & Travassos (1999) vieron que el sexo femenino se asoció positivamente con la utilización de servicios de salud. Además, el uso es mayor en la edad fértil como muestran los trabajos de Bucket & Curtis (1986) y de Beland (1988), lo que sugiere una mayor utilización por motivos obstétricos o ginecológicos.

Tamaño – estructura familiar

El tamaño de la familia o el número de hijos también parece influenciar la utilización de consultas, pero los resultados no son consistentes habiendo, inclusive estudios que muestran efectos opuestos. Zastowny et al. (1989) en los Estados Unidos observaron que personas pertenecientes a familias numerosas consultaron más. Al contrario, Andersen & Laake (1983) en Noruega, encontraron que después de ajustar para otras variables como necesidad en salud, una familia grande determinó una menor utilización.

La estructura familiar puede ser otro factor que afecta la utilización, pero nuevamente el sentido del efecto depende del país en cuestión. Wolfe (1980) en los Estados Unidos encontró que los niños de familias monoparentales consultaron menos que los otros niños. Ya Balarajan et al. (1992) y Judge & Benzeval (1993) en Inglaterra observaron un efecto contrario, siendo que los niños pertenecientes a este tipo de familia consultaron en mayor proporción que los hijos de madres con marido presente en la casa. Si esta variable está asociada con la clase social -como frecuentemente ocurre- esta diferencia puede estar hablando de la equidad del sistema de salud en el país en cuestión, como veremos más adelante.

FACTORES SOCIOECONÓMICOS

Factores como clase social, ingreso, educación, desempleo, etnia o raza, afectan la utilización de los servicios de salud. Pero la dirección del efecto depende mucho del país en cuestión.

Clase Social – Ingreso

Freeborn et al. (1977), Yuen et al. (1990), Adler et al. (1993), Judge & Benzeval (1993) y Kaplan et al. (1996) entre otros, mostraron que las clases más bajas tienen una mayor morbilidad y mortalidad. En el Brasil en particular, Travassos et al. (1995), vieron que la morbilidad referida aumentó inversamente al ingreso familiar per capita. Con respecto a la relación entre necesidad y utilización, Wan & Soifer (1974), Andersen & Aday (1978), y Fernandez de la Hoz & Leon (1996) entre otros autores, encontraron que la

mayor utilización en estos grupos estaría mediada por una necesidad en salud más acentuada. Así, la relación entre la utilización por estos grupos y los grupos más favorecidos es un indicador de la equidad del sistema. Los estudios muestran que esta relación cambia según el país y el momento del estudio, conforme se verá a seguir.

Balarajan et al. (1987) en Inglaterra, Roos & Shapiro (1981) en Canadá y Nolan (1994) en Irlanda mostraron que la clase más pobre se asoció significativamente con la posibilidad de consultar e internar. Con el desempleo ocurrió la misma situación y Yuen & Balarajan (1989) en Inglaterra, encontraron que la categoría desempleada tenía una asociación significativa con la utilización de consultas, aún después de ajustar para tiempo de duración de la enfermedad (OR 1,53; IC 95% 1,34 – 1,76).

Esto estaría mostrando la existencia de equidad en la utilización entre los grupos sociales en estos países. Pero el artículo de Haynes (1991) realizado en el mismo país y que muestra que en la región rural el grupo sin automóvil tuvo una utilización menor, podría estar indicando la existencia de inaccesibilidad geográfica al menos para este grupo en particular.

Recientemente, Schoen et al. (2000) encontraron que en Canadá e Inglaterra los indicadores de acceso entre el grupo con ingreso mayor a la media comparado con el grupo menor, no fueron diferentes. Por el contrario en Estados Unidos, Australia y Nueva Zelanda encontraron un uso 2 a 3 veces mayor en el grupo de mayor ingreso.

La inequidad se puede reflejar también en la utilización de consultas preventivas. Freeborn et al. (1977) en los Estados Unidos vieron que entre las mujeres de 40 a 59 años, el grupo de mayor ingreso tuvo una asociación significativa con consultas preventivas. Lo mismo fue observado por Borrell et al. (1999) en España, donde 61% de las mujeres de la clase social alta realizaron exámenes preventivos para cáncer de cuello de útero, comparado con 32% de la clase más baja. También el Black Report (Black, 1988) describe como en Gran Bretaña, las mujeres de las clases sociales I y II utilizaron más consultas preventivas (consultas prenatales y dentistas) que las clases inferiores.

Con respecto a las internaciones, Titkow (1983) en Polonia, observó una asociación positiva entre nivel de ingreso e internación. Fernandez de la Hoz & Leon (1996) en España observaron que entre las personas con auto percepción de salud pobre, la categoría de mayor ingreso estaba significativamente asociada con la internación (OR de 1,67; IC 95% 1,15 - 2,44). El estudio de Borrell et al. (1999), también en España pero realizado unos años más tarde, no encontró diferencia en el grado de utilización de consultas e internaciones, sugiriendo que los cambios en el sistema salud de ese país habrían surtido efecto.

Estas diferencias en la utilización por parte de diferentes grupos conducen al papel de las políticas y sistemas de salud en el acceso y la equidad. En China, el estudio de Liu et al. (1999), mostró que la brecha en la utilización de servicios entre grupos de diferente ingreso aumentó entre 1985 y 1993, coincidiendo con las reformas en el sistema.

En el Brasil tres estudios muestran la existencia de inequidad a pesar de los cambios introducidos. El estudio de Costa & Facchini (1997) en Pelotas – sur del Brasil, encontró que la clase social baja tuvo 26% menos de chances de consultar (RR 0,74; IC 95% 0,69-0,84). De la misma forma, el estudio de Pinheiro & Travassos (1999) en Rio de Janeiro encontró que el ingreso familiar per capita se asoció positivamente con la utilización de servicios de salud entre la población de 60 años o más. Finalmente el estudio de Almeida et al. (2000), también encontró que hay evidencias de inequidad en la utilización y en el acceso a los servicios, a pesar de las medidas de regulación introducidas.

Educación

Con respecto a la educación varios artículos muestran la asociación positiva entre años de estudio y utilización. Salber et al. (1976) en los Estados Unidos notaron que cuanto mayor la educación, mayor el número de consultas realizadas. En Inglaterra, Oakley et al. (1993) encontraron que las mujeres con mayor número de años de estudio consultaron después del parto con mayor frecuencia que las mujeres con menor educación. En San Pablo, Brasil, Cesar & Tanaka (1996) vieron que las personas pertenecientes a jefes de familia con más años de educación consultaron en mayor proporción. También Suarez

(1992) en el mismo lugar vio que entre los niños menores de un año, el grupo de hijos de madres con mayor escolaridad se asoció significativamente con la mayor utilización de consultas (OR 3,41 IC 95% 1,02 - 11,33).

Pero algunos artículos encontraron una asociación inversa entre educación y uso. Es el caso de La Vecchia et al. (1989) en Italia, que encontró que las personas con mayor estudio tenían un RR de 0,79 (IC 95% 0,74-0,85) de consultar el médico una vez y un RR de 0,51 (IC95% 0,45-0,58) de consultar dos veces o más, comparados con el grupo de personas con menor educación. Otros, como Pinheiro & Travassos (1999) en el grupo de 60 años o más, no encontraron ninguna asociación.

Ya cuando el resultado analizado son las visitas preventivas, la educación tiene consistentemente un efecto positivo sobre la utilización. Es lo que muestran los artículos de Zapka & al (1989), Calle & al (1993), Katz & Hofer (1994), Breen & Kessler (1994), Borrás et al. (1999), Borrell et al. (1999) y Coughlin et al. (1999). Todos encontraron una asociación significativa entre las dos variables, aún mismo después del ajuste para otros factores.

Raza - Etnia

Con respecto a la raza hay evidencias de que pueden haber diferencias en la cantidad y el tipo de prestador de servicio entre grupos raciales. Puede ser estudiada dentro de la categoría demográfica, pero por su fuerte relación con la categoría socioeconómica, creemos que es más correcto analizarla dentro de esta categoría. Salber et al. (1976) en Estados Unidos, encontraron que aún después de estratificar por ingreso, la población negra utilizaba más los servicios públicos, en cuanto la población blanca hacía mayor uso de los servicios privados. Trece años más tarde y en el mismo país, Zastowny et al. (1989), encontraron el mismo resultado. Parkerson et al. (1995b) también en los Estados Unidos observaron que durante 18 meses de seguimiento, el grupo de mujeres blancas se asoció significativamente con la utilización de seis consultas o más cuando comparadas con las mujeres negras, pero no controló para ninguna variable socioeconómica. Ya al contrario Carr-Hill et al. (1996) en Inglaterra vieron que controlando para clase social y desempleo las personas

de origen indiana, paquistaní o inmigrantes de Bangla Desh, tenían mayor probabilidad de consultar con el médico.

Estas diferencias del efecto de los factores socioeconómicos entre los países estudiados (a veces asociándose con menor utilización, otras veces con mayor utilización) muestran el efecto modificador del sistema de salud vigente. En países con políticas que contemplan la mayor necesidad de los grupos menos favorecidos - como es el caso de Inglaterra y Canadá por ejemplo - la equidad se manifiesta por la mayor utilización de los servicios por parte de estos grupos.

Familia y Soporte social

La familia también parece influir en la utilización de los servicios de salud. Además del tamaño, ya mencionado antes, otro factor involucrado es el stress familiar o la disfunción familiar. Parkerson et al. (1995a) al estudiar el efecto de la utilización de consultas encontraron que controlando para edad, sexo y raza, las pacientes que realizaban seis visitas médicas o más, tenían mayor stress familiar; el efecto fue significativo pero muy pequeño (OR 1,02). De la Revilla & De los Ríos (1994) en España, encontraron que los grandes utilizadores de los servicios de salud (definidos como las personas que utilizaban 9 o más consultas por año) tenían un RR de 6,5 de pertenecer a una familia disfuncional (IC 95% 3,95 - 10,67). Pero el autor no ajustó para otras variables como edad o sexo que podrían estar confundiendo. Gomez Rodriguez et al. (1996) en el mismo país, vieron que pacientes provenientes de un área con situación económica precaria tenían más disfunción familiar y consultaban con mayor frecuencia que los pacientes de otra área con mejor situación socioeconómica. Pero tampoco controlaron para las variables demográficas. Así entonces, el efecto del stress familiar sobre la utilización de los servicios de salud puede en realidad estar siendo confundido por otras variables no controladas en los estudios realizados.

La madre parece influenciar la utilización de los servicios de salud en los hijos aumentando la frecuencia con que consultan, si ellas también son grandes utilizadoras. Esto fue mostrado por Oakley et al. (1993) en Inglaterra, donde hijos recién nacidos de madres caracterizadas como grandes

utilizadoras de servicios de salud también fueron grandes utilizadores y este efecto se mantuvo después del ajuste con las variables socioeconómicas y de necesidad en salud (OR 2,63; IC 95% 1,35 - 5,13).

Con respecto al efecto de la red social sobre el uso de consultas, Krasnik et al. (1997) encontraron que después de ajustar para factores demográficos y socioeconómicos, la categoría de individuos con menor soporte social (score de 0 a 3) tuvo una asociación significativa con la menor utilización de los servicios de salud (OR 0,63; IC 95% 0,44 – 0,91), cuando comparada con otros grupos.

CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Distancia – Recursos existentes

Algunas características de los servicios de salud pueden afectar la utilización. La distancia entre la casa y el servicio de salud es un factor frecuentemente estudiado por su importancia en el contexto del acceso. Sin embargo, Wan & Soifer (1974), Andersen & Laake (1983), Carr-Hill et al. (1996), Fylkesnes (1993), Krasnik et al. (1997) y Costa & Facchini (1997) y no encontraron un efecto significativo. Los estudios fueron realizados en países con una razonable red de atención, lo que puede explicar este resultado. Ya otros países con áreas montañosas o topografía difícil pueden presentar dificultades en la accesibilidad física a los servicios de salud, como es el caso de algunas regiones de Bolivia (Perry & Gesler 2000). También puede ocurrir esta asociación cuando se estudian determinados grupos de población que pueden ser particularmente afectados por la distancia, como en el caso de las personas de edad (Nemet & Bailey 2000).

El número de médicos por habitante es otra variable usada para estudiar las características de los servicios de salud en lo que se refiere a la disponibilidad de recursos. De los artículos de Andersen & Aday (1978), Fylkesnes (1993) y Mapelli (1993) solamente este último mostró una asociación significativa, talvez por haber incluido la zona rural, donde generalmente la proporción de médicos por habitante es menor.

Seguro de salud

La variable seguro de salud está muy relacionada con la categoría socioeconómica -principalmente cuando es voluntario- una vez que tiene fuerte relación con el ingreso y la clase social. Pero también puede ser considerada como una característica del financiamiento de los servicios de salud y ser incluido dentro de esta categoría.

El efecto que tiene el factor seguro de salud sobre la utilización es consistente y la utilización es mayor entre las personas que tienen esta característica. Wan & Soifer (1974), Kronenfeld (1978) y Andersen & Aday (1978) en los Estados Unidos, encontraron que ajustando para variables demográficas, socioeconómicas y de necesidad en salud, las personas con seguro de salud consultaban con mayor frecuencia. Más recientemente Rosenbach et al. (1999) encontraron que niños con seguro, tenían más chances de visitas con el médico y menos chances de visitas en la emergencia. En España, Borrás et al. (1999) vieron que las mujeres con seguro de salud privado tenían mayor probabilidad de realizar prevención del cáncer de cuello uterino, aún después de ajustar para educación.

Médico definido

El hecho de tener un médico definido o un local de consulta definido está asociado también con una mayor utilización. Los investigadores que utilizaron esta variable como Alpert et al. (1970), Andersen & Aday (1978), Becker et al. (1974a), Dietrich & Marton (1982) y Hayward et al. (1991), encontraron que fue uno de los factores más importantes en la determinación de la utilización. El tener un médico definido también puede ser considerado como un elemento de la calidad de la atención, vinculado a la continuidad de la asistencia y de la relación médico paciente, conforme explica Donabedian (1984).

La prevalencia de médico definido en los Estados Unidos se sitúa entre 70 y 80%, como muestran los trabajos de Lave et al. (1979), Hayward et al. (1991), Lambrew et al. (1996) y Mainous & Gill (1998). En el Brasil el estudio de Stein (1998) mostró que un 30% de los pacientes entrevistados referían tener un médico definido. Este estudio fue realizado en el sector de emergencia de un hospital de Porto Alegre – sur del Brasil, y que mantiene un programa de

médico de familia en su área de influencia. Estas dos características pueden haber afectado la prevalencia encontrada de formas diferentes. Por un lado, parte de la población que recurre a una emergencia lo hace por no tener una fuente de cuidados médicos definida, como se verá más adelante. Por otro lado, al realizarse el estudio en un hospital que tiene un programa de médico de familia en su área de influencia -cuya característica es justamente el médico definido- muchos de los pacientes que fueron estudiados podrían pertenecer a este programa. Así la medida de frecuencia de este factor podría estar modificada en cualquier sentido.

El factor médico definido afecta tanto el número de consultas médicas, como de emergencia o las internaciones. Stein encontró que después de ajustar para variables como edad, tiempo de traslado al servicio, consultas anteriores e hipertensión arterial, el grupo de pacientes con esta característica se asoció significativamente con la utilización del servicio de emergencia por motivos realmente urgentes (OR 2,63 IC 95% 1,59-4,34) y con la utilización de servicios de atención primaria (OR 3,58 IC 95% 2,19-5,87). Wasson et al. (1984) en los Estados Unidos vieron que personas con 55 años o más que recibieron cuidados del mismo médico durante 18 meses de seguimiento tuvieron menor número de internaciones de emergencia y menor cantidad de días de internación. Lambrew et al. (1996) en el mismo país encontraron que ajustando para edad, sexo, raza, seguro de salud, educación, ingreso, empleo y necesidad en salud, la categoría con médico definido se asoció significativamente con la posibilidad de consultar, cuando comparadas con las que no tenían ni médico definido, ni un local definido para consultar (OR 1,97; IC 95% 1,58 -2,45).

Cuando se estudia separadamente el efecto de médico definido y local definido, el efecto del primer factor es mayor. En el artículo anterior, Lambrew observó que el grupo que tenía médico definido tuvo una asociación significativa con la posibilidad de consultar cuando comparado con quién tenía apenas un local definido de consulta (OR 1,47; IC 95% 1,30-1,67). Mainous & Gill (1998) encontraron que ajustando para otras variables como edad, sexo, raza, local de residencia, morbilidad y número de visitas de ambulatorio, el

grupo con médico definido tuvo menor probabilidad de internar que el grupo que tenía un local definido pero no un médico fijo (OR 0,75; IC 95% 0,66-0,87).

Con respecto a la relación entre médico definido y la utilización de los servicios de emergencia, Sox et al. (1998) encontraron que después de ajustar para otras variables (demográficas, socioeconómicas, seguro de salud y número de enfermedades crónicas), la categoría sin médico definido se asoció significativamente con la utilización de los servicios de emergencia (OR 1,8 IC 95% 1,4-2,4). Por otro lado, Baker et al. (1994) vieron que las personas que identificaban al servicio de emergencia como su lugar habitual de consulta hicieron menos consultas médicas que aquellas personas que tenían un local definido diferente al servicio de emergencia (1,8 consultas vs. 2,4 consultas; $p < 0,001$).

Finalmente, sobre la asociación entre médico definido y consultas preventivas, los dos artículos de Becker - Becker et al. (1974a) y Becker et al. (1974b)- no mostraron diferencias significativas. Gordis & Markowitz (1971) y Spivack et al. (1980) tampoco encontraron diferencias. Pero otros estudios sí encontraron una asociación significativa. Alpert et al. (1970) encontraron que niños con médico definido realizaban más consultas preventivas y menos por enfermedad. Kirkman-Lift & Kronenfeld (1992) vieron que quien tenía una fuente regular de cuidados médicos tenía una mayor probabilidad de realizar una mamografía.

Otros aspectos relacionados con la calidad de la atención parecen estar afectados por la continuidad del cuidado médico, operacionalizado como médico definido. Forrest & Starfield (1998) encontraron que quien tenía continuidad en la atención, presentaba una menor probabilidad de esperar más tiempo por la consulta. De la misma forma Sox vio que el grupo sin médico definido tuvo una asociación significativa con la variable demora para consultar (OR 1,6 IC 95% 1,2-2,1), cuando comparado con el grupo con esta característica.

El factor médico definido está asociado con los factores socioeconómicos, como veremos a seguir. Hayward et al. (1991) en los Estados Unidos encontraron que ajustando para otras variables, el grupo más pobre se asoció significativamente con el hecho de no tener un médico definido

en razón de barreras económicas (OR 5,2 – IC 95% 2,6-10,6). También encontraron que la categoría de menor escolaridad se asoció significativamente con la no presencia de un médico fijo (OR 2,5 IC 95% 1,3-4,8). Merzel (2000) encontró que entre los hombres, los factores socioeconómicos fueron predictores para tener una fuente regular de cuidados médicos. Con respecto a la raza, el estudio de Lave et al. (1979) también en los Estados Unidos, observó que después de ajustar para las variables ingreso y educación los negros tenían mayor probabilidad de no tener esta característica.

Por todo lo visto hasta ahora, el factor médico definido puede ser considerado como uno de los factores más importantes en la determinación de la utilización. Las personas con esta característica utilizan de forma más adecuada los servicios de salud y su presencia puede ser considerada como un marcador de la calidad de la atención.

A parte de las señaladas otras características pueden ser estudiadas en la categoría servicios de salud. El tiempo en que permanecen abiertos los servicios de salud (accesibilidad temporal), el costo total que la persona tiene para utilizar los servicios de salud, y el costo con medicamentos (accesibilidad económica), son ejemplos de otros factores que afectan la utilización.

NECESIDAD EN SALUD

En esta categoría se consideran aquellas variables que reflejan las alteraciones en el estado de salud de la persona y que pueden llevar a consultar. Puede ser medida a través de informaciones médicas directas o indirectas (registros), o ser referida por la persona (morbilidad referida). En este último caso se puede medir por la auto percepción de salud, por el número de síntomas, por el número de enfermedades crónicas padecidas o por el número de días restringidos para las actividades normales debido a la enfermedad, entre otras. En general, los estudios de base poblacional utilizan este tipo de definición de necesidad y todos los artículos revisados la abordaron desde este punto de vista.

Los estudios de Andersen & Aday (1978), Antonovsky et al. (1989), Conelly & Smith (1991), Fylkesnes (1993), Mapelli (1993), Wan (1982) y

Fernandez-Mayoralas et al. (2000), encontraron una asociación significativa con la utilización, siendo siempre el factor principal. En el Brasil el estudio de Pinheiro & Travassos (1999) mostró que en el grupo de 60 años o más, la morbilidad referida fue el factor más importante en la explicación de la variación de la utilización de servicios de salud (OR 4,35 $p < 0,001$). Parkerson et al. (1995b), Roos & Shapiro (1981) y Fernandez de la Hoz & Leon (1996) encontraron una relación directa y una tendencia lineal entre los diferentes niveles de necesidad (medida por la auto-percepción en salud) y la utilización de servicios. También hay una relación entre la auto-percepción de salud baja y la salud mental como muestra el estudio de Conelly et al. (1989), donde pacientes con salud pobre tenían mayor depresión, ansiedad y preocupación por su estado de salud.

Al estudiar la utilización de los diferentes grupos sociales por nivel de necesidad pueden surgir diferencias que podrían de otro modo pasar desapercibidas. Es lo que muestran los trabajos de Kleinman et al. (1981) y de Newacheck (1988). Cuando estudiaban la utilización sin separar por grupo de necesidad, no existían diferencias entre los grupos sociales. Pero cuando estudiaban el grupo con mayor necesidad en salud, las personas de las clases sociales más bajas consultaban en menor proporción que las personas de la clase alta, manifestando así la existencia de inequidad. Esto resalta la importancia que tiene la medición adecuada de la variable necesidad en salud y el control que debe ser realizado con las variables socioeconómicas. En ciertos artículos, esta mensuración y comparación de la utilización entre grupos conforme el nivel de necesidad, es llamada de equidad “horizontal”, en contraposición a la equidad (vertical) estudiada por la medida de la utilización entre diferentes grupos sociales, pero sin tener en cuenta el nivel de necesidad.

SATISFACCIÓN

La satisfacción del usuario, es sin lugar a dudas otra de las variables que afecta la utilización de los servicios de salud, pero también puede ser estudiada como variable dependiente, porque entre las dos variables hay causalidad reversa. Uno de los artículos que aborda la cuestión desde este

último punto de vista, sugiere que la satisfacción depende del contexto del proveedor de servicios y de las características individuales, habiendo por tanto mucha variabilidad (Zastowny et al. (1989). El autor encontró una asociación inversa entre utilización y satisfacción en el grupo de raza blanca. Esto puede significar que las personas que no quedan satisfechas con la atención deben consultar nuevamente, aumentando por lo tanto el número de consultas realizadas en este grupo. Al contrario quien queda satisfecho con la atención recibida no necesita volver a visitar médico, lo que disminuye el número de consultas en este grupo.

En la tabla 4, se presentan algunos de los factores asociados a la utilización de servicios de salud y sus respectivas medidas de efecto, identificados a partir de los artículos revisados.

Inserir Tabla 4.

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LAS RELACIONES JERÁRQUICAS ENTRE LAS DIFERENTES CATEGORÍAS

Si representásemos las diferentes categorías estudiadas según su localización jerárquica con respecto a la variable dependiente (utilización de los servicios de salud), tendríamos lo que se observa en la figura 1. Las categorías más distantes con respecto a la variable dependiente están representadas en la parte superior de la figura. En la medida que se desciende se pasa a categorías que se relacionan más próximamente con el resultado estudiado. Las categorías localizadas superiormente ejercen sus efectos sobre la variable dependiente, directamente o a través de las categorías situadas por debajo de ellas.

La categoría socioeconómica y la categoría factores demográficos estarían en el primer nivel. La categoría socioeconómica (con las variables clase social, nivel de ingreso, educación entre otras) podría ser mediada total o parcialmente por las variables de los niveles inferiores. Ya la categoría demográfica (edad, sexo, estado civil) muy posiblemente sería mediada a través de la categoría necesidad en salud.

En un segundo nivel podrían aparecer la categoría familia (con variables como stress familiar, familia extendida y familia monoparental), la categoría red social (con la variable soporte social) y la categoría eventos estresantes. Estas categorías estarían en un nivel jerárquico superior a las categorías del nivel siguiente e inferior (características de los servicios de salud, comportamiento en la búsqueda de cuidados médicos y necesidad en salud) y a través de ellas se relacionaría con la variable dependiente. Ya los eventos estresantes podrían estar relacionados con la variable dependiente a través de una mayor necesidad en salud, una vez que están asociados a los disturbios siquiátricos menores (Lima et al. 1996).

En el tercer nivel, estarían las categorías característica de los servicios de salud, la necesidad en salud y el comportamiento en la búsqueda de cuidados médicos (definida a través de algunas características y conductas que la persona tiene frente a la enfermedad). Esta última variable ha sido muy estudiada en las madres de niños con algunas enfermedades infecciosas comunes (Vos 1994) y se vio que afecta la utilización.

Finalmente en el cuarto nivel, se encontraría la variable satisfacción del usuario, una variable que guardaría una relación de causalidad reversa con la variable dependiente y por este motivo está representada con líneas discontinúas. Cada evento de utilización de servicio de salud, generaría una respuesta de satisfacción y en este caso la variable estaría en una posición más distante con respecto a la utilización. Lo mismo ocurre con los usuarios que consultarían por la primera vez. Pero también, como es el caso de las personas que ya usaron los servicios de salud, la satisfacción pasada determinaría la utilización presente o futura, por lo cual esta categoría pasaría a estar representada en posición superior a la variable dependiente.

Inserir Figura 1

CONCLUSIONES

La cobertura de consultas anuales muestra similitud entre los diversos países estudiados, así como el promedio de consultas por año y la proporción de la población que utiliza más los servicios de salud. Esta homogeneidad indica que al menos entre los trabajos localizados, hay un padrón de utilización que aparentemente extrapola los límites geográficos de los países. Hay que señalar que los estudios a que se hacen referencia fueron realizados en su mayoría en países que si bien guardan diferencias con relación a los tipos de sistemas de salud vigentes –mayor o menor grado de accesibilidad y de equidad– tienen una red de atención más o menos desarrollada.

Entre los factores demográficos se observó que las edades extremas y el sexo femenino utilizan más los servicios de salud. El efecto es mediado, al menos en parte, por una mayor necesidad en salud. El tamaño y la estructura familiar están asociados a la utilización pero la dirección del efecto depende del país en estudio. Así por ejemplo en países con sistemas de salud de acceso universal, los hijos de madres solteras consultan más. En cambio en países con sistemas de salud donde hay mayor número de barreras, este mismo grupo consulta en menor proporción, dejando en evidencia la desigualdad.

Los factores socioeconómicos determinan la utilización de los servicios de salud principalmente a través de las categorías necesidad en salud y característica de los servicios de salud. Los grupos más pobres, los cuales tienen una mayor carga de enfermedad, tienden a utilizar menos los servicios de salud si la accesibilidad al sistema no les es favorable. Nuevamente, las diferencias observadas entre grupos de países manifiestan la importancia de las políticas y sistemas de salud. En países con sistemas donde la accesibilidad es universal, como Inglaterra o Canadá, las personas de clase baja tienen mejor acceso a los servicios. En estos casos el sistema funciona como un modificador de efecto y promueve la equidad. En otros casos los sistemas no consiguen disminuir las desigualdades. Es la expresión de la ley de los cuidados inversos de Hart (1971).

Entre las características familiares, personas provenientes de familias disfuncionales realizan más consultas. Pero es necesario realizar nuevos estudios donde se proceda al ajuste con las variables socioeconómicas y

demográficas, ya que pueden estar confundiendo los resultados. Sí hay evidencias claras de que el padrón de utilización de la madre determina el padrón de los hijos, mostrando una vez más la importancia de la figura materna en el cuidado de la salud de los niños.

Entre los factores considerados en la categoría servicios de salud, la distancia al servicio y el mayor número de médicos por habitante, aumentan la utilización. En países con una red de servicios adecuada, estos factores pierden importancia. Pero en estos mismos países, la distancia geográfica puede volver a ser una barrera para grupos muy específicos de personas como son las personas de edad o aquellas con algún tipo de limitación funcional.

Las personas que poseen seguro de salud voluntario tienden a utilizar más los servicios de salud. Pero como esta característica está asociada al mayor ingreso favorece la utilización apenas en los grupos menos necesitados, alimentando de esta manera la inequidad.

Otro de los otros factores de la categoría servicios de salud es el médico definido. Este factor tiene un importante efecto en la determinación de la utilización. Las personas que tienen esta característica, no solo utilizan más los servicios de consulta e internan menos veces, como también utilizan los servicios de emergencia cuando tienen realmente un motivo urgente. Como este factor está asociado en algunos países a los grupos sociales de mejores condiciones económicas, la ausencia de médico definido en los grupos socioeconómicos menos favorecidos puede ser considerado un elemento promotor de inequidad.

Otros factores que tendrían importancia en la determinación de la utilización los servicios de salud son el comportamiento en la búsqueda de cuidados médicos – que refleja los aspectos de cómo la persona reacciona frente a la enfermedad – y los eventos estresantes, que pueden determinar una mayor utilización en función de una mayor necesidad en salud. Con respecto al primer factor, hay estudios que muestran que las clases más bajas no perciben la necesidad de consultar de la misma forma que las clases más altas (Fraser (1992). Habría que considerar medidas de educación específicas para estos grupos que promoviesen cambios en las actitudes frente a la enfermedad.

Finalmente hay que considerar la satisfacción del usuario. Esta característica tanto puede determinar la utilización – si la persona ya utilizó los servicios de salud– como ella puede estar determinada por la utilización -si es la primera vez que los utiliza- habiendo por lo tanto una relación de causalidad reversa entre ellas. Además, al contrario de lo que se espera en la relación satisfacción–consumo (a mayor satisfacción mayor consumo), hay alguna evidencia de que la relación en la utilización de los servicios de salud puede ser inversa. Así, si las personas no consiguen satisfacer sus necesidades en salud, buscan nuevamente consultar con otro prestador de servicios, hasta satisfacerlas.

BIBLIOGRAFIA

- Adler, N.; Boyce, W.; Chesney, M.; Folkman, S. & Syme, L., 1993. Socioeconomic inequalities in Health. No easy solution. *The Journal of the American Medical Association*, 269:3140-5.
- Alberts, J.F.; Sanderman, R.; Eimers, J.M. & Van der Heuvel, W.J.A., 1997. Socioeconomic inequity in health care: a study of services utilization in Curaçao. *Social Science and Medicine*, 45:213-20.
- Almeida, C.; Travassos, C.; Porto, S. & Labra, M., 2000. Health sector reform in Brazil: a case study of inequity. *International Journal of Health Services*, 30:129-62.
- Alpert, J.J.; Kosa, J.; Haggerty R.J.; Robertson, L.S. & Heagarty, M.C., 1970. Attitudes and satisfactions of low-income families receiving comprehensive pediatric care. *American Journal of Public Health*, 60:499-506.
- Andersen, A.S. & Laake, P., 1983. A causal model for physician utilization: analysis of Norwegian data. *Medical Care*, 21:266-78.
- Andersen, R. & Aday, L.A., 1978. Access to medical care in the U.S.: realized and potential. *Medical Care*, 16:533-46.
- Antonovsky, H.; Maoz, B.; Pilpel, D. & Arad, T., 1989. Personal and health factors associated with frequency of visits to the primary health clinic. *Family Practice*, 6:182-7.
- Baker, D.W.; Stevens, C.D. & Brook, R.H., 1994. Regular source of ambulatory care and medical care utilization by patients presenting to a public hospital emergency department. *The Journal of the American Medical Association*, 271:1909-12.
- Balarajan, R.; Yuen, P. & Machin, D., 1987. Socio-economic differentials in the uptake of medical care in Great Britain. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 41:196-9.
- Balarajan, R.; Yuen, P. & Machin, D., 1992. Deprivation and the general practitioner workload. *BMJ : British Medical Association*, 304:529-34.
- Banks, M.; Beresford, S.; Morrell, D.; Waller, J. & Watkins, C., 1975. Factors influencing demand of primary medical care in women aged 20-44: a preliminary report. *International Journal of Epidemiology*, 4:189-195.

- Becker, M.H.; Drachman, R.H. & Kirstch, J.P., 1974a. Continuity of pediatricians: New support for an old shibboleth. *Medical Care*, 84:599-605.
- Becker, M.H.; Drachman, R.H. & Kirscht, J.P., 1974b. A field experiment to evaluate various outcomes of continuity of physician care. *American Journal of Public Health*, 64:1062-70.
- Beland, F., 1988. Utilization of health services as events: an exploratory study. *Health Services Research*, 23:295-310.
- Bellon Saameno, J.; Delgado Sanchez, A.; Luna del Castillo, J.D. & Lardelli Claret, P., 1995. Influence of age and sex on various types of utilization of the primary health care. *Gaceta Sanitaria*, 9:343-53.
- Black, D.; Townsend, P.; Davidson, N. & Whitehead, M. 1988. *Inequalities in Health: The Black Report*. London: Penguin Books.
- Borras, J.M.; Guillen, M.; Sanchez, V.; Junca, S. & Vicente, R., 1999. Educational level, voluntary private health insurance and opportunistic cancer screening among women in Catalonia (Spain). *European Journal of Cancer Prevention*, 8:427-34.
- Borrell, C.; Rohlf, I.; Ferrando, J.; Pasarín, M.I.; Dominguez-Berjón, F., et al., 1999. Social inequalities in perceived health and the use of health services in a southern European urban area. *International Journal of Health Services*, 29:743-64.
- Breen, N. & Kessler, L., 1994. Changes in the use of screening mammography: Evidence from the 1987 and 1990 National Health Interview Survey. *American Journal of Public Health*, 84:62-67.
- Bucket, D. & Curtis, S., 1986. Socio demographic variation in perceived illness and the use of primary care: the value of community survey data for primary care service planning. *Social Science and Medicine*, 23:737-44.
- Calle, E. & al, 1993. Demographic predictors of mammography and Pap smear screening in US women. *American Journal of Public Health*, 83:53-60.
- Calnan, M.; Williams, S.; Ramic, H. & Prokhorskas, R.O., 1994. Major determinants of consumer satisfaction with primary care in different health systems. *Family Practice*, 11:468-78.

- Carr-Hill, R.A.; Rice, N. & Roland, M., 1996. Socioeconomic determinants of rates of consultation in general practice based on fourth national morbidity survey of general practices. *BMJ : British Medical Association*, 312:1008-12.
- Cesar, C. & Tanaka, O., 1996. Household surveys as an evaluation tool for health services: a case study from the Southeast region of the Greater Sao Paulo Metropolitan Area, 1989-1990. *Cadernos de Saúde Pública*, 12(Supl. 2):59-70.
- Conelly, J.E.; Philbrick, J.T.; Smith, J.R. & Kaiser, D.L., 1989. Health perceptions of primary care patients and the influence on health care utilization. *Medical Care*, 27:S99-S109.
- Conelly, J.E. & Smith, G.R., 1991. Healthy patients who perceive poor health and their use of primary care services. *Journal of General Internal Medicine*, 6:47-51.
- Costa, J.D. & Facchini, L.A., 1997. Utilização de serviços ambulatoriais em Pelotas: onde a população consulta e com que frequência. *Revista de Saúde Pública*, 31:360-9.
- Coughlin, S.S.; Uhler, R.J. & Blackman, D.K., 1999. Breast and cervical cancer screening practices among American Indian and Alaska Native women in the United States, 1992-1997. *Preventive Medicine*, 29:287-95.
- De la Revilla, L. & De los Ríos, A.M., 1994. The utilization of health services and the motives for consultation as indicators of family dysfunction. *Atención Primaria*, 13:73-6.
- Demers, M., 1995. Frequent users of ambulatory health care in Quebec: the case of doctor-shoppers. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 153:37-42.
- Dietrich, A.J. & Marton, K.I., 1982. Does continuous care from a physician make a difference? *Journal of Family Practice*, 15:929.
- Donabedian, A., 1984. *La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación*. México: La Prensa Médica Mexicana.
- Fernandez de la Hoz, K. & Leon, D.A., 1996. Self-perceived health status and inequalities in use of health services in Spain. *International Journal of Epidemiology*, 25:593-603.

- Fernandez-Mayoralas, G.; Rodriguez, V. & Rojo, F., 2000. Health services accessibility among Spanish elderly. *Social Science and Medicine*, 50:17-26.
- Forrest, C.B. & Starfield, B., 1998. Entry into primary care and continuity: the effects of access. *American Journal of Public Health*, 88:1330-6.
- Fraser, C., 1992 Setting the scene. In: *Clinical Method. A general practice approach* (Robin C. Fraser editor), pp. 1-24, Cambridge: Butterworth Heinemann.
- Freeborn, D.K.; Pope, C.R. & Davis, M.A., 1977. Health status, socioeconomic status and utilization of outpatient services for members of a pre-paid group practice. *Medical Care*, 15:115-28.
- Fylkesnes, K., 1993. Determinants of health care utilization - visits and referrals. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 21:40-50.
- Gomez Rodriguez, E.; Gervas, J.; Hernandez, M.M. & Moreno, R.P., 1996. Socio-economic status, chronic morbidity and health services utilization by families. *Family Practice*, 13:382-5.
- Gordis, L. & Markowitz, M., 1971. Evaluation of the effectiveness of comprehensive and continuous pediatric care: Part I. Effectiveness of comprehensive care in influencing infant health. *Pediatrics*, 48:766-76.
- Hart, J., 1971. The inverse care law. *Lancet*, 1:405-12.
- Haynes, R., 1991. Inequalities in health and health service use: Evidence from the General Household Survey. *Social Science and Medicine*, 33:361-68.
- Hayward, R.A.; Bernard, A.M.; Freeman, H.E. & Corey, C.R., 1991. Regular source of ambulatory care and access to health services. *American Journal of Public Health*, 81:434-8.
- Judge, K. & Benzeval, M., 1993. Health inequalities: new concerns about children of single mothers. *BMJ : British Medical Association*, 306:677-80.
- Kaplan, G.; Parnuk, E.; Lynch, J.; Cohen, R. & Balfour, J., 1996. Inequality in income and mortality in the United States: analysis of mortality and potential pathways. *BMJ : British Medical Association*, 312:999-1003.
- Katz, S. & Hofer, T., 1994. Socioeconomic disparities in preventive care persist despite universal coverage. *The Journal of the American Medical Association*, 272:530-34.

- Kirkman-Lift, B. & Kronenfeld, J., 1992. Access to cancer screening services for women. *American Journal of Public Health*, 82:733-735.
- Kleinman, J.C.; Gold, M. & Makuc, D., 1981. Use of ambulatory medical care by the poor: another look at equity. *Medical Care*, 19:1011-29.
- Krasnik, A.; Sawitz, A.; Keiding, N. & Hansen, E., 1997. Determinants of general practice utilization in Denmark. *Danish Medical Bulletin*, 44:542-6.
- Kronenfeld, J.J., 1978. Providers variables and the utilization of ambulatory care services. *Journal of Health and Social Behavior*, 19:68-76.
- La Vecchia, C.; Negri, E.; Pagano, R. & Decarl, A., 1989. Education, prevalence of disease and frequency of health care utilization: The 1983 Italian National Health Survey. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 41:161-63.
- Lambrew, J.M.; DeFriese, G.H.; Carey, T.S.; Ricketts, T.C. & Biddle, A.K., 1996. The effects of having a regular doctor on access to primary care. *Medical Care*, 34:138-51.
- Last, J., 1963. The iceberg: completing the clinical picture in general practice. *Lancet*, 2:28-31.
- Lave, J.R.; Lave, L.B.; Leinhardt, S. & Nagin, D., 1979. Characteristics of individuals who identify a regular source of medical care. *American Journal of Public Health*, 69:261-7.
- Lima, M.S.; Béria, J.U.; Tomasi, E.; Conceição, A.T. & Mari, J.J., 1996. Stressful life events and minor psychiatric disorders: an estimate of the population attributable fraction in a Brazilian community-based study. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 26:211-22.
- Liu, Y.; Hsiao, W.C. & Eggleston, K., 1999. Equity in health and health care: the Chinese experience. *Social Science and Medicine*, 49:1349-56.
- Mainous, A.G. & Gill, J.M., 1998. The importance of continuity of care in the likelihood of future hospitalization: is site of care equivalent to a primary clinician? *American Journal of Public Health*, 88:1539-41.
- Mapelli, V., 1993. Health needs, demand for health services and expenditure across social groups in Italy: an empirical investigation. *Social Science and Medicine*, 36:999-1009.
- Merzel, C., 2000. Gender differences in health care access indicators in an urban, low-income community. *American Journal of Public Health*, 90:909-16.

- Nemet, G.F. & Bailey, A.J., 2000. Distance and health care utilization among the rural elderly. *Social Science and Medicine*, 50:1197-208.
- Newacheck, P.W., 1988. Access to ambulatory care for poor persons. *Health Services Research*, 23:401-19.
- Nolan, B., 1994. General practitioner utilization in Ireland: the role of socio-economic factors. *Social Science and Medicine*, 38:711-6.
- Novaes, H., 1996. Epidemiology and assessment of health care services: new research trends. *Cadernos de Saúde Pública*, 12(Supl. 2):7-12.
- Oakley, A.; Rigsby, A.S. & Hickley, D., 1993. Women and children last? Class, health and the role of the maternal and child health services. *European Journal of Public Health*, 3:220-26.
- Parkerson, G.R.; Broadhead, W.E. & Tse, C.K., 1995a. Perceived family stress as a predictor of health-related outcomes. *Medical Care*, 4:253-60.
- Parkerson, G.R.; Broadhead, W.E. & Tse, C.K., 1995b. Health status and severity of illness as predictors of outcomes in primary care. *Medical Care*, 33:53-66.
- Perry, B. & Gesler, W., 2000. Physical access to primary health care in Andean Bolivia. *Social Science and Medicine*, 50:1177-88.
- Pinheiro, R. & Travassos, C., 1999. Inequality in health care use by the elderly in three districts in the city of Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 15:487-96.
- Roos, N.P. & Shapiro, E., 1981. The Manitoba longitudinal study on aging: preliminary findings on health care utilization by the elderly. *Medical Care*, 9:644-57.
- Rosenbach, M.L.; Irvin, C. & Coulam, R.F., 1999. Access for low-income children: is health insurance enough? *Pediatrics*, 103:1167-74.
- Salber, E.J.; Greene, S.B.; Pope, C.R. & Davis, M.A., 1976. Health status, socioeconomic status and utilization of outpatient services for members of a pre-paid group practice. *Medical Care*, 14:971-86.
- Schoen, C.; Davis, K.; DesRoches, C.; Donelan, K. & Blendon, R., 2000. Health insurance markets and income inequality: findings from an international health policy survey. *Health Policy*, 51:67-85.

- Sox, C.M.; Swartz, K.; Burstin, H.R. & Brennan, T.A., 1998. Insurance or a regular physician: which is the most powerful predictor of health care? *American Journal of Public Health*, 88:364-70.
- Spivack, H.R.; Levy, J.C.; Bonnano, R.A. & Cracknell, M., 1980. Patient and providers factors associated with selected measures of quality of care. *Pediatrics*, 65:307.
- Stein, A.T., 1998. *Acesso a atendimento médico continuado: uma estratégia para reduzir a utilização de consultas não urgentes em serviços de emergência*. [Tese de Doutorado]. Porto Alegre.: UFRGS.
- Suarez, M., 1992. *Utilização dos serviços de saúde materno-infantis na região sudoeste da Grande São Paulo. 1989-1990*. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: USP.
- Titkow, A., 1983. Illness behavior and action: the patient role. *Social Science and Medicine*, 17:637-46.
- Travassos, C.; Fernandez, C. & Perez, M., 1995. Desigualdades sociais, morbidade e consumo de serviços de saúde no Brasil. *Série Estudos: Política, Planejamento e Gestão em Saúde*, 4:5-26.
- Vos, E.T., 1994. *Health seeking behaviour for diarrhoea, acute respiratory infections and malaria*. [MSc. Thesis]. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine.
- Wan, T.T., 1982. Use of health services by the elderly in low-income communities. *Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 60:82-107.
- Wan, T.T.H. & Soifer, S.J., 1974. Determinants of physician utilization: a causal analysis. *Journal of Health and Social Behavior*, 15:999-1009.
- Wasson, J.H.; Sauvigne, A.E. & Mogielnicki, P., 1984. Continuity of outpatient medical care in elderly men: a randomized trial. *The Journal of the American Medical Association*, 252:2413-7.
- Wolfe, B.L., 1980. Children's utilization of medical care. *Medical Care*, 18:1196-207.
- Wolinski, F.D., 1978. Assessing the effects of predisposing, enabling and illness-morbidity on health services utilization. *Journal of Health and Social Behavior*, 19:384-96.

- Yuen, P; & Balarajan, R., 1989. Unemployment and patterns of consultation with the general practitioner. *BMJ : British Medical Association*, 298:1212-14.
- Yuen, P.; Machin, D. & Balarajan, R., 1990. Inequalities in Health: Socioeconomic differences in self-reported morbidity. *Public Health*, 104:65-71.
- Zapka, J. & al, e., 1989. Breast cancer screening by mammography: Utilization and associated factors. *American Journal of Public Health*, 79:1499-1502.
- Zastowny, T.R.; Roughmann, K.J. & Caferrata, G.L., 1989. Patient satisfaction and the use of health services. Explorations in causality. *Medical Care*, 27:705-23.

Tabla 1.
Cobertura de consultas en un año para diversos países.

Autor	País	Tipo de médico	% cobertura
Salber (1976)	E. Unidos	Todos	Blancos 70 / Negros 65
Fylkesnes (1993)	Noruega	Médico general	62,7
Nolan (1994)	Irlanda	Médico general	60,3
Costa y Facchini (1997)	Brasil	Todos	70,0

Tabla 2.
Promedio de consultas médicas por persona / año para diversos países.

Autor/Año	País	No. de consultas
Salber (1976)	Estados Unidos	Blancos 3,8 / Negros 2,8
Mapelli (1993)	Italia	4,3
Alberts (1995)	Curacao	3,3
Costa y Facchini (1997)	Brasil	3,0

Tabla 3.
Proporción de la población que utilizó más consultas y proporción del total de consultas que realizó. Diversos países.

Autor / Año	País	% de población	% del total de consultas
Brown (1982)	Canadá	13	46,0
Kekki (1989)	Finlandia	14	50,0
Freeborn (1990)	Estados Unidos	12	50,0
Mapelli (1993)	Italia	10	41,0
Bellon Saameno (1995)	España	15	43,0

Tabla 4.
Algunos factores asociados a la utilización de servicios, según país y medidas de efecto.

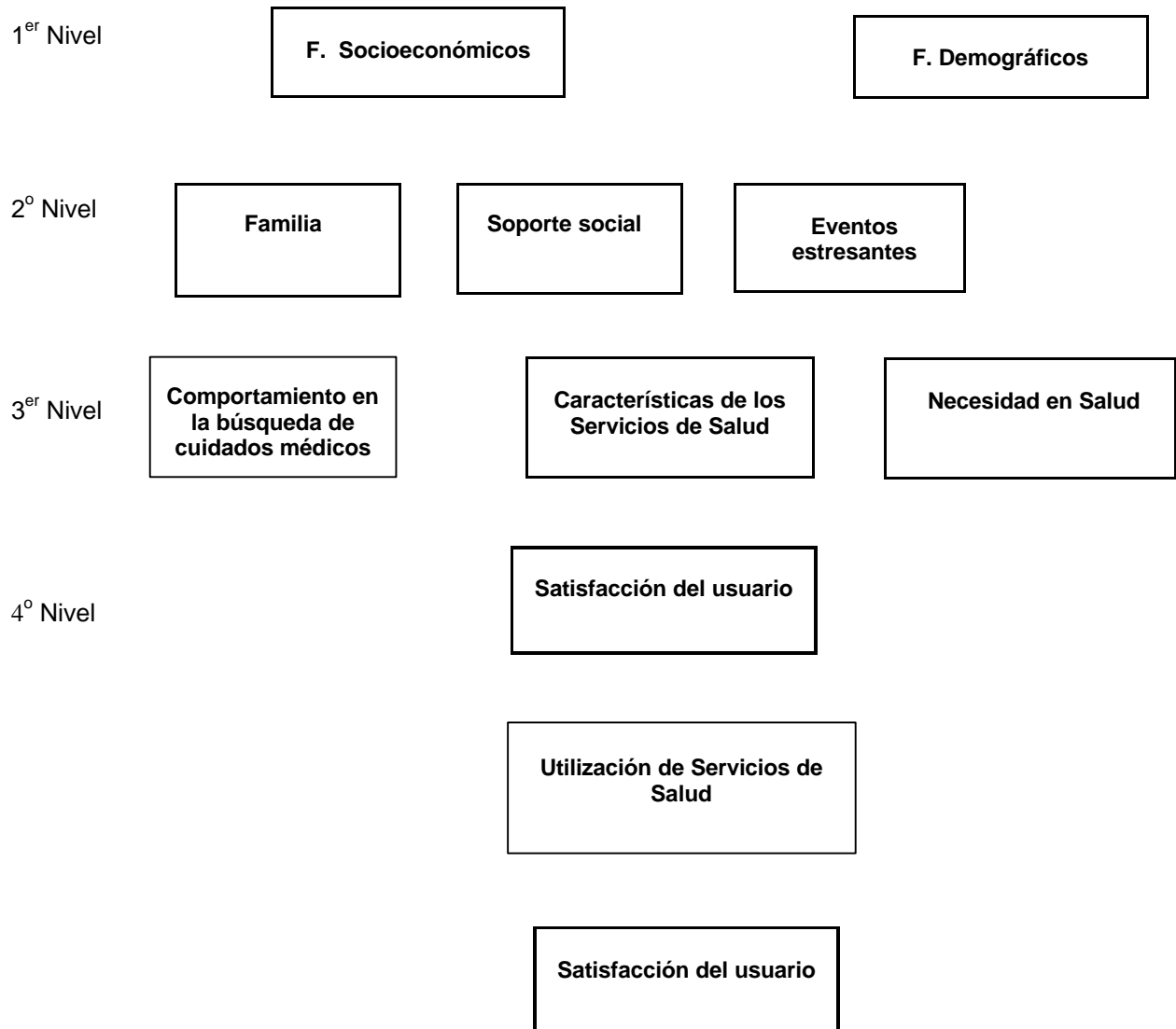
Autor / Año	País	Tipo de utilización	Factor	Medida de Efecto* OR (IC₉₅)
Krasnik (1997)	Dinamarca	Consultas	Sexo femenino	1,76 (1,42 – 2,18)
Costa y Facchini (1997)	Brasil	Consultas	Sexo femenino	1,84 (1,73-1,95)
Costa y Facchini (1997)	Brasil	Consultas	Clase social baja	0,74 (0,69 – 0,84) [§]
Borrell (1999)	España	Sin visita preventiva	Clase social baja	4,74 (1.68-13.41)
Fernandez de la Hoz (1996)	España	Internación	Mayor ingreso	1,67 (1,15 – 2,44)
Suarez (1992)	Brasil	Consultas	Mayor educación	3,41 (1,02 – 11,33)
La Vecchia (1989)	Italia	Consultas	Mayor educación	0,79 (0,74-0,85)
Yuen y Balarajan (1989)	Inglaterra	Consultas	Desempleo	1,53 (1,34-1,76)
Krasnik (1997)	Dinamarca	Consultas	Muy bajo soporte social	0,63 (0,44 – 0,91)
Lambrew (1996)	E. Unidos	Consultas	Médico definido	1,97 (1,58 – 2,45)
Mapelli (1993)	Italia	Media de consultas	Salud pobre/excelente	7,4 / 2,5 [¶]
Pinheiro y Travassos (1999)	Brasil	Consultas/Internaciones	Problema de salud	4,35 (p=0.001)

*OR ajustados para diversas variables dependiendo del estudio (ver texto).

[§]Razón de Prevalencias

[¶]Médias

Figura 1.
Relación jerárquica de las diferentes categorías analíticas relacionadas a la utilización de los servicios de salud.





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

SEGUNDO ARTIGO

OUTPATIENT HEALTH SERVICE UTILIZATION, ASSOCIATED
FACTORS AND EQUITY: A POPULATION BASED-STUDY IN
SOUTHERN BRAZIL.

Raúl Mendoza Sassi

Pelotas, abril de 2002

Raúl Mendoza-Sassi *

Affiliation:

- Department of Internal Medicine, Fundação Universidade Federal do Rio Grande
- Department of Social Medicine, Epidemiology Postgraduate Program, Universidade Federal de Pelotas
- Takemi Program in International Health 2000-2001, Harvard School of Public Health
- Grantee from CAPES, Brasília, Brazil

Address:

- Rua Dr. Pedro Armando Gatti 99, Rio Grande, RS, 96216-080, Brazil

Telephone:

- 53-235-1314 (Brazil)

Email:

- rams@iname.com

Jorge U. Béria

- Department of Social Medicine, Epidemiology Postgraduate Program, Universidade Federal de Pelotas
- Medicine and Collective Health Postgraduate Course, Universidade Luterana do Brasil, Brazil

Jaypee Sevilla

- Department of Population and International Health, Harvard School of Public Health

Aluísio J. D. Barros

- Department of Social Medicine, Epidemiology Postgraduate Program, Universidade Federal de Pelotas

* Corresponding author

Acknowledgments

- This study was supported by a grant from Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nivel Superior, (CAPES), Brazil.
- We thank Inès Périn, MD, for her contribution in the manuscript and Donald Halstead for reviewing and editing the article.

Outpatient health service utilization, associated factors and equity: a population based-study in southern Brazil.

ABSTRACT

Objectives: To analyze: a) the factors that lead persons to visit a doctor; b) their relative importance; and c) the equity of the system, with the aim of assisting the design of interventions to increase accessibility.

Methods: A cross-sectional study with 1,260 persons aged 15 or more was carried out between January and May 2000 in Rio Grande, Brazil. Demographic, socio-economic, psychological, health need and regular source of care data were collected. The outcome was visit to a doctor within the previous two months. A hierarchical model approach was used, and data was analyzed using Poisson regression. Adjusted prevalence ratios and 95% confidence intervals were calculated.

Results: Health needs measured as self-reported health was the most important factor. The probability of visiting a doctor was three times smaller for persons reporting excellent health, compared to those with poor or regular health. Those with inactivity days had a 59% increase in the probability of the outcome. Having a regular doctor improved the probability of utilizing health services by 70%; having a regular place for care improved it by 64%. Analysis according to the highest level of health need showed that the lowest uneducated socio-economic group made 62% fewer doctor visits. However, a significant interaction was found between income and education, and more years of schooling improved the probability of the outcome.

Conclusions: Health need and regular source of care (doctor or place) were the most important factors associated with visiting a doctor. Although there is inequity, years of education modified the prevalence rates of visit to a doctor in the lowest income group. Specific measures reinforcing the importance of having a regular doctor may also improve access in the underserved.

KEY WORDS: Health Services – Accessibility – Utilization – Equity – Continuity of patient care

INTRODUCTION

The reasons that lead a person to visit a doctor result from a complex interaction of different factors such as demographic⁽¹⁾, socio-economic⁽²⁾, psychological⁽³⁾, morbidity characteristics, and health services availability^(3, 4). The effect and relative importance of each of them depends on the culture, health policy and health care system characteristics to which a person belongs.

As the lower socio-economic groups have a higher burden of disease⁽⁵⁻¹⁰⁾ and therefore need more health services, equity is at the heart of the entire health care issue.

In Brazil, a universal, decentralized, and free of charge health care system was created (Unified Health System - SUS), following the promulgation of the 1988 Federal Constitution. Further reforms have occurred since then, but there is evidence that, despite intended universal provision and free access to outpatient and inpatient procedures, distribution of health services utilization among social groups remains unequal⁽¹¹⁻¹⁴⁾. Little information exists about what factors lead to health services utilization, how deep are the socio-economic differences for the highest level of health need, and what factors can improve access.

Measuring access is methodologically difficult, which is why most studies in this area use the variable "utilization" as a proxy. Here access will be defined as having a visit to the doctor within the previous two months from the date of the interview.

The purpose of the study is to identify the characteristics of people that use health services, their relative weight when adjusted between them, and to perform the analysis of equity, studying the prevalence ratios of visiting a doctor among socio-economic groups.

This type of study and its findings will contribute to our understanding of the complicated process that leads a person to visit a doctor. Second, will allow to study, in the Brazilian general population, the effect of some variables not totally explored yet. Third, it will assist in the design of interventions to increase the access of poor groups to the health system. Finally, it deals with certain methodological issues that are important in the theoretical framework surrounding the issues of equity and accessibility.

MATERIAL AND METHODS

Study design and sample

A cross-sectional study was carried out from January through May 2000 on a probabilistic sample of the population aged 15 years or more, living in the urban area of Rio Grande, Brazil. This county has 200,000 inhabitants, only 5% of whom live in rural areas, and is located in the southern part of the country.

The sample size was calculated in order to detect a relative risk (RR) of 2 with a power of 80%, a 95% confidence level and a non-exposed/exposed ratio of 1:4, using as a factor of exposure "lower social class". The total expected frequency for visiting a doctor over the previous two months was estimated at 16%; among the non-exposed it was calculated at 9%. The original sample size of 811 persons was subsequently increased by 10% in order to compensate potential losses, by 20% for confounding control, and by an additional 20% for design effect, achieving a final sample of 1,285 persons. The required number of households needed to find the stipulated sample was 518 (1996 census: proportion of persons aged 15 years or more = 73%; average persons by house = 3.4).

Forty-five census tracts were selected from the 242 belonging to the urban area of the city (2000 Census). The initial census tract was drawn from the first five. A "jump" of 5.38 was added in order to obtain the other 44. One block from each census tract was randomly selected, as was one of the corners in each of them. Departing from the selected corner, every third household was visited, until 12 houses were completed. A total of 540 households were visited, twenty-two more than the initial estimated number. All persons aged 15 or more and living in these households were eligible for study purpose.

Twelve trained interviewers, using a previously pre-coded and pre-tested questionnaire, interviewed the subjects. An independent interviewer revisited seven percent of the sample for quality purposes. Two independent operators entered the information to an EPINFO 6.04b database⁽¹⁵⁾. Consistency and amplitude errors were searched for by the investigator and corrected. The database was then converted to Stata 6.0 for Windows⁽¹⁶⁾ for statistical analysis.

Variables

The questionnaire used in the interviews included socio-economic, demographic, social, regular source of care and self-reported health needs questions. A brief definition of each variable is given below. Although Andersen's model⁽¹⁷⁾ is often used in this kind of study, the conceptual framework used here is based upon the hierarchical level of determination⁽¹⁸⁾. **Figure 1** represents the hierarchical position of factors in relation to the outcome, and was constructed taking into account causality and temporality. In the first level of determination appear socio-economic and demographic factors, which determine the others. Immediately below are represented social and psychological variables that can affect some variables of the next level. In the third level are placed health need variables, regular source of care and health insurance, which are temporally proximal to the outcome.

Definition of variables:

- a) Visit to doctor: if the person had visited a doctor within 2 months of the day of the interview.
- b) Social class: classified according to the Market Research Brazilian Association (ABIPEME) criteria⁽¹⁹⁾. Constructed with years of schooling and type of utilities present in the household, has 5 decreasing categories (A, B, C, D, E).
- c) Per capita income: family income last month (US\$) divided by the number of persons in the household. Categorized by quartiles. Converted into dollars using January 2000 exchange rate of US\$1 = R\$1.80.
- d) Education: number of completed school years.
- e) Unemployment: no job in the previous month.
- f) Age: measured in years and categorized in 4 groups: 15-24, 25-44, 45-64, 65 or more.
- g) Gender: sex of the interviewed.
- h) Marital status: situation in marital status, classified as married (officially or not officially), single, divorced or separated, and widowed.
- i) Race: classified either as white, or black and other races.
- j) Family stress: family dysfunction measured by a questionnaire⁽²⁰⁾ and scored from 0 to 10. Classified as Absent (score 0-4) and Present (score 5 to 10).
- k) Social support: help that a person would expect from other persons if he/she had a problem of any kind⁽²¹⁾. Measured as No (if never or

sometimes expected to obtain help) or Yes (if always or often expected to obtain help).

l) Stressful life events: stressful situations, such as robbery, disease or death of someone close, experienced within previous year⁽²²⁾. Measured as 0, 1, or 2 events and more.

m) Regular source of care: included two variables. 1) regular doctor: assessed by two subsequent questions: "If you had a health problem and decided to see the doctor, is there any physician to whom you would commonly go?" and "What is the doctor's name?" Considered as positive if the person answered "yes" to the first question and then provided the doctor's name. 2) regular place: the same as the previous question, but instead of a doctor it was inquired if the person had a regular place to go for care and asked for that place's name. This question was asked if the interviewee did not have a regular doctor.

n) Health insurance: if the person had any other health insurance beside the SUS insurance.

o) Symptom: if the person had any of the 19 general practice common symptoms within the last two months.

p) Serious potential symptom: if the person had at least one serious potential symptom, (breathlessness, chest pain, blood in urine or stool, and excessive vaginal bleeding) within the last two months.

p) Chronic health problem: if a doctor had informed the person that he/she had some chronic health problem.

q) Inactivity days: if the person had not been capable , of carrying out his/her usual activities for at least one day during the previous two months because of a health problem.

r) Self-perceived health: addressed by the question "How has your health been since (*two months prior to the date of the interview*) until today?" Rated as poor, regular, good, or excellent.

s) Minor psychiatric disorder: Dichotomous variable. Non-psychotic disorder assessed by the Self-Report Questionnaire –20 (SRQ-20), validated in Brazil⁽²³⁾. A 5/6 cut-off point was used for men and a 7/8 for women.

t) Smoking: if the person smoked at least one cigarette/day at the time of the interview, or stopped smoking within 6 months of the interview.

u) Alcohol use disorders: Dichotomous variable; measured by the Alcohol Use Disorders Identification Test -AUDIT-⁽²⁴⁾, using a 7/8 cut-off point.

Equity is defined as a similar pattern of utilization between the different socio-economic groups for the same level of need. Although it is not

represented in the model, it was assessed in terms of frequency of utilization of health services and measured among persons with a chronic health problem, according to the adopted definition. With the hierarchical framework approach, and in order to observe differences between social groups, the socio-economic variables are measured first. After the analysis, and adjusting to other factors, if some part of the effect remains significant, it would mean that a difference persists despite the mediation through other variables. For this reason, two models were constructed when analyzing equity. The first one comprises socio-economic factors adjusted for demographic factors. The second one contains variables of the first model added with “regular source of care”, because theoretically this characteristic can improve health services utilization even in the poorest groups.

Statistical Analysis

All statistical analyses were performed with Stata version 6.0 for Windows. A 0.05 significance level was previously fixed. In the bivariate analysis, the Prevalence Ratios (PR) and 95% Confidence Intervals (CIs) were calculated and the chi square test was used to assess their significance. Linear trends were explored for ordinal categorical data.

A Poisson model was used for the multivariate analysis and for the equity assessment. The choice for this particular type of regression is justified because of the high frequency of visits to doctor within the last two months. In this situation, the OR will overestimate the RR, and will give an inaccurate measure of the utilization rates and ratios. As the study focuses on utilization of health services, a PR would be more helpful and useful. The use of models such as Cox regression, has been suggested in order to directly estimate the PR^(25, 26). The problem with this approach is that the CIs are larger than they should be. However, if the observational periods are equal for every case, the Poisson regression is equivalent to the Cox model with the advantage that it is possible to correct the CIs by using a robust estimation of the variance, based in sandwich estimators⁽²⁷⁾. Therefore, and according to what was suggested by Hirakata⁽²⁸⁾ a Poisson regression with robust estimation of variance was used,

in order to obtain a direct estimation of the PR with corrected CIs. The option “cluster” used in Stata 6.0 during the performance of the Poisson regression, gives more robust CI, with the benefit that also takes into account the type of sampling used in the study.

A Wald test was used to assess the significance of dichotomous and continuous variables. For ordinal variables, a linear hypothesis test was performed with the parameters of the estimation. The variables were entered using a hierarchical approach, as seen in figure 1. At each level of the model, all the corresponding variables were introduced and a backward regression technique was performed. Variables with a $p \leq 0.2$ and/or a PR ≥ 1.5 were retained for the next level, because of the possibility of negative confusion.

Interaction terms were introduced when theoretically probable, and a heterogeneity test was carried out in order to know their significance. The kappa test was used to measure the interrater agreement of categorical data among the quality control group. In order to consider the distance between non-concordant rates for variables with more than two possible rates, a weighted kappa was calculated.

RESULTS

FACTORS RELATED TO VISITING A DOCTOR

Characteristics of the sample

A total of 540 households with 1,348 persons were visited, and 1,260 persons answered the questionnaire. Of the 88 (7%) persons that were not included in the study, 57 refused to participate and 31 were not found after three attempts. Kappa results of the quality control group interviews were above 0.8.

Table 1 shows characteristics of the studied sample. The monthly per capita mean income for the whole sample was US\$168.30 (SD 225.00), the median income was \$92.22 and the 10th and 90th percentiles were \$27.77 and \$361.11 respectively. The per capita mean income (SD) by income group was: US\$ 33.59 (15.35) for the group 0-56, US\$73.03 (8.74) for the 57-92 group, 136.68 (30.68) for the 93-194 group, and 443.16 (328.83) for the 195-5000 group. The overall rate of unemployment for the last month was 8.9%; the illiteracy rate was 7%. The mean age (SD) of the group was 40.3 yrs (17.71), range 15-94 years. There was a slight majority of women in the sample (54%), and most of the interviewed subjects were white (85%).

In regard to the psychological and social characteristics, 9% of the persons belonged to dysfunctional families, 33% had experienced some kind of stressful event in the last year, and 19% had low social support.

The majority had a regular source of health care: 41% had a regular doctor, and 36% had a regular health facility. Despite universal coverage (SUS), 38% had some additional type of health insurance.

The vast majority of persons considered their health to be good or excellent (80%). A great number of persons have experienced some symptom in the last two months (63%). Only 23% reported a potential serious symptom (breathlessness, chest pain, blood in urine or stool, and excessive vaginal bleeding). A quarter of the interviewees expressed some type of chronic health problem, and 9% had experienced some days of inactivity. The prevalence of minor psychiatric disorders was higher among women (22%) than in men (13%). Eight percent had alcohol use disorders assessed by the AUDIT questionnaire and one-third were smokers.

Two-thirds had visited the doctor in the last year (66%) and almost one third (29%) had done so in the last 2 months. Fifty one percent referred some health need but did not visit a doctor within the last two months (644 of 1260).

Bivariate analysis

Table 2 shows results of socio-economic, demographic and social-psychological bivariate analysis. None of the socio-economic factors had any significant association with the outcome at this instance. The PR of the lower social classes varied in a narrow range. In regard with income, the second and third higher income groups had a 10% reduction in the probability of visiting the doctor when compared with the upper income group, and the lowest quartile had a 20% reduction. For education, each year of school reduced by one percent the chance of health services utilization.

As expected, women used almost 60% more health services than men, and the probability of visiting the doctor was higher for persons aged 65 or more and for group 25-44, but with a borderline significant test. Divorced and single persons showed a significant association with the outcome, but with opposite effects: when compared to the married group, the divorced group had a 39% increase in the PR, while the single group had a 33% reduction. Although the "black and other races" group had a 10% decrease in utilization of health services, this difference was not significant.

A linear trend was identified for stressful life events; persons with two or more of these events had a 40% greater probability of seeing a doctor, and the group with one event had a 6% higher probability compared to the non-event group. No association was found for the two other social and psychological variables, social support and family stress.

As seen in **table 3**, a regular source of care affected utilization. Compared to the group without regular source of care, having a regular place increased the outcome probability by almost 2 times, while having a regular doctor increased it by almost 2.5 times, showing a significant linear trend. As regards health insurance, persons with this characteristic had a 50% greater probability of visiting the doctor.

A dose-response relation was observed between self-reported health and the outcome; persons with good self-reported health had almost 2 times less

probability of visiting the doctor in comparison to persons with poor health, while those with excellent self-reported health had 4 times less probability. Persons with inactivity days had twice the probability of visiting the doctor in the previous two months. Having experienced a potential serious symptom in the previous 2 months, resulted in a PR for visiting a doctor of 1.62, compared to a person without any symptom. The other health-need variables had an association with the outcome, but the effects were not so marked. For those with a chronic health problem the PR was 1.52. Mental health need, measured as the presence of minor psychiatric disorders, increased the probability of utilization, with higher PR in men (PR=1.75) than in women (PR=1.51). As for risky behaviors, smokers had a 21% significant reduction in the probability of visiting the doctor, while persons with alcohol dependence had a 25% non-significant reduction.

Multivariate analysis

The results of the multivariate analysis can be seen in **table 4**. After adjusting for other variables in the first level of the model, women had a greater probability of visiting the doctor (PR=1.52). The age groups 25-44 and 65 or more had a 40% non significant increase in the outcome.

The lowest income group without any year of education had a 56% reduction in the outcome. But this difference was reduced by means of an interaction between education and income, if this group had some year of schooling. The other groups had PR very near to one. As education was inversely associated with the outcome, more years of school in these groups meant a reduction in the probability of visiting a doctor.

All other first level variables (unemployment, marital status, race and social class by ABIPEME classification) were positively confounded and lost their effects after adjustment.

In the second level, after adjusting for factors of the previous model, the linear trend in stressful life events remained significant, with PR very similar to those of the bivariate analysis (6% increase in the one event group and 44% increase in the two or more events group). No association was found with the two other variables, social support and family stress, which were excluded from the model.

In the last level, and after adjusting for all other factors that remained in the model, having a regular source of care persisted associated with the outcome, keeping a dose-response relation, although in practice with very similar PR between the two categories (1.70 vs. 1.64).

Health insurance remained significantly associated with the outcome, and persons with this characteristic, after adjusting for the other variables, visited the doctor 46% more than persons without it. An interaction between “regular doctor” and “health insurance” was explored without any significant results.

The significant linear trend with self-reported health continued and persons who said they had good health visited the doctor 45% less than the group with bad or regular health, while those who said that their health was excellent visited 67% less. Inactivity days remained significantly associated with the outcome after adjustment, showing a 59% greater probability of visiting a doctor. Those with a potential serious symptom showed a 20% increase in the chance. Having a chronic health problem, or a minor psychiatric disorder that in the bivariate analysis were significantly associated, lost their effects when adjusted, and were excluded from the model. Finally, persons who were smokers visited the physician 17% less than non-smokers.

EQUITY

Table 5 presents the results for the socio-economic variables analyzed in the group with higher level of need, here represented by those with chronic health problem. Adjusted for demographic factors (age and sex), the lowest income group without a single year of education had a 62% reduction in the probability of using the services, when compared to a person belonging to the higher income group without any year of study (model A), which points out an important degree of inequity. Because of the interaction between income group and schooling, as the years of study increased in this lower income group, so did the probability of visiting a doctor. The other groups had interaction terms very close to one, and as schooling had a inverse association, the effect will be a reduction in the PR for visiting a doctor.

In **figure 2** it is possible to observe the effect of schooling for the four income groups. The lower income group as explained before, increases the PR

as time of education rises too. For the two higher income groups, as the interaction terms and PR are one or very close to one, and education is inversely associate to the outcome, more years of study in these groups reduced the probability of visiting a doctor. For the income group 57-92, the modifier effect of schooling is quite smooth. The values were obtained using the formula:

PR of income \times PR of schooling ^{yrs of school} \times (PR income \times schooling) ^{yrs of school}
 (Figure 2 here)

After controlling for the variable “regular source of care” (doctor or place), which can affect the probability of utilization among the social groups, there is an improve in the PR (model B). The gap for the lowest income group is further reduced if this group has some education and a regular source of care. **Figure 3** shows this effect.

(Figure 3 here)

DISCUSSION

There are some constraints that could have affected the results. First, it is impossible to discard recall bias. Although some studies have used a period as long as three months, it might have been better to use a shorter period than two months. However, the outcome was measured as a dichotomous variable, and it is reasonable to consider that people could remember more whether they had visited the doctor within the last two months or not. In addition, the questionnaire used also asked about visits to the doctor in the last year, and the result (66%) was very similar to another study (almost 70%) also conducted in southern Brazil⁽¹²⁾. Furthermore, a recent review of health services utilization found that the proportion of persons that referred a doctor visit in the last year was extremely similar among the reviewed studies⁽²⁹⁾. All these facts diminish the possibility or the magnitude of a recall bias.

As for the study design, none of the established associations can be inferred as a cause-effect relation because temporal criteria between outcome and independent variables were not sufficiently established. For the same reason, the possibility of reverse causality between the outcome and some independent variables cannot totally be discarded. This is the case of “regular source of care” and “health services utilization”. It could be argued that if a person had made more doctor visits, it would be more likely to have a regular doctor. However, evidence from longitudinal studies have shown that the direction of causality is in the way theorized in this model, and that the presence of a regular doctor can actually increase utilization⁽³⁰⁾.

Another relevant methodological question is whether the sample represents the target population. No significant differences were found between the studied sample and the population, either for gender (Sample vs. Population: male 46.1%/48%; female 53.9%/52%), or age group (Sample vs. Population: 15-29 yrs: 32.4%/32.0%; 30-49 yrs: 37.8%/41.0%; 50-69 yrs: 23.2%/20.3%; 70 and more yrs: 6.7%/6.6%).

The variable “distance to health facility”, an important factor of health services utilization, was not analyzed in this occasion because the study included all the potential users, even those that did not visit the doctor in the last two months, but may have had some health need, and to whom this variable

would not apply (51% of the studied sample as stated before). An alternative option would have been to measure the distance between his/her home and the closest health facility, assuming hypothetically that this would be the facility of choice. But this would not be by any means accurate, considering that the city has a considerable number of health facilities (more than 40 public and private outpatient facilities in a 34 sq km area) and an adequate transportation net.

Finally, as data losses were an acceptable seven percent, it can be assumed that selection bias was not a true problem. Furthermore, available data from the losses (56 of 88) show that the mean age was not different from the sample mean (losses: 42.06 yrs, SD 17.86; sample: 40.3 yrs, SD 17.71; $p = 0.4$). However, the proportion of men in the losses was higher than in the sample (69% vs. 46%, $p=0.01$).

Women were associated with a higher utilization of services. However, as there was a greater proportion of men in the losses, this could have introduced a bias. An overestimation of the effect could have happened, if the men that did not answer the questionnaire were more likely to visit the doctor than those who did answer. Nevertheless this appears improbable, as other studies found a very similar effect^(12, 31).

It was expected to find a higher use at least in the 65 yrs or more group, and although this happened the results were not significant. However, with the outcome measured for the last 12 months (where a higher proportion of persons with this characteristic visited the doctor), the variable preserved its significance, even after adjustment for other factors. This suggests that this study did not have enough power to find a possible difference for this age category in the two-month period.

A person's social and psychological characteristics affect health services utilization. It was found a dose-response relation between the number of stressful events and visiting a doctor. As part of the effect disappeared and became non-significant after health-need variables were introduced, it can be concluded that the effect is probably mediated through this category. The study did not find a direct association between "social support" and the outcome, although other studies have found a positive one⁽³¹⁾.

Having a regular doctor and a regular place of care were associated with the outcome, and as other researchers found⁽³²⁾, there was a dose-response relation. However, following adjustment although the trend persisted, the effects of both categories became very similar. The variable “health insurance” demonstrated an important effect, and maintained almost the same PR, even after adjustment for “health need” and “regular source of care”.

The effect of the variables related to health need was the most important, confirming other studies^(17, 33-36), with self-reported health showing a dose-response relation with the outcome. Inactivity days were also significantly associated, as was having a serious symptom. But other health need variables (chronic health problem, and minor psychiatric disorders) lost their effects after adjustment, mainly with self-reported health. It is possible that the reason of no association was a lack of power. For chronic health problem, the power of the study to find a 1.5 PR was 97%. With the 1.11 PR found after adjustments, it descended to 21%. In the case of minor psychiatric disorders, the study had a power of 93% to find a 1.5 PR effect, but with the 1.10 PR obtained during the analysis, it fell to 17%.

The analysis of equity for the higher level of need (persons with a chronic health problem), showed the existence of inequity for the lowest income group. But this situation can be modified by means of the interaction between education and income, therefore, if the poorest group had some years in school, the probability of visiting a doctor increased. In addition, after adjustment with “regular source of care”, the gap between this group and the wealthier ones reduced more, showing the important effect of this characteristic in this particular group.

The other income groups had the interaction terms very close to one. As the variable education was inversely related to the outcome, more years of schooling in these categories worked oppositely, reducing the probability of the outcome. This dualistic behavior of education according to the socio-economic group is perhaps the reason for the different results seen between studies^(37, 38).

The reduced probability of visiting the doctor in smokers, although they would theoretically have more health needs and therefore a higher utilization

rate, may be explained by different health-seeking behavior, but more research is necessary in order to clarify the point.

Finally, as recommendations, Brazilian health policymakers need to be aware that despite the new system's universal provision and free access, there is still some degree of inequity; the poorest and least educated group still uses the health services to a lesser extent. As more education can improve access and diminish the inequity in this underserved group, it may be that the problem is a lack of knowledge about accessing and gaining entry into the health system. Therefore, in conjunction with obvious structural changes necessary to improve education in the population, other some specific policies and measures can be effective for improving health services utilization in the underserved group. For example educational campaigns instructing when and how to enter the health system. Furthermore, having a regular source of care (doctor or place) has to be encouraged, particularly among the poorest groups, as this can reduce the health services utilization gap, and improve quality health.

BIBLIOGRAPHY

1. Kandrack MA, Grant KR, Segall A. Gender differences in health related behaviour: some unanswered questions. *Soc Sci Med* 1991;32(5):579-90.
2. Alberts JF, Sanderman R, Eimers JM, Van der Heuvel WJA. Socioeconomic inequity in health care: a study of services utilization in Curaçao. *Soc Sci Med* 1997;45(2):213-20.
3. Campbell SM, Roland MO. Why people consult a doctor? *Fam Practice* 1996;13(1):75-83.
4. Hulka BS, Wheat JR. Patterns of utilization, the patient perspective. *Med Care* 1985;23(5):438-60.
5. Blaxter M. Evidence of inequality in health from a national survey. *Lancet* 1987;2:30-33.
6. Feldman J, Makuc D, Kleinman J, Cornoni-Huntley J. National trends in educational differentials in mortality. *Am J Epidemiol* 1989;129(5):919-33.
7. Pappas G. The increasing disparity in mortality between socioeconomic groups in the United States, 1960 and 1986. *N Engl J Med* 1993;329:103-09.
8. Kunst A, Geurts J, van der Berg J. International variation in socio-economic inequalities in self reported health. *J Epidemiol Community Health* 1995;49:117-23.
9. Power C, Matthews S, Manor O. Inequalities in self rated health in the 1958 birth cohort: Lifetime social circumstances or social morbidity? *BMJ* 1996;313:449-53.
10. Mansfield CJ, Wilson JL, Kobrinski EJ, Mitchell J. Premature mortality in the United States: the roles of geographic area, socioeconomic status, household type, and availability of medical care. *Am J Public Health* 1999;89(6):893-8.
11. Cesar C, Tanaka O. Household surveys as an evaluation tool for health services: a case study from the Southeast region of the Greater Sao Paulo Metropolitan Area, 1989-1990. *Cad Saúde Publ* 1996;12(Supl. 2):59-70.

12. Costa JD, Facchini LA. Utilização de serviços ambulatoriais em Pelotas: onde a população consulta e com que frequência. *Rev Saúde Pública* 1997;31(4):360-9.
13. Pinheiro R, Travassos C. Inequality in health care use by the elderly in three districts in the city of Rio de Janeiro. *Cad Saude Publ* 1999;15(3):487-96.
14. Almeida C, Travassos C, Porto S, Labra M. Health sector reform in Brazil: a case study of inequity. *Int J Health Serv* 2000;30(1):129-62.
15. CDC/OMS. *Epi Info*. In.: 6.04b ed; 1997.
16. Stata C. *Stata*. In.: 6.0 ed; 1999.
17. Andersen R, Aday LA. Access to medical care in the U.S.: realized and potential. *Med Care* 1978;16(7):533-46.
18. Victora CH, S. Fuchs, S. Olinto, M T. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol* 1997;26(1):224-7.
19. ANEP. Economic Classification Criterion - Brazil. In.: ANEP web site; 1997.
20. Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for family function test and its use by physicians. *J Fam Practice* 1979;6:1231-9.
21. McDowell I, Newell C. *Measuring Health. A guide to rating scales and questionnaires*. 2ª ed. New York: Oxford University Press; 1996.
22. Lima MS, Béria JU, Tomasi E, Conceição AT, Mari JJ. Stressful life events and minor psychiatric disorders: an estimate of the population attributable fraction in a Brazilian community-based study. *Int J Psychiatry in Medicine* 1996;26:211-22.
23. Mari J, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. *Br J Psychiatry* 1986;148:23-6.
24. Saunders J, Aaslang O, Babor T, De La Fuente J, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II. *Addiction* 1993;88:791-804.

25. Lee J, Chia KS. Estimation of prevalence rate ratios for cross sectional data: an example in occupational epidemiology [letter]. *British Journal of Industrial Medicine* 1993;50:861-2.
26. Lee J, Chia KS. Use of the prevalence ratio v the prevalence odds ratio as a measure of risk in cross sectional studies [letter; comment]. *Occupational and Environmental Medicine* 1994;51:841.
27. Lin D, Wei L. The robust inference for the Cox proportional hazards model. *Journal of the American Statistical Association* 1989;84:1074-78.
28. Hirakata VM. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison fo models that directly estimates the prevalence ratio [MSc]. Pelotas: UFPEL; 2000.
29. Mendoza-Sassi R, Béria JU. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cad Saude Publ* 2001;17 (Supl):819-32.
30. Mainous AG, Gill JM. The importance of continuity of care in the likelihood of future hospitalization: is site of care equivalent to a primary clinician? *Am J Public Health* 1998;88(10):1539-41.
31. Krasnik A, Sawitz A, Keiding N, Hansen E. Determinants of general practice utilization in Denmark. *Dan Med Bull* 1997;44(5):542-6.
32. Lambrew JM, DeFriese GH, Carey TS, Ricketts TC, Biddle AK. The effects of having a regular doctor on access to primary care. *Med Care* 1996;34(2):138-51.
33. Roos NP, Shapiro E. The Manitoba longitudinal study on aging: preliminary findings on health care utilization by the elderly. *Med Care* 1981;9:644-57.
34. Conelly JE, Smith GR. Healthy patients who perceive poor health and their use of primary care services. *J Gen Intern Med* 1991;6:47-51.
35. Mapelli V. Health needs, demand for health services and expenditure across social groups in Italy: an empirical investigation. *Soc Sci Med* 1993;36(8):999-1009.
36. Fernandez-Mayoralas G, Rodriguez V, Rojo F. Health services accessibility among Spanish elderly. *Soc Sci Med* 2000;50(1):17-26.

37. Salber EJ, Greene SB, Pope CR, Davis MA. Health status, socioeconomic status and utilization of outpatient services for members of a pre-paid group practice. *Med Care* 1976;14(12):971-86.

38. La Vecchia C, Negri E, Pagano R, Decarl A. Education, prevalence of disease and frequency of health care utilization: The 1983 Italian National Health Survey. *J Epidemiol Community Health* 1989;41:161-63.

Table 1. Sample characteristics. Rio Grande, Brazil, 2000.(n=1260)

Characteristic		%
Social class - ABIPEME (n=1258)	E	4.1
	D	29.4
	C	39.7
	B	23.9
	A	2.9
Unemployment		8.9
Illiteracy		7.0
Schooling - completed years (n=1259)	3 or less	25.3
	4-7	21.1
	8 – 10	32.4
	11 or more	21.2
Gender	Male	46.1
	Female	53.9
Age groups	15 – 24	23.9
	25 – 44	37.1
	45 – 64	27.8
	65 or more	11.2
Race	White	84.7
	Black and others	15.3
Marital status	Married	61.3
	Divorced	6.6
	Single	26.9
	Widowed	5.2
Family stress (0-10)	Score 5 or more	9.0
Stressful life events	None	57.2
	1	31.0
	2 or more	11.8
Social support (n=1256)	Never	9.3
	Sometimes	10.1
	Many times	9.6
	Always	71.0
Health insurance		38.4
Regular source of care (n=1244)	None	22.8
	Regular place	36.3
	Regular doctor	40.9
Serious potential symptom (last 2 mo.)		23.3
Chronic health problem		25.4
Inactivity days (last 2 mo.)		8.8
Self-reported health (last 2 mo.)	Poor	2.7
	Regular	17.3
	Good	56.4
	Excellent	23.6
Minor psychiatric disorders	Male	12.7
	Female	22.1
Alcohol use disorder (AUDIT)		7.9
Smoking		32.1
Doctor visit within last 2 months		28.7

Table 2. Visit to doctor in last two months and crude Prevalence Ratios of some demographic, socio-economic, and social characteristics. Rio Grande, Brazil, 2000. (n=1257)

Characteristic		Prevalence %(n)	PR (95% CI)	p
Social class (ABIPEME)	E	37.2 (19)	1	0.7*
	D	28.1 (104)	0.75 (0.51-1.12)	
	C	28.7 (143)	0.77 (0.52-1.13)	
	B	28.2 (85)	0.76 (0.51-1.13)	
	A	27.0 (10)	0.73 (0.38-1.37)	
Per capita income/mo. (US\$)	195-max	31.8 (96)	1	0.3*
	93-194	28.9 (92)	0.91 (0.69-1.19)	
	57-92	28.7 (80)	0.90 (0.67-1.21)	
	0-56	25.5 (88)	0.80 (0.64-1.01)	
Unemployment	No	28.3 (325)	1	0.4
	Yes	32.1 (36)	1.14 (0.85-1.51)	
Education	1 year		0.99 (0.96-1.01)	0.3
Gender	Male	22.0 (128)	1	0.001
	Female	34.3 (233)	1.56 (1.29-1.87)	
Age by group	15 – 24	23.0 (69)	1	0.07*
	25 – 44	31.0 (141)	1.32 (1.03-1.69)	
	45 – 64	28.5 (100)	1.24 (0.95-1.62)	
	65 or more	36.2 (51)	1.58 (1.17-2.13)	
Race	White	29.1 (310)	1	0.5
	Black and others	26.4 (51)	0.91 (0.71-1.17)	
Marital status	Married	29.4 (227)	1	0.02*
	Divorced	41.0 (34)	1.39 (1.05-1.84)	
	Single	22.6 (77)	0.77 (0.62-0.96)	
	Widowed	35.4 (23)	1.20 (0.85-1.70)	
Stressful life events	None	26.9 (194)	1	0.04**
	1	28.4 (111)	1.06 (0.87-1.29)	
	2 or more	37.8 (56)	1.41 (1.11-1.79)	
Social support	No	29.6 (72)	1	0.7
	Yes	28.5 (289)	0.96 (0.78-1.20)	
Family stress	No	28.9 (330)	1	0.7
	Yes	27.4 (31)	0.95 (0.69-1.30)	

*P for at least one PR \neq 1 **linear trend test

Table 3. Visit to doctor in last two months and crude Prevalence Ratios of some source of care and morbidity characteristics. Rio Grande, Brazil, 2000. (n=1257)

Characteristic		Prevalence (n)	PR (95% CI)	p
Regular place for care	None	14.8% (42)	1	0.001*
	Regular place	28.5% (129)	1.92 (1.46-2.53)	
	Regular doctor	36.7% (187)	2.48 (1.90-3.23)	
Health insurance	No	24.1% (187)	1	0.001
	Yes	36.0% (174)	1.49 (1.26-1.77)	
Serious symptom (last 2 mo.)	No	25.0% (142)	1	0.001
	Yes	40.5% (119)	1.62 (1.35-1.93)	
Chronic health problem	No	25.3% (238)	1	0.001
	Yes	38.4% (123)	1.52 (1.27-1.81)	
Inactivity days	No	26.3% (302)	1	0.001
	Yes	53.1 (59)	2.02 (1.66-2.47)	
Self-reported health	Poor	58.8% (20)	1	0.001*
	Regular	52.8% (115)	0.90 (0.66-1.22)	
	Good	25.5% (181)	0.43 (0.32-0.59)	
	Excellent	15.2% (45)	0.26 (0.17-0.38)	
SRQ+ male	No	20.1% (102)	1	0.004
	Yes	35.1% (26)	1.75 (1.22-2.49)	
SRQ+ female	No	30.9% (163)	1	0.001
	Yes	46.7% (70)	1.51 (1.22-1.87)	
Smoking	No	31.8% (272)	1	0.001
	Yes	22.0% (89)	0.69 (0.56-0.86)	
Alcohol use disorder (AUDIT)	No	29.2% (339)	1	0.1
	Yes	22.0% (22)	0.75 (0.51-1.10)	

*linear trend test

Table 4. Adjusted Prevalence Ratios for visiting a doctor, and socio-economic, demographic, social, health services and referred morbidity characteristics. Rio Grande, Brazil, 2000.

Characteristic		PR (CI95%)	p
Age by group ^a	15 – 24	1	0.08*
	25 – 44	1.40 (1.07-1.83)	
	45 – 64	1.23 (0.92-1.64)	
	65 or more	1.39 (0.96-2.01)	
Gender ^a	Male	1	0.001
	Female	1.52 (1.29-1.79)	
Per capita income/mo. (US\$) ^a	195-max	1	0.005*
	93-194	0.90 (0.48-1.69)	
	57-92	0.60 (0.33-1.09)	
	0-56	0.44 (0.27-0.72)	
Schooling (yrs) ^a		0.95 (0.91-1.00)	0.051
Income X Schooling (yrs) ^a	195-max	1	0.02***
	93-194	0.99 (0.92-1.07)	
	57-92	1.06 (0.98-1.14)	
	0-56	1.09 (1.03-1.18)	
Stressful life events ^b	None	1	0.008**
	1	1.06 (0.86-1.31)	
	2 or more	1.44 (1.11-1.86)	
Regular source of care ^c	None	1	0.001**
	Regular place	1.64 (1.25-2.15)	
	Regular doctor	1.70 (1.28-2.27)	
Health insurance ^c		1.46 (1.20-1.79)	0.001
Serious symptom		1.20 (1.02-1.40)	0.03
Self-reported health ^c	Poor/regular	1	0.001**
	Good	0.55 (0.44-0.68)	
	Excellent	0.33 (0.24-0.46)	
Inactivity days ^c		1.58 (1.29-1.94)	0.001
Smoking ^c		0.83 (0.74-0.93)	0.004

*P for at least one PR \neq 1 **linear trend test ***heterogeneity test

^a First level: age, sex, income, education, income x education (n=1242)

^b Second level: First level and stressful life events (n=1236)

^c Third level: Second level and regular doctor, regular place, health insurance, serious symptom, self-reported health, inactivity days, smoking (n=1226)

Table 5. Prevalence Ratios for visiting a doctor in persons with chronic health problems, and socio-economic factors. Rio Grande, Brazil, 2000.

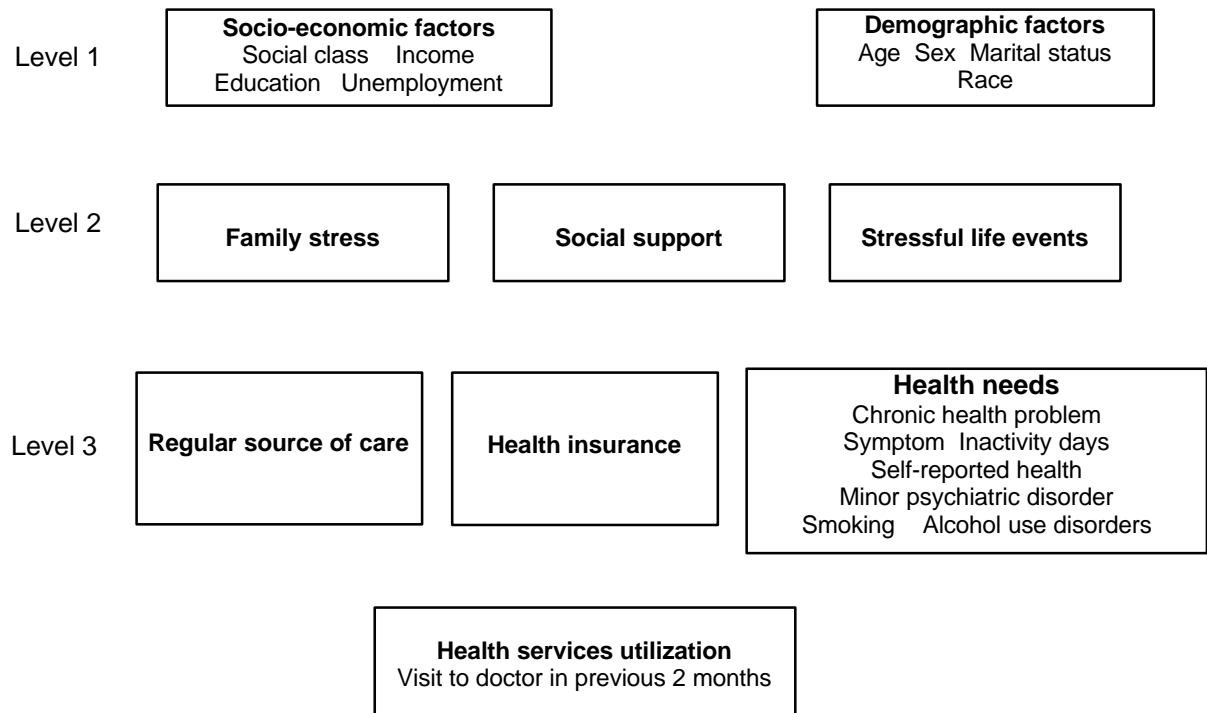
Characteristic	Model A ¹		Model B ²	
	PR (CI95%)	p	PR (CI95%)	p
Per capita income/mo (US\$)	195-max	1	1	0.1*
	93-194	0.88 (0.49-1.58)	0.91 (0.50-1.64)	
	57-92	0.60 (0.33-1.09)	0.66 (0.35-1.23)	
	0-56	0.38 (0.19-0.77)	0.44 (0.23-0.85)	
Schooling (yrs)	0.95 (0.91-0.99)	0.02	0.95 (0.90-0.99)	0.01
Income X Schooling (yrs)	195-max	1	1	0.02**
	93-194	0.97 (0.89-1.06)	0.98 (0.90-1.07)	
	57-92	1.04 (0.93-1.17)	1.04 (0.92-1.17)	
	0-56	1.15 (1.05-1.27)	1.15 (1.05-1.26)	

*probability of one or more PR=1 **heterogeneity test

¹ adjusted to age and gender (n=316)

² adjusted to age, gender, and regular source of care (n=315)

Figure 1: Hierarchical analysis model for health services utilization.



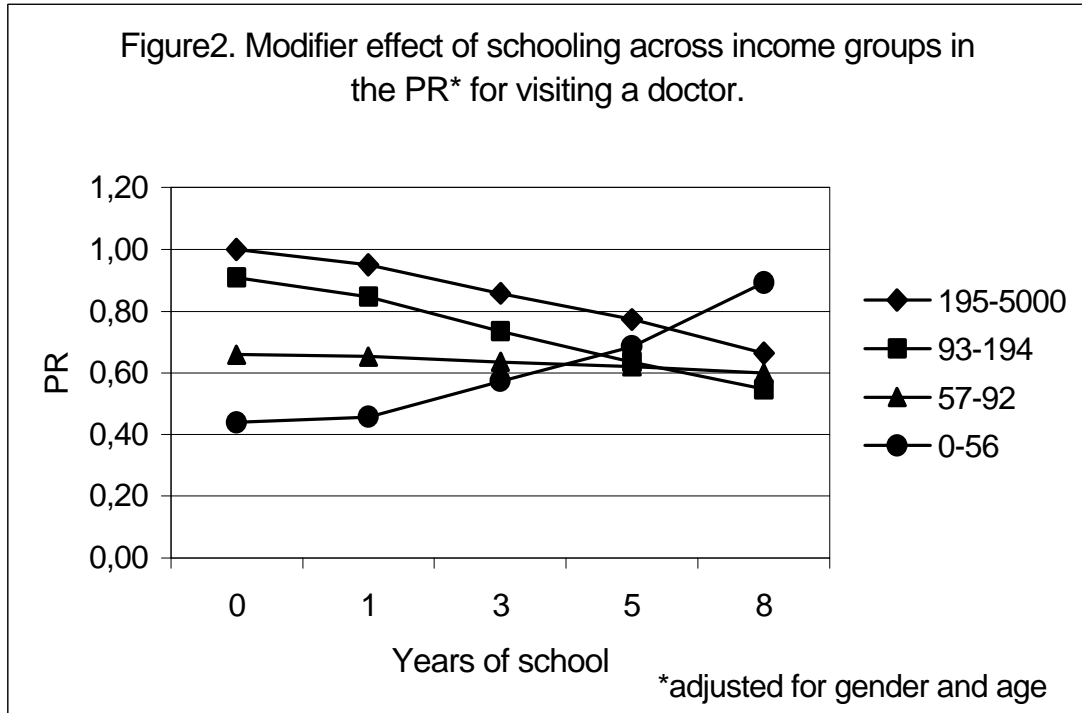
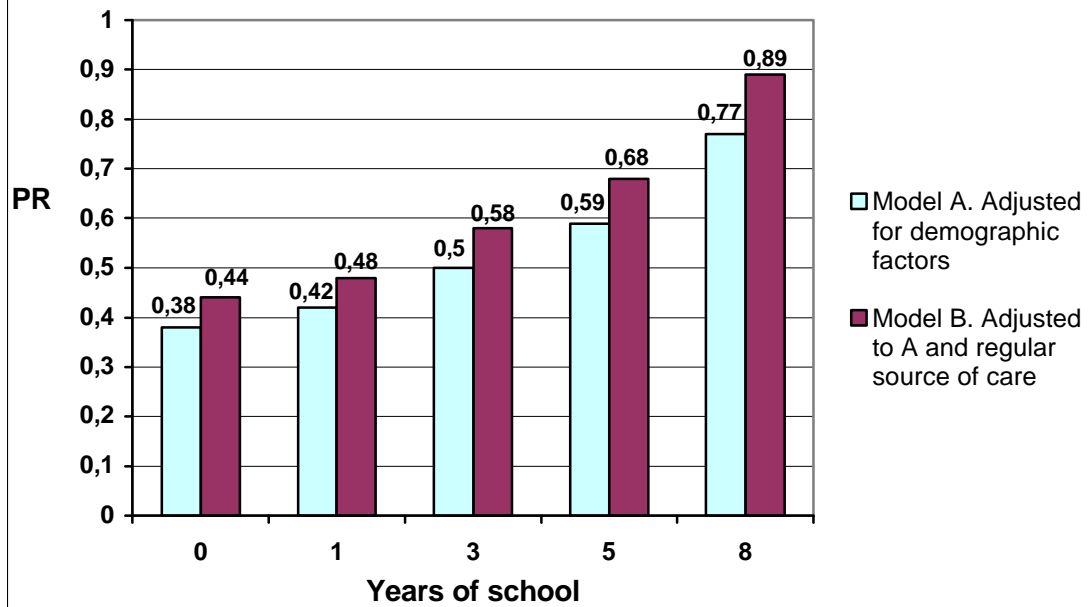


Figure 3. Effect modification of schooling in PR for visiting a doctor among the poorest income group. Rio Grande, 2000.





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

TERCEIRO ARTIGO

PREVALENCE OF REGULAR DOCTOR, ASSOCIATED
FACTORS, AND EFFECT ON HEALTH SERVICES
UTILIZATION: A POPULATION-BASED STUDY IN SOUTHERN
BRAZIL

Raúl Mendoza Sassi

Pelotas, abril de 2002

Prevalence of regular doctor, associated factors, and effect on health services utilization: A population-based study in southern Brazil

Raúl Mendoza-Sassi
Assistant Professor

- Department of Internal Medicine, Fundação Universidade Federal do Rio Grande
- Department of Social Medicine, Epidemiology Postgraduate Program, Universidade Federal de Pelotas
- Takemi Program in International Health, Harvard School of Public Health

Jorge U. Béria
Professor

- Department of Social Medicine, Epidemiology Postgraduate Program, Universidade Federal de Pelotas
- Medicine and Collective Health Post graduation Course, Universidade Luterana do Brasil, Brazil

Author's correspondence address:

Rua Dr. Pedro Armando Gatti 99, Rio Grande, RS, 96216-080, Brazil
Telephone: 55-53-235-1314
Fax: 55-53-2351314
rams@iname.com

Funding: Raúl Mendoza-Sassi was granted by CAPES, Brasilia, Brazil.

ABSTRACT

Background: Prevalence of regular doctor in Brazil, estimated in an Emergency Room, is 30%, but there is limited information about this issue in the general population. **Objectives:** To assess the prevalence of regular doctor in Brazil, associated factors, and its effects on health services utilization. **Research design:** Data was obtained from a cross-sectional study, using a questionnaire with demographic, socioeconomic, morbidity and health services utilization questions. The study was carried out in the city of Rio Grande, southern Brazil, between January and May 2000. **Subjects:** 1260 persons aged 15 or more, were interviewed. **Measures:** Adjusted prevalence ratios (PR) and 95% confidence intervals (CI) were calculated. Poisson regression models were used to analyze the relationships. **Results:** The study found a 37% prevalence for regular doctor. Adjusted analysis revealed a direct and linear association with income. Women, age, health insurance and chronic health problem, were also associated with the outcome. Having a regular doctor determined a 23% overall increase in the probability of visit to a physician. In women, it produced a 30% increase in the probability of clinical breast examination and 23% increase in cervical cancer prevention visits. In men, it increased the probability of prostate examination by 84%. **Conclusions:** The prevalence of regular doctor in Brazil is low and directly associated with socioeconomic factors. Men and women with this characteristic have better access to health services. The promotion of regular doctor among the population may improve health care quality and health services access in the poorest groups.

KEY WORDS

Regular doctor, Continuity of patient care, Accessibility.

INTRODUCTION

Having a regular doctor characterizes continuity of health care and is associated with a better use of health services utilization. Continuity of care has two different meanings: the follow-up from one visit to another (“continuity”), and the constant (“longitudinal”) relationship between patient and provider^(1, 2). This paper will use the latter definition, and the variable “regular doctor” will be employed as a proxy.

The prevalence of having a regular doctor in other countries, as United States, is between 70% and 80%⁽³⁻⁵⁾. In Brazil, a study carried out by Stein found 30% prevalence among emergency room (ER) users in a hospital located in an area with a Family Health Program⁽⁶⁾. Therefore, the prevalence in the general population may be different.

Andersen’s model includes “regular doctor” as a structural component of health services, which improves accessibility⁽⁷⁾, and other studies have demonstrated a strong association with health services utilization⁽³⁾. It not only increases the number of visits to a doctor⁽⁴⁾, but diminishes hospitalizations⁽⁸⁾ and length of stay⁽⁵⁾. These people decide to see a physician earlier⁽⁹⁾ and wait less time for an appointment ⁽¹⁰⁾.

As having a regular doctor assures then better access and health care, it is relevant to ask who is more likely to have a regular doctor in Brazil, and what effects it could have on health services utilization. Therefore, the aim of this paper is to: a) study the prevalence of having a regular doctor in an adult population of a city in southern Brazil, b) identify the associated factors, c) assess its distribution across socio-economic groups, and d) study its effect on preventive and non-preventive visits. The information obtained here will aid in the design of future interventions to improve accessibility and quality of care.

METHODS

Study design and sample

A cross-sectional study was carried out from January through May 2000, with an urban population, aged 15 or more, in the county of Rio Grande, southern Brazil, where only five percent of the people lives in the rural area.

The sample size was calculated in order to detect a relative risk (RR) of two, with 80% power, 95% confidence level, using as exposure factor “chronic health problem”, a ratio of non-exposed/exposed 6:1, and a 17% prevalence for regular doctor among non-exposed. The initial sample size was increased by 10% for losses, 20% for control confounding and 20% for design effect, achieving 654 persons.

The proportion of persons aged 15 years or more living in the city in 1996 was 73% and the average number of persons per household was 3.4 (1996 Census). Consequently, the required number of households to achieve the calculated sample was 264. As this study was part of another one requiring a larger sample, a total of 540 households were visited.

Forty-five of the 242 census tracts in the urban area of the city (2000 census) were selected. An initial census tract was drawn from the first five, and an interval of 5.38 was added to obtain the others. One block from every census tract was randomly selected, as was one of the corners in each. Every third household from the selected corner was visited until data was collected from 12 houses.

Twelve trained interviewers applied to the subjects a pre-coded and pre-tested questionnaire. All persons aged 15 or more were considered eligible for the study. Seven percent of the persons were re-visited for quality control purpose by an independent interviewer. Two independent operators entered the information to an EPINFO 6.04b database⁽¹¹⁾. The data was cleaned for consistency and amplitude errors by the researchers, and the database was converted to Stata 6.0 for Windows⁽¹²⁾ to perform the statistical analysis.

Variables

The questionnaire included socioeconomic, demographic, social, psychological, health services and self-reported health need questions. A brief

definition of some of them is given below. The dependent variable “regular doctor” was used as a proxy for continuity of care. A conceptual framework was used here, based upon the hierarchical level of determination⁽¹³⁾. **Figure 1** represents the hierarchical position of factors in relation to the outcome, and was constructed taking into account causality and temporality. In the first level of determination appear socioeconomic and demographic factors, which determine the others. Immediately below are represented social and psychological variables that can affect some variables of the next level. In the third level are placed those factors closely related to the outcome. Finally, the outcome regular source of care is considered as a determinant of health services utilization.

Definition of Variables

- a) Regular doctor: assessed by three subsequent questions: “If you have a health problem and decided to see the doctor, is there any physician to whom you commonly go?” “What is the doctor’s name?” and “How long has he/she been your doctor?” Considered as positive if the person answered “yes” to the first question, provided the doctor’s name, and said that he/she has been his/her doctor for more than 12 months.
- b) Social class: classified according to Market Research Brazilian Association (ABIPEME) criteria. Constructed with years of schooling and type of utilities present in the household, has 5 decreasing categories (A, B, C, D, E)⁽¹⁴⁾.
- c) Family stress: family dysfunction measured by a questionnaire⁽¹⁵⁾ and scored from 0 to 10. Classified as Absent (score 0-4) and Present (score 5 to 10).
- d) Social support: help that a person would expect from other persons if he/she had any kind of problem⁽¹⁶⁾. Measured as No (if never or sometimes expected to obtain help) or Yes (if always or often expected to obtain help).
- e) Health insurance: if the person had a private health insurance.
- f) Chronic health problem: if the doctor informed the person that he/she had a chronic health problem.
- g) Self-perceived health: addressed by the question “How has your health been since (*two months prior to the date of the interview*) until today?” Rated as poor, regular, good, or excellent.
- h) Minor psychiatric disorders: non-psychotic disorders assessed by Self-Report Questionnaire –20 (SRQ-20)⁽¹⁷⁾. A five/six cut-off point was used for men and seven/eight for women.

- i) Visit to doctor: if the person had visited a doctor within 12 months.
- j) Clinical breast examination: previous breast examination performed by a physician in women aged 40 or more.
- k) Mammography: previous mammography test in women aged 40 or more
- l) Breast self-examination: self-exam of the breast by women aged 15 or more.
- m) Cervical cancer prevention: previous cervical cancer prevention in women aged 40 or more.
- n) Prostate cancer prevention: previous prostate examination (manual, biochemistry or ultrasonography) in men aged 40 or more.

Statistical Analysis

Stata 6.0 for Windows was used for statistical analysis. A significance level of 0.05, was previously fixed. Prevalence ratios (PR) and 95% Confidence Intervals (CI) were calculated in the bivariate analysis. A chi square test was used to assess their significance.

A Poisson model was used in the multivariate analysis. The choice of this particular type of regression is justified because of the higher prevalence of the outcome. In this situation, the OR will overestimate the RR. As the study focuses on prevalence and associated factors for regular doctor, a PR would be more helpful and useful. The use of models such as Cox regression, has been suggested in order to directly estimate the PR(18, 19). The problem with this approach is that the CIs are larger than they should be. However, if the observational periods are equal for every case, the Poisson regression is equivalent to the Cox model with the advantage that it is possible to correct the CIs by using a robust estimation of the variance, based in sandwich estimators(20). Therefore, and according to what was suggested by Hirakata(21), a Poisson regression with robust estimation of variance was used, in order to obtain a direct estimation of the PR with corrected CIs. For the robust estimation of variance, the option "cluster" was used in the line command of Stata 6.0 during the performance of the Poisson regression.

A Wald test was used to assess the significance of the results for dichotomous and continuous variables. Linear trends were explored for ordinal categorical data, and a linear hypothesis test was performed using the parameters of the estimation.

Variables were entered using a conceptual framework⁽¹³⁾, as seen in **figure 1**. A backward regression technique was performed in each level. Those variables with a $p \leq 0.2$ and/or a $PR \geq 1.5$ were retained for the next level, because of the possibility of negative confusion.

A kappa test was performed in order to measure the inter-rater agreement of categorical data among the quality control group. In order to consider the distance between non-concordant rates for variables with more than two possible rates, a weighted kappa was calculated.

RESULTS

Characteristics of the sample

A total of 540 households with 1,348 persons were visited and 1,260 persons answered the questionnaire. Of the 88 (6,6%) persons that were not included in the study, 57 refused to participate and 31 were not found after three attempts. The kappa results of the quality control interviews were all above 0.8.

Table 1 shows the frequency of the studied factors. The per capita mean income and SD by income group was: US\$ 33.59 (SD 15.35) in the group 0-56, US\$73.03 (8.74) in the 57-92 group, 136.68 (30.68) in the 93-194 group, and 443.16 (328.83) in the 195-5000 group. More than 20% had completed only three years of school or less, and the overall illiteracy rate was 7%. There was a larger proportion of women (54%), and most of the interviewees were white (85%); the mean age was 40.33 yrs (SD 17.71), range 15 - 94 years.

Chronic health problem was reported by 25% of the people, and the same proportion reported poor or regular health within the last year; 38% had some additional health insurance and 37% reported having a regular doctor for a year or more. When no time restriction was used, the prevalence of regular doctor jumped to 41%.

The prevalence for visit to doctor within the last year was 66%. Women aged 40 or more had a 53% prevalence for clinical breast examination, 34% for mammography, and 60% for cervical cancer prevention; 60% of women aged 15 or more reported doing breast self-exams. The prevalence of prostate examination in men aged 40 or more was 25%.

Bivariate analysis

Table 2 presents crude PR for regular doctor and the studied factors. A dose-response relation was found between social class and the outcome; compared to the lowest class, class C had a 29% increase in the probability of regular doctor, and classes A/B had a 71% increase. The income variable also showed a dose-response relation, and compared to the poorest group, the second income group had a 33% increase, the third group had a 65% increase and the richest group had more than twofold increase. Each year of school

increased the probability of the outcome by more than 1%, but it was not significant (PR 1.013; CI 0.99-1.04; $p=0.3$).

In the case of demographic factors, being a woman increased the probability of having a regular doctor by more than 50%. A dose-response relation was found with age, and in comparison with the youngest group, the 25-44 group had 58% increase, the 45-64 group had more than two times increase and the oldest group had almost three times increase. The probability of black persons and other races of having a regular doctor was 30% less than whites.

With regards to social and psychological factors, those persons characterized as belonging to dysfunctional families had a 27% decrease in the probability of having a regular doctor. For persons with social support, there was a non-significant 15% increase when compared to those without support.

As expected, there was an association between the outcome and additional health insurance; persons with this characteristic had an 80% greater probability of having a regular doctor.

Two of the referred morbidity variables were significantly associated: persons with a chronic health problem had an almost two times increase in the PR of having a regular doctor, while those with a poor/regular self-reported health had a 36% increase. There was no association between the outcome and the presence of minor psychiatric disorders in either men or women.

Multivariate analysis

Table 3 shows that for the first level of analysis and after adjustment, most of the socioeconomic and demographic factors remained significantly associated with the outcome. The dose-response relation for the income variable persisted, and depending on the studied category there was a 17%, 41% or 70% increase in the probability of having a regular doctor. Each year of school increased the probability of regular doctor by two percent, but the significant test was above the fixed cut-off point (PR 1.02, CI: 0.99-1.04, $p=0.08$). Social class (ABIPEME) was retired from the model because it did not fulfill the criteria previously defined.

There were no major changes on demographic variables after adjustment. Women kept a 50% increase in the probability of having a regular doctor, and the dose-response relation with age groups persisted. Compared to

the youngest group, the group 25-44 had a 63% increase in the probability of the outcome, the group 45-64 had more than two times increase and the oldest group had almost three times increase. In the second level, none of the social or psychological variables satisfied the established criteria, and were withdraw from the model.

In the third level of analysis, and adjusted to the previous factors, most of the variables continued associated with the outcome. The probability for those with health insurance was reduced, but maintained almost 50% increase. For a person with a chronic health problem, the probability for regular doctor was 54%. For those who reported poor or regular health, the probability of the outcome was 22% higher. No association was found with minor psychiatric disorders.

Table 4 shows the crude and adjusted effects of having a regular doctor with some health services utilization measures. Before controlling for demographic, socioeconomic, health insurance and health-need variables, those with continuity of care had a significant increase in the probability of making preventive and non-preventive visits. After adjustment, the studied characteristic remained significantly associated with some of the health services utilization measures: women aged 40 or more with continuity of care had a 30% greater probability for clinical breast examination, and 23% for cervical cancer prevention; men aged 40 or more with a regular doctor had an 84% greater probability of prostate examination; persons aged 15 years or more with the studied characteristic increased the probability of visit to a doctor within the last year by 23%. There was a small and non-significant increase in the probability of breast self-examination and mammography.

DISCUSSION

Results of the multivariate analysis suggest that those with a regular doctor have better access to health services, including preventive visits, and that this characteristic is strongly associated to socioeconomic status. However, these findings have to be handled with care, because there are some possible methodological constraints.

First, no causality can be inferred because temporal criteria between outcome and independent variables were not sufficiently established; findings must therefore be interpreted just as associations. In addition, while the possibility of reverse causality between exposure and utilization of health services exists, it is unlikely, at least for the variable “visit to doctor”, because in order to be classified as having a regular doctor, the person had to report a relationship of more than a year, while “visit to doctor” was measured for the last twelve months. Furthermore, as a recall bias cannot be discarded, prevalence and PR for regular doctor could have been underestimated.

In addition, selection bias also has to be considered. However as losses were only seven percent, this appears to be unlikely. Even so, the proportion of men in the sample was lower than in the losses (46% vs. 69%, $p=0.01$): if those who did not answer the questionnaire were more associated with the outcome, then the effect of gender could have been overestimated. However, other studies that have addressed this issue found a very similar effect, making this bias less likely (3, 22).

Having in mind those possible limitations, this study shows that having a regular doctor in Brazil is not as common as in United States, reaching only 37% of the population aged 15 years or more. Even using no time restriction to be considered as having a regular doctor, the prevalence rises to 41%. While these proportions are higher than the 30% found by Stein⁽⁶⁾, it is not as high as might be expected. Although Stein’s study was done in an ER, where it is more likely to find patients without continuity of care, the hospital where the study was carried out had a well-organized Family Health Program in the surrounding neighborhood, which can be the reason for the small difference.

Consistently with other studies⁽²²⁾, women have more chance of having a regular doctor than men, and this may reflect reproductive health needs.

There is also consistency in the finding that the frequency of having a regular doctor increases with age⁽²³⁾. In agreement with other studies, it was found that those persons with higher health needs and those with health insurance have a greater probability of having a regular doctor (3, 23).

There was a strong association between “regular doctor” and the socioeconomic variables. The complete linear trend with income clearly shows that the likelihood of continuous care increases as per capita income increases. As other studies have shown, poor persons are more likely to lack a regular doctor because of financial barriers⁽³⁾. This situation is cause for concern because, as discussed below, “regular doctor” is associated with a higher rate of health services utilization, and the disparity therefore indicates a potential source of inequity.

There is no doubt that a person with regular doctor has better access to certain health services including preventive ones. Even after adjusting to some potential confounders, continuity of care increased the probability of a doctor visit, clinical breast examination and cervical cancer screening. The effects are moderate, but very similar to those found by Lambrew⁽⁴⁾. The absence of effect over mammography may be due to a lack of power; the identified prevalence ratio for this characteristic was less than expected. In the case of breast self-examination, the absence of association may reflect the impact of public campaigns addressing this issue. However, it is worrying that even after these interventions, 40% of the women did not practice this procedure. Another important finding is that men also benefit from having a regular doctor, and those with this characteristic had better access to prostate cancer prevention.

In conclusion, these results stress the importance of having a regular doctor in Brazil. Health authorities have to be aware that the frequency is not as high as in other countries (e.g. United States) and that a campaign focusing on the importance of continuity of care may be a good strategy for improving health services access and quality of health care.

Furthermore, Brazilian health authorities need to realize that the distribution of having a regular doctor through socioeconomic groups is unequal, and a specific campaign directed to the poorest population, can be a top priority. By having continuity of care, these underserved groups will have

better quality of health care and improved access to health services, diminishing the differences with respect to those who are better off. The Family Health Program, which has been implemented in Brazil since 1994, tackles perfectly this issue.

REFERENCES

1. Starfield B. Continuous confusion? *Am J Public Health* 1980;70:117-9.
2. Rogers J, Curtis P. The concept and measurement of continuity in primary care. *Am J Public Health* 1980;70:122-7.
3. Hayward RA, Bernard AM, Freeman HE, Corey CR. Regular source of ambulatory care and access to health services. *Am J Public Health* 1991;81:434-8.
4. Lambrew JM, DeFriese GH, Carey TS, Ricketts TC, Biddle AK. The effects of having a regular doctor on access to primary care. *Med Care* 1996;34:138-51.
5. Mainous AG, Gill JM. The importance of continuity of care in the likelihood of future hospitalization: is site of care equivalent to a primary clinician? *Am J Public Health* 1998;88:1539-41.
6. Stein AT. Acesso a atendimento médico continuado: uma estratégia para reduzir a utilização de consultas não urgentes em serviços de emergência. [Tese de Doutorado]. Porto Alegre: UFRGS; 1998.
7. Andersen R, Aday LA. Access to medical care in the U.S.: realized and potential. *Med Care* 1978;16:533-46.
8. Wasson JH, Sauvigne AE, Mogielnicki P. Continuity of outpatient medical care in elderly men: a randomized trial. *JAMA* 1984;252:2413-7.
9. Sox CM, Swartz K, Burstin HR, Brennan TA. Insurance or a regular physician: which is the most powerful predictor of health care? *Am J Public Health* 1998;88:364-70.
10. Forrest CB, Starfield B. Entry into primary care and continuity: the effects of access. *Am J Public Health* 1998;88:1330-6.
11. Epi Info [program]. 6.04b version, 1997.
12. Stata [program]. 6.0 version, 1999.
13. Victora CH, S. Fuchs, S. Olinto, M T. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol* 1997;26:224-7.
14. ANEP. Economic Classification Criterion - Brazil [ANEP web site]. 2000. http://www.anep.org.br/CCEB_ENGLISH.pdf.

15. Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for family function test and its use by physicians. *J Fam Practice* 1979;6:1231-9.
16. McDowell I, Newell C. *Measuring Health. A guide to rating scales and questionnaires*. 2^aed. New York: Oxford University Press; 1996.
17. Mari J, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. *Br J Psychiatry* 1986;148:23-6.
18. Lee J, Chia KS. Estimation of prevalence rate ratios for cross sectional data: an example in occupational epidemiology [letter]. *British Journal of Industrial Medicine* 1993;50:861-2.
19. Lee J, Chia KS. Use of the prevalence ratio v the prevalence odds ratio as a measure of risk in cross sectional studies [letter; comment]. *Occupational and Environmental Medicine* 1994;51:841.
20. Lin D, Wei L. The robust inference for the Cox proportional hazards model. *Journal of the American Statistical Association* 1989;84:1074-78.
21. Hirakata VM. *Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison fo models that directly estimates the prevalence ratio* [MSc]. Pelotas: UFPEL; 2000.
22. Merzel C. Gender differences in health care access indicators in an urban, low-income community. *Am J Public Health* 2000;90:909-16.
23. CDC. From the Centers for Disease Control and Prevention. Demographic characteristics of persons without a regular source of medical care--selected states, 1995. *Jama* 1998;279:1603.

Table 1. Studied sample characteristics. Rio Grande, Brazil. 2000. (n=1260)

Characteristic		%
Social class – ABIPEME (n=1258)	E	4.1
	D	29.4
	C	39.7
	B	23.9
	A	2.9
Education - completed years (n=1259)	3 or less	25.3
	4-7	21.1
	8 – 10	32.4
	11 or more	21.2
Gender	Male	46.1
	Female	53.9
Age groups	15 – 24	23.9
	25 – 44	37.1
	45 – 64	27.8
	65 or more	11.2
Race	White	84.7
	Black & others	15.3
Marital status	Married	61.3
	Divorced	6.6
	Single	26.9
	Widowed	5.2
Family stress (0 to 10 points)	Score 5 or more	9.0
Social support (n=1256)	Never	9.3
	Sometimes	10.1
	Many times	9.6
	Always	71.0
Health insurance		38.4
Chronic health problem		25.4
Self-reported health - last 12 mo.	Good/Excellent	74.4
	Poor/Regular	25.6
Minor psychiatric disorders	Male	12.7
	Female	22.1
Doctor visit - last 12 mo. (n=1247)		66.3
Clinical breast examination* (n=333)		53.5
Breast self-exam (n=674)		57.4
Mammography* (n=333)		33.6
Cervical cancer prevention* (n=333)		60.6
Prostate cancer prevention** (n=267)		25.1
Regular doctor - more than 1 yr (n=1244)		37.4

*women aged 40 or more **men aged 40 or more

Table 2. Regular doctor and crude prevalence ratios for some demographic, socioeconomic, social and morbidity characteristics. Rio Grande, Brazil. 2000. (n=1244)

Characteristic		Prevalence %(n)	PR (95% CI)	P
Social class (ABIPEME) (n=1242)	D-E	28.7 (118)	1	0.001**
	C	36.9 (183)	1.29 (1.06-1.56)	
	A-B	48.9 (164)	1.71 (1.41-2.06)	
Per capita income (n=1227)	0-56	24.3 (83)	1	0.001**
	57-92	32.5 (89)	1.33 (1.04-1.72)	
	93-194	40.2 (125)	1.65 (1.31-2.08)	
	195-5000	52.8 (159)	2.17 (1.75-2.69)	
Education (years)	1 yr		1.01 (0.99-1.04)	0.3
Gender	Male	28.6 (163)	1	0.001
	Female	44.7 (302)	1.56 (1.34-1.82)	
Age by group	15 – 24	21.4 (63)	1	0.001**
	25 – 44	33.8 (155)	1.58 (1.23-2.04)	
	45 – 64	45.9 (161)	2.15 (1.68-2.75)	
	65 or more	61.9 (86)	2.90 (2.25-3.74)	
Race	White	39.0 (412)	1	0.005
	Black & others	28.2 (53)	0.72 (0.57-0.92)	
Marital status	Married	40.3 (308)	1	0.001*
	Divorced	43.4 (36)	1.08 (0.83-1.40)	
	Single	59.4 (38)	1.47 (1.18-1.84)	
	Widowed	47.8 (143)	0.82 (0.61-1.11)	
Social support (n=1240)	No	33.2 (80)	1	0.09
	Yes	38.1 (381)	1.15 (0.94-1.40)	
Family stress (n=1240)	No	38.1 (430)	1	0.03
	Yes	27.7 (31)	0.73 (0.53-0.98)	
Health insurance	No	28.2 (215)	1	0.001
	Yes	51.9 (250)	1.84 (1.59-2.12)	
Chronic health problem	No	29.9 (277)	1	0.001
	Yes	58.9 (188)	1.99 (1.72-2.25)	
Self-reported health	Good/Excellent	34.2 (315)	1	0.001
	Poor/Regular	46.4 (150)	1.36 (1.14-1.62)	
SRQ+ male	No	28.5 (141)	1	0.8
	Yes	29.7 (22)	1.04 (0.72-1.52)	
SRQ+ female	No	43.9 (230)	1	0.5
	Yes	47.3 (71)	1.08 (0.89-1.31)	

*P for at least one PR \neq 1 **linear trend test

Table 3. Regular doctor and adjusted prevalence ratios for demographic, socioeconomic, and morbidity characteristics. Rio Grande, Brazil. 2000.

Characteristic		PR (95% CI)	P
Per capita income ^a	0-56	1	0.001*
	57-92	1.17 (0.89-1.53)	
	93-194	1.41 (1.05-1.89)	
	195-5000	1.70 (1.29-2.23)	
Education ^a	1 year	1.02 (0.99-1.04)	0.08
Gender ^a	Male	1	0.001
	Female	1.53 (1.34-1.75)	
Age by group ^a	15 – 24	1	0.001*
	25 – 44	1.63 (1.19-2.25)	
	45 – 64	2.07 (1.49-2.87)	
	65 or more	2.84 (1.95-4.14)	
Health insurance ^b	No	1	0.001
	Yes	1.48 (1.19-1.84)	
Chronic health problem ^b	No	1	0.001
	Yes	1.54 (1.32-1.80)	
Self-reported health ^b	Good/Excellent	1	0.02
	Poor/Regular	1.22 (1.03-1.46)	

*linear trend test

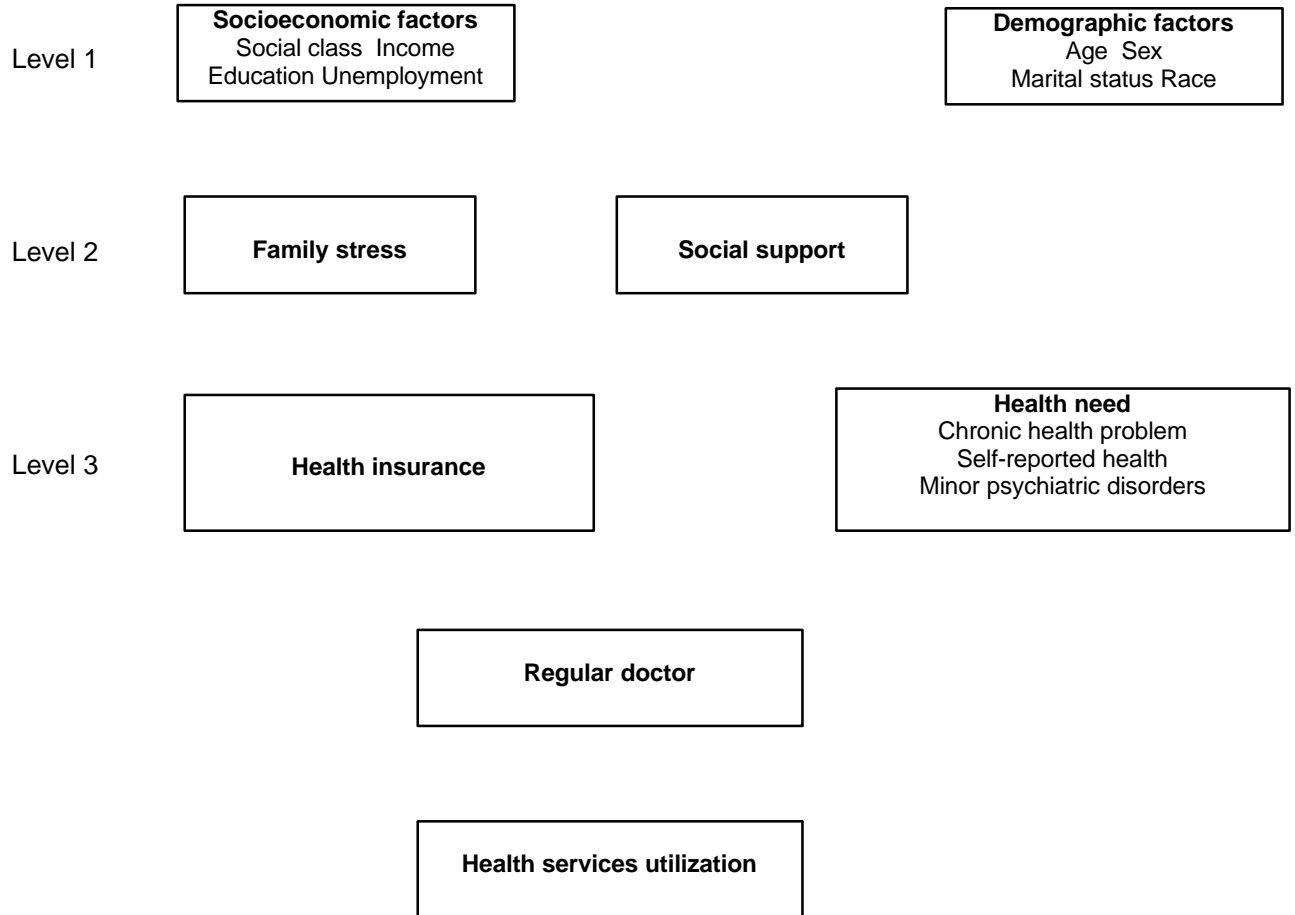
^a First level: per capita income, education, gender and age (n=1226)^b Third level: first level + chronic health problem, health insurance and self-reported health (n=1226)**Table 4. Effect of regular doctor on health services utilization. Rio Grande, Brazil. 2000.**

Utilization measure	Crude PR (95% CI)	P	Adjusted PR (95% CI)*	P
Clinical breast examination (n=327)	1.38 (1.10-1.73)	0.005	1.30 (1.03-1.64)	0.03
Breast self-exam (660)	1.21 (1.04-1.41)	0.02	1.11 (0.94-1.32)	0.2
Mammography (332)	1.32 (0.99-1.77)	0.06	1.13 (0.84-1.53)	0.4
Cervical cancer prevention (n=327)	1.26 (1.06-1.51)	0.01	1.23 (1.02-1.47)	0.03
Prostate cancer prevention (n=264)	2.79 (1.88-4.13)	0.001	1.84 (1.20-2.81)	0.005
Visit to doctor (n=1224)	1.36 (1.26-1.48)	0.001	1.23 (1.12-1.35)**	0.001

*adjusted for age, income, education, health insurance, chronic health problem and self-reported health.

** adjusted to previous variables and gender.

Figure 1.
Hierarchical analysis model for having a regular doctor





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

PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS NA
UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM ADULTOS,
NA CIDADE DE RIO GRANDE.

PROJETO DE PESQUISA

RAÚL MENDOZA SASSI

Pelotas, Novembro de 2001

Índice

<u>1. Introdução</u>	88
<u>1.1. Medidas da Utilização</u>	88
<u>1.2. Fatores Determinantes da Utilização</u>	90
<u>1.2.1. Demográficos</u>	90
<u>Idade</u>	90
<u>Sexo</u>	90
<u>Cor ou Raça</u>	91
<u>Tamanho da família</u>	92
<u>Estado civil</u>	92
<u>1.2.2. Socioeconômicos</u>	92
<u>Classe Social</u>	92
<u>Renda</u>	93
<u>Escolaridade</u>	95
<u>Desemprego</u>	96
<u>Seguro de saúde</u>	96
<u>Outras variáveis socioeconômicas</u>	97
<u>1.2.3. Suporte social - Família</u>	97
<u>1.2.4. Acessibilidade dos Serviços de Saúde</u>	98
<u>1.2.5. Necessidade em Saúde</u>	104
<u>1.3. Equidade</u>	106
<u>2. Justificativa</u>	107
<u>3. Marco Teórico</u>	108
<u>4. Objetivos</u>	111
<u>4. Objetivos</u>	112
<u>4.1. Geral</u>	112
<u>4.2. Específicos</u>	112
<u>5. Hipóteses</u>	113
<u>6. Metodologia</u>	114
<u>6.1. População e Amostra</u>	114
<u>6.2. Variáveis</u>	115
<u>6.2.1. Variáveis Independentes</u>	115
<u>6.2.2. Variáveis Dependentes</u>	119
<u>6.3. Instrumentos</u>	119
<u>6.4. Seleção e Treinamento dos Entrevistadores</u>	120
<u>6.5. Estudo Piloto</u>	120
<u>6.6. Logística</u>	120
<u>6.7. Material</u>	121
<u>6.8. Processamento e Análise dos Dados</u>	121
<u>6.9. Controle de Qualidade</u>	122
<u>6.10. Aspectos Éticos</u>	122
<u>7. Divulgação dos Resultados</u>	122
<u>8. Cronograma</u>	123
<u>9. Orçamento</u>	124
<u>10. Bibliografia</u>	125

1. INTRODUÇÃO

A utilização de serviços de saúde, vem sendo estudada com maior ênfase desde a década de 60. As motivações para isso, encontram-se na ampliação das reformas sociais e nas políticas de saúde, tentando oferecer atenção médica aos grupos menos favorecidos, na procura de satisfazer as necessidades em saúde, e obter maior equidade⁽¹⁾.

O motivo pelo qual uma pessoa consulta surge da interação de fatores sociais, físicos e psicológicos, onde a utilização de serviços e a cobertura alcançada, reflete não apenas a morbidade, mas também a disponibilidade dos serviços, a propensão de utilizá-los e a necessidade em saúde existente⁽²⁾.

Segundo Donabedian, necessidade em saúde, é a perturbação da saúde e do bem estar da pessoa⁽³⁾. Existem outras definições de necessidade em saúde⁽⁴⁾, mas a de Donabedian tem a vantagem de ser aplicada tanto ao ponto de vista da pessoa como a do profissional da área da saúde.

Bradshaw⁽⁵⁾ considera que existem diversos tipos de necessidades e as divide em: a) necessidade sentida, que se refere à percepção que as pessoas tem sobre seus problemas em saúde; b) necessidade expressada que equivale à demanda de cuidados e serviços; seria a necessidade sentida que finaliza no processo da busca de serviços; c) necessidade normativa, que é aquela definida pelo perito, profissional ou administrador, em relação a uma determinada norma desejável ou ótima. Esta divisão de Bradshaw deixa claro a dinâmica da necessidade e a complexidade da mesma. O indivíduo pode sentir uma necessidade, mas por vários motivos (falta de acesso econômico, cultural, geográfico), não haver expressão da mesma ao nível do serviço.

1.1. MEDIDAS DA UTILIZAÇÃO

A medida da utilização, pode ser realizada através de diversas variáveis. Maurana e Eichorn⁽⁶⁾ identificaram mais de 100 tipos diferentes na literatura sobre o tema, que podiam ser classificadas segundo volume (nº de visitas ao médico, percentagem de pessoas que consultaram, probabilidade de utilização, nº de internações), segundo tipo de visita (médica, cirúrgica, obstétrica, e

outras), segundo motivo da visita (preventiva, administrativa, curativa), segundo tipo de provedor (público, beneficente, filantrópico, privado), segundo local da visita (ambulatório de hospital, emergência, domiciliar, posto) e outros. Em geral os mais utilizados são o nº de visitas por pessoa, a percentagem de população que consultou, o nº de internações por pessoa e a percentagem de população que internou. O termo cobertura é mais adequado quando o estudo realizado é de base populacional e representativo, conforme afirmam Habitch, Victora e Vaughan⁽⁷⁾. Muitos dos artigos revisados não utilizam este termo. Por este motivo optou-se por manter o termo utilização quando assim definido pelo autor.

O número de consultas em média que a pessoa utiliza por ano, é similar entre as pessoas de diversos países e se situa em torno de 3 a 4, conforme mostram os trabalhos de Alberts em Curaçao⁽⁸⁾, Mapelli na Itália⁽⁹⁾ e Salber nos Estados Unidos⁽¹⁰⁾. No Brasil o estudo de Costa e Facchini encontrou uma média de 3 consultas por habitante/ano⁽¹¹⁾.

Também diversos artigos mostram um padrão similar com respeito à percentagem da população que consulta. Salber⁽¹⁰⁾ e Lambrew⁽¹²⁾ nos Estados Unidos, Nolan em Irlanda⁽¹³⁾, Fylkesnes na Finlândia⁽¹⁴⁾ observaram que entre 60 e 70% da população consultou no período de um ano. No sul do Brasil o estudo de Costa e Facchini encontrou uma prevalência para utilização de consultas em um ano de 70%⁽¹¹⁾. Em outro estudo na Bahia, nordeste do Brasil, realizado por Silva, a prevalência de utilização para o período de 30 dias foi de 12,5%⁽¹⁵⁾. Esta diferente proporção de pessoas que consultaram, além de poder ocorrer por diferenças regionais, indica também que a distribuição de consultas durante o ano não é uniforme, já que muitas das pessoas que consultam no período de um mês, deve voltar a fazê-lo nos meses seguintes, concentrando uma maior quantidade de consultas.

Há evidências de que a parcela da população responsável pela maior proporção de consultas é similar entre os países. Dez a 15% da população, consome 40 a 50% de todas as consultas disponíveis. Isto ocorre em países como Espanha onde 15% dos pacientes de uma clínica utilizavam 43% das consultas⁽¹⁶⁾, Finlândia onde 13,7% da população utilizou 50% das

consultas⁽¹⁷⁾, Estados Unidos onde 12% utilizou 50% das consultas⁽¹⁸⁾, Canadá onde 13% foram responsáveis por 46% das consultas⁽¹⁹⁾ e Itália onde 10% da população utilizou 40,8% das consultas⁽⁹⁾.

1.2. FATORES DETERMINANTES DA UTILIZAÇÃO

1.2.1. DEMOGRÁFICOS

IDADE

Quando se estuda o efeito da idade na utilização de serviços, a curva desenhada é do tipo "J" ou "U", já que as idades extremas (crianças e idosos) utilizam mais os serviços que os outros grupos etários.

Vários artigos mostram o efeito da idade sobre a utilização em países como Estados Unidos^(10, 20-23), Itália⁽⁹⁾, Irlanda⁽¹³⁾, Curaçao⁽⁸⁾, Espanha⁽¹⁶⁾. E este efeito se mantém quando se controlam outras variáveis^(11, 16, 22, 23). Um estudo realizado por Calnan em 4 países (Inglaterra, Grécia, Rússia e Iugoslávia) mostrou que em todos eles a utilização de consultas aumentava conforme aumentava a idade⁽²⁴⁾.

No Brasil, o estudo de Costa e Facchini⁽¹¹⁾ encontrou que após controlar para outras variáveis, as pessoas com 50 anos ou mais tinham maior risco de consultar (OR 1,15; IC 95% 1,06-1,25). Mas nos estudos de Andersen⁽²¹⁾, Wolinski⁽²²⁾ e Bellon Saameno⁽¹⁶⁾ (que utilizaram modelos de regressão linear), a idade consegue explicar não mais do que 4% da variação na utilização de consultas (R^2 menor a 0,04 na melhor das situações), mostrando que outros fatores tem maior importância na utilização dos serviços de saúde.

SEXO

As mulheres utilizam mais os serviços, mesmo após o controle de outras variáveis, como por exemplo necessidade em saúde. Krasnik em Dinamarca⁽²⁵⁾ encontrou que após controlar para outras variáveis demográficas, socioeconômicas e de necessidade em saúde as mulheres

tiveram mais risco de consultar com médico generalista do que os homens (OR 1,76; IC 95% 1,42-2,18). No Brasil o artigo antes citado de Costa e Facchini, encontrou também uma maior utilização pelo sexo feminino (OR 1,84; IC 95% 1,73-1,95). O uso é maior nas mulheres em idade fértil como mostra o trabalho de Bucket⁽²⁶⁾ e Beland⁽²⁷⁾ sugerindo maior utilização por motivos obstétricos ou ginecológicos. Calnan no estudo citado acima, encontrou uma maior utilização por parte das mulheres nos quatro países estudados⁽²⁴⁾.

Nos modelos de regressão linear, a variável sexo não foi um preditor forte da utilização de serviços (3% ou menos), indicando que como a idade, não é um fator de grande peso nos modelos^(16, 28).

COR OU RAÇA

Entre os artigos que analisam o efeito da cor ou raça, Salber⁽¹⁰⁾ em 1976 e Zastowny⁽²⁹⁾ em 1989, ambos nos Estados Unidos encontraram que os negros utilizam mais os serviços públicos, enquanto os brancos usam mais os privados quando precisam consultar um médico. O primeiro autor estratificou por renda, o segundo não realizou nenhum controle.

Parkerson⁽²⁰⁾, também nos Estados Unidos, achou que as mulheres de cor branca tinham maior risco de consultar seis vezes ou mais durante 18 meses de seguimento, comparadas com as mulheres negras, mas não controlou para nenhuma variável socioeconômica. Por outro lado, Carr Hill na Inglaterra⁽³⁰⁾, encontrou que em determinadas categorias de idade e sexo, as pessoas de origem indiana, paquistanesa ou naturais de Bangladesh, tinham maior probabilidade de consultar o médico do que as pessoas da Comunidade Britânica, controlando para classe (manual/não manual), desemprego e situação de moradia (proprietário/não proprietário).

De modo que existem evidências de que cor ou raça podem influenciar a utilização dos serviços, e a direção do efeito difere segundo o país em questão. Mas alguns resultados podem estar afetados pela falta de controle para as variáveis socioeconômicas.

TAMANHO DA FAMÍLIA

O tamanho da família ou o nº de filhos parece influir sobre a utilização de consultas. Zastowny⁽²⁹⁾ nos Estados Unidos mostra que pessoas pertencentes a famílias maiores tendem a consultar mais. Andersen⁽³¹⁾ na Noruega encontrou que mulheres com maior nº de filhos procuram mais o médico.

Quando a unidade de análise é a criança o efeito parece ser outro. O estudo de Wolfe⁽³²⁾ mostrou que a probabilidade de consultar entre crianças entre 1 e 11 anos, diminui com o aumento do nº de irmãos. Estes resultados diferentes podem dever-se portanto a diferenças devidas à unidade de análise utilizada.

ESTADO CIVIL

O estado civil parece influenciar a utilização de serviços por parte das crianças. No artigo de Wolfe citado anteriormente, as crianças pertencentes a mães solteiras consultaram menos que as outras crianças.

Balarajan⁽³³⁾ em estudo desenvolvido na Inglaterra observou um efeito contrário, onde as crianças de mães solteiras tiveram menores chances de consultar do que as outras crianças, mas o efeito esteve no limite da significância (OR 1,11; IC 95% 1.0-1,25).

Esta diferença nos resultados poderia ser atribuída a diferenças entre os países nos sistemas de saúde e políticas implementadas, permitindo uma maior ou menor captação de pessoas com condições socioeconômicas adversas.

1.2.2. SOCIOECONÔMICOS

CLASSE SOCIAL

Balarajan, nos estudos realizados na Inglaterra, encontrou que os trabalhadores manuais consultavam mais em emergência e ambulatório (OR 1,12 p=0,04), mas não no clínico geral⁽³⁴⁾ e que a classe manual estava

associada ao nº de visitas realizadas ao médico geral para as mulheres de 16 a 64 anos (OR 1,06; IC 95% 1,01-1,13)(33).

Nolan(13), na Irlanda, encontrou que as classes sociais mais baixas realizavam mais consultas (empresarial/profissional alta nº de consultas = 2,3; manual sem especialização nº de consultas = 6,3) mas quando se estratificava por grupo de idade e por tipo de seguro as diferenças diminuía (empresarial/profissional alta nº de consultas = 2,71; manual sem especialização nº de consultas = 4,77).

Já Costa e Facchini(11) em Pelotas - Brasil, acharam que a classe mais baixa teve 25% menos chance de consultar (RR 0,74; IC 95% 0,69-0,84) e quando o fizeram utilizaram mais os serviços públicos (OR 5,75 para subproletariado e 30,77 para Classe E). Outros autores como Bucket(26), Andersen(31) e Freeborn(35) exploraram a classe social como fator determinante do uso de serviços mas não encontraram significância.

Assim os resultados de maior ou menor uso por parte da classe social baixa ocorre pelo efeito modificador do tipo de sistema de saúde que existe no país e pelas políticas de saúde vigentes, permitindo maior ou menor acesso ao sistema.

RENDA

Com respeito a renda, Kronenfeld(36) nos Estados Unidos encontrou que esta variável foi significativa como determinante da utilização (utilizando a transformação logarítmica), e aumentou em 2% o R^2 no modelo de regressão linear múltipla utilizado.

Suarez(37) em São Paulo - Brasil, estudando a utilização de serviços em crianças até 5 anos em 6 municípios da Grande São Paulo, encontrou que em menores de 1 ano de idade, quanto maior a renda familiar menor a utilização de serviços (OR 0,1; IC 95% 0,02-0,47). O autor considera que este efeito se deve à menor carga de morbidade nas crianças de famílias com maior renda.

Convém fazer um parêntese antes de prosseguir e deter-se na relação entre classe social e morbidade. Vários artigos estudaram o efeito da classe

social sobre a morbidade e mortalidade e mostraram que quanto mais baixo o nível socioeconômico da pessoa maior a carga de morbidade e mortalidade que experimenta. Freeborn⁽³⁵⁾ encontrou que a renda se relaciona inversa e significativamente com às necessidade em saúde (medidas por auto-percepção de saúde, nº de sintomas presentes, absenteísmo e saúde mental) de tal forma que menor renda maior a necessidade em saúde. Yuen⁽³⁸⁾ encontrou na Inglaterra que pessoas sem acesso a carro e inquilinos de propriedades do governo, apresentaram maior morbidade, e que quanto mais baixo o grupo social, mais altos os níveis de doença. Kaplan⁽³⁹⁾ nos Estados Unidos, encontrou uma correlação significativa entre a mortalidade ajustada por idade para todas as causas e a renda média da família, de tal forma que menor renda maior o risco de morrer. Em uma revisão sobre este tema, Adler⁽⁴⁰⁾ mostrou que existe uma associação entre o nível socioeconômico e os desfechos em saúde em diferentes países, medidos através da mortalidade ajustada e certos fatores de risco (fumo e hipertensão arterial). Finalmente, Judge⁽⁴¹⁾ estudando as crianças de mães solteiras, encontrou que apresentam um risco duas vezes maior de morrer se pertencem às classes mais baixas. Esta relação entre classe social e necessidade pode transformar-se ou não em maior ou menor grau de utilização. Se o sistema de saúde e as políticas de saúde contemplam a relação existente entre classe e morbidade, então os mais desfavorecidos receberam maior atenção, uma vez que também apresentam maior necessidade.

Com respeito ao uso de serviços preventivos, Freeborn⁽³⁵⁾ achou que as mulheres entre 40 e 59 anos e de maior renda utilizaram mais estes serviços, mostrando que a utilização de este tipo de serviço pode estar gerando iniquidade.

Quando a variável dependente é hospitalização, Titkow⁽⁴²⁾ na Polônia encontrou que as pessoas de maior renda tendem a internar mais. Fernandez de la Hoz⁽⁴³⁾ encontrou que os de maior renda e percepção em saúde pobre tiveram 67% mais chances de internar (OR de 1,67; IC 95% 1,15 - 2,44), comparados com os de menor renda e auto-percepção de saúde pobre. Já Roos⁽⁴⁴⁾ no estudo realizado no Canadá com pessoas de 65 anos ou mais,

achou que os de menor renda e saúde pobre internaram com mais frequência e por períodos maiores de tempo (7,8 dias), do que os de maior renda e saúde pobre (4,2 dias). Os motivos para esta diferença, poderiam estar novamente nas variações dos sistemas e políticas de saúde entre os diferentes países, ou em fatores de outra índole, como a forma que as pessoas se comportam frente à doença e nas redes de apoio.

Wan⁽⁴⁵⁾ nos Estados Unidos ao testar um modelo de causalidade encontrou que renda não tem efeito direto sobre a utilização de serviços, mas sim indireto, através das variáveis seguro de saúde e percepção em saúde pobre.

ESCOLARIDADE

Com respeito a escolaridade, Fernandez de la Hoz⁽⁴³⁾, mostra que ajustado para idade e sexo, maior escolaridade está associada a menor utilização dos serviços (curso superior OR 0,78; IC 95% 0,69-0,89). Mas quando a percepção em saúde se ajustava para escolaridade e idade, as diferenças não foram significativas (OR 1,41; IC 95% 0,89 - 2,23). Quando o desfecho foi hospitalização, os resultados mostraram que, controlando para idade, as pessoas com maior escolaridade e auto-percepção de saúde pobre tiveram mais chances de internar (OR 1,79 IC 95% 1,09 - 2,93) que as pessoas com menor escolaridade e o mesmo tipo de auto-percepção de saúde.

Salber⁽¹⁰⁾ nos Estados Unidos, encontrou que quanto maior a escolaridade, maior o nº de consultas realizadas e uma tendência das pessoas brancas consultar mais que no grupo negro, para o mesmo nível de escolaridade. Zastowny⁽²⁹⁾ também nos Estados Unidos, relatou que nas pessoas negras a utilização dos serviços das clínicas se correlacionava negativamente com a escolaridade da mãe.

Suarez⁽³⁷⁾ em São Paulo, encontrou que a utilização de consultas por motivos de doença das crianças menores de um ano era maior quando as mães tinham maior escolaridade (5-8 anos de estudo: OR 3,41 IC 95% 1,02 - 11,33). Na utilização das consultas prenatais e na utilização de imunizações,

observou que os filhos de chefes de famílias com maior escolaridade consultavam nove vezes mais e faziam três vezes mais vacinas.

Na Inglaterra, Oakley⁽⁴⁶⁾ encontrou que mulheres com maior escolaridade consultavam mais após o parto, do que mulheres com menor escolaridade. Já Andersen⁽²¹⁾ encontrou que a escolaridade tem dois efeitos sobre a utilização de consultas que se contrapõem. Um direto, onde à maior escolaridade, maior o nº de visitas e outro indireto, onde maior escolaridade está associada a menor necessidade em saúde, a qual por sua vez está associada a menor o nº de visitas.

DESEMPREGO

O desemprego é outra variável socioeconômica que afeta a utilização de serviços. Yuen⁽⁴⁷⁾ na Inglaterra encontrou que após controlar para idade, região geográfica e propriedade da casa, os desempregados tinham 80% mais chances de consultar um médico geral que as pessoas que estavam empregadas (OR 1,83; IC 95% 1,61 - 2,09). Quando controlado para doenças de longa duração, o risco caiu para 50% (OR 1,53; IC 95% 1,34 - 1,76). Não encontrou uma tendência linear quando se categorizou por tempo de desemprego, apesar de que os indivíduos com 5 ou mais anos sem emprego tiveram um OR maior (2,12 IC 95% 1,12 - 3,78).

Carr-Hill⁽³⁰⁾ em 1996 e também na Inglaterra, encontrou que o desemprego era uma variável significativa na determinação do nº de consultas ajustando para as variáveis idade e sexo. Kandrack no Canadá⁽²⁸⁾, após ajuste para variáveis demográficas, socioeconômicas e de necessidade em saúde, encontrou que o desempregado realizava visitas com diferentes médicos.

SEGURO DE SAÚDE

Os resultados do seguro de saúde sobre a utilização de serviços de saúde é uniforme nos artigos revisados, e mostra que a existência de seguro aumenta a utilização dos serviços por parte dos segurados. Kronenfeld⁽³⁶⁾, Andersen⁽²¹⁾ e Wan⁽⁴⁵⁾ encontraram que, ajustando para variáveis

demográficas, socioeconômicas e de necessidade em saúde, as pessoas com seguro de saúde consultam mais. Este resultado está de acordo com a idéia de que o seguro de saúde facilita a utilização de serviços de saúde, uma vez que a pessoa tem acesso facilitado ao sistema.

OUTRAS VARIÁVEIS SOCIOECONÔMICAS

Alguns autores, ingleses principalmente, tem explorado o efeito de alguns fatores socioeconômicos específicos. Balarajan^(33, 34), utilizou a variável situação de moradia e acesso a carro como fatores que influenciam a utilização de serviços. Em ambos artigos encontrou que ainda controlando para fatores demográficos e outras variáveis socioeconômicas, os inquilinos de casas do Estado e as pessoas com carro fazem mais consultas. Os ORs para moradores em propriedades do Governo variaram entre 1,11 (IC 95% 1,02-1,21) para crianças e 1,28 para homens entre 16 e 64 anos (IC 95% 1,18 - 1,39). No caso de acesso a carro os ORs foram de 1,14 (IC 95% 1,05 - 1,24) para homens de 16 a 64 anos a 1,12 (IC 95% 1,05 - 1,19) para mulheres de 16 a 64 anos.

Similarmente, Carr-Hill⁽³⁰⁾ utilizando a categoria proprietário/não proprietário de casa, encontrou que homens e mulheres entre 15 e 64 anos não proprietários de casa realizavam mais consultas, mesmo após controlar para variáveis como classe, idade, sexo e cor.

Wolfe⁽³²⁾ nos Estados Unidos, ajustando para outras variáveis entre as quais a renda familiar, encontrou que mães que trabalhavam fora em tempo integral e mães que não trabalhavam levavam suas crianças menos ao médico. Supõe o autor que no 1º caso, o menor nº de consultas seja decorrente da ausência da mãe do domicílio, enquanto no segundo caso seja devido a que a mãe tem melhores condições de cuidar do filho, ficando portanto menos doente.

1.2.3. SUPORTE SOCIAL - FAMÍLIA

A família parece influenciar a utilização de serviços. Além do tamanho da família, já analisado antes, outro fator envolvido é o estresse ou a disfunção

familiar. Parkerson⁽⁴⁸⁾ ao estudar o efeito na utilização de consultas, encontrou que controlando para idade, sexo e cor, pacientes com mais de 6 visitas tinham mais estresse familiar, mas as chances eram pequenas (OR 1,02).

De la Revilla⁽⁴⁹⁾ na Espanha, achou que grandes utilizadores de serviços (9 ou mais consultas) tinham um RR de 6,5 de pertencerem a uma família disfuncional (IC 95% 3,95 - 10,67). Mas o autor não controlou outras variáveis como idade ou sexo. Por sua vez Gomez Rodriguez⁽⁵⁰⁾ no mesmo país, ao estudar o comportamento de duas comunidades, achou que os pacientes da comunidade com pior situação socioeconômica tinham um estresse familiar mais alto e consultavam mais que os pacientes da outra comunidade com melhor situação socioeconômica. Também neste caso não houve controle para outras variáveis que podem afetar a utilização como idade, sexo e necessidade em saúde.

O papel da mãe parece influenciar a utilização de serviços. Oakley⁽⁴⁶⁾ mostrou que bebês de mães grandes utilizadoras às seis semanas e um ano após o parto, também foram grandes utilizadores de serviços, mesmo após ajuste para variáveis socioeconômicas e de necessidade em saúde (OR 2,63; IC 95% 1,35 - 5,13).

Com respeito ao suporte social e o efeito nas consultas, Krasnik⁽²⁵⁾ encontrou que após ajustar para variáveis demográficas e socioeconômicas, indivíduos com menor suporte social tiveram 40% menos chances de utilizar os serviços.

1.2.4. ACESSIBILIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Algumas características dos serviços de saúde podem afetar a utilização. A distância entre o domicílio da pessoa e o serviço é uma variável freqüentemente utilizada. Contudo, nenhum dos 6 artigos que incluíram a variável mostrou efeito algum^(11, 14, 25, 30, 31, 45). Isto não deve ser interpretado como uma ausência de relação entre distância e utilização, mas sim que deve existir um patamar mínimo a partir do qual o efeito se manifesta.

O nº de médicos por habitante é outra variável de serviços utilizada ao estudar os determinantes da utilização. Dos 3 artigos que incluíram esta variável, só o trabalho de Mapelli na Itália⁽⁹⁾, mostrou associação significativa com utilização (foi a 3ª variável em ordem de importância, depois de duas variáveis que mediam necessidade). Andersen⁽²¹⁾ e Fylkesnes⁽¹⁴⁾ exploraram essa relação mas sem encontrar efeito algum. Novamente, ao igual que com a relação distância ao serviço, na relação entre número de médicos e utilização deve haver um valor mínimo de número de médicos/habitantes abaixo do qual a utilização se vê afetada, não significando portanto que não exista a relação.

Outras características dos serviços de saúde parecem influir na utilização dos mesmos. Possuir um médico ou um local definido com quem ou onde a pessoa consulte está relacionado diretamente com a maior utilização. Este aspecto denominado por alguns autores como “fonte regular de consulta” pode ser considerado tanto uma forma de medir a utilização, quanto um fator preditor da utilização.

Algumas definições do acesso, como a utilizada por Andersen e Aday⁽²¹⁾, incluem a fonte regular de consulta como um componente estrutural do serviço de saúde que garante uma entrada facilitada ao sistema, melhorando o acesso. Os pesquisadores que utilizaram este conceito, encontraram uma forte associação entre esta variável e o acesso ao sistema, sendo um dos preditores mais fortes da utilização ou da facilitação ao acesso^(21, 51-54).

Como indicador da utilização, a fonte regular de consulta ou médico definido está inserida como elemento da qualidade da atenção, vinculada à continuidade da atenção e à relação médico-paciente⁽⁵⁵⁾. Assim, pode ser um elemento determinante da equidade do sistema, como também pode ser um dos aspectos que compõem a qualidade da atenção. Em ambos os casos, pode servir como mecanismo para atenuar diferenças na utilização dos serviços de saúde entre os grupos sociais menos favorecidos e os mais favorecidos.

A prevalência de fonte regular de consulta nos Estados Unidos, situa-se entre 70 e 80%. Hayward⁽⁵⁴⁾ encontrou 83%; Mainous⁽⁵⁶⁾ 81%, Lambrew⁽¹²⁾ 71% e Lave 89%⁽⁵⁷⁾. As cifras são altas. Podem ser devidas à forma de medir fonte regular de consulta. A maioria dos estudos mede esta variável perguntando se a pessoa tem um médico ou um local onde costuma consultar quando apresenta algum problema de saúde. Cremos que uma melhor aproximação seria acrescentar à anterior, a pergunta qual o nome do médico ou do local, uma vez que a identificação nominal dá maior certeza de que realmente é uma fonte regular. Alguns artigos adotam esta aproximação.

No Brasil o estudo de Stein, realizado na emergência de um hospital de Porto Alegre, RS, mostrou que apenas um 30% dos pacientes entrevistados referiam ter um médico definido⁽⁵⁸⁾.

Uma vez que fonte regular de consulta é um indicador do acesso aos serviços de saúde, interessa estudar seus determinantes. Entre os fatores demográficos, o sexo masculino tem menor probabilidade de possuir um médico fixo, ou uma fonte regular de cuidados médicos. Rask⁽⁵⁹⁾ encontrou que no modelo de regressão logística onde entraram escolaridade, falta de seguro, falta de transporte entre outras variáveis, os homens tinham quase 50% mais chances de não ter uma fonte regular (OR 1,49; IC 95% 1,26-1,75). Lave⁽⁵⁷⁾ encontrou o mesmo resultado num modelo que incluiu escolaridade, renda, e cor. Hayward⁽⁵⁴⁾ encontrou 70% de chances do sexo masculino não ter médico definido, em um modelo onde entraram idade, necessidade em saúde, renda, seguro de saúde, cor e escolaridade (OR 1,7; IC 95% 1,4-2,0). No modelo logístico de Galagher⁽⁶⁰⁾, as mulheres tiveram praticamente 5 vezes mais chances de informar que tinham um médico definido (OR 4,48; IC 95% 2,34-8,57), onde estavam incluídas também idade, variáveis socioeconômicas e necessidade em saúde.

Com respeito à idade, no modelo de Hayward, viu-se que crianças menores de 12 anos (OR 0,2 IC 95% 0,1-0,3) e indivíduos de 45 a 64 anos (OR 0,5 IC 95% 0,4-0,6) e maiores de 65 anos (OR 0,4 IC 95% 0,3-0,6) apresentavam menores chances de não ter uma fonte regular de consulta. Galagher no modelo antes citado, encontrou que pessoas com 41 anos ou

mais tinham maiores chances de ter uma fonte de cuidados permanente (OR de 1,8 IC 95% 1,04-3,12), comparados com as pessoas de menor idade. Já Lave não encontrou diferenças significativas entre os grupos de idade, mas sim notou que as pessoas casadas tinham maior probabilidade de consultar com uma mesma fonte de cuidados médicos.

Os aspectos socioeconômicos também determinam as chances de usufruir de um médico regular. O trabalho já citado de Hayward em Estados Unidos, mostrou que ajustado para outras variáveis, os pobres tinham menor probabilidade de possuir um médico fixo em razão de barreiras financeiras (OR 5,2 – IC 95% 2,6-10,6) da mesma forma que as pessoas com menos estudo (OR 2,5 IC 95% 1,3-4,8).

Com respeito à raça, o estudo de Lave, também nos Estados Unidos, mostrou que após controle por renda e escolaridade, os negros tinham maior probabilidade de não possuir uma fonte regular de cuidados médicos.

Outro elemento que afeta a fonte definida de cuidados é o estado de saúde da pessoa. O mesmo trabalho anterior encontrou que as pessoas com melhor auto-percepção de saúde, tem maior probabilidade de não terem um médico ou local fixo para consultar⁽⁵⁷⁾. No trabalho de Hayward, as pessoas com auto-percepção de saúde excelente e boa tinham 40% mais chances de não possuir um médico definido (OR 1,4; IC 95% 1,1-1,9); o de Gallagher mostrou que pessoas com mais de 10 dias de atividade restringida tinham 2,4 vezes mais chances de ter um médico definido do que pessoas com menos de 10 dias de atividade restringida (OR 2,37; IC 95% 1,22 – 4,59)

Pode haver um padrão familiar, ou seja famílias onde todos ou a maioria de seus membros consultam sempre com o mesmo médico, e se esse médico é comum a todos os membros. O estudo de Lave sobre as características dos indivíduos que tem médico definido, mostrou que o fator mais importante para uma criança ter ou não uma fonte regular de cuidado médico é se os pais também tem. Isto poderia reproduzir-se para outros membros adultos da família com respeito ao chefe da família.

Sobre a associação entre fonte regular de consulta e utilização de serviços, a primeira parece influir no volume de consultas médicas, de consultas preventivas, de internações e da utilização dos serviços de

emergência. O trabalho de Stein no Brasil mostrou que após o controle de outras variáveis como idade, tempo de deslocamento até o serviço, 4 ou mais consultas nos últimos 6 meses e hipertensão arterial, os pacientes com médico definido tiveram 2,6 vezes mais chances de utilizar os serviços de emergência do hospital por motivos realmente urgentes (OR 2,63 IC 1,59-4,34) e 3,5 mais chances de utilizar os serviços de atenção primária (OR 3,58 IC 95% 2,19-5,87).

O trabalho de Wasson, um ensaio clínico randomizado para avaliar os efeitos da continuidade da atenção em pessoas de 55 anos ou mais, avaliou que o grupo que recebeu cuidados do mesmo médico durante 18 meses de seguimento teve menor número de internações de emergência e menor quantidade de dias internados que o grupo que não recebeu cuidados contínuos⁽⁶¹⁾.

Em outra pesquisa que também tinha como objetivo estudar o efeito do médico fixo sobre a hospitalização, Mainous encontrou que ajustando para outras variáveis como idade, sexo, cor, local de residência, morbidade e número de vistas ambulatoriais, os indivíduos com continuidade da atenção médica (médico definido) tinham 25% menos chance de internar (OR 0,75; IC 95% 0,66-0,87), comparado com o grupo que possuía um local onde consultar mas não um médico regular⁽⁵⁶⁾.

Com respeito às consultas, Lambrew⁽¹²⁾, encontrou que ajustando para idade, sexo, cor, seguro de saúde, escolaridade, renda, situação no emprego e necessidade de saúde, pessoas que tinham uma fonte definida de consulta tiveram 80% mais chances de consultar (OR 1,81; IC 95% 1,68-1,94); por sua vez, quem tinha médico definido teve praticamente 50% mais chances de consultar do que quem tinha apenas um local definido para consultar (OR 1,47; IC 95% 1,30-1,67).

No que diz respeito à relação entre médico fixo e utilização dos serviços de emergência, Sox⁽⁶²⁾ encontrou que, ajustando para outras variáveis (idade, sexo, cor, seguro de saúde, renda, escolaridade, nº de doenças crônicas e estado de saúde), quem não tinha médico fixo apresentava maior chance de consultar nos serviços de emergência dos hospitais (OR 1,8 IC 95% 1,4-2,4), .

Por outro lado Baker encontrou que as pessoas que identificavam o serviço de emergência como a fonte definida de cuidados médicos, fizeram 25% menos consultas médicas do que aquelas que tinham outra fonte regular de cuidados médicos (1,8 consultas vs. 2,4 consultas; $p < 0,003$)⁽⁶³⁾. Uma limitação comum a ambos estudos, é que foram realizados com indivíduos que consultavam nos serviços de emergência. Assim as inferências restringem-se apenas a este tipo de paciente. Lambrew no artigo citado não encontrou diferenças na utilização dos serviços de emergência entre as categorias fonte definida de consulta/sem fonte definida (OR 1,00 IC 95% 0,91-1,10), médico definido/sem médico ou local definido (OR 0,96 IC 95% 0,89-1,04) e médico definido/local definido de consulta (OR 0,90 IC 95% 0,79-1,03).

Cabe destacar que a utilização do serviço de emergência como fonte regular de consulta é considerada como indicador de baixa qualidade de atenção, uma vez que não garante continuidade e está baseada na premissa da solução rápida do problema mais agudo.

Finalmente, sobre a associação de médico fixo para consultar e volume de consultas preventivas, os estudos de Becker sobre diferenças em imunizações e realização de exames laboratoriais, não mostrou diferenças significativas^(52, 64). Além dos estudos de Becker, o trabalho de Gordis⁽⁶⁵⁾ e o de Spivack⁽⁶⁶⁾, também não encontraram diferenças. Já o estudo de Alpert⁽⁵¹⁾, encontrou que crianças com cuidados contínuos, realizariam mais visitas para acompanhamento e menos por doença, do que crianças sem cuidado contínuo. Assim há controvérsia sobre o efeito da fonte regular de consulta nas consultas preventivas.

Outras características da atenção parecem ser afetadas quando se estuda a continuidade da atenção (entendida como consultas com o mesmo médico). Forrest e Starfield, encontraram que quem tem continuidade na atenção apresenta menor probabilidade de esperar mais dias pela consulta⁽⁶⁷⁾. Também, outros estudos mostraram que estas pessoas demoram menos em procurar atenção médica quando apresentam um problema de saúde. No trabalho antes citado de Sox, quem não tinha um

médico regular teve 60% mais chances de demorar em consultar (OR 1,6 IC 95% 1,2-2,1), em comparação a quem tinha⁽⁶²⁾.

Nesta linha é pertinente perguntar, se quem tem um médico definido precisa consultar menos para solucionar seu problema de saúde (uma forma de avaliar a resolutividade) ou se quando deve internar, consegue fazê-lo na primeira tentativa.

Outras características da acessibilidade aos serviços de saúde, são o custo que a pessoa tem na hora de consultar e a disponibilidade de horários dos serviços de saúde. Com respeito ao custo, é possível estudar quanto a pessoa gasta, incluindo transporte, preço da consulta, exames solicitados, medicamentos prescritos e até o próprio tempo que consome para ir a consultar. Sobre a disponibilidade horária dos serviços de saúde, aqueles que funcionam em horários mais amplos, tem maiores possibilidades de oferecer uma maior acessibilidade.

1.2.5. NECESSIDADE EM SAÚDE

Neste grupo, consideram-se aquelas variáveis que refletem as alterações no estado de saúde da pessoa e que podem levar a consultar. Pode ser medido seja pela auto avaliação da pessoa com respeito ao seu estado em termos de saúde geral, física ou mental, pelo nº de sintomas ou pelo nº de doenças crônicas que a pessoa refere, ou indiretamente pelos dias de restrição às atividades normais em função da doença.

Pope⁽⁶⁸⁾ estudou o comportamento de 4 indicadores de necessidade (percepção em saúde, limitações de atividades diárias, limitações funcionais e dias de atividade restringidos) na utilização. Concluiu que medem aspectos diferentes e que apesar das suas limitações, os indicadores de necessidade em saúde contém abundante informação que pode ser conseguida facilmente e sem maior custo.

Nos estudos que incluem a categoria necessidade em saúde, as variáveis percepção do estado de saúde pelo próprio indivíduo, nº de doenças crônicas ou nº de sintomas presentes, sempre figuram entre os determinantes de maior peso^(9, 14, 21, 45, 69, 70). A auto-percepção de saúde como pobre, ou o maior nº de sintomas ou de doenças crônicas leva a uma maior utilização

de consultas, e existe uma tendência linear, conforme mostram os artigos de Fernandez de la Hoz, Roos e Parkerson^(43, 44, 48).

O conceito de necessidade permite estudar a equidade, analisando a utilização de serviços em função de classe social, renda ou escolaridade e do nível de necessidade. Os princípios do qual se parte são que as classes sociais mais baixas apresentam maior carga mórbida e portanto deveriam utilizar mais os serviços; e que para classes sociais diferentes e para igual nível de necessidade, não deveria existir diferença no grau de utilização dos serviços de saúde.

Dois autores, Fernandez de la Hoz, acima citado e Nolan⁽¹³⁾ analisam a utilização dos serviços sob este ponto de vista. Fernandez de la Hoz na Espanha, estratificou por nível de renda e ajustou por idade, tamanho familiar e nível de necessidade e concluiu que as pessoas de maior renda tiveram 15% mais chances de consultar (OR 1,15; IC 95% 1,01 - 1,30) e 44% mais chances de internar (OR 1,44 IC 95% 1,18 - 1,76) do que as de menor renda. Estratificado por nível de saúde, o grupo de renda alta e saúde pobre teve 67% mais chances de internar (OR 1,67; IC 95% 1,15 - 2,44). Nolan ajustou por classe social, e observou que as classes manuais consultaram mais que as classes empresarial/profissional alta. Posteriormente quando analisou a relação necessidade/utilização por classe concluiu que a classe manual na Irlanda utilizou mais os serviços que a classe alta por apresentar maior necessidade em saúde.

São portanto diversos os determinantes da utilização/cobertura. Hershey⁽⁷¹⁾ diz que é necessário utilizar o maior número possível de variáveis independentes, mas dentro de uma coerência com respeito à medida de desfecho utilizada, e que devem incluir-se uma maior quantidade de informações sobre as necessidades das pessoas. Estas recomendações, adquirem maior importância quando se sabe que os modelos não conseguem explicar mais do que 40% da variação⁽³⁶⁾.

Alguns obstáculos encontrados são as dificuldades de definição e conceituação de variáveis que meçam realmente aquilo que se postula. Exemplos são a dificuldade de medir utilização e necessidades em saúde, conforme se observou anteriormente. Mas talvez o problema principal, seja

compreender o que é utilização adequada ou inadequada (excesso ou falta), já que as medidas de necessidade usadas, não necessariamente mostram a utilização apropriada dos serviços, apenas a ocorrência do seu uso.

1.3. EQÜIDADE

O conceito da eqüidade refere-se ao princípio de que os cuidados em saúde devem ser oferecidos segundo a necessidade que apresenta a pessoa, de tal forma que pessoas com maior necessidade devem receber maiores cuidados. Não há dúvidas que as classes menos favorecidas, apresentam maior necessidade em saúde⁽³⁸⁻⁴⁰⁾, portanto os sistemas de saúde e as respectivas políticas, devem considerar esta singularidade.

Um sistema será mais ou menos eqüitativo dependendo do grau em que as pessoas com maiores necessidades em saúde, sejam satisfeitas. Por isso, tradicionalmente tem se avaliado a eqüidade estudando a utilização dos serviços por grupo social uma vez que, os grupos sociais menos favorecidos apresentam maiores necessidades em saúde. Esta abordagem da eqüidade é chamada de “vertical”. Mas alguns autores postulam uma eqüidade “horizontal”, onde para uma mesma necessidade, grupos sociais de estratos diferentes, devem receber os mesmos cuidados em saúde⁽⁸⁾.

Dois artigos, mostram a importância de ajustar por necessidade em saúde. Kleinman⁽⁷²⁾ e Newacheck⁽⁷³⁾, observaram que ao estratificar por necessidade em saúde pobre, ou incluir esta variável no modelo multivariado, as classes sociais baixas tiveram menor utilização das consultas ambulatoriais que as classes altas. Se não tomavam em consideração esta variável, a utilização entre classes não mostrava diferença. Assim é necessário ajustar a variável necessidade em saúde (medida de várias formas) para classe social, se deseja-se estudar adequadamente a eqüidade.

2. JUSTIFICATIVA

O estudo dos determinantes da utilização dos serviços de saúde permite identificar aspectos relevantes para o planejamento e organização dos sistemas de saúde. Um sistema será mais ou menos equitativo segundo a cobertura que ofereça para os indivíduos mais necessitados. A equidade é resultante da relação entre necessidade em saúde e utilização dos serviços de saúde para os diferentes grupos socioeconômicos.

Os indivíduos das classes mais desfavorecidas apresentam maior carga de morbidade. Mas as vezes não conseguem satisfazer essas necessidades em função de barreiras (geográficas, temporais, econômicas e outras) no acesso aos serviços de saúde. Outras vezes a falta de acessibilidade ocorre para determinados tipos de utilização, como por exemplo para as consultas preventivas, para as internações, ou para a consulta com especialistas.

Por outro lado, certas características dos serviços de saúde afetam positivamente a utilização, como por exemplo ter um médico definido para consultar. Esta característica, inserida dentro do conceito de continuidade da atenção, pode atuar como modulador e facilitador da utilização, diminuindo a iniquidade para as classes sociais mais baixas.

Portanto, a investigação dos fatores associados à utilização de serviços de saúde, permite identificar quais os grupos sociais com menor acesso, quais as barreiras existentes, que tipo de serviços são menos acessíveis e que fatores podem melhorar a acessibilidade ao nível do município.

Com estes elementos, é possível implementar mudanças ou reforços nas políticas de saúde municipais que levem a um planejamento e uma organização mais adequada do sistema vigente, centrado nas necessidades das pessoas e dos grupos menos favorecidos.

3. MARCO TEÓRICO

O modelo teórico pode ser visto na figura 1. Dentro deste modelo de determinação para a utilização de serviços de saúde, a categoria analítica classe social é sobredeterminante, atuando sobre as outras categorias. A categoria fatores demográficos (idade, sexo, estado civil, cor) situa-se no mesmo nível. Renda e escolaridade e desemprego serão analisadas separadamente da classe social, uma vez que se supõe que possam ter um efeito particular sobre a utilização de serviços de saúde. A categoria socioeconômica atua sobre as variáveis intermediárias e proximais. Já a categoria demográfica, teria seu efeito mediado através da categoria necessidade em saúde.

As categorias analíticas, família (tipo familiar, família mono/biparental e estresse familiar), suporte social e eventos estressantes encontram-se no 2º nível. Estariam determinadas pelas variáveis socioeconômicas e atuam sobre as variáveis necessidades em saúde. No caso do estresse familiar, é possível que membros de famílias com esta característica tenham uma saúde mental pobre e maiores queixas psicossomáticas. No caso dos eventos estressantes, estes podem originar distúrbios psiquiátricos menores. Também estas categorias poderiam atuar sobre alguma das variáveis de acessibilidade, como médico definido, uma vez que se pensa por exemplo que famílias com estresse familiar ou pessoas sem suporte social tenderiam a não ter continuidade na atenção. Poderiam também ter parte do seu efeito mediado através da categoria comportamento na busca de cuidados médicos, uma vez que pessoas provenientes de famílias com estresse, indivíduos sem suporte social ou com maior número de eventos estressantes, poderiam ter um comportamento na busca de cuidados médicos menos adequado, entendendo por isto que se automedicam com maior facilidade, ou que precisam da opinião de terceiros para saber se devem ou não consultar.

No terceiro nível encontra-se a categoria acessibilidade do serviço de saúde (com as variáveis: médico definido, distância-tempo ao serviço mais próximo, demora na marcação de consulta, custo e horário de atendimento), a categoria necessidade em saúde (com as variáveis auto-percepção de saúde,

número de doenças crônicas e dias com restrição de atividade por doença, transtornos psiquiátricos menores, tabagismo e alcoolismo), e comportamento na procura de cuidados médicos. As três categorias atuam sobre o nível inferior.

A variável mais próxima é a categoria satisfação do usuário. Em realidade esta variável tem uma relação de causalidade reversa com a utilização. Se o indivíduo já consultou antes e por tanto teve uma experiência que pode ter resultado satisfatória ou não, a variável se situaria antes do desfecho. Se se tratar da primeira consulta ou de uma nova consulta, esse novo evento de consulta gerará uma resposta de satisfação e portanto a variável se localizaria em posição mais distal ao desfecho.

A variável de desfecho utilização de serviços compreende o número de consultas médicas, consultas preventivas, e internações.

Figura 1. Modelo teórico da utilização de serviços de saúde

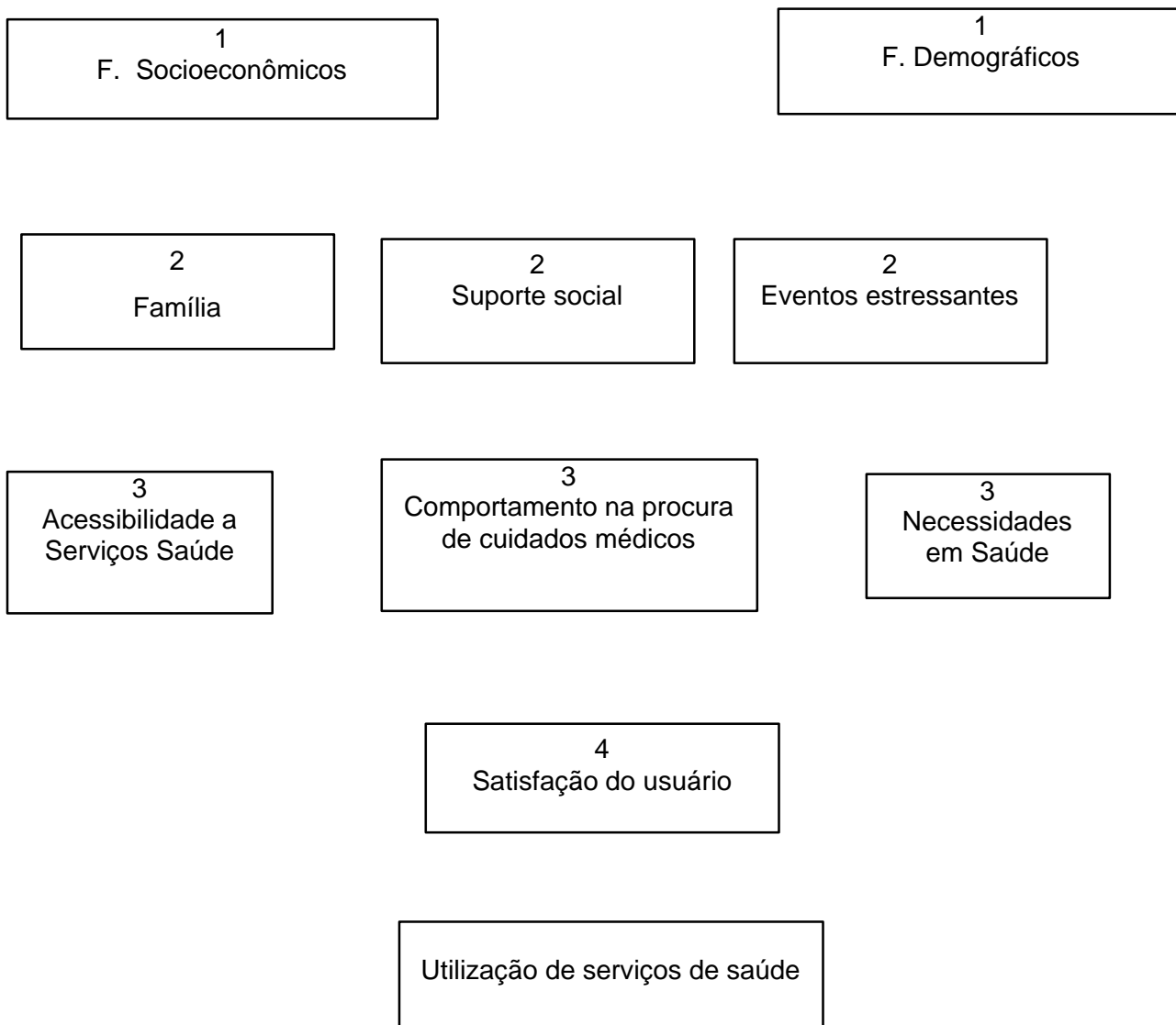
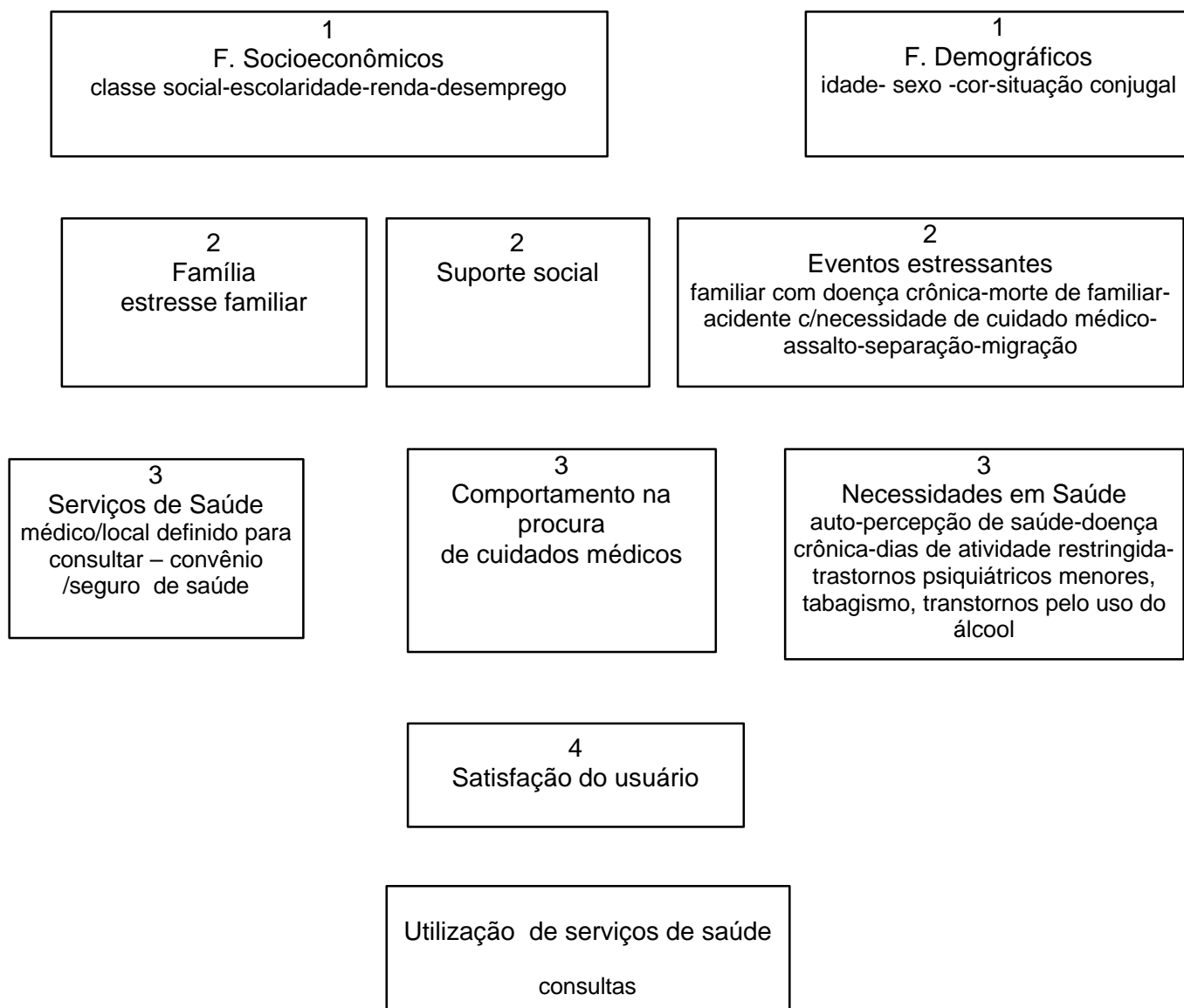


Figura 2. Modelo de análise da utilização de serviços de saúde



4. OBJETIVOS

4.1. GERAL

-Estudar a prevalência da utilização de serviços de saúde e os fatores associados, na população de 15 anos ou mais na cidade de Rio Grande.

4.2. ESPECÍFICOS

- Estudar a frequência de utilização de consultas, consultas preventivas e internações, na população adulta da cidade de Rio Grande.

- Estudar a associação entre as consultas médicas com:

- idade, sexo, cor e estado civil

-classe social, renda, escolaridade e desemprego

- estresse familiar, tipo de família, suporte social

- eventos estressantes

- médico e local definido para consultar

- convênio ou seguro de saúde

-comportamento na procura de cuidados médicos

- auto-percepção de saúde, dias de atividade restringida, problemas de saúde crônicos, saúde mental, fumo e álcool

- satisfação

-Avaliar a equidade dos serviços de saúde na utilização de consultas, consultas preventivas e internações entre as diferentes classes sociais e conforme as necessidades em saúde.

- Aportar elementos que permitam um planejamento e uma organização mais adequada e equitativa dos serviços de saúde.

5. HIPÓTESES

1) A utilização de consultas, consultas preventivas e internações está:

a) diretamente relacionada com:

- sexo feminino
- idade de 65 anos ou mais
- classe social alta, maior renda, maior escolaridade e desemprego
- eventos estressantes
- necessidade em saúde
- médico e/ou local definido para consultar
- adequado comportamento na procura de cuidados médicos

b) inversamente relacionada com:

- estresse familiar
- menor suporte social
- ausência de seguro privado ou convênio de saúde
- insatisfação com algum atendimento prévio

2) Para um mesmo nível de necessidade em saúde, as pessoas das classes sociais baixas consultam em menor proporção do que as pessoas das classes sociais altas.

3) Para um mesmo nível de necessidade em saúde, as pessoas das classes sociais baixas realizam uma menor proporção de consultas preventivas do que as pessoas das classes sociais altas.

4) Para um mesmo nível de necessidade em saúde, as pessoas das classes sociais baixas internam em menor proporção do que as pessoas das classes sociais altas.

6. METODOLOGIA

6.1. POPULAÇÃO E AMOSTRA

O estudo será realizado na população residente na zona urbana da cidade de Rio Grande. Constará de um estudo transversal de base populacional. A amostra foi calculada fixando um alfa de 0,05, um poder de 80%, e para uma relação não expostos/expostos a classe social baixa de 1:4, onde a prevalência total de consultas fosse 16% nos últimos dois meses e a prevalência nos não expostos fosse de 9%, com uma RP de 2,0. Com estes parâmetros chegou-se à cifra de 811 pessoas, que acrescida de 10% para perdas, 20% para efeito de delineamento e 20% para fatores de confusão, resultou em 1 285 entrevistados.

Tabela 1. Cálculo do tamanho da amostra para os principais fatores associados.

FATOR	Alfa	Poder	Nexp: Exp	Prop Nexp	Prop Exp	RP	Prev Nexp*	No. No. Nexp Exp	N	Total**
Médico definido	0,05	80%	4:1	0,80	0,20	2	13	372 93	465	609
C. social baixa	0,05	80%	1:4	0,20	0,80	2	9	162 649	811	1285
Sexo	0,05	80%	1:1	0,50	0,50	2	11	195 195	390	618
Saúde pobre	0,05	80%	5:1	0,83	0,17	2	14	405 81	486	770
S/suporte social	0,05	80%	9:1	0,90	0,10	2	15	612 68	680	1077
D. Crônica	0,05	80%	9:1	0,90	0,10	2	15	612 68	680	1077
Desemprego	0,05	80%	9:1	0,90	0,10	2	15	612 68	680	1077
Estresse familiar	0,05	80%	5:1	0,83	0,17	2	14	405 81	486	1077
Idade > a 60 anos	0,05	80%	6:1	0,86	0,14	2	14	468 78	546	865

NExp = não expostos; Exp = expostos; Prop = proporção; Prev = prevalência

* Calculado com fórmula: $Prev \ N \ Exp = \frac{PT}{Proporção \ Exp} \times RP + Proporção \ N \ Exp$

** Total acrescido de 10% por perdas, 20% para efeito de delineamento e 20% por confusão

Considerando que existem 3,4 pessoas por domicílio na região urbana de Rio Grande (Censo IBGE, 1996) e que a proporção de maiores de 15 anos é de 0,73, o número de domicílios a serem visitados é de 518. Será realizada uma amostragem por conglomerados (setores censitários). O distrito de Rio Grande conta com 242 setores censitários. Optou-se por utilizar 45 setores censitários. Assim em cada setor será necessário visitar 12 domicílios. O sorteio dos setores será sistemático, sorteando-se o primeiro conglomerado

entre os setores 1 a 5, e acrescentando um intervalo de 5,38, para sortear os subseqüentes.

Em cada conglomerado será sorteada uma quadra, e de cada quadra uma esquina. A partir da esquina sorteada, e iniciando a partir da primeira casa cuja porta de entrada esteja situada à esquerda (situado de costas à esquina sorteada), se identificarão as três primeiras casas. Destas, será sorteada uma para ser visitada. A partir desta, e de forma sistemática, serão visitadas uma de cada três casas, até completar os 12 domicílios.

Os aspectos referentes à utilização de serviços de saúde (medida como proporção de número de pessoas que realizaram consultas nos últimos 2 meses e últimos 12 meses, consultas preventivas anteriores e número de internações no último ano), serão pesquisados em todas as pessoas de ambos os sexos e com idade igual ou superior a 15 anos, residentes nos domicílios sorteados.

6.2. VARIÁVEIS

6.2.1. VARIÁVEIS INDEPENDENTES

Tabela 1. Categoria analítica Fatores Demográficos

VARIÁVEL	DEFINIÇÃO	ESCALA
Idade	Variável contínua. Idade no momento da entrevista, calculada da data de nascimento e a data da entrevista	Anos. 15 até valor máximo.
Sexo	Variável dicotômica.	Masculino – Feminino
Cor	Variável dicotômica	Branco – Não branco
Estado civil	Variável nominal	Concubinato - Casado – Solteiro – Divorciado – Separado – Viúvo

Tabela 2. Categoria analítica Fatores Socioeconômicos

VARIÁVEL	DEFINIÇÃO	ESCALA
Grupo socioeconômico (ABIPEME)	Variável ordinal, construída com bens materiais e escolaridade	A, B, C, D, E
Renda familiar per capita	Variável discreta. Soma do dinheiro mensal que ingressa na família dividido pelo nº de pessoas da família	Reais
Escolaridade	a) Variável ordinal. Séries de educação formal b) Variável discreta. Anos de estudo	1) Superior, Superior incompleto, 2º grau, 2º grau incompleto, 1º grau, 1º grau incompleto, Analfabeto 2) Anos de estudo 0 a 20

VARIÁVEL	DEFINIÇÃO	ESCALA
Ocupação	Variável nominal. Atividade principal da pessoa	Categorias específicas segundo lista
Situação no emprego	Variável nominal. Relação da pessoa com o emprego	Empregado, Desempregado menos de 3 meses, Desempregado 3 e mais meses
Tempo de desemprego	Variável discreta. Nº de meses desempregado	1 mês até máximo valor encontrado.
Condições de habitação	Variável nominal. Tipo de moradia	Alvenaria, Madeira, Papelão, Lata, Mista, Outros
Tipo de equipamentos	Variável nominal. Tipo de eletrodomésticos presentes	Lista de eletrodomésticos
Carro	Variável nominal dicotômica. Posse de carro	Sim/Não
Relação com moradia	Variável nominal. Condição em que habita a casa	Dono, Inquilino, Posseiro, Empréstimo.

Tabela 3. Categoria analítica Família – Rede Social

VARIÁVEL	DEFINIÇÃO	ESCALA
Nº de membros	Variável discreta. Nº de pessoas que compõem a família	1 a máximo valor encontrado
Nº de filhos	Variável discreta. Nº de filhos que compõem a família	1 a máximo valor encontrado
Tipo de família	Variável nominal. Constituição familiar segundo casal e gerações que habitam	monoparental/biparental nuclear/extensiva
Estresse familiar	Variável discreta. Grau de desestruturação familiar. Questionário APGAR	Escore de 1 a 7.
Suporte social	Variável discreta. Disponibilidade de alguma pessoa caso precise e deseje ajuda.	Escore de 1 a 5.

Tabela 4. Categoria analítica Acessibilidade a Serviços de Saúde e Satisfação

VARIÁVEL	DEFINIÇÃO	ESCALA
Motivos última consulta	Variável nominal. Problema que motivou a última consulta realizada	Lista de problemas
Local última consulta	Variável nominal. Nome do local onde consultou pela última vez	Lista de locais
Dificuldade em marcar consulta	Variável ordinal. Grau de dificuldade em marcar consulta	1 a 5
Tempo para consultar	Variável discreta. Nº de dias espera por uma consulta	nº de dias
Local onde costuma consultar	Variável nominal. Nome do local que frequenta quando está doente	Lista de locais
Motivo última internação	Variável nominal. Problema pelo qual internou na última vez	Lista de problemas
Hospital da última internação	Variável nominal. Nome do hospital no qual internou na última vez	Santa Casa, Beneficência Portuguesa, H. Universitário, Outros
Hospital onde prefere internar	Variável nominal. Nome do hospital que prefere internar quando está doente	Santa Casa, Beneficência Portuguesa, H. Universitário, Outros

VARIÁVEL	DEFINIÇÃO	ESCALA
Local onde realizou prevenção	Variável nominal. Nome de local onde realizou prevenção. Variável discreta.	Lista de locais
Nº de vezes que consultou para solucionar último problema de saúde	A) Quantas vezes teve que marcar consulta para resolver o problema de saúde. B) Quantos médicos/locais teve que procurar para resolver seu problema de saúde	A) 1 até máximo valor encontrado. B) 1 até máximo valor encontrado
Nº de tentativas para internar	Variável discreta. Nº de vezes que procurou o hospital ou hospitais para conseguir um leito	1 até máximo valor encontrado
Distância ao serviço próximo	Variável discreta. Distância existente da casa ou local de trabalho ao serviço de saúde	Nº de quadras
Gastos para consultar	Variável contínua. Quanto gastou para consultar	R\$
Horário de funcionamento	Tempo em horas que o serviço permanece aberto durante um dia	Horas
Convênios- Seguros	Variável nominal. Convênios e seguros de saúde privados que a pessoa possui	Lista de convênios
Fonte definida de consulta	Variável dicotômica. Tem algum médico ou lugar onde costuma consultar quando apresenta algum problema de saúde	Sim/Não
Local de consulta definido	a) Variável dicotômica Tem um lugar onde costuma consultar quando apresenta algum problema de saúde b) Variável nominal. Nome do local	a) Sim/Não b) Nome de local
Médico definido	a) Variável dicotômica Tem um médico com quem costuma consultar quando apresenta algum problema de saúde b) Variável nominal. Nome do médico	a) Sim/Não b) Nome de médico
Satisfação do usuário	Satisfação de atendimento prévio	Escore 1 a 5, medido por cartela com rostos

Tabela 5. Categoria analítica Comportamento na procura de cuidados⁽⁷⁴⁾

VARIÁVEL	DEFINIÇÃO	ESCALA
Percepção de gravidade da doença	Variável ordinal. Consulta quando percebe que o problema é grave	Escala 1 a 3
Propensão a visitar médico	Variável ordinal. Propensão a visitar médico quando tem um problema de saúde	Escala 1 a 3
Experiência prévia c/doença	Variável ordinal. Utiliza medicamentos usados anteriormente sem consultar	Escala 1 a 4

VARIÁVEL	DEFINIÇÃO	ESCALA
Consulta com “expert”	Variável ordinal. Visita o m se alguém aconselha a consultar	Escala 1 a 4
Percepção da qualidade do serviço	Variável ordinal. Consulta se o local ou médico são de qualidade	Escala 1 a 4

Tabela 6. Categoria analítica Necessidade em Saúde

VARIÁVEL	DEFINIÇÃO	ESCALA
Percepção Estado de Saúde	Variável ordinal. Como a pessoa julga sua saúde nos últimos 2 meses	Excelente – Boa – Regular – Pobre
Sintomas	- N° sintomas. Variável discreta. Número de sintomas nos últimos 2 meses. -Tipo de sintoma. Variável nominal. Sintomas apresentados nos últimos 2 meses	N° de sintomas Lista de sintomas
Doenças crônicas	N° doenças crônicas: Variável discreta. Número de doenças crônicas presentes. Tipo de doença crônica. Variável nominal. Doenças crônico degenerativas que a pessoa seja portadora	N° de doenças crônicas Nomes de doenças crônicas
Dias de inatividade	Variável contínua. N° de dias em que a pessoa não conseguiu fazer suas atividades normais por estar doente, nos últimos 2 meses	Dias. 0 até valor máximo.
Transtorno psiquiátrico menor	Variável ordinal. Avaliação da presença de transtorno psiquiátrico menor	Questionário SRQ20 Ponto de corte homem: 5/6 Ponto de corte mulher: 7/8
Tabagismo	Variável nominal. Dependência com tabaco. Ex-fumante se parou de fumar há 6 meses ou mais. Fumante se atualmente fuma ou parou há menos de 6 meses	Fumante Ex-Fumante Não fumante
Transtornos pelo uso de álcool	Variável discreta. Alterações produzidas pelo uso de álcool	Questionário AUDIT Ponto de corte: 7/8

Tabela 7. Categoria analítica Eventos Estressantes⁽⁷⁵⁾

VARIÁVEL	DEFINIÇÃO	ESCALA
Presença em casa de familiar com doença crônica	Variável dicotômica. Familiar com doença crônica nos últimos 12 meses	Sim/Não
Morte de familiar	Variável dicotômica. Morte de familiar nos últimos 12 meses	Sim/Não
Desemprego	Variável dicotômica. Desempregado no último mês	Sim/Não
Acidente com necessidade de cuidados médicos	Variável dicotômica. Acidente que precisou de cuidados médicos nos últimos 12 meses	Sim/Não
Assalto/roubo	Variável dicotômica. Assalto ou roubo ocorrido no ano	Sim/Não

VARIÁVEL	DEFINIÇÃO	ESCALA
Separação de cônjuge	Variável dicotômica. Separação de cônjuge nos últimos 12 meses	Sim/Não
Migração	Variável dicotômica. Migração nos últimos 12 meses	Sim/Não

6.2.2. VARIÁVEIS DEPENDENTES

Tabela 8. Variável Dependente Utilização de Serviços

VARIÁVEL	DEFINIÇÃO	ESCALA
Nº de consultas	Variável discreta. Nº de vezes que a pessoa consultou nos últimos 2 meses, e nos últimos 12 meses.	0 até máximo valor encontrado
Internações	Variável discreta. Quantas vezes internou nos últimos e 12 meses.	0 até máximo valor encontrado
	Variável discreta. Quantos dias esteve internado nos últimos 12 meses	0 até valor máximo
	Variável categórica. Causa da última internação: clínica – cirúrgica	Clínica/cirúrgica
Consulta preventiva	Variável dicotômica. Consulta prévia por motivos preventivos (mulheres 15 anos ou mais e homens 40 anos ou mais).	Auto-exame de mama Prevenção do câncer de mama Prevenção do câncer de colo Prevenção do câncer de próstata

6.3. INSTRUMENTOS

Como instrumentos da pesquisa serão utilizados questionários pré-codificados, padronizados e testados previamente. As entrevistas serão aplicadas às pessoas com 15 anos ou mais de idade, das residências sorteadas.

Para medir o estresse familiar será utilizado o questionário específico Family APGAR⁽⁷⁶⁾, com 5 questões que abordam a dinâmica familiar segundo o respondente. Para avaliar a presença de transtornos psiquiátricos menores se utilizara o questionário SRQ20 (Self Reported Questionnaire) já validado no Brasil⁽⁷⁷⁾. Para avaliar a presença de transtornos produzidos pelo uso do álcool será utilizado o questionário AUDIT, também validado no país⁽⁷⁸⁾.

Serão utilizados dois tipos de questionários. O primeiro com as questões referentes às condições socioeconômicas familiares para todos os

entrevistados; o segundo, individual para todos os integrantes da família com 15 anos ou mais.

6.4. SELEÇÃO E TREINAMENTO DOS ENTREVISTADORES

As entrevistas serão realizadas por 20 entrevistadores, selecionados segundo critérios específicos entre os estudantes interessados da área da saúde. De preferência os mesmos deverão estar situados entre o 2º e o penúltimo ano do respectivo curso.

Com o intuito de padronizar o procedimento da entrevista e a aplicação dos questionários, os entrevistadores receberão treinamento específico, o qual estará a cargo do pesquisador. Não serão informados dos objetivos e hipóteses da pesquisa, tentando minimizar possíveis vieses que prejudiquem as informações obtidas e posteriormente os resultados das análises.

6.5. ESTUDO PILOTO

Após o treinamento específico, será realizado um estudo piloto. Para esta finalidade serão sorteados dois setores censitários. Cada dupla de entrevistadores deverá aplicar os questionários correspondentes em uma das quadras dos setores sorteados.

Após o piloto, que deverá ocorrer no prazo de 1 semana, os entrevistadores se reunirão com o pesquisador para discutir os possíveis problemas identificados na aplicação dos questionários, bem como dúvidas referentes a situações específicas que tenham ocorrido.

6.6. LOGÍSTICA

Cada dupla de entrevistadores deverá realizar em média 3 entrevistas por dia, totalizando 21 entrevistas por semana (considerando de Segunda a Domingo). Semanalmente portanto, as 10 equipes realizarão um total de 210 entrevistas. Os deslocamentos na zona urbana da cidade serão realizados mediante transporte público coletivo.

6.7. MATERIAL

O material permanente necessário para efeitos da pesquisa inclui: um microcomputador Pentium II 300 MHz, HD de 4 Gb, com CD ROM, uma impressora HP, Arquivo de metal com 4 gavetas, Estante com prateleiras de metal.

O material de consumo inclui: folhas tamanho carta ou A4, pranchetas, lápis, borrachas, etiquetas adesivas, crachás, pastas, caixas de papelão para arquivar, grampeador, cliques, disquetes.

6.8. PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

A codificação das respostas será realizada pelos entrevistadores após a jornada diária. Os dados já codificados serão ingressados no EPINFO, por dois digitadores independentes. Posteriormente se procederá à limpeza de dados, considerando erros de amplitude e de consistência. Os erros detectados serão corrigidos pelo pesquisador nas bases de dados. Após estas etapas a base será traduzida para o programa de estatística Stata para posterior análise por parte do pesquisador.

As análises serão realizadas de forma seqüencial. Em primeiro lugar se realizará a análise descritiva identificando as prevalências para as diferentes variáveis. As variáveis categóricas serão apresentadas em forma de proporções com os respectivos intervalos de confiança; as quantitativas discretas como medianas e percentis; as variáveis quantitativas contínuas serão apresentadas como médias e seus respectivos desvios padrões. A continuação, se efetuará a análise bivariada, entre as variáveis dependentes e as diferentes variáveis independentes. Se adotará um ponto de corte de 0,05.

Na análise multivariada se utilizará a regressão de Poisson. As diferentes variáveis serão analisadas conforme o modelo de análise mostrado na figura 2. As variáveis que apresentarem um $p < 0,2$ e/ou uma $RP > 1,5$, serão ingressadas nos níveis subseqüentes de análise, com a finalidade de explorar adequadamente possíveis fatores de confusão. O ponto de corte será de 0,05.

As categorias analíticas entre as quais serão estudadas as associações são as categorias socioeconômicas, demográficas, estrutura familiar,

necessidade em saúde acessibilidade dos serviços, eventos estressantes satisfação e comportamento na procura de cuidados médicos com:

- variável dependente nº de consultas médicas.
- variável dependente consulta preventiva anterior.
- variável dependente nº de internações.

6.9. CONTROLE DE QUALIDADE

O controle de qualidade será realizado nas seguintes fases:

- na aplicação dos questionários: pelo entrevistador no final da entrevista e no momento da codificação, observando possíveis erros.
- no trabalho de campo: pelo supervisor, analisando as folhas de conglomerados preenchidas. Pelo pesquisador, realizando amostragem de 5% das entrevistas realizadas, e posterior cálculo da concordância (kappa).
- na entrada de dados: pelo pesquisador, conforme explicado no item 5.8.

6.10. ASPECTOS ÉTICOS

Todos os entrevistadores deverão identificar-se antes da entrevista e explicar os motivos da visita. Caso exista no momento da entrevista alguma pessoa doente que não tenha recebido assistência, o entrevistador deverá orientar para que procure atenção adequada, preenchendo um cartão de encaminhamento. Após a entrevista, o entrevistador deverá explicar sobre alguns cuidados básicos em saúde, recomendações sobre a importância de não interromper a medicação, e sobre ter atenção contínua.

7. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Além da divulgação científica dos resultados obtidos com esta pesquisa, por tratar-se da elaboração de uma Tese de Doutorado, haverá contato com as autoridades municipais de saúde (Secretaria da Saúde do Município, Conselho Municipal de Saúde), com o intuito de divulgar os achados para posterior tomada de decisões. As bases de dados estarão disponíveis para consulta. Os

resultados serão divulgados na íntegra, não importando os aspectos positivos ou negativos encontrados.

8. CRONOGRAMA

Tabela 9. Cronograma das atividades a serem desenvolvidas.

Etapa	2000												2001	
	11	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2
Preparação	X													
Seleção e Treinamento		X	X	X										
Estudo Piloto				X										
Preparação Trabalho de Campo					X									
Trabalho Campo					X	X	X							
Processamento de dados						X	X	X						
Análise								X	X	X	X			
Redação											X	X	X	X

9. ORÇAMENTO

Tabela 10. Descrição dos recursos necessários e respectivos custos.

	Unidade	Quantidade	Custo unitário	Custo total
Material Consumo				
Folhas Carta	Pacote 500 Folhas	60	7,00	420,00
Pranchetas	Prancheta	25	1,30	32,50
Lápis	Lápis	60	0,08	4,80
Borrachas	Borrachas	60	0,10	6,00
Apontadores	Apontador	30	0,10	3,00
Crachás	Crachá	25	0,30	7,50
Pastas plástica c/elástico	Pasta	25	1,50	37,50
Clips	Caixa c/100	5	0,9	4,50
Grampeador	Grampeador	2	7,80	15,60
Grampos	Caixa c/1000	10	0,80	8,00
Pastas suspensas	Pastas	150	0,85	127,50
Caixas arch. Papelão	Caixas	50	0,57	28,50
Disquettes	Caixas c/10	10	10,00	100,00
Equipamento				
Arquivo Metal 4 gav.	Arquivo	1	132,00	132,00
Estante Metal 6 prat.	Estante	2	34,00	68,00
PC PII,4Gb, CD	PC	1	3 000	3000,00
Impressora HP	Impressora	1	600	600,00
Rec. Humanos				
Supervisor (8 meses)		1	250	2000,00
Entrevistadores (6 meses)		20	130	15600,00
Digitadores (3 meses)		2	270	1620,00
Total				23185,4

10. BIBLIOGRAFIA

1. Hulka BS, Wheat JR. Patterns of utilization, the patient perspective. *Med Care* 1985;23:438-60.
2. Campbell SM, Roland MO. Why people consult a doctor? *Fam Practice* 1996;13:75-83.
3. Donabedian A. Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care. Cambridge, Mass.: Harvard University Press; 1973.
4. Spiegel AD, Hyman HH. Basic health planning methods. Germantown, Maryland: Aspen Systems Corporation; 1978.
5. Bradshaw J. The concept of social need. In: Gilbert N, Specht H, editors. *Planning for social welfare, issues, models and tasks*. New Jersey: Prentice Hall; 1977. p. 290-6.
6. Maurana CA, Eichorn RL, Lonquist LE. The use of health services indices and correlates: a research bibliography. Springfield, VA: US Dept. HSS, National Technical Information Service; 1981.
7. Habitch JP, Victora CG, Vaughan JP. Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. *Int Jour Epidemiol* 1998;27:1-9.
8. Alberts JF, Sanderman R, Eimers JM, Van der Heuvel WJA. Socioeconomic inequity in health care: a study of services utilization in Curaçao. *Soc Sci Med* 1997;45:213-20.
9. Mapelli V. Health needs, demand for health services and expenditure across social groups in Italy: an empirical investigation. *Soc Sci Med* 1993;36:999-1009.
10. Salber EJ, Greene SB, Pope CR, Davis MA. Health status, socioeconomic status and utilization of outpatient services for members of a pre-paid group practice. *Med Care* 1976;14:971-86.
11. Costa JD, Facchini LA. Utilização de serviços ambulatoriais em Pelotas: onde a população consulta e com que frequência. *Rev Saúde Pública* 1997;31:360-9.

12. Lambrew JM, DeFriese GH, Carey TS, Ricketts TC, Biddle AK. The effects of having a regular doctor on access to primary care. *Med Care* 1996;34:138-51.
13. Nolan B. General practitioner utilization in Ireland: the role of socio-economic factors. *Soc Sci Med* 1994;38:711-6.
14. Fylkesnes K. Determinants of health care utilization - visits and referrals. *Scand J Soc Med* 1993;21:40-50.
15. Silva I. O processo de distritalização e a utilização de serviços de saúde - Avaliação do caso de Pau da Lima, Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Publ* 1995;11:72-84.
16. Bellon Saameno J, Delgado Sanchez A, Luna del Castillo JD, Lardelli Claret P. Influence of age and sex on various types of utilization of the primary health care. *Gac Sanit* 1995;9:343-53.
17. Kekki P, Laamen R. Análisis del uso y cobertura de una población de un distrito de atención en Finlandia. Un enfoque epidemiológico. *Aten Primaria* 1989;6:540-6.
18. Freeborn DK, Pope CR, Muloly JP, McFarland BH. Consistently high users of medical care among elderly. *Med Care* 1990;28:527-40.
19. Brown GB, Humphrey B, Pallister R, Brown JA, Shetzer L. Prevalence and characteristics of frequent attenders in a prepaid Canadian Family Practice. *J Fam Pract* 1982;14:63-71.
20. Parkerson GR, Broadhead WE, Tse CK. Health status and severity of illness as predictors of outcomes in primary care. *Med Care* 1995;33:53-66.
21. Andersen R, Aday LA. Access to medical care in the U.S.: realized and potential. *Med Care* 1978;16:533-46.
22. Wolinski FD. Assessing the effects of predisposing, enabling and illness-morbidity on health services utilization. *J Health Soc Behav* 1978;19:384-96.
23. Wan TT. Use of health services by the elderly in low-income communities. *Milbank Mem Fund Q Health Soc* 1982;60:82-107.
24. Calnan M, Williams S, Ramic H, Prokhorskas RO. Major determinants of consumer satisfaction with primary care in different health systems. *Fam Pract* 1994;11:468-78.

25. Krasnik A, Sawitz A, Keiding N, Hansen E. Determinants of general practice utilization in Denmark. *Dan Med Bull* 1997;44:542-6.
26. Bucket D, Curtis S. Socio demographic variation in perceived illness and the use of primary care: the value of community survey data for primary care service planning. *Soc Sci Med* 1986;23:737-44.
27. Beland F. Utilization of health services as events: an exploratory study. *Health Serv Res* 1988;23:295-310.
28. Kandrack MA, Grant KR, Segall A. Gender differences in health related behaviour: some unanswered questions. *Soc Sci Med* 1991;32:579-90.
29. Zastowny TR, Roughmann KJ, Caferrata GL. Patient satisfaction and the use of health services. *Explorations in causality. Med Care* 1989;27:705-23.
30. Carr-Hill RA, Rice N, Roland M. Socioeconomic determinants of rates of consultation in general practice based on fourth national morbidity survey of general practices. *BMJ* 1996;312:1008-12.
31. Andersen AS, Laake P. A causal model for physician utilization: analysis of Norwegian data. *Med Care* 1983;21:266-78.
32. Wolfe BL. Children's utilization of medical care. *Med Care* 1980;18:1196-207.
33. Balarajan R, Yuen P, Machin D. Deprivation and the general practitioner workload. *BMJ* 1992;304:529-34.
34. Balarajan R, Yuen P, Machin D. Socio-economic differentials in the uptake of medical care in Great Britain. *J Epidemiol Community Health* 1987;41:196-9.
35. Freeborn DK, Pope CR, Davis MA. Health status, socioeconomic status and utilization of outpatient services for members of a pre-paid group practice. *Med Care* 1977;15:115-28.
36. Kronenfeld JJ. Providers variables and the utilization of ambulatory care services. *J Health Soc Behavior* 1978;19:68-76.
37. Suarez M. Utilização dos serviços de saúde materno-infantis na região sudoeste da Grande São Paulo. 1989-1990 [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: USP; 1992.

38. Yuen P, Machin D, Balarajan R. Inequalities in Health: Socioeconomic differences in self-reported morbidity. *Public Health* 1990;104:65-71.
39. Kaplan G, Parnuk E, Lynch J, Cohen R, Balfour J. Inequality in income and mortality in the United States: analysis of mortality and potential pathways. *BMJ* 1996;312:999-1003.
40. Adler N, Boyce W, Chesney M, Folkman S, Syme L. Socioeconomic inequalities in health. No easy solution. *JAMA* 1993;269:3140-5.
41. Judge K, Benzeval M. Health inequalities: new concerns about children of single mothers. *BMJ* 1993;306:677-80.
42. Titkow A. Illness behavior and action: the patient role. *Soc Sci Med* 1983;17:637-46.
43. Fernandez de la Hoz K, Leon DA. Self-perceived health status and inequalities in use of health services in Spain. *Int J Epidemiol* 1996;25:593-603.
44. Roos NP, Shapiro E. The Manitoba longitudinal study on aging: preliminary findings on health care utilization by the elderly. *Med Care* 1981;9:644-57.
45. Wan TTH, Soifer SJ. Determinants of physician utilization: a causal analysis. *J Health Soc Behavior* 1974;15:999-1009.
46. Oakley A, Rigsby AS, Hickley D. Women and children last? Class, health and the role of the maternal and child health services. *European J Public Health* 1993;3:220-6.
47. Yuen P, Balarajan R. Unemployment and patterns of consultation with the general practitioner. *BMJ* 1989;298:1212-4.
48. Parkerson GR, Broadhead WE, Tse CK. Perceived family stress as a predictor of health-related outcomes. *Med Care* 1995;4:253-60.
49. De la Revilla L, De los Ríos AM. The utilization of health services and the motives for consultation as indicators of family dysfunction. *Aten Primaria* 1994;13:73-6.
50. Gomez Rodriguez E, Gervas J, Hernandez MM, Moreno RP. Socio-economic status, chronic morbidity and health services utilization by families. *Fam Pract* 1996;13:382-5.

51. Alpert JJ, Kosa J, R.J. H, Robertson LS, Heagerty MC. Attitudes and satisfactions of low-income families receiving comprehensive pediatric care. *Am J Public Health* 1970;60:499-506.
52. Becker MH, Drachman RH, Kirscht JP. A field experiment to evaluate various outcomes of continuity of physician care. *Am J Public Health* 1974;64:1062-70.
53. Dietrich AJ, Marton KI. Does continuous care from a physician make a difference? *J Fam Pract* 1982;15:929-37.
54. Hayward RA, Bernard AM, Freeman HE, Corey CR. Regular source of ambulatory care and access to health services. *Am J Public Health* 1991;81:434-8.
55. Donabedian A. La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. México: La Prensa Médica Mexicana; 1984.
56. Mainous AG, Gill JM. The importance of continuity of care in the likelihood of future hospitalization: is site of care equivalent to a primary clinician? *Am J Public Health* 1998;88:1539-41.
57. Lave JR, Lave LB, Leinhardt S, Nagin D. Characteristics of individuals who identify a regular source of medical care. *Am J Public Health* 1979;69:261-7.
58. Stein AT. Acesso a atendimento médico continuado: uma estratégia para reduzir a utilização de consultas não urgentes em serviços de emergência. [Tese de Doutorado]. Porto Alegre: UFRGS; 1998.
59. Rask KJ, Williams MV, Parker RM, McNagny SE. Obstacles predicting lack of a regular provider and delays in seeking care for patients at an urban public hospital. *JAMA* 1994;271:1931-3.
60. Gallagher TC, Andersen RM, Koegel P, Gelberg L. Determinants of regular source of care among homeless adults in Los Angeles. *Med Care* 1997;35:814-30.
61. Wasson JH, Sauvigne AE, Mogielnicki P. Continuity of outpatient medical care in elderly men: a randomized trial. *JAMA* 1984;252:2413-7.
62. Sox CM, Swartz K, Burstin HR, Brennan TA. Insurance or a regular physician: which is the most powerful predictor of health care? *Am J Public Health* 1998;88:364-70.

63. Baker DW, Stevens CD, Brook RH. Regular source of ambulatory care and medical care utilization by patients presenting to a public hospital emergency department. *JAMA* 1994;271:1909-12.
64. Becker MH, Drachman RH, Kirstch JP. Continuity of pediatricians: New support for an old shibboleth. *Med Care* 1974;84:599-605.
65. Gordis L, Markowitz M. Evaluation of the effectiveness of comprehensive and continuous pediatric care: Part I. Effectiveness of comprehensive care in influencing infant health. *Pediatrics* 1971;48:766-76.
66. Spivack HR, Levy JC, Bonnano RA, Cracknell M. Patient and providers factors associated with selected measures of quality of care. *Pediatrics* 1980;65:307.
67. Forrest CB, Starfield B. Entry into primary care and continuity: the effects of access. *Am J Public Health* 1998;88:1330-6.
68. Pope GC. Medical conditions, health status and health services utilization. *Health Serv Res* 1988;22:857-77.
69. Antonovsky H, Maoz B, Pilpel D, Arad T. Personal and health factors associated with frequency of visits to the primary health clinic. *Fam Pract* 1989;6:182-7.
70. Conelly JE, Smith GR. Healthy patients who perceive poor health and their use of primary care services. *J Gen Intern Med* 1991;6:47-51.
71. Hershey JC, Luft HS, Gianaris JM. Making sense out of utilization data. *Med Care* 1975;12:838-54.
72. Kleinman JC, Gold M, Makuc D. Use of ambulatory medical care by the poor: another look at equity. *Med Care* 1981;19:1011-29.
73. Newacheck PW. Access to ambulatory care for poor persons. *Health Res Serv* 1988;23:401-19.
74. Vos ET. Health seeking behaviour for diarrhoea, acute respiratory infections and malaria. [MSc. Thesis]. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine; 1994.
75. Lima MS, Béria JU, Tomasi E, Conceição AT, Mari JJ. Stressful life events and minor psychiatric disorders: an estimate of the population attributable fraction in a Brazilian community-based study. *Int J Psychiatry in Medicine* 1996;26:211-22.

76. Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for family function test and its use by physicians. *J Fam Practice* 1979;6:1231-9.
77. Mari J, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. *Br J Psychiatry* 1986;148:23-6.
78. Méndez E, Lima M, Olinto M, Farrell M. Uma versão brasileira do Audit (Alcohol Use Disorders Identification Test) [Mestrado]. Pelotas: UFPEL; 2000.



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

PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS NA
UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM ADULTOS,
NA CIDADE DE RIO GRANDE.

RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO

RAÚL MENDOZA SASSI

Pelotas, Dezembro de 2001

1. Participantes

Participaram do estudo 12 entrevistadores, na sua maioria estudantes universitários, que trabalharam recebendo pagamento por questionário realizado. Antes de iniciarem as entrevistas, foram submetidos a um treinamento intensivo. A supervisão em todas as etapas foi realizada diretamente pelo pesquisador. Os digitadores foram o próprio pesquisador e um dos estudantes universitários com conhecimento em informática. O controle de qualidade foi realizado por uma pessoa independente, sem vínculo com os entrevistadores e que também foi paga pelo trabalho realizado.

2. Treinamento

O treinamento foi realizado de 11 a 14 de janeiro de 2000. Foi de caráter intensivo. Durante o treinamento foram realizadas as seguintes atividades:

- Apresentação do trabalho de pesquisa
- Leitura dos questionários e do manual, e apresentação dos outros instrumentos a serem utilizados
- Aplicação dos questionários entre os próprios entrevistadores
- Explicação da logística do trabalho de campo
- Capacitação na seleção dos domicílios a serem entrevistados
- Dramatização do processo da entrevista a partir de roteiros simulando diferentes situações desenvolvidos para esta finalidade

3. Estudo Piloto

O estudo piloto iniciou-se no dia 15 de janeiro de 2000 e terminou no dia 23 de janeiro de 2000. Foram utilizados dois setores não sorteados. Cada entrevistador teve uma das quadras dos setores sorteadas e nela realizou as entrevistas. Toda a sistemática do estudo, desde o sorteio da esquina até a codificação dos questionários respondidos foram testados, incluindo os próprios questionários. Ao final de cada dia de trabalho os entrevistadores se

reuniam com o supervisor para discutir os problemas encontrados e solucionar dúvidas. Cada entrevistador visitou aproximadamente 12 casas.

4. Setores censitários sorteados.

Para fins de sorteio dos conglomerados foi utilizada a divisão de setores censitários do IBGE, referente ao ano 2000, o que garantiu uma atualização dos conglomerados a serem utilizados. Os setores que entraram no sorteio pertenciam ao distrito de Rio Grande, que inclui a cidade propriamente dita, Cassino, e as localidades de Bolaxa, Senandes, e Quarta seção da Barra, totalizando 242 setores. Não entraram no sorteio os setores dos distritos Ilha dos Marinheiros, Quinta, Taim e Povo Novo.

Para cálculo da amostra foi utilizado um alfa de 5% um beta de 80%, uma relação entre indivíduos não expostos e expostos de 1:4, uma prevalência total de consultas nos últimos dois meses de 16%, uma prevalência em não expostos de 9% e uma razão de prevalências de 2. Somados 10% de perdas, 20% por fatores de confusão e 20% por efeito de delineamento, a amostra deveria contar com 1285 pessoas. Como a proporção de pessoas de 15 ou mais anos por domicílio era de 0,73 e existiam em média 3,4 pessoas por domicílio, o total de domicílios necessários para encontrar as 1285 pessoas foi 518. Decidiu-se estudar 45 conglomerados, o que corresponde aproximadamente a 20% do total. Por motivos de praticidade decidiu-se visitar 12 domicílios por setor, totalizando então 540 domicílios, onde deveriam existir teóricamente 1339 pessoas com as características estudadas.

Os setores foram selecionados de forma sistemática a partir de um primeiro setor sorteado entre 1 e 5, e acrescentando após um intervalo de 5,38 para obter os subsequentes. A lista dos setores sorteados pode ser vista na Tabela 1. Como não houve expurgo antes do sorteio, um dos setores, o 202 que correspondeu à zona do Distrito Industrial, e onde não existiam domicílios, teve que ser substituído. Como critério de substituição, se selecionou o primeiro setor habitado anterior ou posterior. Como o setor 203 ainda era área do Distrito, se selecionou o 201 (Quarta seção da Barra). O setor 197 localizado à beira da lagoa, ainda que pertencente ao Distrito Industrial foi mantido, porque continha dentro dos seus limites uma vila.

No. dos setores sorteados.				
3	51	100	148	197
8	57	105	154	*202
14	62	111	159	207
19	68	116	164	213
25	73	121	170	218
30	78	127	175	224
35	84	132	181	229
41	89	138	186	234
46	94	143	191	240

*setor trocado pelo 201.

5. Coleta de dados

A coleta de dados se iniciou no dia 26 de janeiro de 2000 e estendeu-se até o dia 2 de maio de 2000. Cada entrevistador saía a campo com o setor, a quadra, a esquina e a primeira casa já sorteada pelo pesquisador. Semanalmente, cada entrevistador tinha marcado um dia de reunião com o supervisor. Nesta reunião se recepcionavam os questionários completados, e se revisavam individualmente. Havendo dúvidas sobre alguma informação recolhida, o entrevistador era instruído a voltar ao domicílio para obter o dado. Em duas oportunidades o setor teve que ser refeito, por que os entrevistadores saíram dos limites do mesmo (setores 41 e 154).

Os setores 197, 201 e 240, por serem locais muito afastados e/ou de difícil acesso, foram realizados em regime de mutirão, nos sábados 11, 18, 25 de março e no sábado 1 de abril. Participaram em cada oportunidade quatro entrevistadores. Nestas atividades o supervisor acompanhou e orientou os entrevistadores, assegurando-se que o intervalo entre as casas visitadas fosse respeitado. Para completar os domicílios que não puderam ser terminados nos dias de mutirão, foram realizadas outras 4 visitas em dias da semana.

6. Codificação

A codificação das questões abertas foi realizada pelo supervisor. A primeira etapa de codificação foi realizada depois de finalizado cada setor. Nesta etapa se codificavam os campos de atividade e ocupação do chefe de família. Uma segunda etapa de codificação foi realizada quando aproximadamente 80% dos questionários estavam completados. Foram, então codificadas as restantes questões abertas, após ter realizado a tabulação das diferentes respostas.

7. Revisões

As revisões dos questionários ocorreriam em 3 situações diferentes. A primeira ocorria toda vez que eram entregues os questionários preenchidos. A segunda era realizada após a finalização do setor. A terceira revisão era realizada após a codificação das questões abertas. Todas as revisões foram realizadas pelo supervisor.

8. Digitação e limpeza dos dados.

Os dados foram digitados em duas oportunidades diferentes. A primeira digitação foi realizada pelo pesquisador. A segunda foi realizada por um estudante universitário com conhecimento de digitação. A digitação ocorreu entre os dias 17 de abril e 16 de junho de 2000. Os dados foram ingressados no programa Epi Info versão 6.04 b/upgrade. Após a digitação foi realizada a limpeza dos dados, mediante a função “validate” do software antes mencionado. Erros de amplitude ou de consistência foram corrigidos e o banco de dados foi traduzido para o programa de estatística Stata 6.0 para Windows.

9. Controle de Qualidade

Para fins de controle de qualidade, foram re-visitados alguns dos domicílios visitados na pesquisa e todos os moradores que houvessem respondido aos questionários foram entrevistados novamente. Estipulo-se, em um primeiro momento, realizar 10% de re-visitas, mas por motivos logísticos essa porcentagem foi reduzida para 7%. As novas entrevistas foram realizadas por um entrevistador independente, utilizando um questionário específico para

essa tarefa. O grau de concordância foi medido utilizando-se o teste de Kappa; no caso de variáveis com mais de duas categorias foi realizado um teste de Kappa ponderado.

Controle de qualidade. Resultados de Kappa.

Variável	Kappa
Consulta	0,80
Internação	0,81
Médico definido	0,82
Seguro de saúde	0,85
Auto-percepção do estado de saúde*	0,80
Tabaco	0,81

*ponderado

10. Perdas e recusas

Inicialmente, o número estimado de pessoas existentes nos 540 domicílios, utilizando a média de 2,48 pessoas com 15 anos ou mais por casa segundo censo de 1996 do IBGE, foi de 1339. Foram entrevistadas no total 1260 pessoas. Recusaram-se de participar na pesquisa 52 pessoas e os moradores de dois domicílios (onde não foram informadas o número de pessoas, pelo que se estimou a existência de 5 pessoas em total), totalizando 57 recusas. Não foram encontradas após as três tentativas estipuladas, 31 pessoas. Assim, o número total de pessoas que deveriam ter sido entrevistadas foi recalculado em 1348. As 88 perdas e recusas representaram 6,5% de esse total.

Diferenças demográficas entre amostra e perdas.

Caraterística	% (n) Amostra	% (n) Perdas	p
Grupos de idade			
15-24	23,9 (301)	24,5 (13)	0,9
25-44	37,1 (467)	35,9 (19)	0,9
45-64	27,9 (351)	26,4 (14)	0,9
65-max	11,2 (141)	13,2 (7)	0,9
Média idade (SD)	40,3 (17,71)	42,1 (17,86)	0,4
Gênero			
Masculino	46,1(581)	69,6 (39)	0,01
Feminino	53,9 (679)	31,4 (17)	0,06

ANEXOS

PROJETO SOBRE UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NA CIDADE DE RIO GRANDE

QUESTIONÁRIO FAMILIAR

1. N° do Questionário: _____	2. N° Setor _____	3. N° Família __	setfam _____
------------------------------	-------------------	------------------	--------------

4. Entrevistador: _____	4 entrev _____
5. Data da entrevista: / /	5 data ___/___/____
6. Nome	
7. Endereço	
8. Fone	
9. Local de referência	
10. Respondente (1)Chefe da família (2)Dona da casa (3)Ambos	10 Respon__
11. Qual é seu estado civil? (1)Com companheiro (2)Solteiro (3)Divorciado/Separado (4)Viúvo	11 Estchef __
12. Qual a sua idade? _____	12 Idachef__ __
13. Sexo ____ (1)M (2)F	13 Sexchef__
14. Cor ____ (1)Branco (2)Não branco	14 Corchef __
15. Quantas pessoas moram nesta casa ? n° de pessoas ____	15 Nupes__ __
16. Quem mora nesta casa? (dormem e fazem refeições) Pai __ Mãe__ Filhos __ Avós __ Outros _____ (0)Não (1)Sim	16 Paimora __ 16b Maemora __ 16c Filmora __ 16d Avomora__
AGORA GOSTARIA DE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE SUA CASA	
17. Quantas peças usam para dormir? n° de peças__	17 Nupeca__
18. Tem água encanada? (0)Não (1)Sim fora de casa (2)Sim dentro da casa	18 Agucas__
19. Com é a privada da casa? (0)Não (1)Casinha (2)Sanitário s/descarga (3)Sanitário c/descarga	19 Sanit__

NA PRÓXIMA QUESTÃO CONSIDERAR COMO SIM SE O ELETRODOMÉSTICO ESTIVER FUNCIONANDO. ANOTAR A QUANTIDADE DE ARTIGOS

20. Na sua casa tem?

(00)Não (Quantidade)Sim

Rádio _____

Geladeira _____

Carro _____

Aspirador pó _____

Maq lavar roupa _____

Vídeo cassete _____

Tv a cores _____

Banheiro _____

Freezer _____

Empregada _____

21. Tipo de casa

(1)Tijolo (2)Madeira Pre-fabricada (3)Tijolo/madeira

(4)Madeira (5)Papelão/lata ()Outro _____

22. No mês passado quanto ganharam as pessoas que moram aqui?

(Incluir salários, pensão, etc.)

Pessoa 1 R\$ _____ (Renda do chefe – pessoa com maior renda)

Pessoa 2 R\$ _____

Pessoa 3 R\$ _____ (8888) NSA

Pessoa 4 R\$ _____ (9999) IGN

Pessoa 5 R\$ _____

23. A família tem outra fonte de renda?

Outra renda 1 R\$ _____ (8888) NSA

Outra renda 2 R\$ _____ (9999) IGN

*AS PERGUNTAS 24 A 31 REFEREM-SE À PESSOA DE MAIOR RENDA NA CASA***24. O Sr.(a) sabe ler e escrever?**

(0)Não (1)Só assinar o nome (2)Sim

25. Até que série completou? (anos aprovados)?

Serie ___ Grau ___ (88) NSA (99) IGN

*NAS QUESTÕES SEGUINTE, SE A PESSOA DE MAIOR RENDA TIVER MAIS DE UMA ATIVIDADE CONSIDERAR AQUELA DE MAIOR RENDA***26. O Sr.(a) está no momento trabalhando?**

(1)Trabalhando (2)Desempregado (3)Aposentado

(4)Pensionista (5)Encostado (6)Estudante ()Outra situação _____

27. Qual o tipo de firma em que o Sr.(a) trabalha?

Ramo da atividade _____

28. Que tipo de trabalho o Sr.(a.) faz ou fez por último?

Descreva minuciosamente o que faz _____

20 Rad _____

20b Gela _____

20c Carro _____

20d Aspi _____

20e Maqlav _____

20f Video _____

20g Tvcor _____

20h Banh _____

20i Freez _____

20j Empre _____

21 Tipcas _____

22 Rend1 _____

22b Rend2 _____

22c Rend3 _____

22d Rend4 _____

22e Rend5 _____

23 Outrend1 _____

23b Outrend2 _____

24 Leresc _____

25 Serchef _____

25b Grauchef _____

26 Trabal _____

27 Setor _____

28 Ocupa _____

29. O Sr.(a) é empregado, patrão ou trabalha por conta própria?

(1)Empregado (2)Patrão com estabelecimento próprio
(3)Patrão sem estabelecimento próprio (4)Conta própria com estabelecimento próprio (5)Conta própria sem estabelecimento próprio (6)Biscateiro (7)Parceiro ou meeiro ()Outro_____

29 Situa__

30. O Sr.(a) tem empregados?

(0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN

30 Temempre__

31. Se tiver empregados, quantos o Sr.(a) tem?

nº empregados_____

(8888) NSA (9999) IGN

31 Nuempre__ _ _ _ _

PROJETO SOBRE UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NA CIDADE DE RIO GRANDE

QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL

Nº do Questionário: _____	32. Nº Setor _____	33. Nº Família _____	34. Nº Pessoa _____	set____ fam____ pes____	
35. Entrevistador: _____				4 Entrein ____	
36. Data da entrevista: / /				5 Datain __/__/	
37. Nome da pessoa _____					
38. Endereço _____					
39. Fone _____					
40. Local de referência _____				10 Parent__	
41. Vínculo familiar: (1)Esposo (2)Esposa (3)Filho (4)Avó (5)Avô (6)Neto ()Outro				11 Idade__	
42. Qual a sua idade? _____ (anos)				12 Sexo__	
43. Sexo: _____ (1)Masc (2)Fem					
13. Qual seu estado civil? (1)Casado/Com companheiro (2)Sem companheiro (3)Solteiro (4)Viúvo				13 Estciv__	
14. Cor (OBSERVE E ANOTE) (1)Branco (2)Não branco ⇒ APÓS MARCAR, PERGUNTE: Qual a cor da sua pele? (1)Branca (2)Negra (3)Mulata (4)Morena (5)Parda ()Outras _____				14 Cor__	
				14b Corpele__	
15. O Sr.(a) tem filhos? (0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN <i>SE RESPONDER <u>NÃO</u> PASSE À PERGUNTA 17</i>				15 Fil__	
16. Quantos filhos o Sr.(a) tem? Menores de 1 ano__ (0)Não 1 a 4 anos__ (8)NSA (9)IGN 5 a 14 anos__					16 Numfil1__ 16b Numfil4__ 16c Numfil14__
17. O Sr.(a) sabe ler e escrever? (0)Não (1)Só assina (2)Sim (9)IGN <i>SE RESPONDER <u>NÃO</u> OU <u>SÓ ASSINA</u> PASSE PARA PERGUNTA 19</i>				17 Leresin__	
18. Até que série completou? Série____ Grau____ (88) NSA (99) IGN					18 Serie__ 18b Grau__
19. Sr.(a) está no momento trabalhando? (1)Trabalhando (2)Desempregado (3)Aposentado (4)Pensionista (5)Encostado (6)Estudante (7)Do Lar ()Outra situação _____ <i>SE RESPONDER (2) PASSE À QUESTÃO SEGUINTE. CASO CONTRÁRIO PASSE À PERGUNTA 21</i>				19 Empreg__	
20. Há quanto tempo o Sr.(a) está desempregado? (em meses) _____ (888) NSA (999) IGN					20 Desemp__
21. O Sr.(a) tem algum convênio, plano ou seguro de saúde ? (0)Não (1)Sim (9)IGN <i>SE RESPONDER <u>NÃO</u> PASSE À QUESTÃO 23</i>				21 Conven__	

<p>22. SE SIM: ⇒ Qual o nome e há quanto tempo o Sr.(a) tem o convênio? (1)Unimed (2)Bradesco (3)Bamerindus (4)Uniclínica (5)Policlínica (6)Da empresa (7)Do sindicato (10)IPE (11)SAMHOP ()Outros_____ (88)NSA (99)IGN ⇒ Tempo que tem o convênio ___ (anos) (88)NSA (99)IGN</p>	<p>22 Nomconv ___ 22b Tempconv ___</p>
<p>23. O sr.(a) consultou com médico alguma vez na sua vida? Não (0) Sim (1) IGN (9) <i>SE RESPONDER NÃO PASSE À QUESTÃO 39</i> SE SIM ⇒ Já lhe aconteceu alguma vez de não ficar satisfeito com algum atendimento anterior? (0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN</p> <p>24. O Sr.(a) consultou com médico alguma vez desde (nome do 12º mês anterior) do ano passado? ___ (0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN <i>SE RESPONDER NÃO PASSE À QUESTÃO 39</i></p>	<p>23 Consul ___ 23b Satisfac___ 24 Consano ___</p>
<p>25. Desde (nome do 12º mês anterior) do ano passado quantas vezes o Sr.(a) consultou com médico? ___ (88)NSA (99)IGN</p> <p>26. Desde (nome do 2º mês anterior) até hoje ⇒ quantas vezes o Sr.(a.) consultou? ___ (00)Não (88)NSA (99)IGN <i>SE RESPONDER NENHUMA VEZ PASSAR À QUESTÃO 39</i> ⇒ qual foi a data da última consulta _/_/_ (08/08/1800)NSA (09/09/1900)IGN</p>	<p>25 Nuconsan ___ 26 Consmes ___ 26b Datcons _/_</p>
<p>27. De todas essas consultas realizadas desde (nome do 2º mês anterior), quantas vezes foi? ⇒Com especialista (aquele médico que não é clínico geral)___ (88)NSA (99)IGN ⇒No Pronto Socorro ___ (88)NSA (99)IGN</p> <p>28. Já teve dificuldade em conseguir consulta com especialista em alguma oportunidade? (0)Não nunca tive (1)Sim (2)Não nunca consultei (8)NSA (9)IGN</p>	<p>27 Conesp ___ 27b Conpron ___ 28 Difesp ___</p>
<p><i>AS PERGUNTAS 29 A 37 SE REFEREM À ÚLTIMA CONSULTA OCORRIDA A SEGUIR VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE A SUA ÚLTIMA CONSULTA OCORRIDA EM (DATA)</i></p>	
<p>29. Onde foi que o Sr. (a) consultou na última vez? (1)Posto do bairro (2)Posto de outro bairro (3)Ambulatório da Furg (4)Pronto Socorro (5)Ambulatório de Sindicato (6)Ambulatório da Empresa onde trabalha (7)Clínica Conveniada com a Empresa onde trabalha (10)Consultório de Médico particular ou conveniado (11)Postão do Inamps (12)Centro de Saúde (13)Ambulatório do convênio (14)Ambulatório da Sta. Casa Outros _____ (88)NSA (99)IGN</p> <p>30. Porque o Sr.(a) consultou neste local? Bom médico (0)Não (1)Sim Facilidade em marcar consulta (0)Não (1)Sim Pouco tempo de espera (0)Não (1)Sim Medicamentos grátis (0)Não (1)Sim Exames grátis (0)Não (1)Sim Perto de casa (0)Não (1)Sim Perto do trabalho (0)Não (1)Sim Outros () _____ (8)NSA (9)IGN</p>	<p>29 Locons ___ 30 Medbom ___ 30b Facil ___ 30c Tempo ___ 30d Medgrat ___ 30e Examgrat ___ 30f Pertcas ___ 30g Pertrab ___</p>

31. Agora quero que pense bem sobre sua última consulta e me responda....

Há que distância fica o local onde consultou ___ (em nº de quadras)

Quanto tempo leva para chegar até lá ___ (em minutos)

Quanto gastou com...

R\$

Não pagou

(1)

Convênio

(2)

Não fez

(3)

Sem

Dinheiro (4)

Consulta

Transporte (Ida e Volta)

Exames

Medicamentos

Tempo que demorou

(min)

CODIFICAR EM REAIS, OU MARCANDO UM X NO ESPAÇO CORRESPONDENTE

(888)NSA (999)IGN

32. Qual foi o motivo pelo qual consultou? _____ (escreva)

(1)Doença (2)Administrativa (3) Prevenção (8)NSA (9)IGN

31 Distan___

31b Tempdis___

31c ConsR___

31d TransR___

31e ExamR___

31f MedicR___

31g TempR___

31h Cons___

31i Trans___

31j Temp___

31k Exam___

31l Medic___

31m Trans___

31n Exam___

31o Medic___

31p Trans___

31q Exam___

31r Medic___

31s Trans___

31t Exam___

31u Medic___

31v Trans___

31w Exam___

31x Medic___

31y Trans___

31z Exam___

31aa Medic___

31ab Trans___

31ac Exam___

31ad Medic___

31ae Trans___

31af Exam___

31ag Medic___

31ah Trans___

31ai Exam___

31aj Medic___

31ak Trans___

31al Exam___

31am Medic___

31an Trans___

31ao Exam___

31ap Medic___

31aq Trans___

31ar Exam___

31as Medic___

31at Trans___

31au Exam___

31av Medic___

31aw Trans___

31ax Exam___

31ay Medic___

31az Trans___

31ba Exam___

31bb Medic___

31bc Trans___

31bd Exam___

31be Medic___

31bf Trans___

31bg Exam___

31bh Medic___

31bi Trans___

31bj Exam___

31bk Medic___

31bl Trans___

31bm Exam___

31bn Medic___

31bo Trans___

31bp Exam___

31bq Medic___

31br Trans___

31bs Exam___

31bt Medic___

31bu Trans___

31bv Exam___

31bw Medic___

31bx Trans___

31by Exam___

31bz Medic___

31ca Trans___

31cb Exam___

31cc Medic___

31cd Trans___

31ce Exam___

31cf Medic___

31cg Trans___

31ch Exam___

31ci Medic___

31cj Trans___

31ck Exam___

31cl Medic___

31cm Trans___

31cn Exam___

31co Medic___

31cp Trans___

31cq Exam___

31cr Medic___

31cs Trans___

31ct Exam___

31cu Medic___

31cv Trans___

31cw Exam___

31cx Medic___

31cy Trans___

31cz Exam___

31da Medic___

31db Trans___

31dc Exam___

31dd Medic___

31de Trans___

31df Exam___

31dg Medic___

31dh Trans___

31di Exam___

31dj Medic___

31dk Trans___

31dl Exam___

31dm Medic___

31dn Trans___

31do Exam___

31dp Medic___

31dq Trans___

31dr Exam___

31ds Medic___

31dt Trans___

31du Exam___

31dv Medic___

31dw Trans___

31dx Exam___

31dy Medic___

31dz Trans___

31ea Exam___

31eb Medic___

31ec Trans___

31ed Exam___

31ee Medic___

31ef Trans___

31ef Exam___

31eg Medic___

31eh Trans___

31eh Exam___

31ei Medic___

31ej Trans___

31ej Exam___

31ek Medic___

31el Trans___

31el Exam___

31em Medic___

31en Trans___

31en Exam___

31eo Medic___

31ep Trans___

31ep Exam___

31eq Medic___

31er Trans___

31er Exam___

31es Medic___

31et Trans___

31et Exam___

31eu Medic___

31ev Trans___

31ev Exam___

31ew Medic___

31ex Trans___

31ex Exam___

31ey Medic___

31ez Trans___

31ez Exam___

31fa Medic___

31fb Trans___

31fb Exam___

31fc Medic___

31fd Trans___

31fd Exam___

31fe Medic___

31ff Trans___

31ff Exam___

31fg Medic___

31fh Trans___

31fh Exam___

31fi Medic___

31fj Trans___

31fj Exam___

31fk Medic___

31fl Trans___

31fl Exam___

31fm Medic___

31fn Trans___

31fn Exam___

31fo Medic___

31fp Trans___

31fp Exam___

31fq Medic___

31fr Trans___

31fr Exam___

31fs Medic___

31ft Trans___

31ft Exam___

31fu Medic___

31fv Trans___

31fv Exam___

31fw Medic___

31fx Trans___

31fx Exam___

31fy Medic___

31fz Trans___

31fz Exam___

31ga Medic___

31gb Trans___

31gb Exam___

31gc Medic___

31gd Trans___

31gd Exam___

31ge Medic___

31gf Trans___

31gf Exam___

31gg Medic___

31gh Trans___

31gh Exam___

31gi Medic___

31gj Trans___

31gj Exam___

31gk Medic___

31gl Trans___

31gl Exam___

31gm Medic___

31gn Trans___

31gn Exam___

31go Medic___

31gp Trans___

31gp Exam___

31gq Medic___

31gr Trans___

31gr Exam___

31gs Medic___

31gt Trans___

31gt Exam___

31gu Medic___

31gv Trans___

31gv Exam___

31gw Medic___

31gx Trans___

31gx Exam___

31gy Medic___

31gz Trans___

31gz Exam___

31ha Medic___

31hb Trans___

31hb Exam___

31hc Medic___

31hd Trans___

31hd Exam___

31he Medic___

31hf Trans___

31hf Exam___

31hg Medic___

31hh Trans___

31hh Exam___

31hi Medic___

31hj Trans___

31hj Exam___

<p>33. O Sr.(a) consultou com Clínico ou com Especialista? (1)Clínico (2)Especialista (8)NSA (9)IGN ⇒ Se Especialista, com qual? (1)Psiquiatra (2)Ginecologista (3)Cardiologista (4)Pneumologista (5)Traumatologista (6)Oftalmologista (7)Urologista (10)Otorrinolaringologista (11)Cirurgião (12)Gastroenterologista Outros () _____ (88)NSA (99)IGN</p>	<p>33 Tipmed ___</p>
<p>34. Nesta última vez que o Sr.(a) consultou, quanto tempo levou desde que decidiu consultar até o momento que consultou? ___ dias (88)NSA (99)IGN</p>	<p>33b Especial ___</p>
<p>33. Quanto tempo levou desde que marcou a consulta até que consultou? ___ dias (88)NSA (99)IGN</p>	<p>34 Constemp ___</p>
<p>34. Mostre-me quanto o Sr.(a) ficou satisfeito com a consulta? <i>MOSTRAR CARTELA COM CARAS</i> (8)NSA (9)IGN</p>	<p>35 Tempmarc ___</p>
<p>35. Antes de consultar no (Nome do Local), o Sr.(a) consultou em outro lugar pelo mesmo problema? (0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN SE SIM ⇒ Onde? (1)Posto do bairro (2)Posto de outro bairro (3)Ambulatório da Furg (4)Pronto Socorro (5)Ambulatório de Sindicato (6)Ambulatório da Empresa onde trabalha (7)Clínica Conveniada com a Empresa onde trabalha (10)Consultório de Médico particular ou conveniado (11)Postão do Inamps (12)Centro de Saúde (13)Ambulatório do convênio (14)Ambulatório da Sta. Casa Outros _____ (88)NSA (99)IGN SE SIM ⇒ Porque então procurou (Nome do Local)? _____ (88)NSA (99)IGN</p>	<p>36 Satisult ___</p>
<p>35. Antes de consultar no (Nome do Local), o Sr.(a) consultou em outro lugar pelo mesmo problema? (0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN SE SIM ⇒ Onde? (1)Posto do bairro (2)Posto de outro bairro (3)Ambulatório da Furg (4)Pronto Socorro (5)Ambulatório de Sindicato (6)Ambulatório da Empresa onde trabalha (7)Clínica Conveniada com a Empresa onde trabalha (10)Consultório de Médico particular ou conveniado (11)Postão do Inamps (12)Centro de Saúde (13)Ambulatório do convênio (14)Ambulatório da Sta. Casa Outros _____ (88)NSA (99)IGN SE SIM ⇒ Porque então procurou (Nome do Local)? _____ (88)NSA (99)IGN</p>	<p>37 Consant ___</p>
<p>AGORA VOU LHE PERGUNTAR SOBRE SEU ÚLTIMO PROBLEMA DE SAÚDE QUE TEVE NOS ÚLTIMOS DOIS MESES.</p>	<p>37b Locant ___</p>
<p>36. Com quantos médicos e quantas vezes teve que consultar para resolver seu último problema de saúde? Nº de consultas ___ Nº de médicos ___ (88)NSA (99)IGN</p>	<p>37c Motloc ___</p>
<p>37. O Sr.(a) internou ou baixou em hospital alguma vez desde (12º mês) do ano passado? (0)Não (1)Sim (9)IGN</p>	<p>38 Nuconpro ___</p>
<p><i>SE RESPONDER NÃO PASSE À PERGUNTA 47</i> AGORA VOU FAZER UMAS PERGUNTAS SOBRE A ÚLTIMA VEZ QUE O SR.(A) INTERNOU.</p>	<p>38b Numedpro ___</p>
<p>38. Quantas vezes o Sr.(a) internou desde (12º mês) do ano passado? ___ (8)NSA (9)IGN</p>	<p>39 Inter ___</p>
<p>39. Qual foi a data em que o Sr.(a) internou (pela última vez)? ___/___ (Mês e Ano) (08/1800) NSA (09/1900)IGN</p>	<p>40 Nuinter ___</p>
<p>40. Para internar (na última vez), ⇒ O Sr.(a.) ou alguém da sua família teve que ir (ou telefonar) a mais de um hospital para saber se tinha leito vago? (0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN ⇒ O Sr.(a) ou alguém da sua família teve que ir (ou telefonar) mais de uma vez ao mesmo hospital para saber se tinha algum leito vago para internar? (0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN</p>	<p>41 Datint_/_/___</p>
<p>41. Onde foi que o Sr.(a) internou e qual convênio utilizou? ⇒ (1)Santa Casa (2)Beneficência (3)Furg (4)Hospital de Pelotas (5)Hospital de Porto Alegre ()Outro _____ (8)NSA (9)IGN ⇒ (1)SUS (2)Convênio (3)Particular (8)NSA (9)IGN</p>	<p>42 Vaghosp ___</p>
<p>42. O sr.(a) ficou internado no Pronto Socorro esperando um leito vago? ___ (0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN</p>	<p>42b Vagint ___</p>
<p>43. Quantos dias no total o Sr.(a) ficou internado/baixado no hospital? _____ (dias) (88)NSA (99)IGN</p>	<p>43 Locint ___</p>
<p></p>	<p>43b Convint ___</p>
<p></p>	<p>44 Interps ___</p>
<p></p>	<p>45 Tempint ___</p>

44. Qual foi o motivo da internação? _____(escreva)
 (1)Fazer tratamento clínico (2)Fazer cirurgia (3)Fazer exames (4)Parto
 Outros () (8)NSA (9)IGN

46 Motint__

AGORA VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE SEUS COSTUMES DE CONSULTAR

SE RESPONDER SIM À PERGUNTA 23 OU 39 PASSE À QUESTÃO 48

45. O Sr.(a) alguma vez em sua vida teve algum problema de saúde?

(0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN

47 Probsaud__

SE RESPONDER NÃO PASSE À QUESTÃO 59

46. Quando tem algum problema de saúde ou está doente, o Sr.(a)?

(LEIA AS ALTERNATIVAS)

(0)Nunca consulta o médico (1)Algumas vezes consulta o médico (2)Na maioria das vezes consulta médico (3)Sempre consulta um médico (8)NSA (9)IGN

48 Freqmed__

⇒ SE NUNCA OU ALGUMAS VEZES, O que o Sr.(a) faz para resolver seu problema de saúde ou doença?

Toma um medicamento por conta própria __

Toma um chá/outro tipo de medicina alternativa __

Vai no curandeiro __

Vai no centro espírita__

Não faz nada __

(0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN Outros _____

48b Medprop__

48c Cha__

48d Curan__

48e Espir__

48f Nada__

47. Quando tem algum problema de saúde ou esta doente, o Sr.(a) toma medicamentos por conta própria (sem que o médico lhe indique)? *(LEIA AS ALTERNATIVAS)*

(0)Nunca (1)Algumas vezes (2)Na maioria das vezes (3)Sempre (8)NSA (9)IGN

49 Freqcont__

48. Antes de consultar um médico o Sr.(a) conversa com alguém para saber se deve consultar? *(LEIA AS ALTERNATIVAS)*

(0)Nunca (1)Algumas vezes (2)Na maioria das vezes (3)Sempre (8)NSA (9)IGN

50 Exper__

⇒ SE SIM Com quem conversa?

(1)Esposa(o) (2)Pai (3)Mãe (4)Amigo(a) (5)Vizinho(a) (6)Avó (7)Avô (10)Agente de saúde

(11)Padre (12)Professora ()Outros _____ (88)NSA (99)IGN

50b Nomexper__

49. Quando o Sr.(a) vai consultar, o Sr.(a) leva em conta na hora de escolher, se o médico ou lugar de consulta é da sua confiança? *(LEIA AS ALTERNATIVAS)*

(0)Nunca (1)Algumas vezes (2)Na maioria das vezes (3)Sempre (8)NSA (9)IGN

51 Confian__

50. Quando o Sr.(a) tem um problema de saúde e decide consultar, tem algum médico ao qual o Sr.(a) costuma ir na maioria das vezes?

(0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN

52 Defmed__

SE RESPONDER NÃO PASSE À PERGUNTA 56

51. Qual é o nome desse médico? _____() (88)NSA (99)IGN

53 Nomed__

52. Onde costuma consultar com ele?

(1)Posto do bairro (2)Posto de outro bairro (3)Ambulatório da Furg (4)Pronto Socorro

(5)Ambulatório de Sindicato (6)Ambulatório da Empresa onde trabalha (7)Clínica

Conveniada com a Empresa onde trabalha (10)Consultório de Médico particular ou

conveniado (11)Postão do Inamps (12)Centro de Saúde (13)Ambulatório do convênio

(14)Ambulatório da Sta. Casa Outros _____ (88)NSA (99)IGN

54 Locmed__

53. Há quanto tempo o Sr.(a) consulta com este médico? _____ (meses) (888)NSA (999)IGN

55 Temed__

SE RESPONDEU SIM À PERGUNTA 52, PASSE PARA A QUESTÃO 59

54. Quando o Sr.(a) tem algum problema de saúde ou precisa consultar, tem algum lugar ao qual o Sr.(a) costuma ir? _____ (0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN

56 Defloc__

55. Qual é esse local? ____

(1)Posto do bairro (2)Posto de outro bairro (3)Ambulatório da Furg (4)Pronto Socorro
 (5)Ambulatório de Sindicato (6)Ambulatório da Empresa onde trabalha (7)Clínica
 Conveniada com a Empresa onde trabalha (10)Consultório de Médico particular ou
 conveniado (11)Postão do Inamps (12)Centro de Saúde (13)Ambulatório do convênio
 (14)Ambulatório da Sta. Casa Outros _____ (88)NSA (99)IGN

57 Nomeloc__ _

56. Há quanto tempo o Sr.(a) costuma consultar nesse local? ____ (meses)

(888)NSA (999)IGN

58 Temloc __ _ .

AGORA VOU LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE SUA SAÚDE**57. Como diria que foi sua saúde?**

⇒ **Desde (12º mês) do ano passado?** (LEIA AS ALTERNATIVAS)

(1)Ruim (2)Regular (3)Boa (4)Muito Boa (8)NSA (9)IGN

59 Percepan__ _

⇒ **Desde (2º mês anterior) até hoje?** (LEIA AS ALTERNATIVAS)

(1)Ruim (2)Regular (3)Boa (4)Muito Boa (8)NSA (9)IGN

59b Percemes__ _

58. Agora vou ler uma lista de problemas e quero saber se o Sr.(a) já teve algum deles desde (2º mês anterior) até hoje, e se teve o que foi o que o Sr.(a) fez? (LEIA AS ALTERNATIVAS)

Sintoma

Não

(0)

Sim e não fez

Nada(1)

Sim e

automedicou-se(2)

Sim e consultou (3)

Dor de cabeça

Dor de barriga

Falta de ar

Dor nas juntas

Nervosismo

Dor nas costas

Dor no peito

Dor de ouvido

Sangue na urina

60 Dorcab__

60b Dobar__

60c Faltar__

60d Dorjunt__

60e Nervo__

60f Dorcost__

60g Dorpeit__

60h Dorouv__

60i Sangurin__

60j Dorgar__

60k Presalt__

60l Tosse__

60m Depre__

60n Sangfez__

60o Febre__

60p Inson__

60q Diarre__

60r Sangvag__

60s Prisven__

59. O médico alguma vez lhe disse que o Sr.(a) tem ou teve alguma doença crônica (aquela que precisa-se de tratamento ou cuidados permanentes)?

(0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN

SE RESPONDEU NÃO PASSE À QUESTÃO 63

60. Que doença o Sr.(a) tem? (LEIA AS ALTERNATIVAS)

(0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN

Bronquite Crônica/Enfisema__

Asma __

Angina/Isquemia cardíaca/Infarto __

Arritmia Cardíaca__

Insuficiência Cardíaca/Coração Grande __

Derrame cerebral __

Pressão Alta __

Diabetes /Açúcar no sangue __

Reumatismo __

Outras()_____

61. O Sr.(a) teve algum problema de saúde desde (2º mês anterior) até hoje, que lhe obrigou a ficar em casa, não poder fazer as coisas que costuma fazer, não ir a aula ou ficar de cama?

(0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN

SE RESPONDER NÃO PASSE À QUESTÃO 65

62. Quantos dias o Sr.(a) ficou em casa, de cama ou não, sem aula ou sem poder fazer o que Costuma?_____ (dias) (88)NSA (99)IGN

AS PERGUNTAS 65 A 70 SÃO FEITAS ÀS MULHERES DE 15 ANOS OU MAIS. SE O ENTREVISTADO FOR HOMEM DE 40 ANOS OU MAIS PULAR PARA PERGUNTA 71. SE FOR HOMEM MENOR DE 40 ANOS PASSAR PARA PERGUNTA 72.

AGORA VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE CONSULTAS QUE SÃO FEITAS PARA PREVENIR DOENÇAS

63. A Sra. fez alguma vez exame de prevenção do câncer de colo de útero?

(0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN

SE RESPONDER NÃO PASSAR À QUESTÃO 67

64. Quanto tempo passou desde a última vez que fez exame de prevenção de câncer de colo de útero? _____ (anos) (88)NSA (99)IGN

65. Algum médico já lhe examinou os seios para prevenção do câncer de mama?

(0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN

SE RESPONDER NÃO PASSAR À PERGUNTA 69

66. Quando foi a última vez que um médico lhe fez o exame das mamas? _____ (anos) (88)NSA (99)IGN

67. A Sra. Alguma vez fez uma mamografia (RX das mamas)?

(0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN

⇒ SE SIM, Há quantos anos fez a última mamografia _____ (anos) (88)NSA (99)IGN

68. A Sra. examina suas mamas?

(0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN

A PERGUNTA A SEGUIR DEVE SER FEITAS AOS HOMENS MAIORES DE 40 ANOS.

69. O Sr. fez alguma vez o exame da próstata?

(0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN

⇒ SE SIM, Há quanto tempo que fez o último exame? _____ (anos) (88)NSA (99)IGN

Que exame fez? (1)Toque retal (2)PSA (3)Ambos (8)NSA (9)IGN

61 Docron__

62 Dpoc__

62b Asma__

62c Inscoron__

62d Arrit__

62e Inscard__

62f Avc__

62g Hiperten__

62h Diabet__

62i Reumat__

63 Diainat__

64 Numdinat__

65 Prevcolo__

66 Tempcolo__

67 Prevmama__

68 Tempmama__

69 Mamogra__

69b Mamotemp__

70 Exmama__

71 Exprost__

71b Temprost__

71c Tiprost__

70. O Sr.(a) fuma ou fumou alguma vez?

(0)Nunca fumou (1)Fumou (2)Fuma

*SE NUNCA FUMOU PASSAR A PERGUNTA 76.**SE AINDA FUMA PASSAR À PERGUNTA 75.**SE JÁ FUMOU PASSAR À PERGUNTA SEGUINTE*

72 Fumo__

71. Se já fumou...⇒ **Há quanto tempo que parou de fumar?** _ _ _ (meses) (888)NSA (999)IGN⇒ **Porque parou de fumar?**(1)Conselho médico (2)Conselho de amigo/parente (3)Propaganda contra (4)Afetando à saúde
(8)NSA (9)IGN () Outros _____

73 Tempfum_ _ _

73b Parafuma _ _

*SE DEIXOU DE FUMAR HÁ MENOS DE 6 MESES PASSAR À PERGUNTA 75. CASO
CONTRÁRIO PASSAR À PRÓXIMA PERGUNTA***72. Se já fumou...**

Nº de cigarros diários que fumava ____

Nº de cigarros por semana que fumava ____

Nº de anos que fumou ____

(88)NSA (99)IGN

74 Cigant__ __

74b Cigantse__ __

74c Anoant__ __

73. Se ainda fuma

Nº de cigarros diários que fuma(va) ____

Nº de cigarros que fuma(va) por semana ____

Nº de anos que fuma(va) ____

(88)NSA (99)IGN

75 Cigfum__ __

75b Cigfumse__ __

75c Anofum__ __

**AGORA VOU LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE COISAS QUE PODEM
TER LHE ACONTECIDO DESDE <MÊS> DO ANO PASSADO****74. Desde (12º mês anterior), teve algum familiar que more na sua casa com alguma doença grave?**

(0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN

76 Famdoc__

77. Desde (12º mês anterior), morreu alguém da sua família ou outra pessoa muito importante?

(0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN

77 Mortfam__

78. Desde (12º mês anterior), o Sr.(a) sofreu algum acidente que precisou de cuidados médicos?

(0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN

78 Aciden__

79. Desde (12º mês anterior), o Sr.(a) foi assaltado ou roubado?

(0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN

79 Assalt__

80. Desde (12º mês anterior), o Sr.(a) se separou da(o) esposa(o) ou companheira(o)?

(0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN

80 Separ__

81. O Sr.(a) desde (12º mês anterior), mudou de cidade?

(0)Não (1)Sim (8)NSA (9)IGN

81 Migra__

**AGORA VOU FAZER UMAS PERGUNTAS SOBRE O SR.(A) E SEU
RELACIONAMENTO COM SUA FAMÍLIA****82. Desde (nome do 2º mês anterior) até hoje, o Sr.(a) teve alguém disposto a ajudá-lo quando precisava. Por exemplo se estava muito nervoso, doente, necessitando conversar, com problemas? (LEIA AS ALTERNATIVAS)**

(0)Nunca (1)Algumas vezes (2)Muitas vezes (3)Sempre (8)NSA (9)IGN

82 Supsoc__

*PARA AS PERGUNTAS 83 A 87 LEIA AS ALTERNATIVAS.***83. O Sr.(a) está satisfeito com a ajuda que recebe da sua família (pais, esposa) quando tem algum problema?**

(0)Nunca/quase nunca (1)Algumas vezes (2)Muitas vezes/Sempre (8)NSA (9)IGN

83 Prob__

84. O Sr.(a) está satisfeito com a forma em que sua família (pais, filhos) conversa com o Sr.(a) sobre assuntos de comum interesse e comparte a solução de problemas?

(0)Nunca/quase nunca (1)Algumas vezes (2)Muitas vezes/Sempre (8)NSA (9)IGN

84 Conv__

85. O Sr.(a) acha que sua família (pais, filhos) aceita seus desejos de iniciar novas atividades ou realizar mudanças na sua forma de viver? 85 Desej__
(0)Nunca/quase nunca (1)Algumas vezes (2)Muitas vezes/Sempre (8)NSA (9)IGN
86. O Sr.(a) está satisfeito na forma em que sua família (pais, filhos) lhe manifesta carinho e demonstra interesse por seus sentimentos? 86 Carin__
(0)Nunca/quase nunca (1)Algumas vezes (2)Muitas vezes/Sempre (8)NSA (9)IGN
87. O Sr.(a) está satisfeito com a quantidade de tempo que o Sr.(a) e sua família (pais, filhos) passam juntos? 87 Junt__
(0)Nunca/quase nunca (1)Algumas vezes (2)Muitas vezes/Sempre (8)NSA (9)IGN
- AGORA VOU LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O CONSUMO DE BEBIDAS DE ÁLCOOL.**
88. Com que frequência o Sr. (a) toma bebidas de álcool? ____ (LEIA AS ALTERNATIVAS) 88 Freqbeeb__
(0)Nunca (1)Uma vez por mês ou menos (2)Duas a quatro vezes por mês (3)Duas a três vezes por semana (4)Quatro ou mais vezes por semana
SE RESPONDER NUNCA PASSE À PERGUNTA98
89. Nas ocasiões em que bebe, quantas doses, copos ou garrafas o Sr.(a) costuma tomar? ____ (LEIA AS ALTERNATIVAS) 89 Numdos__
(0)1 ou 2 doses (1)3 ou 4 doses (2)5 ou 6 doses (3)7 a 9 doses (4)10 ou mais doses
(8)NSA (9)IGN
Para conversão das doses, utilizar:
CERVEJA: 1 copo (de chope - 350ml), 1 lata - 1 “DOSE” ou 1 garrafa - 2 “DOSES”
VINHO: 1 copo comum grande (250ml) - 2 “DOSES” ou 1 garrafa - 8 “DOSES”
CACHAÇA, VODCA, UÍSQUE ou CONHAQUE: 1 “martelinho” (60ml) - 2 “DOSES”
1 “martelo”(100ml) - 3 “DOSES” ou 1 garrafa - mais de 20 “DOSES”
UÍSQUE, RUM, LICOR, etc. : 1 “dose de dosador”(45-50ml) - 1 “DOSE”
90. Com que frequência o Sr.(a) toma seis ou mais doses em uma ocasião? ____ (LEIA AS ALTERNATIVAS) 90 Seisdos__
(0)Nunca (1)Menos que uma vez ao mês (2)Uma vez ao mês (3)Uma vez por semana (4)Todos os dias ou quase todos (8)NSA (9)IGN
91. Com que frequência, durante o último ano, o Sr.(a) achou que não seria capaz de controlar a quantidade de bebida depois de começar? ____ (LEIA AS ALTERNATIVAS) 91 Control__
(0)Nunca (1)Menos que uma vez ao mês (2)Uma vez ao mês (3)Uma vez por semana (4)Todos os dias ou quase todos (8)NSA (9)IGN
92. Com que frequência, durante o último ano, o Sr.(a) não conseguiu cumprir com algum compromisso por causa da bebida? ____ (LEIA AS ALTERNATIVAS) 92 Compro__
(0)Nunca (1)Menos que uma vez ao mês (2)Uma vez ao mês (3)Uma vez por semana (4)Todos os dias ou quase todos (8)NSA (9)IGN
93. Com que frequência, durante o último ano, depois de ter bebido muito, o Sr.(a) precisou beber pela manhã para se sentir melhor? ____ (LEIA AS ALTERNATIVAS) 93 Bebman__
(0)Nunca (1)Menos que uma vez ao mês (2)Uma vez ao mês (3)Uma vez por semana (4)Todos os dias ou quase todos (8)NSA (9)IGN
94. Com que frequência, durante o último ano, o Sr.(a) sentiu culpa ou remorso depois de beber? ____ (LEIA AS ALTERNATIVAS) 94 Culpbeeb__
(0)Nunca (1)Menos que uma vez ao mês (2)Uma vez ao mês (3)Uma vez por semana (4)Todos os dias ou quase todos (8)NSA (9)IGN
95. Com que frequência, durante o último ano, o Sr.(a) não conseguiu se lembrar do que aconteceu na noite anterior por causa da bebida? ____ (LEIA AS ALTERNATIVAS) 95 Lemb__
(0)Nunca (1)Menos que uma vez ao mês (2)Uma vez ao mês (3)Uma vez por semana (4)Todos os dias ou quase todos (8)NSA (9)IGN
96. Alguma vez na vida o Sr.(a) ou alguma outra pessoa já se machucou, se prejudicou por causa de o Sr.(a) ter bebido? ____ (LEIA AS ALTERNATIVAS) 96 Machuc__
(0)Não (2)Sim, mas não no último ano (4)Sim, durante o último ano (8)NSA (9)IGN

97. Alguma vez na vida algum parente, amigo, médico ou outro profissional da saúde já se preocupou com o Sr.(a) por causa de bebida ou lhe disse para parar de beber?_____ (LEIA AS ALTERNATIVAS)
 (0)Não (2)Sim, mas não no último ano (4)Sim, durante o último ano (8)NSA (9)IGN

97 Parabeb__

A SEGUIR SERÃO FEITAS ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE ASSUNTOS MAIS PESSOAIS. PROCURE FAZER AS PERGUNTAS COM CALMA E SEGURANÇA. SE NECESSÁRIO, LEIA NOVAMENTE A PERGUNTA.

AGORA VOU LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE COMO O SR.(A) TEM SE SENTIDO NO ÚLTIMO MES.

- | | |
|---|----------------|
| 98. Você tem dores de cabeça freqüentes? (0)Não (1)Sim | 98 docasrq__ |
| 99. Você tem falta de apetite? (0)Não (1)Sim | 99 faapsrq__ |
| 100. Você dorme mal? (0)Não (1)Sim | 100 sonosrq__ |
| 101. Você se assusta com facilidade? (0)Não (1)Sim | 101 assusrq__ |
| 102. Você tem tremores nas mãos? (0)Não (1)Sim | 102 tremasrq__ |
| 103. Você se sente nervoso(a), tenso(a), preocupado(a)? (0)Não (1)Sim | 103 vervsrq__ |
| 104. Você tem má digestão? (0)Não (1)Sim | 104 madisrq__ |
| 105. Você sente que suas idéias ficam embaralhadas de vez em quando? (0)Não (1)Sim | 105 idemsrq__ |
| 106. Você tem se sentido triste ultimamente? (0)Não (1)Sim | 106 trisrq__ |
| 107. Você tem chorado mais que de costume? (0)Não (1)Sim | 107 chorsrq__ |
| 108. Você consegue sentir algum prazer nas suas atividades diárias? (0)Não (1)Sim | 108 prazsrq__ |
| 109. Você tem dificuldade de tomar decisões? (0)Não (1)Sim | 109 decisrq__ |
| 110. Você acha que seu trabalho é penoso e lhe causa sofrimento? (0)Não (1)Sim | 110 trabsrq__ |
| 111. Você acha que tem um papel útil na sua vida? (0)Não (1)Sim | 111 utilsrq__ |
| 112. Você tem perdido o interesse pelas coisas? (0)Não (1)Sim | 112 intesrq__ |
| 113. Você se sente uma pessoa sem valor? (0)Não (1)Sim | 113 valosrq__ |
| 114. Alguma vez você pensou em acabar com sua vida? (0)Não (1)Sim | 114 suisrq__ |
| 115. Você se sente cansado o tempo todo? (0)Não (1)Sim | 115 cansrq__ |
| 116. Você sente alguma coisa desagradável no estômago? (0)Não (1)Sim | 116 estosrq__ |
| 117. Você se cansa com facilidade? (0)Não (1)Sim | 117 canfasrq__ |

ENCERRE A ENTREVISTA E AGRADEÇA A COLABORAÇÃO



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

PROJETO

UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM RIO GRANDE

MANUAL DE INSTRUÇÕES

MANUAL DE INSTRUÇÕES

CADA EQUIPE DE ENTREVISTADORES DEVERÁ TER O SEGUINTE MATERIAL, NECESSÁRIO PARA REALIZAR AS ENTREVISTAS:

- mapa do setor
- carta de apresentação
- crachá
- carteira de identidade
- lápis, borracha, apontador, prancheta e pasta
- questionário familiar
- questionário individual
- folha rosto do questionário familiar
- manual de instruções
- folha de conglomerado

ETAPAS DA VISITA

1. RECONHECIMENTO DO SETOR.

- reconhecer o setor
- sortear as quadras e numerar os lados de cada quadra.

2. ESCOLHA DAS CASAS A VISITAR

- sortear a esquina da quadra
- situar-se na esquina, de frente às casas
- dirigindo-se para a esquerda, localizar a 1ª casa, cuja porta de entrada esteja orientada para a rua que fica à esquerda da esquina
- a partir de essa casa, sortear entre as 3 primeiras casas existentes, qual será a 1ª casa a ser visitada
- para os outros domicílios a serem visitados, a partir da casa visitada, pular 2 casas e fazer a entrevista na terceira.
- se a esquina for um baldio, contar como 1ª casa a que estiver à esquerda dele
- se não se completarem o nº de casas necessárias na quadra, passar na quadra seguinte segundo a numeração delas e iniciar o procedimento desde o início (não contabilizar as casas remanescentes na quadra anterior).

- na contagem do pulo, não contabilizar casas abandonadas ou terrenos.
- casas que se encontrem atrás de outras, devem ser contadas
- havendo edifícios, considerar cada apto. uma casa, incluindo o de funcionários (zelador)
- edifícios em blocos, numerar cada bloco e iniciar a contagem para o "pulo" pelo primeiro apartamento do bloco número 1.

3. APRESENTAÇÃO DO ENTREVISTADOR

- informar quem é o entrevistador e o motivo da visita. Dizer que são estudantes da FURG e que estão realizando uma pesquisa sobre a saúde das famílias.
- reforçar a importância do estudo para todas as pessoas da cidade
- informar que algumas casas da vizinhança foram sorteadas e que essa família foi escolhida para ajudar na pesquisa.
- que a entrevista levará pouco tempo
- mostrar as credenciais
- se recusa inicial de colaborar, tentar 3 vezes mais em outras oportunidades, combinando horários mais adequados para o entrevistado. Deve-se insistir, mas com educação. Reforçar a importância do estudo para a saúde das pessoas do município. Informar ao Supervisor sobre as recusas ocorridas
- persistindo a recusa, anotar como perda na folha de conglomerado, mas obter com outras pessoas da casa ou de vizinhos, dados sobre idade, sexo, escolaridade, da pessoa que não respondeu
- não selecionar nova casa nessa situação

4. CASAS INCLUÍDAS

- todos os moradores com 15 anos ou mais casa devem ser entrevistados.
- casas sem pessoas no momento deverão ser visitadas em outra oportunidade. Perguntar aos vizinhos a situação dos moradores, se alguém vive ali, se estão viajando, ou a que horas tem gente. Repetir a visita 3 vezes, e não havendo sucesso considerar como perda.

5. CASAS NÃO INCLUÍDAS

- quando a casa estiver desabitada, ou seus moradores viajando por mais de 60 dias, anotar a situação na folha de conglomerado, e passar à casa seguinte
- comércios não devem ser incluídos, a não ser que alguém more neles. Perguntar se alguém mora no local. Se devem ser considerados para o pulo.
- hotéis, pensões, asilos e outros domicílios coletivos, não devem ser contabilizados para a entrevista, mas sim para o “pulo”
- No Cassino, antes de iniciar a entrevista, PERGUNTAR SE ALGUÉM RESIDE PERMANENTEMENTE NESSE DOMICÍLIO. NÃO HAVENDO NENHUM MORADOR QUE RESIDA PERMANENTEMENTE , AGRADECER E PASSAR À CASA SEGUINTE (NÃO FAZER O "PULO"). Anotar na folha de conglomerado que na casa não há residente permanente

6. SETOR COM MENOR Nº DE CASAS DAS PREVISTAS

- se o conglomerado não tiver o nº de casas previstas para visitar, consulte com o supervisor sobre o que fazer.

7. EDIFÍCIOS COLETIVOS

- em edifícios, contar conforme o número do apartamento incluindo o apartamento do zelador (zelador, 101,102,201,202, etc). Em apartamentos de blocos, contar cada bloco de forma unitária

8. DEFINIÇÃO DO Nº DE PESSOAS NA FAMÍLIA

- considerar como membros da família a todos os que compartilhem das refeições regularmente. Em caso de domésticas que residem no local do trabalho, considerar como outra família.

FOLHA DE CONGLOMERADO

A folha de conglomerado deverá ser preenchida na medida em que são realizadas as entrevistas. Deve ser usada uma para cada setor. Anotar no cabeçalho o número do setor. Após realizado o sorteio, a primeira casa sorteada será anotada como família nº 1. Anotar as casas que correspondem ao pulo, anotando os endereços das mesmas. A segunda casa a ser visitada

deverá ser anotada como família 2, e assim sucessivamente. Se com o pulo, o local a ser visitado corresponde a alguma das exclusões, anotar o endereço e escrever a observação do lado indicando que o tipo de local (hotel, asilo, comércio, etc.). Se na casa dorme a empregada doméstica (considerada como outra família), numerar-la com o nº 17. Outros casos de empregadas que dormem na casa serão numerados 18, 219 e assim por diante.

Os dados a serem preenchidos, incluem:

- casas que devem ser visitadas: tipo (domicílio), endereço, nº de pessoas maiores a 14 anos, questionários completos e observações.
- casas que não devem ser visitadas: tipo (domicílio, domicílio coletivo, comercio, etc.) nº de casas desabitadas, com moradores ausentes, recusas, pessoas impossibilitadas de falar. Estas últimas deverão também ser consideradas perdas.
- casa desabitada: se os vizinhos informarem que não mora ninguém ou estarão viajando por mais de 2 meses.
- casa sem morador no momento: Se os vizinhos informarem que tem moradores, deve-se retornar em outro momento.

INSTRUÇÕES GERAIS

- a) considerar a família como a todas as pessoas que fazem refeições juntas.
- b) Todas as pessoas da casa, com 15 anos ou mais devem ser entrevistados. As respostas devem ser dadas pelas pessoas adequadas, e conforme instruções no questionário. Em caso de não estar presente algum dos moradores, perguntar o horário em que é possível encontrar-lo. O questionário familiar, deve ser aplicado de preferência ao chefe da família (a pessoa que tem a maior renda na casa).
- c) para pessoas adultas, sempre referir-se como Sr. ou Sra..
- d) preencher o questionário para cada indivíduo com a característica pesquisada.
- e) usar lápis no preenchimento e utilizar pasta de apoio.
- f) formular as perguntas exatamente com estão escritas e devagar, sem induzir a resposta.

- g) se não houver compreensão da pergunta voltar a repeti-la; só em último caso ler as opções possíveis, a não ser no caso de perguntas em que é necessário ler as alternativas.
- h) se houver dúvida de como marcar a resposta, escrever a mesma por extenso para posterior discussão com o supervisor.
- i) se a resposta for "não sei", marcar ignorado (sempre em último caso).
- j) quando uma resposta parecer pouco confiável, comentar sobre a qualidade da resposta.
- k) não deixar resposta em branco.
- l) sempre que houver dúvida sobre marcar "sim" ou "não", marcar "não", mas antes ler de novo a pergunta, enfatizando o que é importante.
- m) Quando as respostas referentes a números ou quantidades, são ambíguas, (por exemplo "2 ou 3 vezes"), perguntar "é mais para 2 ou para 3". Se não souber, anote o valor inferior.
- n) não faça contas durante a entrevista. Se por algum motivo a resposta se refere a um período e não à extensão solicitada pela pergunta, anote a quantidade e o período correspondente, que na codificação será ajustado.
- o) no questionário há instruções para realizar as perguntas, escritas em itálico. As instruções que não estão em itálico, devem ser lidas ao entrevistado. As perguntas devem ser realizadas tal qual estão escritas. Se a pessoa não entende a pergunta, repetir-la.
- p) Se o entrevistador vê que há discrepância entre a resposta dada e o observado por ele, perguntar novamente. Mantendo-se a discrepância anotar a resposta dada e fazer por escrito uma observação com o que foi visto, para consultar posteriormente o supervisor.

CODIFICAÇÃO

- a) as codificações devem ser realizadas no mesmo dia da entrevista, mas ao final do trabalho de campo.
- b) questões em aberto não devem ser codificadas pelo entrevistador. Devem ser escritas por extenso, conforme foi respondida, para posterior codificação.
- c) código "0" deve ser aplicado como "não", o como zero.

- d) o código 8 - 88 - 888 – 8888 correspondente ao Não se Aplica (NSA), deve ser utilizado quando a pergunta a seguir não deve ser realizada, e será pulada. O código 9 – 99 – 999- 9999 corresponde a Ignorado.
- e) em caso de cifras, e não aplicando-se a pergunta, NÃO PREENCHER com 8, 88, 888 ou 8888, e sim com zeros (0, 00, 000, 0000)
- f) se uma resposta coincide com o código, codificá-la com um número menor. Esta situação deve ser reportada ao supervisor.

QUESTIONÁRIO FAMILIAR

PERGUNTAS

Nº do Questionário - Nº Setor - Nº Família

Deixar o no. de questionário em branco, mas preencher o no. de setor e o no. da família. O no. da família será 01, 02, 03, etc, conforme a ordem da casa visitada e conforme a folha de conglomerado. Estes dois números deverão utilizados nos questionários individuais, para pessoas da mesma família.

4. Entrevistador:

Preencher com o nome de quem realiza a entrevista.

5. Data da entrevista: / /

Escrever dia, mês e ano (quatro dígitos) em que é realizada a entrevista

6. Nome:

Escrever o nome da pessoa, completo (nome, sobrenome)

7. Endereço

Escrever o nome da rua e o número da casa. Não havendo número, fazer a observação que a casa não tem numeração.

8. Fone

Se a família tiver telefone anotar. Pode ser servir para algum contato posterior.

9. Local de referência

Este campo é importante que seja preenchido, porque facilitará a localização posteriormente. Anote uma referência importante, como “em frente à praça tal”, “ao lado da fábrica tal outra”, “do lado do baldio”, etc.

10. Respondente:

Chefe da família (1) Dona da casa (2) Ambos (3)

Indique quem está respondendo. Por chefe da família se entende a pessoa na casa que tem a maior renda. Pode ocorrer que a mulher seja a chefe da família, neste caso codifique 3.

11. Qual é seu estado civil?

Com companheiro (1) Solteiro (2) Divorciado/Separado (3)

Viúvo (4)

Anote o estado civil do entrevistado. O 1, serve para todos os que tenham um companheiro, sejam casados ou não.

12. Qual a sua idade?

Anotar a idade em anos completados.

13. Sexo

M (1) F (2)

Codificar conforme sexo.

14. Cor

Branco (1) Não branco (2)

Codificar apenas como branco ou não branco.

15. Quantas pessoas moram nesta casa ?

Anotar o número total de pessoas que dormem e fazem refeições na casa, sem importar a idade.

16. Quem mora nesta casa? (dormem e fazem refeições)

Pai ___ Mãe ___ Filhos ___ Avós ___ Outros

Codificar que tipo de familiares moram na casa. Se mora apenas uma pessoa, codificar como pai ou mãe conforme o sexo. Se mora apenas uma geração, codificar pai – mãe. Se mora duas gerações (filhos mais pais) codificar como pai – mãe e filhos. Se mora duas gerações de adultos e algum dos filhos é casado e mora na casa, codificar pai – mãe – avós. Se mora três gerações de adultos (pais, filhos casados, e netos) codificar pai – mãe – filhos e avós. Outro tipo de familiar, escrever por extenso em outros (exemplo tio, primo, etc.)

17. Quantas peças usam para dormir?

nº de peças___

Anotar o número de quartos que usam para dormir.

18. Tem água encanada?

Não (0) sim fora de casa (1) sim dentro da casa (2)

Anotar 0 se a água que se consome na casa não vem de nenhuma torneira. Anotar 1, se há uma torneira no terreno da casa. Anotar 2, se há torneiras dentro da casa.

19. Com é a privada da casa?

não (0) casinha (1) sanitário s/descarga (2) sanitário c/descarga (3)

Se a casa tiver no terreno uma casinha que é utilizada como banheiro, anotar 1. Se o banheiro for dentro da casa mas não tiver descarga (deve jogar água para esvaziar a patente) anotar 2. Se houver banheiro dentro de casa com descarga, anotar 3. Se não houver nenhuma das anteriores, e as pessoas fazem suas necessidades em aberto, anotar 0.

20. Na sua casa tem?

Perguntar pelos eletrodomésticos que há na casa. Perguntar um de cada vez, interrogando se estão funcionando e a quantidade que existe. Sobre a empregada doméstica, perguntar se na casa trabalha alguma empregada doméstica todos ou a maioria dos dias da semana (não considerar faxineiras ou por hora). Quando a resposta for não codificar com dois zeros (00). Se for

afirmativa, codificar segundo a quantidade (01, 02, 03, etc.) 08 e 09, não devem ser usados, porque podem ser confundidos com Não se aplica (NSA) e Ignorado (IGN). Se a quantidade coincidir com esses números codificar com o número 07.

21. Tipo de casa:

Tijolo (1) Madeira Pre-fabricada (2) Tijolo/madeira (3)

Madeira (4) Papelão/lata (5)

Marcar como tijolo, quando a casa for de material, revestido ou não. Casas construídas com madeira industrializada pré-fabricada deve ser codificada com 2. Casas que tem partes de alvenaria e outras de madeira de obra (tabuas), ou pedaços de madeira, devem ser codificadas como 3. Casas construídas com tabuas, pedaços de madeira, utilizar código 4. O código 5 deve ser usado para casas de papelão e/ou lata predominantemente (malocas).

22. No mês passado quanto ganharam as pessoas que moram aqui?

(Incluir salários, aposentadoria, pensão, etc.)

Anotar em reais, utilizando 4 números. Não incluir decimais. Considerar nesta pergunta a renda do mês anterior, para evitar valores fracionados. Se a pessoa iniciou a trabalhar no mês corrente da entrevista, não incluir a renda. Da mesma forma se o indivíduo ficou desempregado no mês da entrevista, mas trabalhou no mês anterior, incluir a renda anterior.

Como renda, incluir todo tipo de ingresso, incluído aluguel, retiradas periódicas de poupança, etc. Não incluir como renda 13º, ou indenizações por demissões. Para empregados, considerar a renda bruta. No caso de empregadores, considerar renda líquida.

Sendo o indivíduo safrista, colocar o valor correspondente ao último mês. Se for safrista e tiver também um emprego fixo, somar as duas rendas.

A "Renda 1" deve ser destinada para o chefe da família (a pessoa de maior renda na casa). Se possível preencher por ordem decrescente, da maior renda à menor. Havendo mais de 5 pessoas com renda na casa, anotar para completar mais tarde. No final do dia de trabalho, somar todas as rendas referidas, e anotar em "renda familiar". Se a pessoa não souber informar o

valor, mas sabe em salários, anotar o nº de salários e depois consulte com o supervisor.

23. A família tem outra fonte de renda?

Anotar outras fontes de renda, como aluguéis, pensões, e outras entradas que a familiar tiver.

AS PERGUNTAS 24 A 31 REFEREM-SE À PESSOA DE MAIOR RENDA NA CASA

24. O Sr.(a) sabe ler e escrever?

Não (0) Só assinar o nome (1) Sim(2)

Se não sabe ler e escrever codifique 0. Se só souber escrever o nome, codifique 1. Se souber escrever e ler, codifique 2.

25. Até que série completou? (anos aprovados)?

Serie ___ Grau ___

Só considere anos completos ou séries completadas. Se tiver cursado Universidade, codifique Série 0 Grau 3.

AS QUESTÕES 26 A 31 DEVEM SER REALIZADAS AO CHEFE DA FAMÍLIA

26. O Sr.(a) está no momento trabalhando?

Trabalhando (1) Desempregado (2) Aposentado (3)

Pensionista (4) Encostado (5) Estudante (6)

Outra situação ()

Por trabalho, considerar toda forma de trabalho, seja forma, informal, e autônomos. Para responder a esta pergunta, tomar como base o mês anterior. Responder como DESEMPREGADO quando a pessoa não tiver trabalhado no mês anterior, ainda que no momento da entrevista esteja com alguma ocupação. Responder TRABALHANDO, se a pessoa tiver trabalhado o mês anterior, ainda que no mês em curso esteja desempregado. Responder Aposentado ou Pensionista, se a pessoa tiver essa condição. Em casos em que a pessoa seja pensionista ou aposentado e continue trabalhando, considerar como TRABALHANDO. Se não estiver trabalhando por motivo de

doença e o período de afastamento for maior a 15 dias responder ENCOSTADO. Se estiver doente por menos de 15 dias, e estiver afastado com licença da empresa, considerar como TRABALHANDO. Se estuda e trabalha, responder TRABALHANDO. Outra situação que não corresponda a nenhum dos códigos previstos, escrever a resposta por extenso.

27. Qual o tipo de firma em que o Sr.(a) trabalha?

Ramo da atividade

Escrever o tipo de empresa ou firma em que trabalha. Por exemplo, fábrica de peixes, Locadora de vídeo, Supermercado, Farmácia, Prefeitura, etc. Mais tarde se escreverá o ramo da atividade correspondente, juntamente com o Supervisor. No caso de aposentados, escrever o ramo de atividade em que trabalhava antes da aposentadoria.

28. Que tipo de trabalho o Sr(a.) faz ou fez por último?

Descreva minuciosamente o que faz

Preencher por extenso e da forma mais específica possível a profissão da pessoa. Exemplo: se for um trabalhador da construção civil, especificar se é mestre de obras, pedreiro ou servente. Para aposentados descrever a última atividade realizada antes de aposentar-se. A codificação posterior será realizada conforme a lista de códigos de ocupações anexa, junto com o Supervisor.

29. O Sr.(a) é empregado, patrão ou trabalha por conta própria?

Empregado (1) Patrão com estabelecimento próprio (2)

Patrão sem estabelecimento próprio (3)

Conta própria com estabelecimento próprio (4)

Conta própria sem estabelecimento próprio (5)

Biscateiro (6) Parceiro ou meeiro (7)

Outro

Perguntar se é empregado ou não. Não sendo empregado, e tendo ele empregados, anotar se é patrão com estabelecimento próprio (alugado, ou da sua propriedade) ou se não tem estabelecimento. Não sendo empregado ou patrão, e trabalha sozinho, anotar se tem um local onde exerce sua atividade,

ou não tem. Se não tem uma atividade fixa, senão faz atividades temporárias (cortar grama, algum serviço geral, etc.) considerar como biscateiro. Em caso de atividade rural onde a pessoa cultive em terra alheia em regime de parceria ou de meeiro, codificar como 7.

30. O Sr.(a) tem empregados?

Não (0) Sim (1) NSA (8) Ign (9)

Perguntar se na sua atividade, contrata pessoas para trabalhar para ele. Não considerar empregadas domésticas que trabalhem na casa do entrevistado.

31. Se tiver empregados, quantos o Sr.(a) tem?

nº empregados

Anotar o número de pessoas que emprega.

QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL

PERGUNTAS

Nº do Questionário Nº Setor Nº Família Nº Pessoa

O nº do questionário deve permanecer em branco. Nº de setor e nº de família, devem ser iguais aos do questionário familiar. Em nº da pessoa iniciar com 01, que será o nº do chefe da família, e numerar subseqüentemente os outros questionários individuais.

4. Entrevistador

Anotar o nome da pessoa que realiza a entrevista.

5. Data da entrevista: / /

Anotar dia, mês e ano (quatro dígitos) da data em que se realiza a entrevista.

6. Nome

Anotar o nome completo da pessoa que se entrevista

7. Endereço

Escrever o nome da rua e o número da casa. Não havendo número, fazer a observação que a casa não tem numeração.

8. Telefone

Se a família tiver telefone anotar. Pode ser servir para algum contato posterior.

9. Local de referência

Este campo é importante que seja preenchido, porque facilitará a localização posteriormente. Anote uma referência importante, como “em frente à praça tal”, “ao lado da fábrica tal outra”, “do lado do baldio”, etc.

10. Vínculo familiar:

Esposo (1) Esposa (2) Filho (3) Avó (4) Avô (5) Neto (6) Outro ()

Escreva conforme a relação familiar da pessoa. Em famílias com mais de duas gerações, utilize como referência o casal com filhos menores (Esposo/Esposa) e os outros entrevistados serão codificados segundo o parentesco. Utilizar “Outros” quando seja um familiar mais distante (primo, tio, etc.)

11. Qual a sua idade? _____ (anos)

Anote os anos completados até a data da entrevista.

12. Sexo: _____ Masc (1) Fem (2)

Escreva o código do sexo.

13. Qual seu estado civil?

(1) Casado - c/companheiro (2) Sem companheiro (3) Solteiro (4) Viúvo

Anote o estado civil do entrevistado. Se casado oficialmente ou não considere como companheiro. Se separado, divorciado ou sem companheiro, codifique como (2). Nas outras situações codifique conforme o caso.

14. Cor (OBSERVE E ANOTE)**Branco (1) Não branco (2)**⇒ **APÓS MARCAR, PERGUNTE: Qual a cor da sua pele?****Branca (1) Negra (2) Mulata (3) Morena (4) Parda (5) Outras**

Anote a cor da pessoa codificando como branco ou não branco. Após pergunte ao entrevistado qual a cor da sua pele, e escreva a resposta conforme as opções. Se nenhuma das opções servir, escreva por extenso em “Outros”

15. O Sr.(a) tem filhos?**Não (0) Sim (1) IGN (9)**

Pergunte se a pessoa tem filhos, não importando a idade ou se moram na casa.

16. Quantos filhos o Sr.(a) tem**Menores de 1 ano ___****1 a 4 anos ___****5 a 14 anos ___**

Se responder SIM à questão anterior, anote quantos filhos tem por categoria de idade

17. O Sr.(a) sabe ler e escrever?**Não (0) Só assina (1) Sim (2) Ign (9)**

Pergunte se a pessoa sabe ler (um jornal por exemplo) e escrever, se só assina o nome, ou se não sabe escrever ou ler.

18. Até que série completou? Série ___ Grau ___

Se respondeu SIM à questão anterior, anote até que série e grau completou. Só devem considerados séries completas, ou seja anos aprovados. Universitários com cursos completos, anotar série 0 grau 3.

19. Sr.(a) está no momento trabalhando?**Trabalhando (1) Desempregado (2) Aposentado (3)****Pensionista (4) Encostado (5) Estudante (6) Do Lar(7)****Outra situação ()**

Por trabalho, considerar toda forma de trabalho, seja forma, informal, e autônomos. Para responder a esta pergunta, tomar como base o mês anterior. Responder como DESEMPREGADO quando a pessoa não tiver trabalhado no mês anterior, ainda que no momento da entrevista esteja com alguma ocupação. Responder TRABALHANDO, se a pessoa tiver trabalhado o mês anterior, ainda que no mês em curso esteja desempregado. Responder Aposentado ou Pensionista, se a pessoa tiver essa condição. Em casos em que a pessoa seja pensionista ou aposentado e continue trabalhando, considerar como TRABALHANDO. Se não estiver trabalhando por motivo de doença e o período de afastamento for maior a 15 dias responder ENCOSTADO. Se estiver doente por menos de 15 dias, e estiver afastado com licença da empresa, considerar como TRABALHANDO. Se estuda e trabalha, responder TRABALHANDO. No caso de jovens que estudam e que se encontram em período de férias, anotar como ESTUDANTE. No caso de mulheres que não tenham uma atividade remunerada, mas sim a atividade doméstica, codificar como DO LAR. Outra situação que não corresponda a nenhum dos códigos previstos, escrever a resposta por extenso.

20. Há quanto tempo o Sr.(a) está desempregado? (em meses)

Se responder que estava desempregado, anote o número de meses que está ou esteve sem emprego.

21. O Sr.(a) tem algum convênio, plano ou seguro de saúde ?**Não (0) Sim (1) IGN (9)**

Pergunte se a pessoa tem algum tipo de plano de saúde, convênio ou seguro privado. Não considerar SUS como convênio.

22. SE SIM: Qual o nome e a quanto tempo o Sr.(a) tem o convênio?

Unimed (1) Bradesco (2) Bamerindus (3) Uniclínica (4) Policlínica (5)

Da empresa (6) Do sindicato (7) IPE (10) SAMHOP (11) NSA (88) IGN (99)

Outros () _____

Tempo que tem o convênio __ __ (anos)

Pergunte o nome desse convênio e anote conforme a pre-codificação. Se não estiver contemplado, escreva em outros , o nome do convênio. Se a pessoa for trabalhador e a empresa tiver um convênio, responda DA EMPRESA. Se é membro de sindicato, e o próprio sindicato tiver um convênio ou um serviço de saúde próprio, responda DO SINDICATO. Quanto ao tempo que possui o convênio, anote o número de anos. Se for menos de 1 ano, escreva 01 anos.

23. O sr.(a) consultou com médico alguma vez na sua vida?

Não (0) Sim (1) IGN (9)

SE SIM ⇒ Já lhe aconteceu alguma vez de não ficar satisfeito com algum atendimento anterior?

Não (0) Sim (1) NSA (8) IGN (9)

Deseja-se saber se a pessoa consultou com médico alguma vez na sua vida, podendo ser qualquer especialidade. Se responder SIM, pergunte se alguma vez ficou insatisfeito com o atendimento recebido.

24. O Sr.(a) consultou com médico alguma vez desde (nome do 12º mês anterior) do ano passado?

Não (0) Sim (1) IGN (9)

Tome o cuidado de perguntar mencionando o mês correspondente 12 meses atrás. Por exemplo, se a entrevista está sendo realizada em junho, perguntar se consultou alguma vez desde junho do ano passado.

25. Desde (nome do 12º mês anterior) do ano passado quantas vezes o Sr.(a) consultou com o médico? NSA (88) IGN (99)

Anotar o nº de vezes que a pessoa consultou no período em questão. Perguntar da mesma forma que na pergunta anterior.

26. Desde (nome do 2º mês anterior) até hoje

⇒ quantas vezes o Sr(a.) consultou? ___ __ NSA (88) IGN (99)

⇒ qual foi a data da última consulta __/__/____ NSA (88/88/8888) IGN (99/99/9999)

Tomar o cuidado de ao fazer a pergunta restar 2 meses à data do dia. Assim se estiver no dia 20 de junho, perguntar se desde 20 de abril até a data quantas vezes consultou.

Na data da última consulta escrever ano completo (4 dígitos). Se não se lembrar do dia, perguntar se poderia aproximar em termos de semana se foi na 1ª, 2ª, 3ª ou 4ª semana do mês. Conforme a resposta escrever como dia 4, 11, 18, ou 25 respectivamente. Se ainda assim não recordar a semana, escrever dia 15.

27. De todas essas consultas realizadas desde (nome do 2º mês anterior), quantas vezes foi?

a. Com especialista (aquele médico que não é clínico geral)___

b. No Pronto Socorro_____

Perguntar quantas de todas as consultas ocorridas foram para visitar um especialista e quantas foram realizadas no Pronto Socorro ou Pronto Atendimento, de hospital ou de instituição que tenha este tipo de serviço.

28. Já teve dificuldade em conseguir consulta com especialista?

Não nunca tive (0) Sim (1) Não nunca consultei (2) NSA (8) IGN (9)

Se consultou com especialista, perguntar se teve dificuldade em marcar consulta.

ATENÇÃO: AS PERGUNTAS 29 A 37 REFEREM-SE À ÚLTIMA CONSULTA REALIZADA NO PERÍODO DE 2 MESES. ASSIM, AO FORMULAR ALGUMAS DESSAS PERGUNTAS, COMPLEMENTAR COM “NA SUA ÚLTMA CONSULTA DE (DATA)”.

29. Onde foi que o Sr. (a) consultou na última vez?

**Posto do bairro(1) Posto de outro bairro(2) Ambulatório da Furg(3)
 Pronto Socorro(4) Ambulatório de Sindicato(5) Ambulatório da
 Empresa onde trabalha(6) Clínica Conveniada com a Empresa onde
 trabalha(7) Consultório de Médico particular ou conveniado(10)
 Postão do Inamps (11) Centro de Saúde(12) Ambulatório do convênio
 (13) Ambulatório da Sta. Casa
 Outros () NSA(88) IGN(99)**

Anotar o código correspondente. Se consultou em Pronto Atendimento de hospital, considerar como Pronto Socorro. Alguns sindicatos têm médico contratado para atender seus associados (5). Algumas empresas têm um médico para atender seus empregados (6). Outras vezes tem convênio com empresas de Medicina de Grupo, e os empregados utilizam esses serviços (7). O antigo Postão do Inamps, está localizado na rua Almirante Barroso. O Centro de Saúde é o nº 4, e está localizado na rua Major Carlos Pinto.

30. Porque o Sr.(a) consultou neste local?**Bom médico****Facilidade em marcar consulta****Pouco tempo de espera****Medicamentos grátis****Exames grátis****Perto de casa****Perto do trabalho****Outros () _____****Não (0) Sim (1) NSA (8) IGN (9)**

Pergunte o motivo pelo qual consultou nesse local e escreva a opção correspondente. Pode haver mais de um motivo, por isso estimule outras respostas perguntando “Algum outro motivo?” Se não for nenhuma das previstas, escreva por extenso em “outros”.

31. Agora quero que pense bem sobre sua última consulta e me responda....

Há que distância fica o local onde consultou__ __ (em nº de quadras)

Quanto tempo leva para chegar até lá__ __ (em minutos)

Quanto gastou com...	R\$	Não pagou (1)	Pelo convênio (2)	Não fez (3)	Sem dinheiro (4)
Consulta					
Transporte (Ida e Volta)					
Exames					
Medicamentos					
Tempo que demorou	(min)				

Leia o encabeçamento da questão e a seguir faça as perguntas subseqüentes. Anote a distância em quadras entre o local onde consultou e o domicílio. Se a pessoa diz em outra medida (quilômetros, metros, etc), escreva por extenso a resposta. Se não souber escreva o bairro em que mora e o nome do local onde consultou. Lembre que 1 quadra é igual a 100 metros, e que 1 km corresponde a 10 quadras.

Anote quanto tempo em minutos leva para ir da casa ou local de trabalho ao local onde consultou. O tempo pode ser caminhando ou em transporte público ou carro.

Pergunte quanto gastou em cada item e anote na coluna R\$. Se não gastou, anote o código correspondente: **Não pagou (1)** se o exame foi grátis. Se foi pago pelo convênio, marque (2). Marque **não fez (3)** se não foi necessário realizar. **Sem dinheiro (4)** se precisava fazer , mas por falta de dinheiro não fez.

No caso do Tempo de ida e volta, na Coluna R\$ anote o tempo gasto em minutos desde que saiu para consultar até que voltou.

32. Qual foi o motivo pelo qual consultou?

Doença (1) Administrativa (2) Prevenção (3)

Anote a resposta por extenso, e pergunte ao Supervisor como codificar-la. Por motivo de doença, entende-se toda consulta que seja realizada porque a pessoa estava com algum problema de saúde. A categoria Administrativa deve ser utilizada quando a pessoa consulta por exemplo para conseguir uma receita. A categoria Prevenção deve ser usada quando a pessoa consulta para realizar algum procedimento preventivo.

33. O Sr.(a) consultou com Clínico ou com Especialista?

Clínico (1) Especialista (2)

⇒ **Se Especialista, com qual?**

Psiquiatra (1) Ginecologista (2) Cardiologista (3) Pneumologista (4)

Traumatologista (5) Oftalmologista (6) Urologista (7)

Otorrinolaringologista (10) Cirurgião (11) Gastroenterologista(12) NSA (88) IGN (99) Outros () _____

Marque em primeiro lugar se a pessoa consultou com Clínico Geral ou com um Especialista. A seguir se respondeu Especialista, pergunte com qual e marque a opção adequada. Se não estiver na relação escreva por extenso.

34. Nesta última vez que o Sr.(a) consultou, quanto tempo levou desde que decidiu consultar

até o momento em que consultou? ___ ___ dias

NSA (88) IGN (99)

Deseja-se saber quanto tempo demorou desde que fez a opção de consultar até que conseguiu consultar, isto é o tempo de espera para marcar uma consulta mais o tempo de espera entre a marcação da consulta e o momento da consulta.

35. Quanto tempo levou desde que marcou a consulta até que consultou?

___ ___ dias

NSA (88) IGN (99)

Deseja-se saber quanto tempo passou entre o momento que marcou a consulta e o momento que se realizou a consulta, em dias.

36. Mostre-me quanto o Sr.(a) ficou satisfeito com a consulta?

MOSTRAR CARTELA COM CARAS

NSA (8) IGN (9)

Faça a pergunta e a seguir mostre a cartela que tem 5 caras. Se necessário, explique que as caras demonstram maior ou menor satisfação. Anote o número da cara assinalada.

37. Antes de consultar no (Nome do Local), o Sr.(a) consultou ou tentou consultar em outro lugar pelo mesmo problema?

Não (0) Sim (1) ⇒ SE SIM, onde?

**Posto do bairro(1) Posto de outro bairro(2) Ambulatório da Furg(3)
Pronto Socorro(4) Ambulatório de Sindicato(5) Ambulatório da
Empresa onde trabalha(6) Clínica Conveniada com a Empresa onde
trabalha(7) Consultório de Médico particular ou conveniado(10)
Postão do Inamps (11) Centro de Saúde(12) Ambulatório do
convênio(13)
Ambulatório da Sta. Casa(14) Outros () _____**

SE SIM ⇒ Porque então procurou (Nome do Local)? NSA (88) IGN (99)

Deseja-se saber se antes da consulta sobre a qual se estão fazendo as perguntas, a pessoa consultou ou tentou consultar em outros locais. Se responder SIM, então marque o local onde consultou anteriormente e o motivo pelo qual decidiu consultar novamente.

A PERGUNTA 38, REFEREM-SE AO ÚLTIMO PROBLEMA DE SAÚDE.

38. Com quantos médicos e quantas vezes teve que consultar para resolver seu último problema de saúde?

Nº de consultas ___ Nº de médicos ___ NSA (88) IGN (99)

Deseja-se saber o número de vezes que teve que consultar para solucionar o problema de saúde. Se ainda não foi solucionado, anote as consultas realizadas até agora. Podem ser consultas com mais de um médico.

Deseja-se saber o número de médicos que teve que consultar para solucionar o problema de saúde. Se ainda não foi solucionado, anote quantos médicos visitou até agora

39. O Sr.(a) internou ou baixou em hospital alguma vez desde (12º mês) do ano passado?

Não (0) Sim (1) IGN (9)

Perguntar da mesma forma que na pergunta 24, tomando cuidado em deixar claro que a pergunta se refere ao período entre o mês atual e o 12º mês anterior.

40. Quantas vezes o Sr.(a) internou desde (12º mês) do ano passado?

NSA (8) IGN (9)

Proceder igual que na pergunta anterior. Anote o número de internações realizadas. Não importa que o motivo da internação seja o mesmo.

41. Qual foi a data em que o Sr.(a) internou por último? ___/___ (Mês e Ano)

NSA (88/8888) IGN (99/9999)

Anotar o mês e o ano em que a última internação aconteceu. Se não se lembrar do mês, intentar relacionar-lo com outro evento, em que estação do ano foi, etc.

42. Para internar (na última vez),

⇒ O Sr.(a.) ou alguém da sua família teve que ir (ou telefonar) a mais de um hospital para saber se tinha leito vago? Não (0) Sim (1) NSA (8) IGN (9)

⇒ O Sr.(a) ou alguém da sua família teve que ir (ou telefonar) mais de uma vez ao mesmo hospital para saber se tinha algum leito vago para internar? Não (0) Sim (1) NSA (8) IGN (9)

Deseja-se conhecer se a pessoa ou alguém da sua família ou amigo teve que ir a mais de um hospital para conseguir internar.

Deseja-se conhecer se a pessoa, um familiar ou um amigo teve que ir mais de uma vez ao hospital onde internou, para saber se tinha algum leito para internar.

43. Onde foi que o Sr.(a) internou e qual convênio utilizou?

⇒ **Santa Casa(1) Beneficência(2) Furg(3) Hospital de Pelotas(4) Hospital de Porto Alegre(5)**

Outro () _____ NSA (8) IGN (9)

⇒ **SUS (1) Convênio (2) Particular (3)**

Indicar o hospital em que internou. Se nenhuma das opções pré-codificadas se encaixa, escreva em outros o nome do hospital. Marque se a pessoa internou pelo SUS, por convênio (Unimed, HSBC Bamerindus, Bradesco, etc.), ou se pagou pela internação.

44. O sr.(a) ficou internado no Pronto Socorro esperando um leito vago?

Não (0) Sim (1) NSA (8) IGN (9)

Se a pessoa teve que ficar internada na emergência do hospital esperando um leito vago, marque sim.

45. Quantos dias no total o Sr.(a) ficou internado/baixado no hospital?

_____ (dias)

Anotar os dias em que a pessoa esteve internada.

46. Qual foi o motivo da última internação?

Fazer tratamento clínico (1) Fazer cirurgia (2) Fazer exames (3) Parto (4)

Outros () NSA (8) IGN (9)

Escrever a resposta e depois anote uma das opções pré-codificadas. Se tiver dúvidas pergunte ao Supervisor.

47. O Sr.(a) alguma vez em sua vida teve algum problema de saúde?

Não (0) Sim (1) NSA (8) IGN (9)

Perguntar se a pessoa teve alguma vez em toda sua vida algum problema de saúde.

48. Quando tem algum problema de saúde ou está doente, o Sr.(a)? (LEIA AS ALTERNATIVAS)

**Nunca consulta o médico (1) Algumas vezes consulta o médico (2)
Na maioria das vezes consulta médico (3) Sempre consulta um médico
(4) NSA (8) IGN (9)**

**⇒ SE NUNCA OU ALGUMAS VEZES, O que o Sr.(a) faz para resolver
seu problema de saúde ou doença?**

Toma um medicamento por conta própria ___

Toma um chá/outro tipo de medicina alternativa ___

Vai no curandeiro ___

Vai no centro espírita___

Não faz nada ___

Outros _____

Não (0) Sim (1) NSA (8) IGN (9)

Leia as opções da questão e anote aquela que o entrevistado responder. Se responder NUNCA (1) ou ALGUMAS VEZES (2), pergunte o que faz então para solucionar o problema de saúde. Marque a opção adequada, ou, se não estiver contemplada a resposta, escreva por extenso.

49. Quando tem algum problema de saúde ou esta doente o Sr.(a) toma medicamentos por conta própria (sem que o médico lhe indique)? (LEIA AS ALTERNATIVAS)

Nunca (1) Algumas vezes (2) Na maioria das vezes (3) Sempre (4) NSA (8) IGN (9)

Leia as opções da questão e anote aquela que o entrevistado responder.

50. Antes de consultar um médico o Sr.(a) conversa com alguém para saber se deve consultar?

Nunca (1) Algumas vezes (2) Na maioria das vezes (3) Sempre (4) NSA (8) IGN (9)

⇒ SE SIM, Com quem conversa?

Esposa(o) (1) Pai (2) Mãe (3) Amigo(a) (4) Vizinho(a) (5) Avó (6) Avô (7)

Agente de saúde (10) Padre (11) Professora (12) Outros _____

NSA(8) IGN(9)

Leia as opções da questão e anote aquela que o entrevistado responder. Se responder 2, 3 ou 4, pergunte quem é a pessoa com a qual conversa. Anote o tipo de pessoa. Exemplo: Esposa, Filho, Vizinho, Padre, Agente de Saúde, etc.

51. Quando o Sr.(a) vai consultar, o Sr.(a) leva em conta na hora de escolher, se o médico ou lugar de consulta é da sua confiança?

Nunca (1) Algumas vezes (2) Na maioria das vezes (3) Sempre (4) NSA (8) IGN (9)

Leia as opções da questão e anote aquela que o entrevistado responder.

52. Quando o Sr.(a) tem um problema de saúde e decide consultar, tem algum médico ao qual o Sr.(a) costuma ir a maioria das vezes?

Não (0) Sim (1) NSA (8) IGN (9)

Perguntar se a pessoa tem um médico ao qual procura quando tem algum problema de saúde.

53. Qual é o nome desse médico?

NSA (88) IGN (99)

Anotar por extenso o nome do médico

54. Onde costuma consultar com ele?

Posto do bairro(1) Posto de outro bairro(2) Ambulatório da Furg(3) Pronto Socorro(4) Ambulatório de Sindicato(5) Ambulatório da Empresa onde trabalha(6) Clínica Conveniada com a Empresa onde trabalha(7) Consultório de Médico particular ou conveniado(10) Postão do Inamps(11) Centro de Saúde(12) Ambulatório do convênio(13) Ambulatório da Sta. Casa(14) Outros () NSA(88) IGN(99)

Anotar o local onde costuma consultar com ele. Leia as observações da pergunta 29.

55. Há quanto tempo o Sr.(a) consulta com este médico? _____ (meses)

NSA (888) IGN (999)

Anotar quanto tempo a pessoa consulta esse médico. Escreva em número de meses. Se a resposta for em anos, anote o nº de anos ao lado e após a entrevista transforme-a em meses, multiplicando por 12.

56. Quando o Sr.(a) tem algum problema de saúde ou precisa consultar, tem algum lugar ao qual o Sr.(a) costuma ir? ____

Não (0) Sim (1) NSA (8) IGN (9)

Perguntar se a pessoa tem algum local onde costuma ir quando está doente.

57. Qual é esse local?

**Posto do bairro(1) Posto de outro bairro(2) Ambulatório da Furg(3)
Pronto Socorro(4) Ambulatório de Sindicato(5) Ambulatório da
Empresa onde trabalha(6) Clínica Conveniada com a Empresa onde
trabalha(7) Consultório de Médico particular ou conveniado(10)
Postão do Inamps (11) Centro de Saúde(12) Ambulatório do
convênio(13)
Ambulatório da Sta. Casa(14) Outros () NSA(88) IGN(99)**

Marcar a opção correspondente. Se não estiver pré-codificada anote por extenso. Observe as anotações da pergunta 29.

58. Há quanto tempo o Sr.(a) costuma consultar nesse local? ____ (meses)

Anotar quantos meses a pessoa costuma consultar no local. Se a resposta for em anos, anote o nº de anos ao lado e após a entrevista transforme-a em meses, multiplicando por 12.

59. Como diria que foi sua saúde?

⇒ **Desde (12º mês) do ano passado? (LEIA AS ALTERNATIVAS)**

Muito Boa(4) Boa(3) Regular(2) Ruim(1) NSA(8) IGN(9)

⇒ **Desde (2º mês anterior) até hoje? (LEIA AS ALTERNATIVAS)**

Muito Boa(4) Boa(3) Regular(2) Ruim(1) NSA(8) IGN(9)

⇒ A pergunta se refere à como o entrevistado considera que foi sua saúde.

Leia as opções e marque aquela que o entrevistado disser. Tome cuidado de referir a pergunta ao 12º mês anterior ao mês da entrevista.

⇒ Deseja-se conhecer como foi a saúde da pessoa. Leia as opções e marque aquela que o entrevistado manifestar. Refira a pergunta ao 2º mês anterior à entrevista.

60. Agora vou ler uma lista de problemas e quero saber se o Sr.(a) já teve algum deles desde (2º mês anterior) até hoje, e se teve o que foi o que o Sr.(a) fez? (LEIA AS ALTERNATIVAS)

Sintoma	Não (0)	Sim e não fez Nada(1)	Sim e automedicou-se(2)	Sim e consultou (3)
Dor de cabeça				
Dor de barriga				
Falta de ar				
Dor nas juntas				
Nervosismo				
Dor nas costas				
Dor no peito				
Dor de ouvido				
Sangue na urina				
Dor de garganta				
Pressão alta				
Tosse/catarro				
Depressão				
Sangue nas fezes				
Febre				
Insônia				
Diarréia				
Hemorragia vaginal				
Prisão de ventre				

NSA(8) IGN(9)

Nesta questão deve-se perguntar se a pessoa teve ou não o sintoma. Se responder SIM, perguntar a seguir o que o Sr.(a) fez? Consultou um médico, tomou um medicamento, chá, ou outra coisa, para ver se melhorava, ou não fez nada? Marque com uma cruz no quadrado correspondente. Depois codifique conforme o número entre parêntesis. Se não entender algum dos problemas, explique o que significa. Algum termo pode ter mais de uma forma para ser expressado. Por exemplo, "Hemorragia vaginal", pode ser conhecido como "sangramento por baixo", ou "sangramento uterino". Este termo em

particular não compreende o sangramento menstrual normal. Se for homem, tomar o cuidado de **não perguntar** por este sintoma.

61. O médico alguma vez lhe disse que o Sr.(a) tem ou teve alguma doença crônica (aquela que precisa de tratamento ou cuidados permanentes)? __

Não(0) Sim(1) NSA(8) IGN(9)

Perguntar se a pessoa tem alguma doença crônica.

62. Algum médico alguma vez lhe disse que o Sr.(a) tem...?

Bronquite Crônica/Enfisema

Asma

Angina/Isquemia cardíaca/Infarto

Arritmia Cardíaca

Insuficiência Cardíaca/Coração Grande

Derrame cerebral

Pressão Alta

Diabetes /Açúcar no sangue

Reumatismo

Outras()

NSA (88) IGN (99)

Leia a lista de doenças e marque as que o entrevistado confirmar. Se algum dos nomes, apesar de popularizados, não é entendido, tente com outras palavras. Se a pessoa informar uma doença que não está relacionada, escreva por extenso a resposta.

63. O Sr.(a) teve algum problema de saúde desde (2º mês anterior) até hoje, que lhe obrigou a ficar em casa, não poder fazer as coisas que costuma fazer, não ir a aula ou ficar de cama?

Não(0) Sim(1) NSA (8) IGN(9)

Perguntar se teve algum problema de saúde que lhe obrigou a deixar suas atividades habituais ou permanecer de cama. Perguntar desde o 2º mês anterior à data da entrevista.

64. Quantos dias o Sr.(a) ficou em casa, em cama ou não, sem ir a aula ou sem poder fazer o que costuma? _____(dias)

Anote o número de dias que teve que deixar suas atividades por motivo de doença.

AS PERGUNTAS 65 A 70 DEVEM SER FEITAS ÀS MULHERES.

65. A Sra. fez alguma vez exame de prevenção do câncer de colo de útero?

Não(0) Sim(1) NSA(8) IGN(9)

Perguntar se a mulher fez exame para prevenção do câncer de colo. Se não souber o que é prevenção do câncer de colo, dizer que é o exame de Papanicolau, ou o exame que é feito na Liga de Combate ao Câncer Feminino.

66. Quanto tempo passou desde a última vez que fez exame de prevenção de câncer de colo de útero? _____(anos)

NSA(88) (99) IGN

Anotar o tempo em anos desde a última prevenção. Se fizer menos de um ano, anotar como um. Se houverem frações de meses, arredondar para o valor mais próximo. Assim se for um ano e 7 meses, arredondar para dois anos. Se for dois anos e 4 meses, arredondar para um ano.

67. Algum médico já lhe examinou os seios para prevenção do câncer de mama?

Não(0) Sim(1) NSA(8) IGN(9)

Perguntar se alguma vez, algum médico lhe examinou as mamas, com a finalidade de prevenir o câncer de mama

68. Quando foi a última vez que um médico lhe fez o exame das mamas? (anos)

NSA(88) IGN(99)

Anotar quanto tempo em anos desde a última prevenção do câncer de mama. Para frações de anos, utilizar o mesmo critério que na questão 65.

69. A Sra. Alguma vez fez uma mamografia (RX das mamas)?**Não (0) Sim (1)**⇒ **SE SIM, Há quantos anos fez a última mamografia_____ (anos)****NSA(88) IGN (99)**

Perguntar se a mulher realizou alguma vez uma mamografia. Se não entender o termo, tentar “Rx de mamas”. Utilizar o mesmo critério que na questão 65 para frações de ano. Se responder SIM, anotar quantos anos atrás foi o último exame.

70. A Sra. examina suas mamas?**Não(0) Sim(1) NSA(8) IGN(9)**

Perguntar se a mulher faz o auto-exame de mamas, quando toma banho por exemplo.

71. O Sr. fez alguma vez o exame da próstata?**Não (0) Sim (1) NSA(8) IGN (9)**⇒ **SE SIM, Há quanto tempo que fez o último exame? ____ (anos)****NSA (88) IGN (99)**⇒ **SE SIM, Que exame fez?****Toque retal (1) PSA (2) Ambos (3) NSA (8) IGN (9)**

Se o homem tiver 40 anos ou mais, perguntar quando foi a última vez que o médico fez exame da próstata. Explicar que é o exame que é feito para saber se a próstata está grande, ou se tem algum outro problema. Para frações de ano, utilizar o critério da questão 66.

72. O Sr.(a) fuma ou fumou alguma vez?**Nunca fumou(0) Já fumou (1) Fumante(2)**

Se responder Nunca Fumou, passar à questão 76. Se responder Já Fumou passar às questões 73 e 74. Se responder que é Fumante, passar à questão 75. A pessoa que tenha fumado apenas uma vez na vida (para experimentar por exemplo), considerar como NÃO FUMANTE.

73. SE JÁ FUMOU

⇒ Há quanto tempo que parou de fumar? _ _ _ (meses) NSA(888) IGN(999)

⇒ Porque parou de fumar?

**Conselho médico (1) Conselho de amigo/parente (2) Propaganda
contra (3) Afetando à saúde (3) NSA (8) IGN (9) Outros**

Anotar o tempo que a pessoa informa que deixou de fumar. Escrever o número de meses. Se for informado em anos, anote o número de anos na margem e depois ao codificar multiplique por 12. se for necessário. Perguntar porque parou de fumar, e anotar a resposta conforme pré-codificação. Se a resposta não estiver prevista escreva por extenso.

74. Se já fumou

Nº de cigarros por dia que fumava ____

Nº de cigarros por semana que fumou ____

Nº de anos que fumou ____

NSA (88) IGN (99)

Para quem já fumou mas parou há mais de 6 meses, perguntar quantos cigarros fumava por dia, quantos anos fumou, e há quantos anos parou de fumar. Anotar em anos. Se for respondido anos e meses, arredondar para o valor mais próximo. Se responder por maços por dia, considerar que um maço tem 20 cigarros. Se for fração de maço, usar a mesma aproximação. Assim se dizer $\frac{1}{2}$ maço, anotar 10 cigarros. Se a pessoa informa que fuma menos de 1 cigarro por dia, perguntar quantos fumava por semana, e colocar 88 no campo de Nº de cigarros por dia. Se respondeu a questão por nº de cigarros por dia, coloque 88 (NSA) na opção nº cigarros por semana. Se for cigarro de palha ou similar, onde a pessoa arma o cigarro, perguntar quantos dias dura um pacote de tabaco. Anotar a informação e depois calcular que 1 grama de tabaco, corresponde a um cigarro. Sobre o tempo que fuma, se não se lembrar, perguntar com que idade começou a fumar, e proceda restando a idade atual da idade informada.

75. Se ainda fuma

Nº de cigarros diários que fuma(va) ____

Nº de cigarros que fuma(va) por semana_____

Nº de anos que fuma(va) _____

NSA (88) IGN (99)

Proceder da mesma forma que na questão anterior.

76. Desde (12º mês anterior), teve algum familiar que more na sua casa com alguma doença grave?

Não(0) Sim(1) NSA(8) IGN(9)

Perguntar se no último ano algum familiar de primeiro grau tem alguma doença crônica. Tomar cuidado de perguntar referindo-se ao 12º mês anterior ao mês da entrevista. Assim se for agosto, perguntar se desde agosto de 1999 até a presente data alguém da família teve uma doença crônica.

77. Desde (12º mês anterior), morreu alguém da sua família ou outra pessoa muito importante?

Não(0) Sim(1) NSA(8) IGN(9)

Veja se algum familiar em primeiro grau faleceu no último ano. Perguntar conforme explicado na pergunta 76.

78. Desde (12º mês anterior), o Sr.(a) sofreu algum acidente que precisou de cuidados médicos?

Não(0) Sim(1) NSA(8) IGN(9)

Perguntar se sofreu algum acidente que precisa-se de atendimento médico, considerando a formulação da pergunta 76.

79. Desde (12º mês anterior), o Sr.(a) foi assaltado ou roubado?

Não(0) Sim(1) NSA(8) IGN(9)

Perguntar se sofreu algum assalto ou roubo, em casa ou na rua, no último ano. Levantar em conta a formulação da pergunta 76.

80. Desde (12º mês anterior), o Sr.(a) se separou da(o) esposa(o) ou companheira(o)?

Não(0) Sim(1) NSA(8) IGN(9)

Perguntar se a pessoa se separou ou divorciou nos últimos 12 meses. Utilizar a formulação da pergunta 76.

81. O Sr.(a) desde (12º mês anterior), mudou de cidade?

Não(0) Sim(1) NSA(8) IGN(9)

Perguntar se nos últimos 12 meses a pessoa fez alguma mudança de cidade. Utilizar formulação de pergunta 76.

82. Desde (nome do 2º mês anterior) até hoje, o Sr.(a) teve alguém disposto a ajudá-lo quando precisava. Por exemplo se estava muito nervoso, doente, necessitando conversar, com problemas? (LEIA AS ALTERNATIVAS)

Nunca (0) Poucas vezes (1) Algumas vezes (2) Muitas vezes (3)

Sempre (4)

Perguntar se quando precisou, a pessoa conseguiu ajuda de alguém da sua família ou amigos.

Ler as alternativas.

PARA AS PERGUNTAS 83 A 87 LEIA AS ALTERNATIVAS. PERGUNTAR COM CALMA E DEVAGAR.

83. O Sr.(a) está satisfeito com a ajuda que recebe da sua família (pais, esposa) quando tem algum problema?

(0)Nunca/quase nunca (1)Algumas vezes (2)Muitas vezes/Sempre

(8)NSA (9)IGN

Perguntar se está satisfeito com a ajuda recebida da família. Pode ser pais, filhos, ou outras pessoas que componham o núcleo da família.

84. O Sr.(a) está satisfeito com a forma em que sua família (pais, filhos) conversa com o Sr.(a) sobre assuntos de comum interesse e comparte a solução de problemas?

(0)Nunca/quase nunca (1)Algumas vezes (2)Muitas vezes/Sempre

(8)NSA (9)IGN

Perguntar se está satisfeito com a forma em que as pessoas da sua família conversam com o entrevistado sobre problemas comuns e pedem ajuda na solução dos mesmos.

85. O Sr.(a) acha que sua família (pais, filhos) aceita seus desejos de iniciar novas atividades ou realizar mudanças na sua forma de viver?
(0)Nunca/quase nunca (1)Algumas vezes (2)Muitas vezes/Sempre (8)NSA (9)IGN

Perguntar se as pessoas da família aceitam se o entrevistado deseja fazer atividades novas ou mudar a sua forma de viver.

86. O Sr.(a) está satisfeito na forma em que sua família (pais, filhos) lhe manifesta carinho e demonstra interesse por seus sentimentos?
(0)Nunca/quase nunca (1)Algumas vezes (2)Muitas vezes/Sempre (8)NSA (9)IGN

Perguntar se está satisfeito com a forma em que a família demonstra carinho e interesse pelos seus sentimentos.

87. O Sr.(a) está satisfeito com a quantidade de tempo que o Sr.(a) e sua família (pais, filhos) passam juntos?
(0)Nunca/quase nunca (1)Algumas vezes (2)Muitas vezes/Sempre (8)NSA (9)IGN

Perguntar se o entrevistado está satisfeito com o tempo que passa junto à família.

AS PERGUNTAS 88 A 97, REFEREM-SE AO CONSUMO DE ÁLCOOL.

88. Com que frequência o(a) Sr(a) toma bebidas de álcool?_____ (LEIA AS ALTERNATIVAS)

Nunca (0) Uma vez por mês ou menos (1) Duas ou quatro vezes por mês (2) Duas a três vezes por semana (3) Quatro ou mais vezes por semana (4)

Leia as opções e anote a correspondente. Se responder NUNCA, passar à questão 97.

Substitua “com que frequência” por “quantas vezes por ano, mês ou semana”, se a pergunta não for compreendida.

89. Nas ocasiões em que bebe, quantas doses, copos ou garrafas o Sr.(a) costuma tomar?_____ (LEIA AS ALTERNATIVAS)

1 ou 2 doses (0) 3 ou 4 doses (1) 5 ou 6 doses (2) 7 a 9 doses (3) 10 ou mais doses (4)

Para conversão das doses, utilizar:

CERVEJA: 1 copo (de chope - 350ml), 1 lata - 1 “DOSE” ou 1 garrafa - 2 “DOSES”

VINHO: 1 copo comum grande (250ml) - 2 “DOSES” ou 1 garrafa - 8 “DOSES”

CACHAÇA, VODCA, UÍSQUE ou CONHAQUE: 1 “martelinho” (60ml) - 2 “DOSES”

1 “martelo”(100ml) - 3 “DOSES” ou 1 garrafa - mais de 20 “DOSES”

UÍSQUE, RUM, LICOR, etc. : 1 “dose de dosador”(45-50ml) - 1 “DOSE”

90. Com que frequência o Sr.(a) toma seis ou mais doses em uma ocasião?_____ (LEIA AS ALTERNATIVAS)

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

Substitua “com que frequência” por “quantas vezes por ano, mês ou semana”, se a pergunta não for compreendida. substitua “seis ou mais doses” pela quantidade equivalente da(s) bebida(s) no(s) recipiente(s) em que é(são) consumida(s). Ex. ...”três garrafas de cerveja ou mais”...

91. Com que frequência, durante o último ano, o Sr.(a) achou que não seria capaz de controlar a quantidade de bebida depois de começar?_____ (LEIA AS ALTERNATIVAS)

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

Se for necessário substitua “com que frequência” por “de quando em quando”. O “último ano” pode ser substituído por “desde o mês _____ do ano passado”.

92. Com que frequência, durante o último ano, o Sr.(a) não conseguiu cumprir com algum compromisso por causa da bebida? ____ (LEIA AS ALTERNATIVAS)

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

Se for necessário substitua “com que frequência” por “de quando em quando”.
O “último ano” pode ser substituído por “desde o mês _____ do ano passado”.

93. Com que frequência, durante o último ano, depois de ter bebido muito, o Sr.(a) precisou beber pela manhã para se sentir melhor? ____ (LEIA AS ALTERNATIVAS)

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

Se for necessário substitua “com que frequência” por “de quando em quando”.
O “último ano” pode ser substituído por “desde o mês _____ do ano passado”.

94. Com que frequência, durante o último ano, o Sr.(a) sentiu culpa ou remorso depois de beber? ____ (LEIA AS ALTERNATIVAS)

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

Se for necessário substitua “com que frequência” por “de quando em quando”.
O “último ano” pode ser substituído por “desde o mês _____ do ano passado”.

95. Com que frequência, durante o último ano, o Sr.(a) não conseguiu se lembrar do que aconteceu na noite anterior por causa da bebida? ____ (LEIA AS ALTERNATIVAS)

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

Se for necessário substitua “com que frequência” por “de quando em quando”.
O “último ano” pode ser substituído por “desde o mês _____ do ano passado”.

96. Alguma vez na vida o Sr.(a) ou alguma outra pessoa já se machucou, se prejudicou por causa de o Sr.(a) ter bebido? ____ (LEIA AS ALTERNATIVAS)

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

Pergunte se alguma vez, por causa de ter bebido, alguém sofreu algum tipo de acidente, sofreu alguma perda, como por exemplo demissão do emprego, ou bateu em outra pessoa. Leia as opções.

97. Alguma vez na vida algum parente, amigo, médico ou outro profissional da saúde já se preocupou com o Sr.(a) por causa de bebida ou lhe disse para parar de beber? ____ (LEIA AS ALTERNATIVAS)

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

Leia as opções.

AS PERGUNTAS 98 A 117, DEVEM SER FEITAS COM TRANQÜILIDADE E DE FORMA CLARA. TODAS ELAS REFEREM-SE AOS ÚLTIMOS 30 DIAS. APÓS FINALIZADAS, AGRADEÇA A ATENÇÃO DISPENSADA, E ENCERRE A ENTREVISTA.

PESQUISA SOBRE UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
FOLHA DE CONGLOMERADO

Nome entrevistador: _____ Nº do setor __ __ __

Nº	Endereço	Tipo	Nº pessoas maiores de 14 ^a	Q. domiciliar C/I	Q. individual C/I	Obs.
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						

PESQUISA SOBRE UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
FOLHA DE CONGLOMERADO (CONT.)

Nome entrevistador: _____

Nº do setor __ __ __

Nº	Endereço	Tipo	Nº pessoas maiores de	Q. domiciliar C/I	Q. individual	Obs.
29						
30						
31						
32						
33						
34						
35						
36						
37						
38						
39						
40						
41						
42						
43						
44						
45						
46						
47						
48						
49						
50						
51						
52						
53						
54						
55						
56						
57						
58						
59						
60						

C = completo I = Incompleto

Casas visitadas: Nº pessoas 15 a. ou mais:

Recusas:

Perdas:

FIGURA UTILIZADA PARA AVALIAR
SATISFAÇÃO

