



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



ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM ADOLESCENTES E ADULTOS NA CIDADE DE PELOTAS-RS

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

BRUNO PEREIRA NUNES

Orientador: Luiz Augusto Facchini

Coorientadora: Elaine Thumé

Pelotas, RS

Dezembro de 2012.



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



ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM ADOLESCENTES E ADULTOS NA CIDADE DE PELOTAS-RS

Mestrando: Bruno Pereira Nunes

Orientador: Prof. Luiz Augusto Facchini

Coorientadora: Elaine Thumé

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

Pelotas, RS
Dezembro de 2012

N972a Nunes, Bruno Pereira

Acesso aos serviços de saúde em adolescentes e adultos na cidade de Pelotas
- RS / Bruno Pereira Nunes; orientador Luiz Augusto Facchini. – Pelotas :
Universidade Federal de Pelotas, 2013.

183 f. : il.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pelotas ; Programa de
Pós Graduação em Epidemiologia, 2013.

1. Epidemiologia 2. Serviços de saúde - utilização I. Título.

CDD 614.4

Ficha catalográfica: M. Fatima S. Maia. CRB 10/1347

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	5
1. PROJETO DE PESQUISA.....	6
2. RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO.....	68
3. RELATÓRIO PARA IMPRENSA.....	86
4. ARTIGO ORIGINAL.....	89
5. ANEXOS.....	115

APRESENTAÇÃO

Conforme o regimento do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, esta dissertação de mestrado é composta por cinco partes: projeto de pesquisa, relatório do trabalho de campo, relatório para imprensa, um artigo original e anexos.

Este volume foi elaborado pelo mestrando Bruno Pereira Nunes, sob orientação do professor Luiz Augusto Facchini e coorientação da professora Elaine Thumé. A defesa do projeto de pesquisa foi realizada no dia 09 de agosto de 2011, tendo como revisora a professora Alicia Matijasevich Manitto (Universidade Federal de Pelotas). A banca composta para avaliação da dissertação será composta pelo professor Oswaldo Yoshimi Tanaka (Universidade de São Paulo) e pela professora Alicia Matijasevich Manitto (Universidade Federal de Pelotas).

O artigo original, integrante desse volume, intitula-se: *“Equidade socioeconômica no acesso, utilização e qualidade da atenção dos serviços de saúde”*. Esse artigo possui como população-alvo os adultos com 20 anos ou mais de idade.

No projeto de pesquisa, também se objetivou a realização de análises sobre a população de adolescentes (10 a 19 anos). Esse artigo não será apresentado no volume final dessa dissertação. O entendimento, por parte dos autores, que a faixa etária de adolescentes merece um artigo específico sobre o tema acarretou na apresentação de um artigo original com a faixa etária de 20 anos ou mais. Entretanto, análises preliminares e elaboração inicial do artigo sobre os adolescentes já foram realizadas. Além disso, foi apresentada uma sessão de comunicação coordenada no 10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva sob o título *“Utilização dos serviços de saúde em adolescentes”* (Anexo 5.4).

1. PROJETO DE PESQUISA



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



**ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM ADOLESCENTES E
ADULTOS NA CIDADE DE PELOTAS-RS**

Projeto de Pesquisa

BRUNO PEREIRA NUNES

Orientador: Luiz Augusto Facchini

Coorientadora: Elaine Thumé

Pelotas, 09 de agosto de 2011.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABRASCO - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

ESF - Estratégia de Saúde da Família

PNAD - Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios

PSF - Programa de Saúde da Família

RS – Rio Grande do Sul

SISP - Sistema de Indicadores de Percepção Social

SUS – Sistema Único de Saúde

UBAI – Unidade Básica de Atendimento Imediato

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Especificações da revisão bibliográfica.....	17
Figura 2. Modelo Teórico.....	29
Figura 3. Características das variáveis de exposição.....	35
Figura 4. Cálculo de tamanho de amostra para os desfechos em adolescentes.....	37
Figura 5. Cálculo de tamanho de amostra para os desfechos em adultos.....	38
Figura 6. Cálculo da amostra para os fatores associados à utilização dos serviços de saúde em adolescentes.....	38
Figura 7. Cálculo da amostra para os fatores associados à demanda não-satisfeita em adolescentes.....	39
Figura 8. Cálculo da amostra para os fatores associados à utilização dos serviços de saúde em adultos.....	40
Figura 9. Cálculo da amostra para os fatores associados à demanda não-satisfeita, em adultos.....	41
Figura 10. Cronograma das atividades a serem desenvolvidas.....	43
Figura 11. Artigos selecionados e suas características.....	51

SUMÁRIO

1. Introdução	11
1.1. Sistemas de saúde no Brasil.....	13
1.2. Município de Pelotas: características do sistema de saúde	15
2. Revisão de Literatura	17
2.1. Acesso aos serviços de saúde	18
2.2. Utilização dos serviços de saúde	20
2.3. Qualidade dos serviços de saúde e satisfação dos usuários	23
3. Marco Teórico	25
4. Justificativa.....	30
5. Objetivos	31
5.1. Objetivo Geral.....	31
5.2. Objetivos específicos	31
6. Hipóteses	32
7. Metodologia.....	33
7.1. Delineamento.....	33
7.2. Justificativa do delineamento	33
7.3. Definição da população-alvo.....	33
7.3.1. Critérios de inclusão	33
7.3.2. Critérios de exclusão	33
7.4. Definição dos desfechos e das exposições	34
7.4.1. Definição dos desfechos	34
7.4.2. Definição das exposições.....	35
7.5. Tamanho de amostra	37
7.6. Instrumento	42
7.7. Análise dos dados	42
8. Cronograma	43
9. Referências	44
APÊNDICES DO PROJETO DE PESQUISA	50

1. Introdução

A garantia de acesso a serviços de saúde efetivos, resolutivos e de qualidade, que respondam às necessidades de saúde da população são objetivos dos sistemas universais de saúde como, por exemplo, o Sistema Único de Saúde¹.

O conceito de acesso varia entre autores podendo mudar ao longo tempo e de acordo com o contexto estudado. Alguns autores priorizam o termo acessibilidade em vez de acesso, entretanto esses podem ser usados como sinônimos para indicar o grau de facilidade com que as pessoas obtêm atenção à saúde². É um conceito complexo e sua relação com os serviços de saúde é pouco clara. Em uma revisão sobre o conceito acesso aos serviços de saúde as autoras referem que o acesso *“é uma dimensão do desempenho dos sistemas de saúde associada à oferta”*³.

A garantia de acesso para obtenção de cuidado envolve o alcance do primeiro contato com os serviços de saúde. Assim, a ausência de um ponto de entrada facilmente acessível dificulta que a atenção adequada seja obtida ou causa o adiamento do cuidado em saúde podendo acarretar em problemas adicionais aos indivíduos⁴.

Em 2001, nos Estados Unidos, estudo sobre o padrão de acesso e utilização de serviços em um período de um mês anterior a entrevista, verificou que 80% dos entrevistados referiram pelo menos um agravo à saúde e 33% ponderaram procurar um médico para consulta. Entretanto, somente 22% consultaram um médico sendo que 11% consultaram um médico da atenção primária em saúde e 10% consultaram especialistas⁵.

No Canadá, pesquisa realizada na população, identificou que somente 6% dos canadenses com idade igual ou superior a 25 anos tiveram problemas de acessibilidade aos serviços de saúde. Dentre as barreiras, foram relacionadas a problemas socioeconômicos, demográficos e características individuais de situação de saúde. O tempo de espera para o atendimento foi o motivo mais relatado (23%) para o não-atendimento⁶.

No Brasil, dados oriundos da Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios (PNAD) referentes ao ano de 2003 evidenciaram que do total de 384.834

entrevistados, 14% relataram ter procurado um serviço de saúde nos últimos 15 dias que antecederam a entrevista e desses, 96% foram atendidos. Dos indivíduos não atendidos, os motivos referidos relacionados aos serviços de saúde foram: a inexistência de vaga (49%), falta de médico no serviço (25%), inexistência de serviço ou profissional especializado (6%) e o tempo prolongado para o atendimento (6%)⁷. Dados da PNAD de 2008 verificaram que 93% do total de pessoas que buscaram serviços de saúde receberam tratamento⁸.

Os dados disponíveis identificam um alto acesso da população brasileira aos serviços de saúde. Entretanto, ao expandir os dados para a população, evidenciou-se que aproximadamente um milhão de pessoas procurou serviços de saúde e não foram atendidas⁷.

Informações que estimem a porcentagem de indivíduos sem acesso aos serviços de saúde e evidenciem desigualdades sociais são extremamente úteis para identificar populações prioritárias para atenção à saúde a fim de minimizar iniquidades em saúde.

Uma estratégia usual de avaliar o acesso aos serviços é através de estudos sobre satisfação do usuário. Informações do Sistema de Indicadores de Percepção Social (SISP) evidenciaram que a demora para o atendimento e a falta de médicos foram os problemas mais referidos pela população. Ainda, a população que teve plano de saúde referiu que o principal motivo para aderir à saúde suplementar foi a rapidez para atendimento e realização de exames. Quanto às expectativas dos entrevistados, os desejos mais frequentemente relatados foram uma maior facilidade e qualidade no acesso aos serviços públicos⁹.

Destaca-se ainda que, segundo o Ministro da Saúde, a satisfação do usuário e a redução do tempo na espera para o atendimento serão indicadores utilizados para o repasse de recursos adicionais aos municípios que cumprirem as metas preconizadas. Esses e outros indicadores de acesso e utilização dos serviços de saúde farão parte do recém-lançado Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica¹⁰.

1.1. Sistemas de saúde no Brasil

O sistema de saúde predominante no território nacional é o Sistema Único de Saúde (SUS).

No Brasil, a partir da década 1970 teve início o movimento da Reforma Sanitária que ganhou força através de parcerias com outros movimentos sociais além de alianças com autoridades parlamentares e da saúde⁸. Destaca-se nessa época, a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), fundado em 1976 e a formação da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), em 1979¹¹.

Durante a década de 1980 o movimento da Reforma Sanitária fortaleceu-se politicamente. Em 1986, a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde representou um marco na história da saúde brasileira. Durante a conferência a saúde foi definida como um direito social e foram estabelecidos os fundamentos para o sistema de saúde⁸.

Assim, a Constituição Brasileira de 1988 cria o SUS, o qual foi regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080 e nº 8.142. A primeira dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde bem como a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. A lei 8.142 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão SUS como também sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde¹².

O artigo 196 da Constituição de 1988 garante a saúde como direito social e dever do Estado. Ainda refere o acesso universal a ações e serviços para a população, indicando que o SUS é um sistema de atenção a saúde que deseja atingir a todos com equidade¹³. Recentemente, a publicação do Decreto 7.508 que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) inova ao clarear as responsabilidades sanitárias previstas na Lei 8.080 dos entes federados sobre a oferta e organização das ações e serviços de saúde, por meio de contrato jurídico; estabelecer requisitos mínimos para a definição das Regiões de Saúde; priorizar a atenção primária como a principal porta de entrada do SUS; impor metas e indicadores para o planejamento da saúde; e definir o padrão da integralidade da assistência. O decreto consolida normas que estão na Lei 8.080, porém não

explicitadas até então, possibilitando maior transparência para a gestão da Saúde e, com isso, fortalecendo o controle social.

Cabe ao SUS a promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde. Além disso, tem como função o controle de vetores e educação sanitária, além de garantir a continuidade do cuidado nos níveis primário, secundário e terciário^{8, 12}.

O setor privado a saúde pode e deve participar do SUS em caráter complementar. Não obstante, deve respeitar as diretrizes da Constituição Federal de 1988 respeitando princípios como: acesso universal aos serviços de saúde em todos os níveis de atenção, equidade, regionalização e hierarquização, entre outros¹³.

Os segmentos privados a saúde no Brasil são representados pelas redes de serviço para servidores militares e as redes de previdência e assistência tanto estaduais como municipais. Os planos e seguros de saúde no país constituem-se como outro grande segmento privado. Esses são baseados em financiamentos empresariais os quais possuem hospitais próprios e médicos credenciados, assalariados ou cooperativados¹⁴.

Os serviços de saúde no Brasil se organizam em três níveis de atenção: primário, secundário e terciário.

A Atenção Primária à Saúde (APS) foi denominada no Brasil como Atenção Básica à Saúde. Está regulamentada pela portaria 648/GM de 2006 a qual aborda a Política Nacional de Atenção Básica. Possui como princípios: universalidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social¹⁵.

Os serviços da APS têm a função de promover acessibilidade e utilização do serviço aos usuários como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das verdadeiras emergências e urgências em saúde⁴.

Os usuários deveriam ser regulados dentro do sistema de saúde a partir da APS uma vez que esse sistema possui alta capacidade de resolubilidade da maioria

dos problemas de saúde da população além de poder realizar, de forma mais precisa, o encaminhamento adequado para outros níveis de atenção⁴.

O Programa de Saúde da Família (PSF), criado em 1998, hoje já estabelecido como Estratégia de Saúde da Família (ESF) é a principal estratégia de estruturação da APS⁸. A ESF baseia-se em princípios de territorialização para a atuação da equipe, em ações de promoção da saúde, prevenção e riscos de doenças, resolubilidade na assistência e recuperação^{16, 17}. A cobertura da ESF tem proporcionado melhorias nas condições de saúde da população brasileira como, por exemplo, redução da mortalidade infantil^{18, 19}, ampliação do número de consultas de pré-natal, diminuição da desnutrição e maior adesão à vacinação¹³.

A Atenção Secundária à Saúde é composta de consultórios especializados e de pequenos hospitais. Caracteriza-se por tecnologias intermediárias²⁰.

A Atenção Terciária à Saúde compreende grandes hospitais gerais e especializados²⁰. Envolve serviços de alta tecnologia e alto custo, tendo como objetivo oferecer serviços qualificados a população²¹.

1.2. Município de Pelotas: características do sistema de saúde

O sistema de saúde pelotense está em Gestão Plena do Sistema de Saúde Municipal desde o ano de 2000, segundo a Norma Operacional Básica 01/96.

Sua estrutura de estabelecimentos de saúde é composta por 51 UBS (possuindo um total de 29 equipes de ESF). A rede hospitalar possui cinco hospitais gerais. Além disso, conta com: 1 Pronto Socorro Municipal; Pronto-atendimentos (UBAI e convênios); Consultórios particulares; Centro de Especialidades (Consultas Especializadas; Programa de Controle da Tuberculose, Primeira Infância Melhor, entre outros); 7 Centros de Atenção Psicossocial; 2 Unidades Móveis Terrestres; 1 Unidade Móvel Pré Hospitalar - Urgência/Emergência²².

De acordo com dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) referentes ao mês de abril de 2011 os recursos humanos da área da saúde no município de Pelotas são assim distribuídos: 116 Assistentes Sociais; 325 Cirurgiões-dentistas; 383 Enfermeiros; 126 Farmacêuticos; 82 Fisioterapeutas; 26

Fonoaudiólogos; 1083 Médicos; 77 Nutricionistas; 148 Psicólogos; 1685 técnicos/auxiliares de Enfermagem²³.

2. Revisão de Literatura

O objetivo da revisão de literatura foi encontrar trabalhos científicos relevantes sobre o tema “acesso aos serviços de saúde”. Um conjunto de publicações sobre a temática foi identificado em bases de dados internacionais e nacionais.

- Estratégia de busca bibliográfica

A estratégia utilizada foi consulta a bases de dados eletrônicas. As bases de dados empregadas para rastreamento dos artigos foram o PUBMED e o LILACS utilizando o descritor (MeSH) “Health services accessibility”.

As especificações da revisão bibliográfica encontram-se na figura 1 e a figura 11 apresenta os artigos selecionados e suas características (Apêndice A)

Base de referências bibliográfica	Termos utilizados e estratégias da busca	Nº de referências recuperadas	Limites utilizados	Nº referências após limites
PUBMED	“Health Services Accessibility” – Descritor MESH	72.135	Humanos/Inglês, Espanhol e Português/ Últimos 10 anos/ Descritor no título e/ou resumo/ Grupo etário (a partir de adolescentes)	393
LILACS	“Health Services Accessibility” – Descritor DeCS	1.141	Últimos 10 anos	772
LILACS	“Satisfação do Usuário” – Descritor DeCS	242	Últimos 10 anos	123

Figura 1. Especificações da revisão de literatura.

A reunião dos artigos revisados permitiu identificar três grandes tópicos sobre a temática. O primeiro refere-se ao acesso propriamente dito, com ênfase para as barreiras e dificuldades de obter atendimento nos serviços de saúde frente a uma necessidade percebida. O segundo sobre a utilização dos serviços, ou seja, a efetiva obtenção de atendimento decorrente de uma busca do indivíduo. O terceiro tópico está relacionado com a qualidade da atenção e, em boa medida, decorre de estratégias de avaliação do acesso, como por exemplo, o tempo de espera para obtenção do cuidado.

2.1. Acesso aos serviços de saúde

No Canadá, pesquisa de base populacional, revelou que somente 6% dos canadenses com idade igual ou superior a 25 anos tiveram problemas de acessibilidade aos serviços de saúde. Desses que reportaram barreiras, essas foram inerentes a problemas socioeconômicos, sócio-demográficos e características individuais de saúde. O não recebimento de cuidados em saúde quando necessário foi associado a: menor idade, menor renda familiar, menor escolaridade, doenças crônicas e restrição de atividades. O tempo de espera para o atendimento foi o motivo mais relatado (23%) para o não-atendimento⁶

Nos Estados Unidos, pessoas com menor escolaridade tiveram maior risco de não ter acesso a cuidados médicos²⁴. Na Índia, os mais pobres também enfrentaram maiores dificuldades de acesso aos serviços de saúde²⁵.

Com relação a serviços de Emergência, estudo realizado na cidade de Medellín mostrou que dos 9.730 pacientes que buscaram atendimento médico de urgência, 11% não foram atendidos. Dentre os não atendimentos, 63% não ocorreram porque a demanda foi considerada não-urgente²⁶.

Dados da PNAD/98 evidenciaram que cerca de 4% dos que procuraram atendimento odontológico não o obtiveram. Não obstante, ao estratificar esses dados por classe social percebemos o surgimento de iniquidades em saúde uma vez que a não obtenção de atendimento foi de 8% entre os mais pobres e, somente, 1% entre os mais ricos²⁷.

Em 2003, no Brasil, dados oriundos da PNAD evidenciaram que do total de 384.834 entrevistados, 14% procuraram um serviço de saúde nos 15 dias que antecederam a entrevista e desses, 4% não foram atendidos. Os motivos referidos para o não-atendimento nos serviços de saúde foram: a inexistência de vaga (49%), falta de médico no serviço (25%), inexistência de serviço ou profissional especializado (6%), e o tempo prolongado para o atendimento (6%)⁷. Já dados da PNAD de 2008 revelaram que do total de pessoas que buscaram atendimentos em serviços de saúde, 93% receberam tratamento⁸.

Estudo sobre inquérito domiciliar realizado em 1989/1990 em cidades de São Paulo constatou que os serviços de Atenção Primária foram os mais procurados (36%) como porta de entrada ao sistema. Ainda, 93% dos indivíduos referiram ter sido atendido no próprio serviço procurado²⁸.

O estudo do acesso a serviços da atenção básica em áreas urbanas de grandes municípios de São Paulo identificou barreiras no acesso aos serviços de saúde, tais como, horários inadequados dos estabelecimentos e dificuldades no atendimento da demanda espontânea²⁹.

Revisão sistemática realizada por Carret, Fassa, Domingues (2009) sobre o uso inadequado dos serviços de emergência constatou que problemas no acesso à atenção primária à saúde são determinantes do uso inadequado dos serviços de emergência. Como problemas destacam-se: dificuldade de agendamento, maior tempo de espera para consultar e o horário restrito de funcionamento dos serviços de atenção primária³⁰.

Há uma importante escassez de estudos sobre acesso e utilização dos serviços de saúde por adolescentes, quando comparado com outras faixas etárias. Estudo de base escolar realizado com 457 adolescentes de 12 a 17 de escolas públicas e privadas do bairro do Fonseca no município de Niterói-RJ revelou que 17% dos adolescentes afirmaram fazer algum tratamento para doença crônica. Do total de entrevistados, 48% adolescentes disseram ter procurado um serviço de saúde nos últimos três meses e 11% dos entrevistados referiram não ter sido atendido no primeiro serviço de saúde procurado³¹.

2.2. Utilização dos serviços de saúde

Uma revisão sistemática da literatura sobre os fatores relacionados à utilização dos serviços de saúde evidenciou que uma maior utilização esteve associada a crianças, mulheres em idade fértil e pessoas idosas. Além disso, indivíduos de classe social baixa e com menor escolaridade utilizavam mais os serviços de saúde. Os autores constataram que uma maior necessidade está associada à maior utilização, entretanto tal fenômeno depende do sistema de saúde uma vez que grupos menos favorecidos podem receber uma atenção insuficiente. Ainda, concluíram que ter um médico definido pode determinar uma utilização mais adequada dos serviços de saúde³².

Dados provenientes de 21 países de diferentes continentes mostraram que em média, mais de 70% dos adultos estudados visitaram um médico no último ano. Entretanto, no México, a prevalência foi 21%. Ainda iniquidades em saúde foram observadas principalmente nos Estados Unidos, México, Finlândia, Portugal e Suécia onde a utilização de serviços de médicos foi muito maior entre os economicamente mais ricos³³.

Outro estudo mexicano, com indivíduos de 60 anos ou mais de idade encontrou 70% de uso de serviços no ano anterior à entrevista³⁴. Já na Índia, uma amostra populacional, revelou uma alta prevalência de utilização de serviços médicos (84%) entre os indivíduos que reportaram algum problema de saúde nos 15 dias anteriores à entrevista²⁵.

Na Estônia, estudo transversal realizado com indivíduos de 15 a 74 anos encontrou que a maior parte da amostra (52%) visitava um médico no mesmo dia que requisitava. Dos respondentes entre 65 e 74 anos de idade, 81% desses reportaram visita ao clínico geral ou especialista no último ano. Ainda, a utilização de serviços odontológicos esteve associada a pessoas com menor idade, com alta renda e maior escolaridade³⁵.

Dados da amostra da PNAD/98 mostram que 56% dos entrevistados consultaram, pelo menos uma vez no último ano³⁶, sendo que, a partir dos 15 anos, as mulheres utilizaram mais os serviços de saúde do que os homens. A procura por serviços de saúde nos 15 dias anteriores a entrevista também foi maior entre as

mulheres (16%) do que entre os homens (10%)³⁷. Dentre aqueles que referiram problemas crônicos de saúde, 72% consultaram médicos, proporção superior à utilização de pessoas sem problemas crônicos de saúde (46%)³⁶. Ainda, evidenciaram-se desigualdades sociais no uso de serviços de saúde uma vez que esse dependeu do poder aquisitivo das famílias e das características sociais dos próprios indivíduos³⁸. Com relação à utilização de consultas odontológicas, 33% dos entrevistados consultaram o dentista no ano anterior a entrevista. Um número expressivo de pessoas (19%) nunca consultou um dentista. Os atendimentos odontológicos ocorreram em 69% das vezes nos serviços particulares. Já o SUS respondeu por 24% dos atendimentos. A utilização desse serviço no último ano foi de 35% entre as mulheres e de 31% entre os homens.

Estudo sobre o uso de serviços ambulatoriais por idosos do Sul e Nordeste do Brasil encontrou que devido a doenças crônicas, 45% dos idosos consultaram com médico nos últimos seis meses. Ainda, a participação em grupos devido à doença crônica no último ano foi de 19%³⁹.

Comparação de utilização dos serviços de saúde entre áreas cobertas ou não cobertas pelo PSF foi realizada em São Paulo. Não houve diferença estatisticamente significativa na utilização total. Entretanto, entre pessoas com 10 a 19 anos, a utilização foi de 5% entre os cobertos pelo PSF e 11% pelos não cobertos⁴⁰.

Estudo realizado em 2008 sobre a população residente na Região Metropolitana de São Paulo comparou resultados dos anos de 1994 e 2006 da Pesquisa de Condições de Vida. A procura por serviços de saúde nos 30 dias que antecederam a realização das entrevistas passou de 28% em 1994 para 38% em 2006⁴¹.

A utilização de serviços de fisioterapia ao longo da vida foi estudada em um município do sul do Brasil através de estudo descritivo de base populacional. Pessoas entre 20 e 59 anos referiram utilização de 33% de serviços de fisioterapia sendo proporcionalmente maior entre os homens, pessoas mais velhas, maior renda e maior escolaridade⁴².

Em Porto Alegre-RS, estudo realizado com indivíduos residentes em áreas de abrangência da ESF, traçou o perfil de utilização dos serviços de saúde dessa população. Pessoas do sexo feminino, com 60 anos ou mais, de cor da pele branca, com menor nível socioeconômico, sem cobertura por plano de saúde e com autopercepção de saúde ruim tiveram maior probabilidade de utilizar a unidade de saúde da família local. Os autores concluíram que a ESF tende a facilitar a utilização de serviços de saúde dos economicamente mais pobres⁴³.

Em São Leopoldo, a utilização de serviços ambulatoriais foi verificada em mulheres e na população de 20 a 69 anos nos anos de 2003 e 2007, respectivamente. Nas mulheres, a utilização dos serviços foi de 87%. Mulheres pertencentes às classes sociais menos favorecidas, com menor escolaridade e com renda mais baixa apresentaram menor utilização dos serviços de saúde, evidenciando iniquidades no uso de serviços por mulheres⁴⁴. Na população de 20 a 69 anos, a utilização de consultas foi de 43% no mês anterior a entrevista sendo a utilização associada ao sexo feminino e pessoas com maior idade⁴⁵.

Estudo transversal de base populacional verificou a prevalência de médico de referência a qual foi de 37%. Pessoas com maior renda, do sexo feminino, com seguro de saúde e com problema crônico de saúde foram associados com uma maior probabilidade de ter um médico de referência⁴⁶. Ainda verificou-se que 29% dos entrevistados consultaram o médico nos últimos dois meses. O gênero feminino, eventos estressantes (roubos, mortes de pessoas próximas, acidentes, por exemplo), seguro de saúde e médico de referência aumentaram a probabilidade da utilização de consultas⁴⁷.

Pesquisas realizadas em Pelotas evidenciaram a prevalência de consultas médicas em diferentes anos e com variados períodos recordatórios de utilização de serviços médicos. Em períodos de um ano anterior a entrevista, verificou-se que a prevalência de consulta foi de 71% no ano de 2000^{48, 49}. Já com período recordatório de três meses evidenciou-se prevalências de 55%⁵⁰ e 61%⁵¹ para os anos de 2003 e 2008, respectivamente. Maiores probabilidades de consulta estiveram associadas com gênero feminino, idade avançada, portadores de doenças crônicas e hospitalização no ano anterior.

Ainda no mesmo município, em relação ao uso de serviços de saúde entre indivíduos de aproximadamente 23 anos pertencentes à coorte de 1982, encontrou-se que 72% dos entrevistados tiveram consulta com profissionais de saúde no ano anterior à entrevista. Iniquidades em saúde foram observadas visto que indivíduos com melhor nível socioeconômico utilizaram mais os serviços de saúde. A utilização foi mais frequente no sistema público, seguidos pelos serviços conveniados e em menor proporção o sistema privado⁵². O serviço público de emergência foi alvo de pesquisa no município com sua utilização associada a pessoas de maior idade, de cor não branca, menor escolaridade, sem companheiro e tabagistas⁵³. Com relação aos serviços de fisioterapia, em indivíduos de 20 anos ou mais de idade, a utilização foi de 5% no último ano. O uso foi associado ao gênero feminino, idosos e nível socioeconômico elevado. O SUS respondeu por 66% dos atendimentos, seguido pelos planos de saúde ou convênios (25%) e consultas particulares (9%)⁵⁴. Por fim, o uso regular de serviços odontológicos também foi alvo de pesquisa. Estudo transversal de base populacional, com 2.961 indivíduos de 20 anos ou mais de idade, encontrou prevalência de uso regular de 33%. Mulheres, idade igual ou superior a 60 anos, indivíduos sem companheiro e utilização de algum tipo de convênio associaram-se ao desfecho. As iniquidades na utilização foram evidenciadas devido ao maior uso regular entre indivíduos com escolaridade e nível econômico mais alto além de menor uso entre os usuários de serviços públicos. Ainda, entre esses, o uso regular foi menor entre os mais pobres e menos escolarizados⁵⁵.

2.3. Qualidade dos serviços de saúde e satisfação dos usuários

Estudo descritivo com dados obtidos de indivíduos atendidos em três unidades de Atenção Primária a Saúde na região Tshwane, África do Sul identificou que 83% dos usuários estavam satisfeitos com os serviços disponíveis e 95% dos entrevistados relataram que suas necessidades de saúde ou pedidos foram atendidos⁵⁶.

Comparação de dois estudos transversais (1998 e 2002), na Polônia, evidenciou que o tempo na sala de espera nos serviços de médico da família melhorou no período. Em 1998, um terço da amostra esperava menos de 15

minutos para o atendimento. Em 2002, essa prevalência passou para 59%. Ainda, somente 2% dos entrevistados esperavam mais de uma hora para a consulta em 2002 contra 9% em 1998⁵⁷.

Em serviços de emergência da cidade de Medellín o tempo médio de espera foi de 40 minutos para serviços de urgência do primeiro nível (baixa complexidade) e de 15 minutos nos de segundo e terceiro nível (média e alta complexidade)²⁶.

Dados provenientes do Peru evidenciaram que a satisfação com o atendimento foi de 68,1% e 62,1% nos centros de saúde e hospitais, respectivamente. Nos centros de saúde, um menor tempo de espera apresentou relação inversa com a satisfação, ou seja, um menor tempo de espera gerou uma maior satisfação⁵⁸.

Estudo realizado através da análise dos dados da Pesquisa Mundial de Saúde revelou que o tempo de espera para atendimento ambulatorial foi o item que apresentou o menor grau de satisfação. Ainda menores graus de satisfação com o atendimento recebido foram relacionados com ter sofrido algum tipo de discriminação e ser usuário exclusivo do SUS⁵⁹.

Em São Paulo, inquérito domiciliar realizado em 1989/1990 identificou que 44% referiram à solução dos problemas para os quais buscaram o serviço, 35% ainda estavam em tratamento e 10% não tiveram seu problema resolvido. Quando o tempo para buscar de atendimento foi superior a seis dias, houve maior porcentagem de casos não solucionados (20%)²⁸.

Estudos de casos realizados em municípios paulistas mostraram que pessoas com planos de saúde procuraram mais os serviços de saúde quando comparados aos sem plano. Ainda a espera para o atendimento diferiu entre as pessoas com planos de saúde e as sem plano: em média, 32 e 81 minutos, respectivamente⁶⁰.

A verificação do tempo médio de atendimento de um usuário na emergência de um hospital privado do município de São Paulo constatou que a média de tempo entre a chegada e a triagem foi de 18 minutos e o tempo médio da triagem até o consultório foi de 17 minutos⁶¹. Já em Pelotas, serviço público de emergência, o tempo médio de espera para atendimento foi de 15 minutos⁵³.

3. Marco Teórico

O reconhecimento de que as necessidades de saúde da população são socialmente determinadas tem sido ratificado periodicamente ao longo da história da Epidemiologia e da Saúde Pública. Por exemplo, Snow, Virchow e Semmelweis⁶² durante o século XIX, Laurell e Breilh⁶³, no século XX e mais recentemente Marmot e Wilkinson⁶⁴, utilizando diferentes bases teóricas coincidem ao destacar a precedência dos determinantes sociais (classe social, renda, trabalho, escolaridade, condições de vida) sobre os determinantes biológicos (sexo, idade) e comportamentais (tabagismo, etilismo, atividade física) na ocorrência dos problemas de saúde da população. Esses determinantes são modulados pelo contexto social em que vive determinada população e podem ser modificados por políticas públicas de saúde ou ações extra-setoriais.

Dependendo das condições contextuais e da percepção do indivíduo, as necessidades de saúde resultarão em demanda por serviços de saúde. A demanda em saúde possui alta complexidade, englobando urgências em saúde, agravos crônicos e agudos, além de ações de prevenção e promoção da saúde. Pode ser dividida em demanda potencial, reprimida, satisfeita e não-satisfeita. A demanda potencial representa a proporção de indivíduos que poderiam utilizar os serviços de saúde. Já a reprimida engloba pessoas que a partir de uma necessidade de saúde, não buscaram atendimento por decisões individuais. A demanda satisfeita corresponde à utilização dos serviços de saúde. Por fim, a demanda não-satisfeita ou falta de acesso é definida pela não obtenção de atendimento frente à procura do indivíduo por um estabelecimento de saúde⁶⁵.

A demanda em saúde ainda sofre influência das políticas de saúde. A realização de ações de prevenção e promoção, como, por exemplo, campanhas nacionais de vacinação ou de exames profiláticos resultarão em demanda para os serviços de saúde.

Para uma efetiva melhora nas condições de saúde da população, a resposta dos serviços de saúde deve abordar de modo integral a complexa diversidade das necessidades em saúde.

As decisões dos indivíduos e dos profissionais de saúde são fundamentais para a procura e utilização dos serviços de saúde. As decisões individuais são baseadas no modo como o indivíduo percebe sua necessidade em saúde e de sua percepção sobre o sistema de saúde no qual está inserido⁶⁶. Problemas agudos são exemplos de necessidades em saúde em que a decisão do indivíduo é fator determinante para procura de cuidados em saúde. Já as decisões dos profissionais de saúde ocorrem após o primeiro contato do indivíduo com o serviço de saúde. Essas serão determinadas pelo entendimento dos profissionais de saúde sobre a necessidade do paciente e pela capacidade do serviço de saúde em resolver ou controlar aquele problema como, por exemplo, os agravos crônicos os quais geram alta demanda aos serviços de saúde devido à alta prevalência e incidência de casos. As ações de prevenção e promoção da saúde, também, são fortemente determinadas pela atuação dos profissionais de saúde.

Após a procura pelo serviço de saúde, a característica de acesso ofertado à população determinará a utilização ou não de determinado serviço. Para obter atenção à saúde, inicialmente, os serviços devem existir. Porém, somente a existência não garante o acesso uma vez que os serviços podem estar mal localizados, ter horários de funcionamento inadequados aos ritmos da vida social como, por exemplo, de trabalhadores, ou, ainda, apresentarem barreiras arquitetônicas para seu acesso. Da mesma forma, aspectos extra-setoriais como transporte público inadequado, inexistência ou precariedade de estradas e vias públicas podem dificultar o acesso e influenciar a decisão de buscar o serviço⁶⁷.

Assim, o contexto social e das políticas de saúde mostram-se, mais uma vez, associados à determinação do acesso aos serviços de saúde.

A garantia do acesso ocasionará na utilização do serviço procurado. Os fatores que determinam a utilização são conhecidos. O maior conhecimento sobre saúde está associado a maiores níveis de escolaridade. Pessoas com baixa escolaridade, na maioria dos casos, desconhecem a importância do acompanhamento de sua saúde. Em contrapartida, pessoas com maior escolaridade buscam mais os serviços de saúde⁵² devido ao entendimento da importância dos profissionais de saúde em momentos especiais da vida como a gestação, por exemplo.

O fator econômico é determinante na busca e utilização dos serviços de saúde. Pessoas com baixa renda, sem poder aquisitivo para os gastos em saúde, reprimem ou protelam a busca por serviços e profissionais de saúde. Pessoas com maior renda possuem mais chance de consultar em serviços de saúde^{2, 27, 44, 48, 52, 54, 68}, especialmente em serviços especializados^{2, 33, 68}. Além disso, são mais propensas a ter um médico de referência, circunstância que pode facilitar o acesso aos serviços de saúde⁶⁹. Portanto, as características econômicas da população podem estar fortemente associadas com a ocorrência de iniquidades não apenas na ocorrência dos problemas de saúde, mas também na utilização dos serviços de saúde^{6, 27, 32, 38, 44, 49, 52, 54}.

Em relação ao gênero, sabe-se que as mulheres utilizam mais os serviços de saúde do que homens, mesmo após ajuste para necessidades em saúde^{45, 52}. O grupo etário, também determina uma maior utilização dos serviços de saúde, com as crianças e os idosos apresentando maior demanda em saúde⁴⁵.

Não obstante, quanto às hospitalizações, os indivíduos economicamente mais pobres estão mais sujeitos a hospitalização quando comparados aos mais ricos. Tal situação evidencia uma iniquidade em saúde uma vez que pessoas menos favorecidas economicamente possuem necessidades em saúde não resolvidas com cuidados primários levando a hospitalização e superlotação dos serviços de emergência pelo agravamento da enfermidade.

A demanda não-satisfeita é caracterizada pela procura do serviço de saúde e, conseqüente, não obtenção de atendimento. Dentre os fatores que podem estar associados à demanda não-satisfeita podemos citar: a inexistência do serviço de saúde, a dificuldade de transporte para chegar ao estabelecimento, a inexistência de profissional e o tempo de espera prolongado para o atendimento^{6, 7}.

Tanto a utilização ou não dos serviços de saúde influenciará nas condições de saúde da população. O recebimento de cuidado em saúde melhora os indicadores de saúde como a mortalidade infantil^{18, 19}, por exemplo.

A qualidade da atenção pode ser definida de diferentes maneiras e avaliada através de diversos indicadores. Não obstante, o acesso aos serviços de saúde torna-se uma importante dimensão de qualidade dos serviços uma vez que a

obtenção ou não de cuidado ofertado quando necessário revela-se como um importante indicador da atenção à saúde prestada a população⁷⁰.

Além disso, destaca-se a efetividade da atenção prestada como uma dimensão da qualidade do cuidado a qual corresponde à resolubilidade do cuidado ofertado para determinada necessidade em saúde sentida. Essa pode ser dividida em efetividade clínica e efetividade no cuidado interpessoal⁷⁰.

A efetividade clínica depende do conhecimento do profissional de saúde sobre a atenção a ser prestada e de sua habilidade na realização das ações em saúde. Já a efetividade no cuidado interpessoal refere-se ao modo de transmissão das informações pelo profissional de saúde e o entendimento por parte do paciente. Além disso, envolve a maneira como o indivíduo é tratado no serviço de saúde sendo compreendida através de aspectos como: acolhimento, solidariedade, responsabilização, vínculo, entendimento, sensibilidade e comunicação⁷⁰.

A utilização e a demanda não-satisfeita podem ser influenciadas por características da qualidade dos serviços de saúde sendo o tempo na fila de espera um indicador influente no uso dos serviços de saúde^{6, 7, 30}. Ainda, a satisfação geral dos usuários com serviços de saúde pode servir como importante indicador de avaliação para os gestores de saúde¹⁰.

A utilização dos serviços de saúde, a demanda não-satisfeita e a respectiva qualidade da atenção à saúde poderão determinar as condições de saúde da população. Por fim, essas condições, em alguma medida, influenciam as políticas de saúde e o contexto social em que vive determinada população.

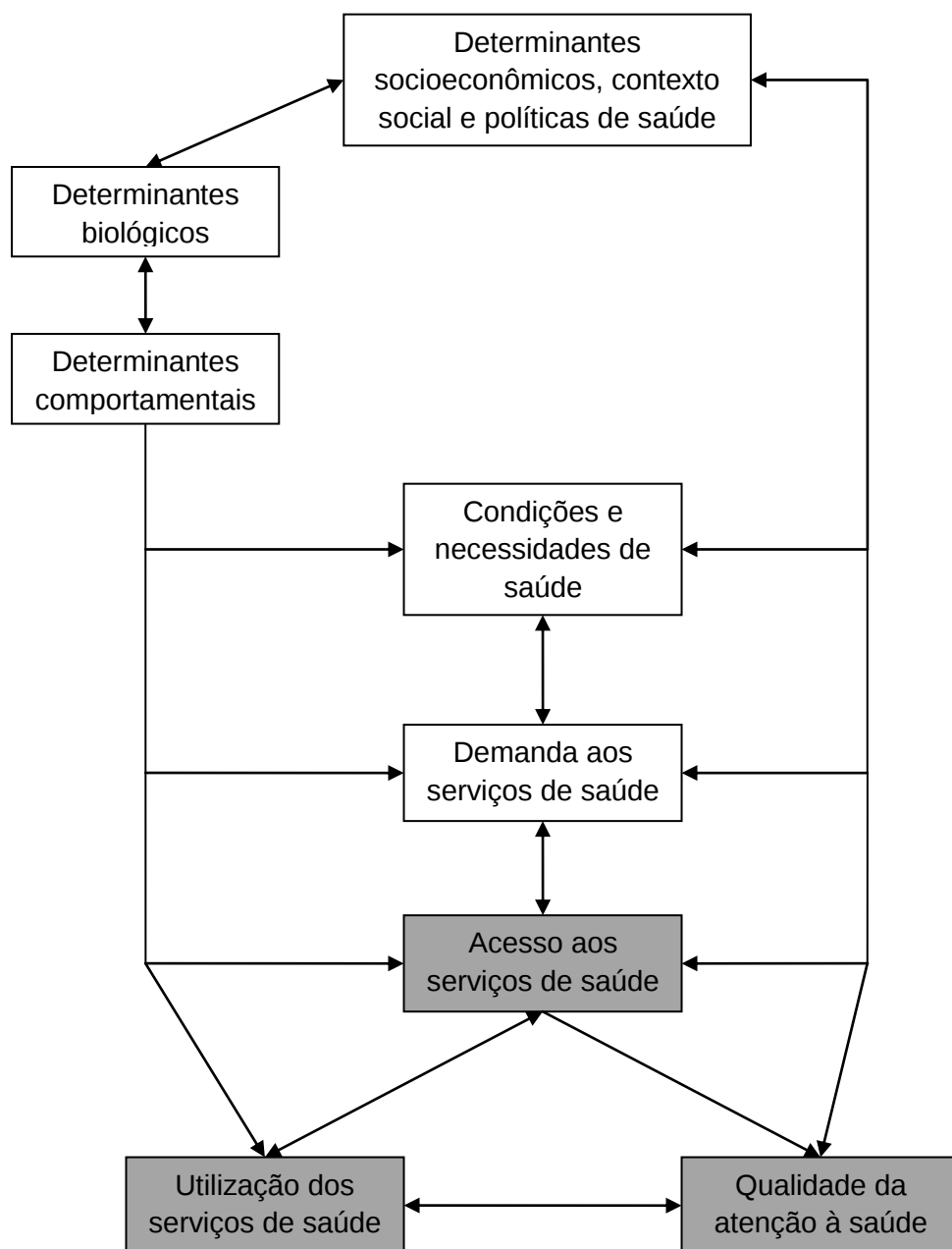


Figura 2. Modelo Teórico.

4. Justificativa

A prevalência e os fatores associados de utilização de serviços, principalmente médicos e na população adulta, estão bem estabelecidos na literatura^{25, 32, 43-51}. Em muitos desses estudos, a nomenclatura de acesso é utilizada como sinonímia de utilização. Não obstante, o acesso é mais abrangente, não se restringindo apenas a obtenção do cuidado ofertado, contemplando a demanda não-satisfeita e as dificuldades enfrentadas pelos indivíduos para utilizar os serviços de saúde. Informações sobre as características do acesso que resultaram na utilização, a demanda reprimida e não-satisfeita, e indicadores de qualidade e satisfação do usuário com os serviços de saúde são informações parcamente encontradas, principalmente ao nível municipal⁷¹.

Sendo assim, justifica-se a investigação, através de um estudo de base populacional em Pelotas sobre o acesso aos serviços de saúde e a qualidade da atenção prestada à população.

O entendimento de fatores que definem a busca e a escolha dos serviços de saúde pelos usuários poderá trazer benefícios econômicos e organizacionais ao SUS, facilitando o enfrentamento de desigualdades e iniquidades no acesso e orientando os serviços ao perfil de necessidades da população³⁰.

5. Objetivos

5.1. Objetivo Geral

Caracterizar o acesso, a utilização e a qualidade da atenção aos serviços de saúde no mês anterior a entrevista na população adolescente e adulta da cidade de Pelotas-RS.

5.2. Objetivos específicos

- ▶ Mensurar as prevalências:
 - ✓ Problemas de saúde;
 - ✓ Acesso aos serviços de saúde;
 - ✓ Utilização dos serviços de saúde;
 - ✓ Demandas: potencial e reprimida;
- ▶ Identificar:
 - ✓ O motivo da não procura de atendimento frente a um problema de saúde;
 - ✓ O tipo de serviço de saúde procurado e o utilizado;
 - ✓ O motivo da demanda não-satisfeita;
 - ✓ O motivo da utilização do serviço de saúde;
 - ✓ O motivo para a escolha do serviço de saúde utilizado;
- ▶ Verificar a evolução do problema de saúde referido, independente da busca e da utilização de serviços de saúde;
- ▶ Mensurar a qualidade da atenção à saúde, através dos indicadores:
 - ✓ Tempo entre a procura do serviço e a obtenção de atendimento;
 - ✓ Tempo de espera para o atendimento desde a chegada no serviço de saúde;

- ✓ Satisfação quanto ao atendimento recebido;
- ▶ Avaliar as desigualdades e iniquidades no acesso, na utilização e na qualidade dos serviços de saúde em função de características socioeconômicas, demográficas e comportamentais da população.

6. Hipóteses

- A prevalência de problemas de saúde no mês anterior à entrevista será ao redor de 30% em adolescentes e de 75% em adultos;
- A utilização dos serviços de saúde no último mês será de aproximadamente 16% e 50% para adolescentes e adultos, respectivamente;
- O acesso aos serviços de saúde será em torno de 90% do total de adolescentes e adultos que procuraram um estabelecimento de saúde;
- Em torno de 50% da população utilizará serviços de saúde através do sistema público;
- A maior utilização dos serviços de saúde estará associada aos indivíduos do sexo feminino, com idade maior que 60 anos, com mais de 12 anos de estudo, renda familiar maior que 8 salários mínimos e que possuam companheiros.
- Quanto maior o nível socioeconômico menor será a procura por serviços públicos e por serviços da Atenção Primária a Saúde.

7. Metodologia

7.1. Delineamento

Estudo transversal de base populacional. Será entrevistada uma amostra representativa de adolescentes e adultos da cidade de Pelotas-RS. As informações serão obtidas através de questionário padronizado, aplicado em inquérito domiciliar.

7.2. Justificativa do delineamento

O delineamento escolhido tem sido uma metodologia amplamente utilizada para avaliação de serviços de saúde sendo útil para o planejamento em saúde por possuir um alto poder descritivo^{45, 49, 72}. Além disso, possui agilidade em sua realização e relativo baixo custo orçamentário quando comparado com outros delineamentos.

7.3. Definição da população-alvo

Indivíduos com 10 anos ou mais, de ambos os sexos, residentes na zona urbana do município de Pelotas-RS.

7.3.1. Critérios de inclusão

- Indivíduos com 10 anos ou mais de idade, de ambos os sexos;
- Residentes na zona urbana do município de Pelotas-RS.

7.3.2. Critérios de exclusão

- Pessoas institucionalizadas.

7.4. Definição dos desfechos e das exposições

7.4.1. Definição dos desfechos

- **Acesso aos serviços de saúde:** definido pela procura de serviços de saúde e, conseqüente, obtenção ou não de atendimento. O período recordatório será de um mês.
- **Utilização de serviços de saúde:** corresponde a contatos diretos com profissionais de saúde envolvidos em ações de saúde como: procedimentos preventivos, diagnósticos, terapêuticos ou de reabilitação². O período recordatório será de um mês. Compreenderá a utilização de Unidades Básicas de Saúde, Pronto Socorro, Pronto-Atendimentos, Ambulatórios, Centro de Especialidades, consultórios, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Hospitais, através do SUS, de convênios e/ou planos de saúde e privados.
- **Qualidade da atenção à saúde:** Neste projeto a qualidade será avaliada através do acesso aos serviços de saúde em tempo oportuno, da identificação de barreiras e facilidades ao atendimento e da opinião do usuário sobre o atendimento recebido, conforme os indicadores abaixo:
 - Tempo entre a procura do serviço de saúde e a obtenção de atendimento;
 - Tempo entre a chegada na unidade e o atendimento serviço de saúde;
 - Opinião sobre o atendimento prestado;

7.4.2. Definição das exposições

Variável	Tipo de variável	Definição operacional
Sexo	Categórica dicotômica	Masculino/Feminino
Idade	Numérica discreta	Anos completos
Cor da pele	Categórica nominal	Branca /Preta/ Amarela/ Indígena/ Parda
Escolaridade	Numérica discreta	Anos completos de estudo
Situação conjugal	Categórica nominal	Com companheiro/Sem companheiro/ Separado/Viúvo
Problema de saúde no mês anterior a entrevista	Resposta aberta. Definida posteriormente.	Serão considerados problemas de saúde os diagnósticos médicos e outras condições tais como medo de doenças, sintomas, queixas, incapacidades ou necessidade de cuidados (por exemplo, imunização) ⁷³ .
Serviço de saúde utilizado	Categórica nominal	Posto de saúde/ Pronto Socorro Municipal/ Pronto-Atendimento/ Ambulatório das Faculdades/ Hospital/ Centro de especialidades/ Consultório/ CAPS (Centro de Atenção Psicossocial)/ Internou no hospital/ Serviço de saúde de outra cidade
Necessidade de atendimento	Categórica dicotômica	Sim/Não
Busca de atendimento	Categórica dicotômica	Sim/Não
Motivo de não buscar atendimento	Categórica nominal	Dificuldade de conseguir ficha ou agendamento pelo SUS/ O serviço que procurei estava fechado/ Não tinha como ir marcar o atendimento/ Não podia pagar/ Tinha compromissos com a família ou no trabalho/ Porque melhorou/Outro
Motivo do não atendimento	Categórica nominal	Não tinha Enfermeiro/ Não tinha Médico/ Não tinha ficha/ Estava fechado no momento que procurei/ Não podia pagar
Local de busca e não obtenção de atendimento	Categórica nominal	Posto de saúde/ Pronto Socorro Municipal/ Pronto-Atendimento/ Ambulatório das Faculdades/ Hospital/ Centro de especialidades/ Consultório/ CAPS (Centro de Atenção Psicossocial)/

		Internou no hospital/ Serviço de saúde de outra cidade
Motivo da utilização do serviço de saúde	Categórica nominal	Pelo problema de saúde referido/ Por outro problema de saúde/ Acompanhar/revisar doenças/ Fazer uma revisão/ Tomar medicações (inalações, curativo)/ Realizar fisioterapia/ Pegar remédios/ Pedir/pegar/levar exames/ Pedir receita ou atestado/ Consulta de pré-natal/ Fazer exames preventivos
Motivo da escolha do serviço	Categórica nominal	Era o mais próximo da sua casa/ Serviço de saúde ou profissional de saúde que você geralmente vai quando necessita/ Facilidade para conseguir o atendimento/ Fica aberto no horário que eu posso ir/ Não preciso pagar
Tempo para obtenção de atendimento	Numérica discreta	Dias e/ou horas para obtenção do atendimento
Tempo na fila de espera do serviço	Numérica discreta	Minutos para obtenção do atendimento
Opinião sobre o atendimento	Categórica ordinal	Péssimo/ Ruim/ Regular/ Bom/ Ótimo
Percepção da evolução do problema de saúde	Categórica ordinal	Piorou/ Continua como antes/ Melhorou um pouco/ Melhorou bastante/ Curou – resolveu

Figura 3. Características das variáveis de exposição.

7.5. Tamanho de amostra

A amostra para este estudo será calculada no programa EpiInfo versão 6, baseada no maior número de sujeitos necessários para estudar os desfechos estabelecidos sobre o tema Acesso aos serviços de saúde.

Tamanho da população: 306.193 mil habitantes da zona urbana de Pelotas.

Critérios	Desfechos	
	Utilização dos serviços de saúde	Demanda não-satisfeita
Nível de confiança	95%	95%
Frequência estimada	16%	5%
Erro tolerável	4 pontos percentuais	2 pontos percentuais
Número de indivíduos	322	456
Percentual de perdas e recusas	10%	10%
Total	355 indivíduos	502 indivíduos

Figura 4. Cálculo de tamanho de amostra para os desfechos em adolescentes.

Critérios	Desfechos	
	Utilização dos serviços de saúde	Demanda não-satisfeita
Nível de confiança	95%	95%
Frequência estimada	50%	5%
Erro tolerável	5 pontos percentuais	1,5 pontos percentuais
Número de indivíduos	384	810
Percentual de perdas e recusas	10%	10%
Total	423 indivíduos	891 indivíduos

Figura 5. Cálculo de tamanho de amostra para os desfechos em adultos.

Abaixo segue tabelas com valores estabelecidos para estudar as associações entre os fatores determinantes da utilização dos serviços de saúde e demanda não-satisfeita, com nível de confiança de 95% e poder de 80%, para os adolescentes e adultos.

Grupo exposto/ Grupo não exposto	Frequência de desfecho no grupo não-exposto	Razão exposto/ não exposto	RP	Amostra total com perdas e recusas (mais 10%)
Feminino/ Masculino	11,4%	1:1	1,8	601
Maior que 8/ Menor ou igual a 8	13,7%	1:4	1,8	710

Figura 6. Cálculo da amostra para os fatores associados à utilização dos serviços de saúde em adolescentes.

Grupo exposto/ Grupo não exposto	Frequência de desfecho no grupo não- exposto	Razão exposto/ não exposto	RP	Amostra total com perdas e recusas (mais 10%)
Masculino/ Feminino	2,8%	1:1	2,5	1012
Menor ou igual a 8 /Maior que 8	1,9%	4:1	3,0	1353

Figura 7. Cálculo da amostra para os fatores associados à demanda não-satisfeita em adolescentes.

Variável (Grupo exposto/ Grupo não exposto)	Frequência de desfecho no grupo não- exposto	Razão exposto/ não exposto	RP	Amostra total com perdas e recusas (mais 10%)
Sexo (Feminino/ Masculino)	38,5%	3:2	1,5	262
Idade (60 anos ou mais/Menos de 60 anos)	47,6%	1:9	1,5	452
Escolaridade (Igual ou maior que 12/Menor que 12)	45,4%	1:4	1,5	248
Renda Familiar (Maior que 8/Menor ou igual a 8)	43,5%	3:7	1,5	235
Situação Conjugal (Com companheiro/S em companheiro)	38,5%	3:2	1,5	262

Figura 8. Cálculo da amostra para os fatores associados à utilização dos serviços de saúde em adultos.

Grupo exposto/ Grupo não exposto	Frequência de desfecho no grupo não-exposto	Razão exposto/ não exposto	RP	Amostra total com perdas e recusas (mais 10%)
Sexo (Masculino/ Feminino)	3,5%	2:3	2,0	1.621
Idade (Menos de 60 anos/ 60 anos ou mais)	4,5%	9:1	2,5	3.400
Renda familiar (Menor que 12/ Igual ou maior que 12)	4,1	4:1	2,0	2.100
Escolaridade (Menor ou igual a 8 / Maior que 8)	3,8%	7:3	2,0	1.732
Situação Conjugal (Sem companheiro/ Com companheiro)	3,5%	2:3	1,5	1.621

Figura 9. Cálculo da amostra para os fatores associados à demanda não-satisfeita em adultos.

7.6. Instrumento

O instrumento utilizado será um questionário a ser aplicado na forma de entrevista aos indivíduos da amostra selecionada (anexo 2). O questionário foi elaborado a fim de atender as questões científicas da pesquisa buscando a adequação quantitativa das normas do consórcio. O instrumento baseia-se em questões já utilizadas em outra pesquisa de âmbito nacional⁷⁴.

Será realizado um estudo pré-piloto para verificar a adequação das questões e opções de respostas, principalmente para o público adolescente.

7.7. Análise dos dados

A análise dos dados será realizada no programa estatístico Stata 11.1. A análise descritiva incluirá cálculos de proporções e intervalos de confiança de 95% para as variáveis categóricas. Nas variáveis numéricas será calculado a média, mediana e desvio-padrão.

Após, serão realizadas análises bivariadas e multivariáveis para as associações do estudo. Utilizar-se-á um nível de significância de 5%.

Para associação entre variáveis categóricas dicotômicas será utilizado o teste do qui-quadrado. No caso de desfechos dicotômicos e exposição categórica ordinal utilizar-se-á, também, teste de qui-quadrado de tendência linear.

8. Cronograma

Etapas	2011											2012											
	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
Definição do tema de pesquisa																							
Elaboração do projeto																							
Revisão Bibliográfica																							
Estudo pré-piloto																							
Processo de amostragem																							
Seleção e treinamento entrevistadores																							
Estudo piloto																							
Trabalho de campo																							
Processamento dos dados																							
Análise dos dados																							
Redação da dissertação																							
Defesa da Dissertação																							

Figura 10. Cronograma das atividades a serem desenvolvidas

9. Referências

1. Brasil. *Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Regulação em saúde/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS; 2011. p. 126.
2. Travassos C, Castro MSMd. *Determinantes e Desigualdades Sociais no Acesso e na Utilização de Serviços de Saúde*. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, editors. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 215-43.
3. Travassos C, Martins M. *Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde*. *Cadernos de Saúde Pública*. 2004;20(supl.2):190-8.
4. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.
5. Green LA, Fryer GE, Jr., Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. *The ecology of medical care revisited*. *New England Journal of Medicine*. 2001 Jun 28;344(26):2021-5.
6. Wilson K, Rosenberg MW. *Accessibility and the Canadian health care system: squaring perceptions and realities*. *Health Policy*. 2004 Feb;67(2):137-48.
7. Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF, Silva ZP. *Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS - PNAD 2003*. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2006;11(4):1011-22.
8. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. *The Brazilian health system: history, advances, and challenges*. *Lancet*. 2011 May 9.
9. Brasil. *Sistema de Indicadores de percepção Social (SISP)*. Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA); 2011. p. 20.
10. Brasil. *Satisfação do usuário garantirá mais recursos para Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [20/07/2011]; Available from: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=12902.
11. Abrantes Pêgo R, Almeida C. *Teoría y práctica de las reformas en los sistemas de salud: los casos de Brasil y México*. *Cadernos de Saúde Pública*. 2002;18:971-89.
12. Brasil. *Constituição Federal*. Brasília: Ministério da Justiça; 1988.
13. Brasil. *Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS; 2011. p. 291.

14. Bahia L, Costa AJL, Fernandes C, Luiz RR, Cavalcanti MLT. *Segmentação da demanda dos planos e seguros privados de saúde: uma análise das informações da PNAD/98*. Ciência e Saúde Coletiva. 2002;7(4):671-86.
15. Ministério da Saúde B. *Portaria 648. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)*. Brasília 2006.
16. Seclen J, Fernandes AS. *Experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar: caso Brasil*. In: Organização Pan-Americana da S, Organização Mundial da S, Brasil. Ministério da S, editors. Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2004. p. 1-122.
17. Costa GD, Cotta RMM, Ferreira MLSM, Reis JR, Franceschini SCC. *Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial: [revisão]*. Revista Brasileira de Enfermagem. 2009;62(1):113-8.
18. Macinko J, Guanais FC, de Fatima M, de Souza M. *Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002*. Journal of Epidemiology and Community Health. 2006 Jan;60(1):13-9.
19. Aquino R, de Oliveira NF, Barreto ML. *Impact of the family health program on infant mortality in Brazilian municipalities*. American Journal of Public Health. 2009 Jan;99(1):87-93.
20. Paim JS. *A reforma sanitária e os modelos assistenciais*. Rouquayrol MZ, Almeida Filho (Orgs) Epidemiologia e Saúde. 5º Ed. ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 1999. p. 473-87.
21. Brasil. *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios* 3º Edição ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
22. Brasil. *CNES - Estabelecimentos* [database on the Internet]. Ministério da Saúde/ Departamento de Informática do SUS. 2011 [cited 11/07/2011]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/atencrs.def>.
23. Brasil. *CNES - Recursos Humanos a partir de agosto de 2007 - Ocupações classificadas pela CBO 2002* [database on the Internet]. Ministério da Saúde/ Departamento de Informática do SUS. 2011 [cited 11/07/2011]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/proc02rs.def>.
24. Andersen RM, Yu H, Wyn R, Davidson PL, Brown ER, Teleki S. *Access to medical care for low-income persons: how do communities make a difference?* Medical Care Research and Review. 2002 Dec;59(4):384-411.
25. Levesque JF, Haddad S, Narayana D, Fournier P. *Outpatient care utilization in urban Kerala, India*. Health Policy and Planning. 2006 Jul;21(4):289-301.

26. Valencia- Sierra ML, González-Echeverri G, Agudelo-Vanegas NA, Acevedo-Arenas L, Vallejo-Zapata IC. *Acceso a los Servicios de Urgencias en Medellín, 2006*. Revista de Salud Pública. 2007;9(4):529-40.
27. Barros AJ, Bertoldi A. *Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional*. Ciência e Saúde Coletiva. 2002;7(4):709-17.
28. Turrini RNT, Lebrão ML, Cesar CLG. *Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário*. Cadernos de Saúde Pública. 2008;24(3):663-74.
29. Viana ALÁ, Rocha JSY, Elias PE, Ibañez N, Bousquat A. *Atenção básica e dinâmica urbana nos grandes municípios paulistas, Brasil*. Cadernos de Saúde Pública. 2008;24(supl.1):s79-s90.
30. Carret MLV, Fassa ACG, Domingues MR. *Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors: [review]*. Cadernos de Saúde Pública. 2009;25(1):7-28.
31. Claro LBL, March C, Mascarenhas MTM, Castro IAB, Rosa MLG. *Adolescentes e suas relações com serviços de saúde: estudo transversal em escolares de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil*. Cadernos de Saúde Pública. 2006;22(8):1565-74.
32. Mendoza-Sassi R, Béria JU. *Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados*. Cadernos de Saúde Pública. 2001;17(4):819-32.
33. van Doorslaer E, Masseria C, Koolman X. *Inequalities in access to medical care by income in developed countries*. Canadian Medical Association Journal. 2006 Jan 17;174(2):177-83.
34. Gallegos-Carrillo K, García-Peña C, Durán-Muñoz C, Mudgal J, Durán-Arenas L, Salmerón-Castro J. *Health care utilization and health-related quality of life perception in older adults: a study of the Mexican Social Security Institute*. Salud Pública de México. 2008;50(3):207-17.
35. Polluste K, Kalda R, Lember M. *Accessibility and use of health services among older Estonian population*. Central European Journal of Public Health. 2009 Jun;17(2):64-70.
36. Almeida MF, Barata RB, Montero CV, Silva ZP. *Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998, Brasil*. Ciência e Saúde Coletiva. 2002;7(4):743-56.
37. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. *Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil*. Ciência e Saúde Coletiva. 2002;7(4):687-707.
38. Travassos C, Viacava F, Pinheiro R, Brito A. *Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condições social*. Revista Panamericana de Salud Pública. 2002;11(5/6):365-73.

39. Rodrigues MAP, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, et al. *Uso de serviços ambulatoriais por idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil*. Cadernos de Saúde Pública. 2008;24(10):2267-78.
40. Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, César CLG. *Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família (Qualis) no Município de São Paulo*. Revista de Saúde Pública. 2005;39(1):90-9.
41. Barata RB. *Acesso e uso de serviços de saúde: considerações sobre os resultados da Pesquisa de Condições de Vida 2006*. São Paulo Perspectiva. 2008;22(2):19-29.
42. Moretto LC, Longo GZ, Boing AF, Arruda MP. *Prevalência da utilização de serviços de fisioterapia entre a população adulta urbana de Lages, Santa Catarina*. Revista Brasileira de Fisioterapia. 2009;13(2):130-5.
43. Fernandes LCL, Bertoldi AD, Barros AJD. *Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família*. Revista de Saúde Pública. 2009;43(4):595-603.
44. Dias-da-Costa JS, Presser AD, Zanolla AF, Ferreira DG, Perozzo G, Freitas IBA, et al. *Utilização dos serviços ambulatoriais de saúde por mulheres: estudo de base populacional no Sul do Brasil*. Cadernos de Saúde Pública. 2008;24(12):2843-51.
45. Dias-da-Costa JS, Olinto MTA, Soares SA, Nunes MF, Bagatini T, Marques MC, et al. *Utilização de serviços de saúde pela população adulta de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil: resultados de um estudo transversal*. Cadernos de Saúde Pública. 2011;27(5):868-76.
46. Mendoza-Sassi R, Béria JU. *Prevalence of having a regular doctor, associated factors, and the effect on health services utilization: a population-based study in Southern Brazil*. Cadernos de Saúde Pública. 2003;19(5):1257-66.
47. Mendoza-Sassi R, Béria JU, Barros AJD. *Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study*. Revista de Saúde Pública. 2003;37(3):372-8.
48. Costa JSD, Reis MC, Silveira Filho CV, Linhares RS, Piccinini F. *Prevalência de consultas médicas e fatores associados, Pelotas (RS), 1999-2000*. Revista de Saúde Pública. 2008;42(6):1074-84.
49. Dias-da-Costa JS, Olinto MTA, Gigante DP, Menezes AMB, Macedo S, Daltoé T, et al. *Utilização de serviços ambulatoriais de saúde em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: alguns fatores relacionados com as consultas médicas acima da média*. Cadernos de Saúde Pública. 2008;24(2):353-63.
50. Capilheira MF, Santos IS. *Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos*. Revista de Saúde Pública. 2006;40(3):436-43.
51. Bastos GAN, Duca GFD, Hallal PC, Santos IS. *Utilização de serviços médicos no sistema público de saúde no Sul do Brasil*. Revista de Saúde Pública. 2011;45(3):475-54.

52. Dias-da-Costa JS, Gigante DP, Horta BL, Barros FC, Victora CG. *Utilização de serviços de saúde por adultos da coorte de nascimentos de 1982 a 2004-5, Pelotas, RS*. Revista de Saúde Pública. 2008;42(supl.2):51-9.
53. Carret MLV, Fassa AG, Paniz VMV, Soares PC. *Características da demanda do serviço de saúde de emergência no Sul do Brasil*. Ciência e Saúde Coletiva. 2011;16(supl.1):1069-79.
54. Siqueira FV, Facchini LA, Hallal PC. *Epidemiology of physiotherapy utilization among adults and elderly*. Revista de Saúde Pública. 2005;39(4):663-8.
55. Camargo MBJ, Dumith SC, Barros AJD. *Uso regular de serviços odontológicos entre adultos: padrões de utilização e tipos de serviços*. Cadernos de Saúde Pública. 2009;25(9):1894-906.
56. Nteta TP, Mokgatle-Nthabu M, Oguntibeju OO. *Utilization of the primary health care services in the Tshwane Region of Gauteng Province, South Africa*. PLoS One. 2010;5(11):e13909.
57. Marcinowicz L, Chlabicz S. *Improvement in the accessibility and organization of services of family physicians in a small town in Poland: a comparison of patient opinions between 1998 and 2002*. Advances in Medical Sciences. 2006;51:226-31.
58. Seclén Palacin J, Darras C. *Satisfacción de usuarios de los servicios de salud: Factores sociodemográficos y de accesibilidad asociados*. Anales de la Facultad de Medicina (Perú). 2005;66(2):127-41.
59. Gouveia GC, Souza WV, Luna CF, Souza-Júnior PRBd, Szwarcwald CL. *Health care users' satisfaction in Brazil, 2003*. Cadernos de Saúde Pública. 2005;21(supl.1):S109-S18.
60. Pessoto UC, Heimann LS, Boaretto RC, Castro IEN, Kayano J, Ibanhes LC, et al. *Desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde na Região Metropolitana de São Paulo*. Ciência e Saúde Coletiva. 2007;12(2):351-62.
61. Domiciano V, Fonseca AS. *Tempo médio para o atendimento do cliente em um Departamento de Emergência de um hospital privado*. Nursing (São Paulo). 2008;11(119):182-8.
62. Buck C, Llopis A, Najera E, Terris M. *El desafío de la epidemiología: Problemas y lecturas seleccionadas*. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud; 1988.
63. Almeida-Filho N. *Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis*. Ciência e Saúde Coletiva. 2004;9(4):865-84.
64. World Health Organization. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008.

65. Barker DJP, Rose GA. *Epidemiology in Medical Practice*. 4^a ed: Churchill Livingstone; 1990.
66. Andersen RM. *Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?* Journal of Health and Social Behavior. 1995 Mar;36(1):1-10.
67. Siqueira FCV, Facchini LA, Silveira DS, Piccini RX, Thumé E, Tomasi E. *Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil*. Ciência e Saúde Coletiva. 2009;14(1):39-44.
68. Habicht J, Kunst AE. *Social inequalities in health care services utilisation after eight years of health care reforms: a cross-sectional study of Estonia, 1999*. Social Science & Medicine. 2005 Feb;60(4):777-87.
69. Lambrew JM, DeFries GH, Carey TS, Ricketts TC, Biddle AK. *The effects of having a regular doctor on access to primary care*. Medical Care. 1996 Feb;34(2):138-51.
70. Campbell SM, Roland MO, Buetow SA. *Defining quality of care*. Social Science & Medicine. 2000 Dec;51(11):1611-25.
71. Viacava F. *Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais*. Ciência e Saúde Coletiva. 2002;7(4):607-40.
72. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. *Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde*. Ciência Saúde Coletiva. 2006;11(3):669-81.
73. World Organization of National Colleges A, and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians. *Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2)/Elaborada pelo Comitê Internacional de Classificação da WONCA; Consultoria, supervisão e revisão técnica desta edição, Gustavo Diniz Ferreira Gusso*. 2^a ed. Florianópolis: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; 2009.
74. AQUARES. *Instrumento de Pesquisa - "Acesso e qualidade da rede de saúde no Brasil- uma amostra representativa do país com 100 municípios de diferentes portes populacionais em 23 estados (2009)"* [database on the Internet]2009. Available from: http://www.aquares.com.br/site/index.php?option=com_content&view=article&id=27%3Ainstrumentos-e-manuais&catid=7&Itemid=35&lang=pt.
75. Porto SM, Santos IS, Ugá MAD. *A utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento*. Ciência Saúde Coletiva. 2006;11(4):895-910.

APÊNDICES DO PROJETO DE PESQUISA

APÊNDICE A

Título	Autores (ano de publicação)	País do estudo	Revista	Métodos	Comentários (principais resultados)
The ecology of medical care revisited ⁵	Green LA, Fryer GE, Jr., Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. (2001)	Estados Unidos	New England Journal of Medicine	Análise de dados para estimar 1000 americanos (homens, mulheres e crianças) a fim de descrever o padrão de acesso e utilização dos serviços de saúde.	80% dos entrevistados referiram um pelo um agravo a saúde no mês em estudo, 32,7% ponderaram procurar um médico para consulta. Entretanto, somente 21,7% consultaram um médico sendo que 11,3% consultaram um médico da atenção primária em saúde e 10,4% consultaram especialistas
Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados ³²	Mendoza-Sassi R, Béria JU. (2001)	-	Cadernos de saúde pública.	Revisão sistemática da literatura sobre os fatores relacionados a utilização dos serviços de saúde	A utilização dos serviços de saúde esteve associada a crianças, mulheres em idade fértil e idosos. Classe social baixa e grupo com menor educação. Maior necessidade está associado a maior utilização mas dependendo do sistema de saúde, os grupos menos favorecidos podem receber uma atenção insuficiente. Ter um médico definido pode determinar uma utilização mais adequada.
Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998, Brasil ³⁶	Almeida MF, Barata RB, Montero CV, Silva ZP. (2002)	Brasil	Ciência e saúde coletiva.	Dados da amostra da PNAD/98. Indivíduos maiores de 15 anos.	56,6% dos entrevistados consultaram, pelo menos uma vez no último ano. Dentre aqueles que referiram problemas crônicos de saúde, 72,2% utilizaram consultas médicas. Nos não portadores a taxa de utilização foi de 45,6%. Portadores de problemas crônicos de saúde têm 3,09 vezes mais chance de consultar médicos no último ano quando comparados aos não portadores de problemas crônicos de saúde.

Título	Autores (ano de publicação)	País do estudo	Revista	Métodos	Comentários (principais resultados)
Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil ³⁷	Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. (2002)	Brasil	Ciência e saúde coletiva	Dados da amostra da PNAD/98. Indivíduos de todos os grupos etários.	As mulheres (62,3%) utilizaram mais os serviços de saúde do que os homens (46,7%) no último ano. Até os 14 anos, a utilização é semelhante entre homens e mulheres. A partir dos 15 anos, as mulheres utilizam mais os serviços. 35,3% das mulheres e 30,9% dos homens utilizaram o dentista no último ano. As mulheres (15,8%) procuraram mais os serviços de saúde nos 15 dias anteriores a entrevista do que os homens (10,1%). As mulheres buscam mais os serviços para exames de rotina e prevenção já os homens, por motivo de doença. Não há diferença entre os sexos, para o não-atendimento.
Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condições social ³⁸	Travassos C, Viacava F, Pinheiro R, Brito A. (2002)	Brasil	Revista panamericana de salud pública.	Dados da amostra da PNAD/98. Indivíduos da área urbana.	As mulheres utilizaram mais os serviços de saúde, mesmo quando controlado o efeito da restrição de atividades por motivo de saúde. Perceberam-se desigualdades sociais no uso de serviços de saúde por homens e mulheres. O uso dependeu do poder aquisitivo das famílias e das características sociais do próprio indivíduo.
Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional ²⁷	Barros AJ, Bertoldi A. (2002)	Brasil	Ciência e saúde coletiva	Dados da amostra da PNAD/98. Todas as faixas etárias.	Cerca de 4% dos que procuraram atendimento odontológico não o obtiveram, 8% dos quais entre os mais pobres e 1% entre os mais ricos. 33% dos entrevistados consultaram o dentista no ano anterior a entrevista e 19% nunca consultaram um odontólogo. 1,4% da amostra procuraram atendimento com dentista nas duas semanas anteriores a entrevista. 69% dos atendimentos foram em serviços particulares. O SUS respondeu por 24% dos atendimentos.

Título	Autores (ano de publicação)	País do estudo	Revista	Métodos	Comentários (principais resultados)
Access to medical care for low-income persons: how do communities make a difference? ²⁴	Andersen RM, Yu H, Wyn R, Davidson PL, Brown ER, Teleki S. (2002)	Estados Unidos	Medical Care Research and Review	Dados da National Health Interview Survey (NHIS) de 1995 e 1996. Indivíduos entre 0 e 64 anos.	Pessoas com seguro saúde e que viviam em locais com mais centros de saúde do governo federal obtiveram melhor acesso aos serviços de saúde. Pessoas com menor escolaridade tiveram maior risco de não ter acesso a cuidados médicos.
Prevalence of having a regular doctor, associated factors, and the effect on health services utilization: a population-based study in Southern Brazil ⁴⁶	Mendoza-Sassi R, Béria JU. (2003)	Brasil	Cadernos de saúde pública	Estudo transversal com um total de 1.260 pessoas com 15 anos ou mais.	A prevalência de médico de referência foi de 37%. O aumento da renda aumentava a prevalência de médico de referência. Sexo feminino, idade, seguro de saúde e problema crônico de saúde também associaram-se com o desfecho. Pessoas com médico de referência têm melhor acesso aos serviços de saúde. As mulheres possuem maiores chances de realizarem exames clínicos e de prevenção do câncer de colo de útero. Já os homens maiores chances de realizar exames de próstata.
Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study ⁴⁷	Mendoza-Sassi R, Béria JU, Barros AJD. (2003)	Brasil	Revista de saúde pública.	Foi realizado um estudo transversal com 1.260 pessoas de 15 anos ou mais.	28.7% dos entrevistados consultaram o médico nos últimos dois meses. O gênero feminino, eventos estressantes (roubos, mortes de pessoas próximas, acidentes...), seguro de saúde e médico de referência aumentaram a probabilidade do desfecho.

Título	Autores (ano de publicação)	País do estudo	Revista	Métodos	Comentários (principais resultados)
Accessibility and the Canadian health care system: Squaring perceptions and realities ⁶	Wilson K; Rosenberg MW . (2004)	Canadá	Health Policy	Estudo transversal realizado pela National Population Health Survey (NPHS). Verifica, entre outras condições de saúde, a acessibilidade aos serviços de saúde pela população canadense. Indivíduos com mais de 25 anos.	Os resultados da pesquisa revelam que somente 6% dos canadenses com idade igual ou superior a 25 anos tiveram problemas de acessibilidade aos serviços de saúde. O não recebimento de cuidados em saúde quando necessário foi associado a: menor idade, menor renda familiar, menor escolaridade, doenças crônicas e restrição de atividades. O tempo de espera para o atendimento foi o motivo mais relatado (23%) para o não-atendimento.
Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família (Qualis) no Município de São Paulo ⁴⁰	Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, César CLG. (2005)	Brasil	Revista de saúde pública.	Estudo transversal. Todos os grupos etários.	13,5% dos entrevistados que possuíam cobertura pelo PSF utilizaram serviços de saúde nos últimos quinze dias enquanto que os não cobertos pelo PSF, 15,2% utilizaram. Essa diferença não foi estatisticamente significativa. Pessoas entre 10 e 19 anos a utilização foi de 4,6% entre os cobertos pelo PSF e 11,0% pelos não cobertos.
Epidemiology of physiotherapy utilization among adults and elderly ⁵⁴	Siqueira FV, Facchini LA, Hallal PC. (2005)	Brasil	Revista de saúde pública.	Estudo transversal de base populacional com 3.100 indivíduos de 20 ou mais anos de idade.	O uso de serviços de fisioterapia em toda a vida e no último ano foi de 30,2% e 4,9%, respectivamente. Mulheres, idosos e pessoas de nível socioeconômico utilizaram mais esse serviço. O SUS respondeu por 66% dos usuários, os planos de saúde ou convênios por 25% e consultas particulares, 9%.
Health care users' satisfaction in Brazil, 2003. ⁵⁹	Gouveia GC, Souza WV, Luna CF, Souza-Júnior PRB, Szwarcwald CL. (2005)	Brasil	Cadernos de Saúde Pública.	Análise de dados da Pesquisa Mundial de Saúde, realizada no Brasil no ano de 2003, com indivíduos maiores de 18 anos (n=2388).	O tempo de espera para atendimento apresentou o menor grau de satisfação com relação às consultas ambulatoriais. Menores graus de satisfação com o atendimento recebido foram relacionados com ter sofrido algum tipo de discriminação e ser usuário do SUS.

Título	Autores (ano de publicação)	País do estudo	Revista	Métodos	Comentários (principais resultados)
Satisfacción de usuarios de los servicios de salud: Factores sociodemográficos y de accesibilidad asociados ⁵⁸	Seclén Palacin J, Darras C. (2005)	Peru	Anales de la Facultad de Medicina	Indivíduos maiores de 16 anos (n=703). Usuários satisfeitos foram os que referiram estarem satisfeitos com a atenção recebida por enfermeiro ou médico. As outras duas opções eram: pouco satisfeitos ou insatisfeitos.	A satisfação com o atendimento foi 68,1% e 62,1% para os centros de saúde e hospitais, respectivamente. Maior satisfação associada a menor NSE. Maior idade, menor nível educacional, menor tempo de espera para atendimento e menor distância do serviço de saúde associaram-se com a satisfação.
Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos ⁵⁰	Capilheira MF, Santos IS. (2006)	Brasil	Revista de saúde pública.	Estudo transversal de base populacional com 3.100 adultos, com idade maior ou igual a 20 anos.	55,1% dos entrevistados consultaram o médico nos últimos três meses. Mulheres, hospitalização no ano anterior, ex-tabagismo, diabetes e hipertensão arterial tinham maior probabilidade de consultar um médico.
A utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento ⁷⁵	Porto SM, Santos IS, Ugá MAD. (2006)	Brasil	Ciência e saúde coletiva.	Utiliza microdados de 1998 e 2003 da PNAD/IBGE	Em 2003, 61,3% dos atendimentos foram realizados pelo SUS mostrando um aumento da participação do SUS no atendimentos quando comparado a 1998 (56,1%).
Adolescentes e suas relações com serviços de saúde: estudo transversal em escolares de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil ³¹	Claro LBL, March C, Mascarenhas MTM, Castro IAB, Rosa MLG. (2006)	Brasil	Cadernos de saúde pública.	Estudo transversal com 457 adolescentes de 12 a 17 de escola públicas e privadas de determinado bairro da cidade do Rio de Janeiro.	16,8% dos adolescentes afirmaram fazer algum tratamento para doença crônica. 46% dos adolescentes afirmaram ter sentido necessidade de procurar um serviço de saúde nos últimos três meses. Ainda, 47,7% adolescentes disseram ter procurado um serviço de saúde nos últimos três meses. 11,2% dos entrevistados referiram não ter sido atendidos no primeiro serviço de saúde procurado.
Outpatient care utilization in urban Kerala, India ²⁵	Levesque JF, Haddad S, Narayana D, Fournier P. (2006)	Índia	Health Policy and Planning.	Dados da pesquisa National Sample Survey Organisation (1995–96). Todos os grupos etários.	Alta prevalência de utilização de serviços médicos (83,6%) entre os indivíduos que reportaram algum problema de saúde nos 15 dias anteriores a entrevista.

Título	Autores (ano de publicação)	País do estudo	Revista	Métodos	Comentários (principais resultados)
Improvement in the accessibility and organization of services of family physicians in a small town in Poland: a comparison of patient opinions between 1998 and 2002 ⁵⁷	Marcinowicz L, Chlabicz S. (2006)	Polônia	Advanced Medical Science	Comparação de dois estudos transversais (1998 e 2002) sobre aspectos da acessibilidade e organização dos cuidados prestados por médicos de família.	O artigo evidencia que a acessibilidade dos serviços de médico da família melhorou no período de tempo. O menor tempo na sala de espera para o atendimento foi um dos motivos verificados. Em 1998 32,3% da amostra esperavam menos de 15 minutos para o atendimento. Em 2002, essa prevalência passou para 58,6%. Ainda, somente 2,1% dos entrevistados esperavam mais de uma hora para a consulta no último contra 9,3% no primeiro ano da pesquisa.
Inequalities in access to medical care by income in developed countries ³³	van Doorslaer E, Masseria C, Koolman X. (2006)		Canadá Medical Association Journal	Utilizou-se de dados da national surveys ou da European Community Household Panel	Em média, mais de 70% dos adultos estudados visitaram um médico no último ano. Entretanto, no México, a prevalência foi 21%. Ainda iniquidades em saúde foram observadas principalmente nos Estados Unidos, México, Finlândia, Portugal e Suécia onde a utilização de serviços de médicos foi muito maior entre os mais ricos.
Desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde na Região Metropolitana de São Paulo ⁶⁰	Pessoto UC, Heimann LS, Boaretto RC, Castro IEdN, Kayano J, Ibanhes LC, et al. (2007)	Brasil	Ciência e saúde coletiva.	Estudo de casos. Foram selecionados cinco municípios- casos da Região Metropolitana de São Paulo (RMSP).	Pessoas com planos de saúde procuram mais os serviços de saúde quando comparados aos sem plano. Os não possuidores de planos esperavam cerca de 81 minutos para o atendimento, enquanto que os possuidores esperavam 32 minutos, em média, até o atendimento.

Título	Autores (ano de publicação)	País do estudo	Revista	Métodos	Comentários (principais resultados)
Acceso a los Servicios de Urgencias en Medellín, 2006 ²⁶	Valencia- Sierra ML, González-Echeverri G, Agudelo-Vanegas NA, Acevedo-Arenas L, Vallejo-Zapata IC. (2007)	Colômbia	Revista de salud pública.	Estudo descritivo de 27 serviços de Emergência em Medellín, Colômbia. Indivíduos admitidos nos serviços.	10,6% dos que buscaram os serviços não foram atendidos. Dentre os não atendimentos, 62,6% não ocorrerão porque a demanda foi considerada não-urgente. O tempo médio de espera foi de 40,2 minutos serviços de urgência do primeiro nível e de 15 minutos nos de segundo e terceiro nível.
Utilização de serviços ambulatoriais de saúde em Pelotas, RS: alguns fatores relacionados com as consultas médicas acima da média ⁴⁹	Dias-da-Costa JS, Olinto MTA, Gigante DP et al. (2008)	Brasil	Cadernos de Saúde Pública	Estudo transversal de base populacional, incluindo pessoas 1.962 pessoas, de ambos os sexos, de 20 a 69 anos, residentes na zona urbana de Pelotas.	71,1% dos entrevistados consultaram com médico no último ano pelo menos uma vez. Desfecho associado com alto nível socioeconômico, alta escolaridade, gênero feminino, pessoas com maior idade, com doenças crônicas e hospitalizadas no último ano.
Utilização dos serviços ambulatoriais de saúde por mulheres: estudo de base populacional no Sul do Brasil ⁴⁴	Dias-da-Costa JS, Presser AD, Zanolla AF et al. (2008)	Brasil	Cadernos de Saúde Pública	Estudo transversal de base populacional, incluindo 1.026 mulheres de 20 a 69 anos, no ano 2003.	Entre 1.022 mulheres, 13,3% não utilizaram os serviços ambulatoriais de saúde no último ano. Verificou-se que as mulheres inseridas nas classes econômicas C, D e E, com menos anos de estudo e com renda mais baixa apresentaram menor utilização dos serviços de saúde.

Título	Autores (ano de publicação)	País do estudo	Revista	Métodos	Comentários (principais resultados)
Utilização de serviços de saúde por adultos da coorte de nascimentos de 1982 a 2004-5, Pelotas, RS ⁵²	Dias-da-Costa, JS; Gigante, DP; Horta, BL; Barros, FC; Victora, CG. (2008)	Brasil	Revista de Saúde Pública	Estudo longitudinal. Indivíduos com idade aproximada de 23 anos.	Dos entrevistados, 72,0% tiveram consulta com profissionais de saúde no ano anterior à entrevista. Pessoas com melhor nível socioeconômico utilizaram mais os serviços de saúde. Homens e mulheres consultaram mais frequentemente o sistema público, os serviços conveniados e em menor proporção o sistema privado. Em proporção, os homens consultaram mais o serviço privado do que as mulheres.
Uso de serviços ambulatoriais por idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil ³⁹	Rodrigues MAP, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, et al. (2008)	Brasil	Cadernos de saúde pública	Estudo transversal realizado com 2.889 indivíduos com idade a partir de 65 anos, portadores de condições crônicas.	Devido a doenças crônicas, 45,2% dos idosos consultaram com médico nos últimos seis meses. A participação em grupos devido a doença crônica no último ano foi de 19,2%.
Acesso e uso de serviços de saúde: considerações sobre os resultados da Pesquisa de Condições de Vida 2006 ⁴¹	Barata RB. (2008)	Brasil	São Paulo perspectiva	Estudo transversal com indivíduos de todas as idades da região metropolitana de São Paulo.	A procura por serviços de saúde nos 30 dias que antecederam a realização das entrevistas passou de 28,1%, em 1994 para 38,3%, em 2006. O acesso e uso dos SS evidenciaram que os idosos e jovens utilizam mais a APS.
Prevalência de consultas médicas e fatores associados, Pelotas (RS), 1999-2000 ⁴⁸	Costa JSD, Reis MC, Silveira Filho CV, Linhares RS, Piccinini F. (2008)	Brasil	Revista de Saúde Pública	Estudo transversal de base populacional. 1.962 indivíduos de ambos os sexos, de 20 a 69 anos, residentes na zona urbana foram entrevistados.	70,9% dos entrevistados consultaram o médico no último ano. Alta prevalência de consulta com médicos, principalmente entre os indivíduos mais idosos e com algumas doenças crônicas não transmissíveis.

Título	Autores (ano de publicação)	País do estudo	Revista	Métodos	Comentários (principais resultados)
Tempo médio para o atendimento do cliente em um Departamento de Emergência de um hospital privado ⁶¹	Domiciano V, Fonseca AS. (2008)	Brasil	Nursing (São Paulo).	Estudo descritivo de abordagem quantitativa com 76 indivíduos acima de 13 anos de idade.	A média de tempo entre chegada e a triagem é de 18 minutos. O tempo médio na sala de triagem é de 3 minutos e o tempo médio da triagem até o consultório é de 17 minutos.
Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário ²⁸	Turrini RNT, Lebrão ML, Cesar CLG. (2008)	Brasil	Cadernos de saúde pública.	Estudo descritivo que utilizou o banco de dados do inquérito domiciliar <i>Morbidade Referida e Utilização de Serviços de Saúde no ERSA-12</i> , de 1989/1990. Todas as faixas etárias.	Porta de entrada - Atenção Primária foram os mais procurados (35,7). 93,5% dos indivíduos referiram ter sido atendido no próprio serviço procurado. Percepção do entrevistado sobre a solução de seus problemas, 44,5% referiram a solução, 35,5% ainda estavam em tratamento e 10,5% não tiveram seu problema resolvido. Quando o tempo para buscar de atendimento foi superior a seis dias, houve maior porcentagem de casos não solucionados (20%).
Health care utilization and health-related quality of life perception in older adults: a study of the Mexican Social Security Institute ³⁴	Gallegos-Carrillo K, García-Peña C, Durán-Muñoz C, Mudgal J, Durán-Arenas L, Salmerón-Castro J. (2008)	México	Salud Pública de México	Estudo transversal com adultos de 60 anos ou mais	70% dos entrevistados utilizaram serviços de saúde no ano anterior à entrevista. A utilização de serviços de saúde esteve positivamente associada a qualidade de vida relacionada a saúde, mensurada pelo SF36.
Atenção básica e dinâmica urbana nos grandes municípios paulistas, Brasil ²⁹	Viana ALÁ, Rocha JSY, Elias PE, Ibañez N, Bousquat A. (2008)	Brasil	Cadernos de saúde pública.	Reflexão sobre saúde e uso urbano do território	Revela barreiras para o acesso, como horários inadequados dos estabelecimentos assim como problemas referentes ao atendimento da demanda espontânea

Título	Autores (ano de publicação)	País do estudo	Revista	Métodos	Comentários (principais resultados)
Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors: [review] ³⁰	Carret MLV, Fassa ACG, Domingues MR. (2009)	-	Cadernos de saúde pública.	Revisão	Problemas no acesso à atenção primária à saúde são determinantes de uso inadequado dos serviços de emergência. Como problemas destacam-se: dificuldade de agendamento, maior tempo de espera para consultar e o local de atenção primária ficar menos tempo aberto por dia
Accessibility and use of health services among older Estonian population ³⁵	Polluste K, Kalda R, Lember M. (2009)	Estônia	European Journal of Public Health	Estudo transversal realizado com indivíduos de 15 a 74 anos.	Dos respondentes entre 65 e 74 anos de idade, 81% desses reportaram visita a clínico geral ou especialista no último ano. A maior parte da amostra (52%) visitou um médico no mesmo dia que requisitava. Pessoas com menor idade, com alta renda e maior educação utilizam mais os serviços odontológicos.
Uso regular de serviços odontológicos entre adultos: padrões de utilização e tipos de serviços ⁵⁵	Camargo MBJ, Dumith SC, Barros AJD. (2009)	Brasil	Cadernos de saúde pública.	Estudo transversal de base populacional, com 2.961 indivíduos de 20 anos ou mais de idade. "Foram considerados usuários regulares aqueles que escolheram a opção de resposta "Eu vou ao dentista às vezes, tendo um problema ou não" e "Eu vou ao dentista de forma regular".	A prevalência de uso regular de serviço odontológico foi de 32,8%. Mulheres, idade igual ou superior a 60 anos, indivíduos sem companheiro e utilização de algum tipo de convênio apresentaram maior uso do serviço. Indivíduos com escolaridade e nível econômico mais alto apresentaram maiores prevalências de uso regular. Menor uso regular entre os usuários de serviços públicos. Entre esses, o uso regular foi menor entre os mais pobres e menos escolarizados.

Título	Autores (ano de publicação)	País do estudo	Revista	Métodos	Comentários (principais resultados)
Prevalência da utilização de serviços de fisioterapia entre a população adulta urbana de Lages, Santa Catarina ⁴²	Moretto LC, Longo GZ, Boing AF, Arruda MP. (2009)	Brasil	Revista brasileira de fisioterapia.	Estudo descritivo de base populacional. Pessoas entre 20 e 59 anos.	Utilização de 33% de serviços de fisioterapia ao longo da vida sendo proporcionalmente maior entre os homens, pessoas mais velhas, maior renda e maior escolaridade
Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família ⁴³	Fernandes, LCL; Bertoldi, AD; Barros, AJD. (2009)	Brasil	Revista de Saúde Pública	Estudo transversal de base populacional com amostra de 2.988 indivíduos, de todas as idades, residentes em áreas de abrangência da Estratégia de Saúde da Família, em Porto Alegre (RS), entre julho e setembro de 2003.	Pessoas do sexo feminino, com 60 anos ou mais, com cor da pele branca, com menor nível socioeconômico, sem cobertura por plano de saúde e com autopercepção de saúde ruim tiveram maior probabilidade de utilizar a unidade de saúde da família local.
Utilization of the primary health care services in the Tshwane Region of Gauteng Province, South Africa ⁵⁶	Nteta TP, Mokgatle-Nthabu M, Oguntibeju OO. (2010)	África do Sul	PLoS One	Estudo descritivo com dados obtidos de indivíduos de todas as faixas etárias atendidos em três unidades de Atenção Primária a Saúde na região Tshwane, África do Sul.	A maior parte da amostra (45,3%) deslocou-se menos de 5 quilômetros para chegar a unidade. 70,9% deslocaram-se por 30 minutos ou menos até chegar na clínica. 95% dos entrevistados relataram que suas necessidades de saúde ou pedidos foram atendidos. 82,8% ficaram satisfeitos com os serviços disponíveis.
Utilização de serviços médicos no sistema público de saúde no Sul do Brasil ⁵¹	Bastos GAN, Duca GFD, Hallal PC, Santos IS. (2011)	Brasil	Revista de Saúde Pública	Estudo transversal de base populacional, com 2.706 indivíduos de 20 a 69 anos,	60,6% dos entrevistados utilizaram serviços médicos nos últimos três meses, sendo quase a metade (42%) em serviços públicos. Baixa escolaridade, renda familiar per capita, inexistência de médico definido para consultar e internação hospitalar no último ano estiveram associados à utilização de serviços médicos.

Título	Autores (ano de publicação)	País do estudo	Revista	Métodos	Comentários (principais resultados)
Características da demanda do serviço de saúde de emergência no Sul do Brasil ⁵³	Carret MLV, Fassa AG, Paniz VMV, Soares PC. (2011)	Brasil	Ciência e saúde coletiva.	Estudo transversal com 1647 indivíduos com 15 anos ou mais.	O uso do serviço público de emergência esteve associado com pessoas com mais idade, de cor não branca, menor escolaridade, sem companheiro e tabagistas. O tempo médio de espera para atendimento foi de 15 minutos.
Utilização de serviços de saúde pela população adulta de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil: resultados de um estudo transversal ⁴⁵	Dias-da-Costa JS, Olinto MTA, Soares SA, Nunes MF, Bagatini T, Marques MC, et al. (2011)	Brasil	Cadernos de Saúde Pública	Estudo transversal com indivíduos entre 20 e 69 anos de idade.	56,7% não consultaram com médico no último mês. 51,2% dos indivíduos que consultaram no último mês utilizaram os serviços do SUS, 26,9% os serviços privados e 22% outros serviços. Consultar esteve associado com sexo feminino e idade elevada.

Figura 11. Artigos selecionados e suas características.

APÊNDICE B

Instrumento de pesquisa (Adolescentes)

AGORA VAMOS FALAR SOBRE PROBLEMAS DE SAÚDE E SERVIÇOS DE SAÚDE	
1) Você tem ou teve algum problema de saúde desde <Mês passado>? (0) Não → <i>Pule para questão 3</i> (1) Sim. Qual? _____ (999) IGN	<i>BPROB</i> ____ ____ ____ <i>BNPROB</i> _____
2) Você considera que seu problema de saúde: (0) Piorou (1) Continua como antes (2) Melhorou um pouco (3) Melhorou bastante (4) Curou / resolveu (999) IGN	<i>BACPROB</i> ____ ____ ____
CONSIDERE COMO SERVIÇOS DE SAÚDE OS POSTOS DE SAÚDE, AMBULATÓRIOS, PRONTO SOCORRO, CONSULTÓRIOS, ENTRE OUTROS	
3) Desde <Mês passado>, você foi atendido em algum serviço de saúde? (0) Não → <i>Pule para questão 6</i> (1) Sim (999) IGN	<i>BUTIL</i> ____ ____ ____
4) Em quais locais você foi atendido no último mês? Ler opções. (0) Posto de saúde (1) Pronto Socorro Municipal (2) Pronto-Atendimento (3) Ambulatório das Faculdades/Hospital (4) Centro de especialidades (5) Consultório (6) CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) (7) Internou no hospital (8) Serviço de saúde de outra cidade (999) IGN	<i>BLOCAL</i> ____ ____ ____
5) O atendimento, no primeiro serviço de saúde utilizado, foi por algum convênio, particular ou pelo SUS? (1) Por algum convênio (2) Particular (3) SUS (999) IGN → <i>Pule para questão 11</i>	<i>BFINAN</i> ____ ____ ____
6) Mesmo não tendo utilizado, você precisou de atendimento em algum serviço de saúde no último mês? (0) Não → <i>Respondido essa questão, encerra questionário</i> (1) Sim (999) IGN	<i>BPREC</i> ____ ____ ____

7) Você buscou atendimento em algum serviço de saúde desde o <Mês passado>? (0) Não (1) Sim → <i>Pule para questão 9</i> (999) IGN	BBUSC ____
8) Por que você não buscou atendimento desde <Mês passado>? (0) Dificuldade de conseguir ficha ou agendamento pelo SUS (1) O serviço que procurei estava fechado (2) Não tinha como ir marcar o atendimento (3) Não podia pagar (4) Tinha compromissos com a família ou no trabalho (5) Porque melhorou (999) IGN → Respondido essa questão, encerra questionário	BNBUSC ____
AGORA VAMOS FALAR DO PRIMEIRO SERVIÇO DE SAÚDE QUE TU PROCURASSES	
9) Onde você buscou atendimento e não conseguiu? (0) Posto de saúde (1) Pronto Socorro Municipal (2) Pronto-Atendimentos (3) Ambulatório das Faculdades/Hospital (4) Centro de especialidades (5) Consultórios (6) CAPS (7) Hospital (8) Serviço de saúde de outra cidade (999) IGN	BNCONS ____
10) Por que você não conseguiu atendimento nesse serviço de saúde? Ler opções. (0) Não tinha Médico (1) Não tinha Enfermeiro (2) Não tinha ficha (3) Estava fechado no momento que você procurou (4) Não podia pagar (999) IGN → Respondido essa questão, encerra questionário	BNATEN ____
AGORA VAMOS FALAR DO MOTIVO DO ATENDIMENTO NO PRIMEIRO SERVIÇO DE SAÚDE UTILIZADO	
11) Por qual motivo você utilizou o serviço de saúde no último mês? (0) Pelo problema de saúde referido (<i>referente a questão 1</i>) (1) Por outro problema de saúde. Qual? _____ (2) Acompanhar/revisar doenças (3) Fazer uma revisão (check-up) (4) Tomar medicações (inalações, curativo) (5) Realizar fisioterapia (6) Pegar remédios (7) Pedir/pegar/levar exames (8) Pedir receita ou atestado (9) Consulta de pré-natal (10) Fazer exames preventivos (pré-câncer, da próstata) (999) IGN	BPQUTIL ____ BPUTOPRO _____

12) Por que você escolheu o <nome do serviço de saúde>? <i>Ler opções.</i> (0) Era o mais próximo da sua casa (1) Serviço de saúde ou profissional de saúde que você geralmente vai quando necessita (2) Facilidade para conseguir o atendimento (3) Fica aberto no horário que você pode ir (4) Não preciso pagar (5) Escolha dos pais ou responsável (999) IGN	BESCSS ____
13) Quanto dias você demorou para conseguir o atendimento no <nome do serviço de saúde>? ____ dias (999) IGN	BDIAS ____
14) Desde que chegou no serviço, quanto tempo você ficou esperando até ser atendido? ____ horas e/ou ____ minutos (999) IGN	BTEMSS ____
15) Qual sua opinião geral sobre o atendimento que recebeu? <i>Ler opções.</i> (0) Péssimo (1) Ruim (2) Regular (3) Bom (4) Ótimo (999) IGN	BOPIN ____

Instrumento de pesquisa (Adultos)

AGORA VAMOS FALAR SOBRE PROBLEMAS DE SAÚDE E SERVIÇOS DE SAÚDE	
1) Você tem ou teve algum problema de saúde desde <Mês passado>? (0) Não → <i>Pule para questão 3</i> (1) Sim. Qual? _____ (999) IGN	BPROB ____ BNPROB ____
2) Você considera que seu problema de saúde: (0) Piorou (1) Continua como antes (2) Melhorou um pouco (3) Melhorou bastante (4) Curou / resolveu (999) IGN	BACPROB ____
CONSIDERE COMO SERVIÇOS DE SAÚDE OS POSTOS DE SAÚDE, AMBULATÓRIOS, PRONTO SOCORRO, CONSULTÓRIOS, ENTRE OUTROS	
3) Desde <Mês passado>, você foi atendido em algum serviço de saúde? (0) Não → <i>Pule para questão 6</i> (1) Sim (999) IGN	BUTIL ____

4) Em quais locais você foi atendido no último mês? Ler opções. (0) Posto de saúde (1) Pronto Socorro Municipal (2) Pronto-Atendimento (3) Ambulatório das Faculdades/Hospital (4) Centro de especialidades (5) Consultório (6) CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) (7) Internou no hospital (8) Serviço de saúde de outra cidade (999) IGN	BLOCAL ____
5) O atendimento, no primeiro serviço de saúde utilizado, foi por algum convênio, particular ou pelo SUS? (1) Por algum convênio (2) Particular (3) SUS (999) IGN → Pule para questão 11	BFINAN ____
6) Mesmo não tendo utilizado, você precisou de atendimento em algum serviço de saúde no último mês? (0) Não → Respondido essa questão, encerra questionário (1) Sim (999) IGN	BPREC ____
7) Você buscou atendimento em algum serviço de saúde desde o <Mês passado>? (0) Não (1) Sim → Pule para questão 9 (999) IGN	BBUSC ____
8) Por que você não buscou atendimento desde <Mês passado>? (0) Dificuldade de conseguir ficha ou agendamento pelo SUS (1) O serviço que procurei estava fechado (2) Não tinha como ir marcar o atendimento (3) Não podia pagar (4) Tinha compromissos com a família ou no trabalho (5) Porque melhorou (999) IGN → Respondido essa questão, encerra questionário	BNBUSC ____
AGORA VAMOS FALAR DO PRIMEIRO SERVIÇO DE SAÚDE QUE TU PROCURASSES	
9) Onde você buscou atendimento e não conseguiu? (0) Posto de saúde (1) Pronto Socorro Municipal (2) Pronto-Atendimentos (3) Ambulatório das Faculdades/Hospital (4) Centro de especialidades (5) Consultórios (6) CAPS	BNCONS ____

(7) Hospital (8) Serviço de saúde de outra cidade (999) IGN	
10) Por que você não conseguiu atendimento nesse serviço de saúde? Ler opções. (0) Não tinha Médico (1) Não tinha Enfermeiro (2) Não tinha ficha (3) Estava fechado no momento que você procurou (4) Não podia pagar (999) IGN → Respondido essa questão, encerra questionário	BNATEN ____
AGORA VAMOS FALAR DO MOTIVO DO ATENDIMENTO NO PRIMEIRO SERVIÇO DE SAÚDE UTILIZADO	
11) Por qual motivo você utilizou o serviço de saúde no último mês? (0) Pelo problema de saúde referido (referente a questão 1) (1) Por outro problema de saúde. Qual? _____ (2) Acompanhar/revisar doenças (3) Fazer uma revisão (check-up) (4) Tomar medicações (inalações, curativo) (5) Realizar fisioterapia (6) Pegar remédios (7) Pedir/pegar/levar exames (8) Pedir receita ou atestado (9) Consulta de pré-natal (10) Fazer exames preventivos (pré-câncer, da próstata) (999) IGN	BPQUTIL ____ BPUTOPRO ____
12) Por que você escolheu o <nome do serviço de saúde>? Ler opções. (0) Era o mais próximo da sua casa (1) Serviço de saúde ou profissional de saúde que você geralmente vai quando necessita (2) Facilidade para conseguir o atendimento (3) Fica aberto no horário que você pode ir (4) Não preciso pagar (999) IGN	BESCSS ____
13) Quanto dias você demorou para conseguir o atendimento no <nome do serviço de saúde>? ____ dias (999) IGN	BDIAS ____
14) Desde que chegou no serviço, quanto tempo você ficou esperando até ser atendido? ____ horas e/ou ____ minutos (999) IGN	BTEMSS ____
15) Qual sua opinião geral sobre o atendimento que recebeu? Ler opções. (0) Péssimo (1) Ruim (2) Regular (3) Bom (4) Ótimo (999) IGN	BOPIN ____

2. RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA
MESTRADO EM EPIDEMIOLOGIA



RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO
CONSÓRCIO DE PESQUISA 2011/2012

Pelotas - RS

2012

1 INTRODUÇÃO

O Programa de Pós-graduação em Epidemiologia (PPGE) da Universidade Federal de Pelotas foi criado em 1991 e foi o primeiro da área de Saúde Coletiva a receber nota “7”, conceito máximo da avaliação da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), sendo considerado de excelência no padrão internacional. Desde 1999 o PPGE realiza, bianualmente, uma estratégia pioneira denominada “Consórcio de Pesquisa”, no qual um estudo transversal, de base populacional é realizado na zona urbana da cidade de Pelotas, no sul do Rio Grande do Sul⁽¹⁾. Além de reduzir o tempo do trabalho de campo e otimizar os recursos financeiros e humanos, esta pesquisa proporciona uma experiência compartilhada entre os alunos em todas as etapas de um estudo epidemiológico. Seu resultado contempla as dissertações dos mestrandos e fornece um importante retrato da saúde da população da cidade.

O planejamento do estudo populacional, desde a escolha dos temas até a planificação e execução do trabalho de campo, é conduzido através das disciplinas de Prática de Pesquisa I a IV, ofertadas ao longo de quatro bimestres.

Em 2011-12, a pesquisa contou com a supervisão de 14 mestrandos e uma doutoranda do PPGE, sob a coordenação de três docentes do Programa: Dra. Maria Cecília Assunção, Dra. Helen Gonçalves e Dra. Elaine Tomasi. No estudo, que foi realizado com adolescentes, adultos e idosos, foram investigadas informações demográficas, socioeconômicas e comportamentais, juntamente com temas específicos de cada aluno. A Tabela 1 apresenta os temas de dissertação (e uma tese) abordados no inquérito populacional.

Tabela 1. Descrição dos alunos, áreas de graduação, população estudada e temas no Consórcio de Pesquisa do PPGE. Pelotas, 2011/2012.

Aluno	Graduação	População estudada	Tema de pesquisa
Ana Carolina Cirino	Nutrição	Adultos	Consumo de alimentos com fortificação voluntária de vitaminas e minerais
Ana Luiza Soares	Nutrição	Domicílios	Disponibilidade domiciliar de alimentos
Bruno Nunes	Enfermagem	Adolescentes e adultos	Acesso aos serviços de saúde
Carolina Coll	Ed. Física	Adolescentes	Inatividade física em adolescentes
Grégore Mielke	Ed. Física	Adultos	Comportamento sedentário
Juliana Carús	Nutrição	Adolescentes e adultos	Caracterização de refeições realizadas em casa e fora de casa
Lenise Seerig	Odontologia	Adolescentes e adultos	Perfil dos usuários de motocicletas, prevalência e acidentes relacionados
Lídice Domingues	Veterinária	Domicílios	Posse responsável de animais de estimação
Márcio Mendes	Ed. Física	Adultos	Atividade física e percepção de segurança
Márcio Peixoto	Ed. Física	Adolescentes	Prática de atividade física e suporte social
Marília Guttier	Farmácia	Adultos	Uso de medicamentos genéricos
Marília Mesenburg	Biologia	Mulheres 15 a 65 anos	Comportamentos de risco e percepção de vulnerabilidade para DST/AIDS
Paula Oliveira	Fisioterapia	Adolescentes e adultos	Doenças respiratórias e uso de inaladores
Raquel Barcelos	Biologia	Mulheres 15 a 54 anos	Prevalência de distúrbios menstruais
Tiago Munhoz	Psicologia	Adolescentes e adultos	Prevalência e fatores associados à depressão

Reunindo os projetos individuais de cada mestrando, foi elaborado um projeto geral intitulado “Diagnóstico de saúde em adolescentes, adultos e idosos na cidade de Pelotas, RS, 2012”. Este “projetão” contemplou o delineamento do estudo, objetivos e justificativas de todos os temas de pesquisa, metodologia, processo de amostragem e outras características da execução do estudo. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas em 1 de dezembro de 2011, sob o número 77/11.

2 COMISSÕES

Para melhor organizar o andamento da pesquisa, os mestrandos se dividiram em comissões:

- Comissão de elaboração do Questionário: composta por Carolina Coll e Márcio Mendes. Responsável pela elaboração do instrumento de pesquisa comum a todos os mestrandos e do questionário de controle de qualidade das entrevistas.
- Comissão de elaboração do Manual de Instruções: composta por Ana Luiza Soares e Lenise Seerig. Responsável por agrupar as orientações dos mestrandos e doutoranda para cada uma de suas perguntas do questionário e elaborar o manual de instruções do instrumento de coleta de dados.
- Comissão de Logística e de Trabalho de Campo: Composta por Marília Mesenburg e Raquel Barcelos. Foi responsável pela contratação de um secretário, pela verificação e aquisição do material necessário para o trabalho de campo. Além disso, esta comissão coordenou todo o processo de seleção das candidatas para executarem a contagem dos domicílios (“bateção”) e para a função de entrevistadoras.
- Comissão de Amostragem e de Banco de Dados: composta por Bruno Nunes, Grégore Mielke, Paula Oliveira e Tiago Munhoz. Responsável organizar os dados necessários para realização do processo de amostragem da pesquisa, como relação de setores censitários e mapas. Esta comissão foi responsável

pela programação da versão digital do questionário no *software* Pendragon Forms VI e sua inserção em todos os *netbooks* utilizados na coleta de dados. Após o início do trabalho de campo, semanalmente, era responsável pela transferência dos dados obtidos nas entrevistas para o servidor e gerenciamento do banco de dados, executando todas as alterações necessárias e verificando inconsistência entre os números de identificação dos indivíduos pertencentes à amostra. Foi a comissão responsável pela padronização da versão final do banco de dados, utilizada por todos os mestrandos em suas análises.

- Comissão de Divulgação: composta por Juliana Carus e Paula Oliveira. Responsável pela divulgação da pesquisa para a população através dos diversos meios de comunicação, em consonância com o setor de imprensa do Centro de Pesquisas Epidemiológicas (CPE).

- Comissão de elaboração do “Projetão”: composta por Ana Carolina Cirino e Grégoire Mielke. Responsável pela elaboração do projeto geral enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa, com base nos projetos individuais de cada mestrando.

- Comissão de Finanças: composta por Lídice Domingues, Juliana Carus e Márcio Peixoto. Responsável pelo orçamento e controle financeiro da pesquisa.

- Comissão do Relatório do Trabalho de Campo: composta por Ana Luiza Soares e Lenise Seerig. Responsável pelo registro de todas as decisões e informações relevantes das reuniões e pela elaboração do relatório do trabalho de campo do Consórcio de Pesquisa.

3 QUESTIONÁRIOS

Questionário geral

As questões socioeconômicas, demográficas, comportamentais e aquelas específicas dos 14 mestrandos e uma doutoranda do programa foram incluídas no questionário geral. Este foi dividido em quatro blocos:

Bloco A (Bloco Individual) – foi aplicado a todos com 20 anos ou mais. O bloco continha 195 perguntas, incluindo aspectos socioeconômicos, demográficos e de estilo de vida. Além destas, contemplou questões específicas do trabalho de alguns alunos, como: atividade física, alimentação, medicação, presença de doenças, acesso a serviços de saúde e uso de motocicleta.

Bloco B (Bloco Domiciliar) – era respondido por apenas um adulto do domicílio, preferencialmente o(a) dono(a) da casa. Continha 79 perguntas, incluindo aspectos socioeconômicos da família, posse de animais e disponibilidade de alimentos.

Bloco C (Bloco Adolescentes) – foi aplicado aos adolescentes (10 a 19 anos). Continha 102 perguntas relacionadas a(ao): prática de atividade física, alimentação, uso de motocicleta, acesso a serviços de saúde e presença de doenças.

Bloco D (Bloco Saúde das Mulheres) – era aplicado a mulheres de 15 a 65 anos. Continha 13 questões sobre saúde da mulher.

Questionário confidencial

Algumas questões de foro íntimo foram abordadas em um questionário confidencial (auto aplicado). Este instrumento era entregue somente às mulheres entre 15 a 65 anos que já haviam iniciado sua vida sexual. O instrumento continha oito perguntas sobre risco de contrair DST/AIDS. Após finalizado, o questionário era colocado em um envelope, fechado com fita adesiva e depositado em uma urna lacrada.

Todos os blocos do questionário, exceto o confidencial, foram programados na plataforma eletrônica - *software* Pendragon 6.1 (*Pendragon® Software Corporation*). A aplicação dos questionários foi realizada com a utilização de 30 *netbooks*, que possibilitavam que a entrevista ocorresse com maior rapidez no domicílio.

Quando da impossibilidade de utilização do *netbook*, especialmente em locais da cidade com segurança reduzida (área com alta frequência de assaltos ou pontos de venda de drogas), o questionário era aplicado em papel e, após, duplamente digitado no programa EpiData 3.1 para entrada no banco de dados.

O questionário confidencial era aberto apenas pelo mestrando responsável pelo mesmo ou pelo secretário e, após, era duplamente digitado no programa EpiData 3.1 para ser transferido para o Stata 12.1.

4 MANUAL DE INSTRUÇÕES

Foi elaborado um manual de instruções com a intenção de auxiliar no treinamento das entrevistadoras e servir como material de consulta para dúvidas durante o trabalho de campo. Cada entrevistadora possuía uma versão impressa do manual e, para facilitar e agilizar a consulta no momento da entrevista, se houvesse necessidade, estava disponível na área de trabalho do *netbook* uma versão digital do documento.

O manual continha orientações para cada pergunta do questionário, incluindo informação sobre o que se pretendia coletar com a questão, as opções de resposta e se estas deveriam ser lidas ou não. Também estavam contempladas as definições de termos utilizados nos questionários, a escala de plantão e telefone de todos os supervisores, orientações quanto às reuniões semanais e cuidados com a manipulação do *netbook*.

5 AMOSTRA E PROCESSO DE AMOSTRAGEM

Em seus projetos individuais, cada mestrando calculou o tamanho de amostra necessário para seu tema de interesse, seja para estimar prevalências ou avaliar possíveis associações. Em todos os cálculos foi considerado acréscimo de 10% para perdas e recusas, 15% para controle de fatores de confusão (quando associações seriam avaliadas) e possível efeito do delineamento. Durante a oficina de amostragem, realizada em novembro de

2011 e coordenada pelos professores Aluisio Barros e Bernardo Horta, foi definido o maior tamanho de amostra necessário para que todos os mestrandos conseguissem desenvolver seus trabalhos, levando em consideração questões logísticas e financeiras.

A amostra mínima necessária era de 3.120 indivíduos adultos e 800 adolescentes. Com base em dados do Censo 2010, para encontrar esses indivíduos seria necessário incluir 1.560 domicílios da cidade de Pelotas. Para compensar possíveis efeitos de delineamento esperados em cada tema em estudo, definiu-se que seriam sorteados 130 setores censitários e visitados cerca de 12 domicílios por setor.

O processo de amostragem foi feito em múltiplos estágios. Primeiramente, foram selecionados os conglomerados, utilizando dados do Censo de 2010⁽²⁾. Em razão da não disponibilidade de informação de nível socioeconômico dos setores censitários pelo IBGE, como escolaridade e/ou renda *per capita*, até a data da oficina de amostragem, os 495 setores censitários da cidade foram ordenados pela sua numeração. Esta estratégia é baseada na localização geográfica dos setores, numerados em uma ordem em formato espiral, do centro para as periferias, em sentido horário. Isto garantiria a participação na amostra de diversos bairros da cidade e, assim, de diferentes situações socioeconômicas. Cada setor continha informação do número total de domicílios, organizadas através do número inicial e número final, totalizando 107.152 domicílios do município. Este número foi dividido pelo número definido de setores (130) para obter o “pulo” sistemático, sendo este de 824 domicílios. A partir de um número aleatório sorteado no programa Stata (634), foram selecionados, sistematicamente, os 130 setores, respeitando a probabilidade proporcional ao número de domicílios do setor.

A comissão de amostragem providenciou os mapas de todos os setores sorteados e estes foram divididos entre os mestrandos, ficando cada um responsável por, em média, nove setores censitários.

Para o reconhecimento dos setores e contagem dos domicílios, realizou-se uma seleção de pessoal para compor a equipe de trabalho. A divulgação foi feita através da página da UFPel na internet e do jornal Diário Popular e

inscreveram-se 60 candidatas. Os critérios eram: ser do sexo feminino, ter completado o ensino médio e ter disponibilidade de pelo menos um turno e finais de semana. Foi considerado também o trabalho como recenseadora do IBGE e experiência prévia em pesquisa. O treinamento foi realizado no mês de novembro e teve duração de quatro horas. Das 60 candidatas, 45 foram pré-selecionadas, 41 participaram do treinamento e 29 foram selecionadas, após prova teórica.

O reconhecimento dos setores, chamado “bateção”, foi realizado em dezembro de 2011, através da identificação de todos os domicílios. Além do endereço completo, era apontada na planilha de controle a situação dos prédios, ou seja, se residencial, comercial ou desocupado. Este procedimento foi feito pela equipe previamente treinada, supervisionadas pelos mestrandos do PPGE. Cada mestrando realizou o controle de qualidade nos setores sob sua responsabilidade tão logo o reconhecimento era feito. O controle consistia na recontagem dos domicílios e revisão aleatória de alguns. Quando insatisfatório, isto é, quando o número de domicílios anotados não conferia com o encontrado no setor, o trabalho era refeito pela equipe. Cada “batedora” recebeu R\$ 50,00 por setor adequadamente reconhecido, sendo o pagamento feito somente após o controle de qualidade.

Cada mestrando repassou para a comissão de amostragem o número de domicílios estimado pelo Censo do IBGE (2010) e o número identificado na “bateção”. O número de residências a serem selecionadas em cada setor foi proporcional ao seu crescimento, ou seja, conforme o aumento na ocupação desde a realização do Censo. A comissão de amostragem calculou o “pulo” (intervalo) em cada setor e sorteou um número aleatório para o início da seleção sistemática. O número de domicílios a serem selecionados em cada setor variou de 11 a 36, totalizando 1.722 domicílios, ficando em média 13 domicílios por setor e aproximadamente 115 domicílios por mestrando.

Todos os domicílios selecionados para a amostra foram visitados pelo aluno responsável, que entregou uma carta de apresentação da pesquisa aos moradores, convidando-os para participar do estudo. Após a concordância, era

registrado o nome e idade dos moradores da casa, telefones para contato e preferências de dia e horário para realização das entrevistas.

6 SELEÇÃO E TREINAMENTO DAS ENTREVISTADORAS

A divulgação da seleção foi feita em diversos meios: *web site* da Universidade Federal de Pelotas e do CPE, jornal Diário Popular e via *Facebook* do PPGE e dos mestrandos do curso. De acordo com a logística do trabalho de campo, seria necessário treinar 40 pessoas para iniciar o trabalho com 30 entrevistadoras, permanecendo as demais como suplentes, desde que apresentassem bom desempenho na avaliação do treinamento.

Eram critérios de seleção para os candidatos: ser do sexo feminino, ter completado o ensino médio e ter disponibilidade de pelo menos um turno e finais de semana. Além disso, foram avaliadas: indicação de pesquisadores do Programa, experiência prévia em pesquisa, desempenho no trabalho no reconhecimento dos setores, aparência, carisma e relacionamento interpessoal. Preencheram a ficha de inscrição 60 candidatas, 40 foram pré-selecionadas e 30 permaneceram no treinamento. Em razão da baixa taxa de permanência das entrevistadoras ao longo do trabalho de campo, houve novo chamado para seleção de entrevistadoras e foi realizado um segundo treinamento. Neste, das 140 candidatas inscritas, foram selecionadas 45 para serem treinadas.

O primeiro treinamento ocorreu de 25 a 30 de janeiro de 2012, no CPE. Foi realizado nos períodos da tarde e noite e teve duração de 40 horas. O segundo treinamento foi feito de 6 a 9 de março de 2012, sendo concentrado em 32 horas. Foram abordados aspectos gerais da pesquisa, como comportamento das entrevistadoras, rotina do trabalho de campo e orientações para o preenchimento dos questionários. Todas as questões foram lidas e explicadas conforme o manual de instruções do instrumento de coleta de dados, sendo sanadas eventuais dúvidas. Cada mestrando responsabilizou-se pela apresentação das suas questões e alguns expuseram também questões gerais, como as socioeconômicas e comportamentais. Após o término de cada

bloco, eram simuladas situações e feita manipulação dos questionários nos *netbooks* pelas candidatas. No segundo treinamento, como alguns *netbooks* estavam em campo, a manipulação foi realizada em duplas.

A avaliação das candidatas foi realizada através de prova teórica, com 14 questões, sendo duas descritivas e 12 de múltipla escolha. A média estabelecida para aprovação foi de 6,0. A avaliação prática consistiu de estudo piloto, onde cada candidata, acompanhada de um mestrando, aplicou um bloco do questionário em entrevista domiciliar. A avaliação final foi dada pela nota da prova teórica e pontuação da entrevista. Foram aprovadas 18 entrevistadoras no primeiro e 18 no segundo processo seletivo.

7 ESTUDO PILOTO

O estudo piloto foi realizado no último dia de cada treinamento e consistiu na parte prática da avaliação das entrevistadoras. O primeiro piloto, além de ser um item da avaliação, tinha como objetivo testar o entendimento das questões em um cenário semelhante ao que seria encontrado no trabalho de campo.

Para realização dos pilotos, foram selecionados, por conveniência, dois setores censitários não incluídos na amostra (Residencial Umuharama e Cohab Duque) e, então, escolhidos os domicílios. Cada entrevistadora, sob a supervisão de um mestrando, aplicou um bloco do questionário (bloco A ou C) ao entrevistado. Durante a entrevista, o mestrando preencheu uma ficha de avaliação da candidata, atribuindo uma pontuação ao seu desempenho, desde a apresentação no domicílio até a finalização do questionário.

Após o piloto, foi feita uma reunião com os mestrandos para discussão de situações encontradas no campo e possíveis erros nos questionários. As modificações necessárias foram realizadas antes do início do trabalho de campo. Foi discutido também sobre a performance das candidatas e questões que precisavam ser reforçadas antes de iniciarem o trabalho.

8 LOGÍSTICA DO TRABALHO DE CAMPO

O trabalho de campo foi realizado sob a supervisão dos 14 mestrandos e de uma doutoranda, além de um secretário contratado especificamente para esta finalidade, com jornada de trabalho de oito horas diárias.

Os mestrandos trabalharam em regime de plantões presenciais durante a semana e plantão telefônico aos finais de semana. Nesses dias, foram responsáveis por repor os materiais às entrevistadoras, solucionar dúvidas e pendências e contatar com os colegas supervisores de cada entrevistadora, quando necessário. Houve também plantão exclusivo da comissão de banco de dados, que realizava o *download* dos dados das entrevistas e a manutenção dos *netbooks* utilizados.

O secretário tinha a responsabilidade de comunicar decisões da coordenação aos mestrandos e entrevistadoras, digitar questionários de papel utilizados, participar das reuniões semanais e apoiar nas demais tarefas solicitadas pelos plantonistas.

O trabalho de campo iniciou no dia 2 de fevereiro de 2012, sendo finalizado no dia 18 de junho do mesmo ano.

Tão logo teve início o trabalho de campo, foi realizada divulgação da pesquisa no jornal Diário Popular, que publicou reportagem no dia 19 de fevereiro, explicando sobre o estudo. O trabalho também foi divulgado na televisão, através do Jornal do Almoço, da RBS TV, em reportagem exibida no dia 15 de fevereiro e do programa Vida Saudável, da TV Cidade de Pelotas, exibido no dia 12 de março. Nos programas, foi enfatizada a importância da realização do estudo e, especialmente, da participação da comunidade. Ressaltou-se que as casas seriam inicialmente visitadas pelos mestrandos do PPGE, portando carta de apresentação do estudo, e que as entrevistadoras iriam posteriormente, devidamente identificadas e portando cópia da carta entregue.

As entrevistadoras iam a campo identificadas por camiseta com o logotipo do CPE e crachá. Levavam consigo todo o material necessário para a execução das entrevistas (*netbook*, questionários em papel e catálogos

específicos de alguns temas estudados, como alimentos fortificados, genéricos e uso de inaladores), a folha de domicílios e os termos de consentimento apropriados a adultos e a adolescentes. Antes de iniciar a entrevista, era lido e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando uma cópia arquivada no CPE e outra cópia com o entrevistado. O primeiro bloco aplicado era o individual, seguido do domiciliar e do bloco de saúde da mulher. Os adolescentes respondiam apenas o bloco C e, quando responsáveis pelo domicílio, era aplicado o bloco domiciliar na sequência.

Cada mestrando ficou inicialmente responsável por uma entrevistadora e as demais ficaram trabalhando como “relevos” (realizavam entrevistas de diversos mestrandos). Após o segundo treinamento, com o aumento da equipe de trabalho, cada aluno supervisionava pelo menos duas entrevistadoras. Semanalmente, elas participavam de reuniões com os supervisores para avaliar o andamento das entrevistas, receber nova planilha de pessoas elegíveis e material de trabalho e para descarregar as entrevistas no servidor, ou seja, repassar as entrevistas do *netbook* para um computador central. Este último trabalho era feito sempre por um membro da comissão do banco de dados.

Semanalmente, o banco de dados era enviado a todos os mestrandos para verificar possíveis inconsistências no preenchimento das questões e conferir se todos os blocos tinham sido aplicados corretamente. As inconsistências e blocos pendentes eram repassados para um mestrando responsável pela reunião destas informações, organizando-as por entrevistadora. Os mestrandos recebiam as pendências das entrevistadoras sob sua responsabilidade, devendo enviar a resolução em no máximo quatro dias. Posteriormente, todos recebiam a planilha das resoluções e as alterações necessárias eram feitas no banco de dados pela comissão responsável.

O controle das entrevistas realizadas era feito uma vez por semana. Cada mestrando enviava o número de entrevistas realizadas (com e sem inconsistências), o número de perdas e recusas e o total de pessoas elegíveis ainda não entrevistadas, separadamente para adultos e adolescentes. Estes números eram discutidos em reuniões semanais com as coordenadoras do

Consórcio. As entrevistas eram pagas somente quando não apresentavam inconsistências. O valor inicialmente pago por entrevista completa foi de R\$ 10,00. Em abril, para estimular as entrevistadoras e aumentar a produtividade, aquelas que faziam acima de 15 entrevistas semanais, recebiam R\$ 15,00 a partir da 16ª entrevista. Na segunda quinzena de maio foi reajustado o valor; as que realizavam mais de 10 entrevistas semanais recebiam R\$ 15,00 por entrevista realizada.

Ao final do trabalho de campo, obteve-se informação de 1.555 dos 1.722 domicílios selecionados (9,7% perdas e recusas). Foram realizadas 3.671 entrevistas, obtendo-se um percentual de 12% de perdas e recusas, conforme observado no Quadro 1.

Quadro 1 – Distribuição dos indivíduos elegíveis e perdas e recusas, por sexo e faixa etária, do Consórcio de Pesquisa 2011/2012. Pelotas, 2012.

Faixa etária	N elegível	♂	♀	Perdas e Recusas	♂	♀	% total
Adultos	3.379	1.457	1.922	452	256	196	13,4
		43,1%	56,9%		56,6%	43,4%	
Adolescentes	789	391	398	48	29	19	6,1
		49,6%	50,4%		60,4%	39,6%	
Total	4.168	1.848	2.320	500	285	215	12,1
		44,3%	55,7%		57,0%	43,0%	

Dos indivíduos entrevistados, a maioria era do sexo feminino (59,2% entre os adultos e 51,5% entre os adolescentes). As perdas e recusas foram em maior proporção no sexo masculino, porém foram semelhantes à amostra em relação à média de idade.

Os adultos entrevistados tiveram média de idade de 45,7 anos (desvio padrão: 16,6), com amplitude de 20 a 95 anos. A média de idade das perdas e recusas foi de 45,8 anos (desvio padrão: 17,4), com amplitude de 20 a 88 anos.

A média de idade dos adolescentes entrevistados foi de 14,7 anos (desvio padrão: 2,9), com amplitude de 10 a 19 anos. As perdas e recusas de

adolescentes tiveram média de idade de 15,2 anos (desvio padrão: 2,9), com amplitude de 10 a 19 anos.

9 CONTROLE DE QUALIDADE

Para assegurar a qualidade dos dados coletados, foram adotadas diversas estratégias, como: treinamento das entrevistadoras, elaboração de manual de instruções, verificação semanal de inconsistências no banco de dados e reforço das questões que frequentemente apresentavam erros. Além disso, foi feito controle direto pelos mestrandos em diversas etapas da pesquisa.

Inicialmente, foi feito um controle de qualidade durante o reconhecimento dos setores, sendo revisado o número e a ordem dos domicílios anotados na planilha. Foram também selecionadas aleatoriamente algumas residências para checar a visita da entrevistadora.

Após a realização das entrevistas, 10% dos indivíduos eram sorteados para aplicação de um questionário reduzido, contendo uma pergunta do questionário de cada mestrando. O questionário de adultos tinha 14 questões e o de adolescentes, duas. Este controle era feito pelo mestrando em um período não superior a 15 dias após a realização da entrevista. As entrevistas eram realizadas no domicílio quando o entrevistado era adulto e por telefone, quando adolescente.

Através deste questionário foi possível calcular a concordância entre as respostas e identificar possíveis fraudes das entrevistadoras no preenchimento dos questionários.

10 CRONOGRAMA

O cronograma do Consócio teve início em novembro de 2011 e foi concluído sete meses após.

Atividade / períodos	2011		2012					
	N	D	J	F	M	A	M	J
Entrega do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa/FAMED/UFPeI								
Oficina de amostragem								
Reconhecimento dos setores								
Elaboração dos questionários								
Elaboração manual de instruções								
Seleção da amostra								
Treinamento entrevistadoras								
Realização do trabalho de campo								

11 ORÇAMENTO

O Consórcio de Pesquisa foi financiado por três diferentes fontes: recursos provenientes da CAPES, repassados pelo PPGE no valor de R\$ 70.000,00; recursos da orientadora da doutoranda participante do Consórcio, no valor de R\$ 5.000,00; e recursos dos mestrados e doutoranda, no valor de R\$ 10.150,00. No total, foram disponibilizados R\$ 85.150,00 gastos conforme demonstrado nas tabelas abaixo.

Tabela 2. Gastos finais da pesquisa com recursos disponibilizados pelo programa para a realização do consórcio de mestrado 2011/2012.

Item	Custo total
Vale-transporte	R\$ 16.360,70
Material de escritório	R\$ 491,64
Pagamento do secretário	R\$ 6.000,00
Pagamento das entrevistas	R\$ 38.757,00
Pagamento da bateção	R\$ 6.150,00
Cópias: questionários/mapas/cartas/manuais	R\$ 5.164,40
Camisetas/serigrafia	R\$ 216,00
Impressão de resultados	R\$ 460,00
Total	R\$ 73.599,74

Tabela 3. Gastos finais da pesquisa com recursos disponibilizados pelos mestrandos do programa para a realização do consórcio de mestrado 2011/2012.

ITENS	CUSTO TOTAL
Cartões telefônicos	R\$ 644,00
Coffe break	R\$ 112,03
Chave cofre	R\$ 7,00
Camisetas	R\$ 285,00
Seguro de vida entrevistadoras	R\$ 1.713,86
Material de escritório	R\$ 3,00
Entrevistas	R\$ 230,00
Total	R\$ 2.994,89

11 REFERÊNCIAS

1. Barros AJD, Menezes AMB, Santos IS, Assunção MCF, Gigante D, Fassa AG, et al. O Mestrado do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da UFPel baseado em consórcio de pesquisa: uma experiência inovadora. Revista Brasileira de Epidemiologia. 2008;11:133-44.
2. IBGE. Censo Brasileiro 2010. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2011.

3. RELATÓRIO PARA IMPRENSA

Igualdade no acesso, uso e qualidade dos serviços de saúde em adultos da cidade de Pelotas-RS

No ano de 2012, uma pesquisa realizada pelo Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas investigou o acesso e a qualidade dos atendimentos recebidos pela população adulta residente na zona urbana de Pelotas. Este estudo foi realizado pelo mestrando Bruno Pereira Nunes, sob a orientação do professor Luiz Augusto Facchini e coorientação da professora Elaine Thumé. O estudo incluiu informações de 2.925 adultos que responderam questões sobre o acesso aos serviços de saúde, o tempo de espera para atendimento e a satisfação com atendimento recebido.

De cada quatro adultos pelo menos um utilizou algum tipo de serviço de saúde nos últimos 30 dias. Os serviços mais utilizados foram os consultórios (43%), seguido das Unidades Básicas de Saúde (25%), Prontos-Atendimentos (13%), ambulatórios das faculdades e hospitais (8%), Pronto Socorro Municipal (5%), Hospitais (2%), Centro de Atenção Psicossocial (2%), Centro de Especialidades (1%) e serviço de outra cidade (1%). O Sistema Único de Saúde (SUS) foi responsável pelo financiamento de praticamente metade (45%) de todos os atendimentos.

Apesar dos avanços no uso de serviços de saúde, 7% dos adultos que procuram atendimento não conseguiram ser atendidos. Isso representa aproximadamente 4000 adultos da zona urbana do município que buscaram serviços e não foram atendidos no último mês. O principal serviço responsável pela falta de acesso foram as Unidades Básicas de Saúde. A falta de médicos e de outros profissionais foi o principal motivo para o não atendimento nos serviços de saúde.

O uso de serviços de saúde foi semelhante entre os diferentes grupos econômicos, representando um avanço importante do SUS. As pessoas mais ricas esperaram mais dias para receber o atendimento, mas tiveram menos falta de acesso, foram atendidas mais rapidamente ao chegar ao serviço e ficaram mais satisfeitas com o atendimento recebido, quando comparadas aos indivíduos de menor nível econômico - os grandes usuários do SUS.

Usuários de planos de saúde e serviços particulares utilizam de modo mais direto médicos especialistas. Devido ao maior tempo em dias de espera e possibilidade de equívoco, por parte dos usuários, na escolha correta do profissional, essa estratégia pode agravar o problema de saúde das pessoas devido a maior tempo em dias de espera e maior número de serviços de saúde procurados para resolver o problema.

O atendimento de qualidade em saúde é um dos principais desejos da população. Mas, ocorrem grandes desigualdades no acesso aos serviços de saúde entre as pessoas com diferentes condições financeiras. Conseguir acesso de qualidade aos serviços de saúde é um dos principais objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS). Para isso, melhorias urgentes precisam ser realizadas na estrutura e na organização da ampla rede de serviços públicos de saúde de Pelotas.

4. ARTIGO ORIGINAL

Este artigo será submetido à Revista de Saúde Pública. As normas deste periódico estão apresentadas nos Anexos do volume.

**Equidade socioeconômica na falta de acesso, utilização e qualidade da
atenção nos serviços de saúde**

**Socioeconomic equity in lack of access, utilization and quality of care in
the health services**

Bruno Pereira Nunes¹

Elaine Thumé²

Luiz Augusto Facchini¹

¹ *Departamento de Medicina Social. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil.*

² *Departamento de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil.*

Correspondência:

Bruno Pereira Nunes

Av. Duque de Caxias, 250 (3º andar)

Pelotas – RS, Brasil - Cep: 96030-000

Telefone: 53. 33092400

Artigo baseado em dissertação de Mestrado em Epidemiologia. Título da dissertação: “Acesso aos serviços de saúde em adolescentes e adultos na cidade de Pelotas-RS”. Instituição / ano: Universidade Federal de Pelotas/2012.

Resumo

Objetivo: Avaliar as diferenças socioeconômicas na utilização, na falta de acesso, e na qualidade da atenção à saúde. **Métodos:** Estudo transversal de base populacional realizado por meio de entrevista domiciliar a 2.927 indivíduos de 20 anos ou mais, em um município de médio porte do Sul do Brasil. As variáveis independentes, classificação econômica e escolaridade, foram utilizadas para verificar a associação com os desfechos: utilização dos serviços de saúde, a falta de acesso, dias de espera para atendimento, minutos de espera na fila e satisfação com o atendimento recebido. Utilizou-se regressão de Poisson para as análises bruta e ajustada. **Resultados:** A prevalência de utilização de serviços de saúde nos trinta dias anteriores à entrevista foi de 29,3%. Destes, 26,4% esperaram cinco dias ou mais para o atendimento, 32,1% esperaram 60 minutos ou mais na fila e 84,6% ficaram satisfeitos com o atendimento. A falta de acesso foi referida por 6,5% dos indivíduos. O uso de serviços de saúde foi semelhante entre os estratos dos indicadores socioeconômicos. Praticamente metade dos atendimentos foi realizada nos serviços do Sistema Único de Saúde. A falta de acesso, o maior tempo na fila de espera e a insatisfação com o atendimento recebido afetaram majoritariamente os indivíduos de menores posições socioeconômicas, os quais procuraram principalmente os serviços públicos. Entretanto, o número de dias de espera para atendimento foi maior entre os mais ricos. **Conclusões:** O sistema público apresenta avanços importantes na garantia equitativa de utilização dos serviços de saúde. Todavia, iniquidades foram evidenciadas em relação à falta de acesso, minutos na fila de espera e satisfação com o atendimento. Intervenções efetivas para viabilizar a atenção primária à saúde como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede são urgentes e necessárias para a melhoria da qualidade da atenção ofertada aos usuários do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Acesso aos Serviços de Saúde. Qualidade da Assistência à Saúde. Satisfação do Paciente. Equidade no Acesso. Inquéritos Epidemiológicos.

Abstract

Objective: To assess the socioeconomic differences in utilization, lack of access and quality of health care. **Methods:** Cross-sectional population based study conducted by household interview with 2.927 subjects with 20 years old or more, in a medium-sized city in southern Brazil. The independent variables, socioeconomic status and education level, were used to assess the association with outcomes: use of health services, lack of access to health services, days spent to get care, minutes spent in the waiting room and satisfaction with the care received. We used Poisson regression to the crude and adjusted analyzes.

Results: The prevalence of use of health services in the month prior the interview was 29.3%. Of these, 26.4% waited 5 days or more to get care, 32.1% spent 60 minutes or more in the waiting room and 84.6% were satisfied with the care. The lack of access was reported by 6.5% of the subjects. The Unified Health System has financed about half of the care, but it was higher in the poorer social strata. The use of health services was similar across strata of the socioeconomic indicators. However, the lack of access to health services, minutes spent in the waiting room and dissatisfaction with the care received mostly affected individuals of lower socioeconomic positions, which sought mainly public services. The number of days spent to get care was higher among the richest. **Conclusions:** The public system has reached a major advance in guaranteeing an equitable utilization of health services. However, important inequalities were evident in relation to lack of access to health services, minutes spent in the waiting room and satisfaction with care received. Effective interventions to make the primary health services able to coordinate the care and to ordering the health services network are needed to consolidate the Unified Health System.

Keywords: Health Services Accessibility. Quality of Health Care. Patient Satisfaction. Equity in Access. Health Surveys.

Introdução

A equidade tornou-se um poderoso indicador em saúde, principalmente no desempenho dos sistemas públicos de saúde. As desigualdades diferenciam das iniquidades em saúde uma vez que estas se caracterizam por diferenças desnecessárias, evitáveis e injustas entre diferentes grupos populacionais.^{21,33,37,38} No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) alcançou inúmeros avanços, porém desigualdades importantes na relação da população com os serviços de saúde ainda são evidenciadas e necessitam de monitoramento.^{11,23,34} A mensuração dessas iniquidades pode ser feita através de indicadores de posição socioeconômica, como a classe econômica e a escolaridade.¹³

As iniquidades sociais na utilização dos serviços de saúde vêm sendo observadas ao longo do tempo nas pesquisas populacionais dos fatores associados ao uso dos serviços,^{1,22} tendo as desigualdades horizontais sofrido um pequeno declínio ao longo do tempo.²⁰

Entretanto, avaliar a equidade no sistema de saúde somente a partir da utilização é um tanto superficial, uma vez que a relação entre os serviços de saúde e a população decorre de inúmeras características que extrapolam o atendimento à demanda.

Informações referentes aos indivíduos que não conseguiram atendimento frente à busca por atenção à saúde e características da qualidade da atenção nos serviços de saúde são menos encontradas na literatura.³⁰ Assim, a compreensão científica sobre o acesso e a qualidade em serviços de saúde ainda é incipiente, principalmente em relação a indicadores com representação populacional.

A equidade social na utilização de serviços, a falta de acesso e os tempos para atendimento, além da opinião sobre o atendimento recebido podem ser considerados indicadores da qualidade dos serviços de saúde.^{7,18,31}

O presente artigo avalia as diferenças socioeconômicas no acesso, utilização e qualidade da atenção à saúde de indivíduos com 20 anos ou mais em um município de médio porte do Sul do Brasil.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal de base populacional com 2.927 indivíduos de 20 anos ou mais de idade. A investigação integra um consórcio de pesquisa realizado em 2012, na zona urbana do município de Pelotas-RS. Nesse ano, quatorze mestrandos e uma doutoranda estiveram envolvidos sendo investigados diversos temas de pesquisa.³

O presente trabalho faz parte de um grande inquérito de saúde o qual foi realizado na zona urbana do município de Pelotas-RS no ano de 2012. Maiores detalhes sobre a estratégia metodológica dos inquéritos populacional realizados sistematicamente no município podem ser vistos em outra publicação

Em 2010, Pelotas possuía 306.193 habitantes na zona urbana.^a A adesão à Gestão Plena do Sistema Municipal foi realizada no ano de 2000, conforme preconizado na Norma Operacional Básica 01/96. A rede de saúde é composta por 51 Unidades Básicas de Saúde (UBS), um Pronto Socorro Municipal; cinco Pronto-atendimentos (um público e os demais de planos de saúde); Consultórios particulares; um Centro de Especialidades – CE (público); sete Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); cinco hospitais gerais e um psiquiátrico. A cobertura de Estratégia de Saúde da Família (ESF) era de 20,6% em 2011.^b

A seleção da amostra foi realizada em dois estágios, sendo o primeiro a seleção sistemática dos setores censitários do Censo de 2010 e o segundo, uma seleção sistemática dos domicílios. Os 495 setores censitários da cidade foram ordenados pela sua numeração devido à indisponibilidade das informações de nível socioeconômico dos setores censitários do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010 até a data prevista para a realização da amostragem do estudo. Esta estratégia permitiu a participação na

^a Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). IBGE Cidades. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>.

^b Departamento de Informática do SUS. Pacto pela Saúde - 2010/2011 - Rio Grande do Sul. Ministério da Saúde/ Departamento de Informática do SUS. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabnet.exe?pacto/2010/cnv/pactrs.def>

amostra de domicílios de diferentes bairros da cidade e, consequentemente, diferentes níveis econômicos já que sua numeração é baseada na localização geográfica dos setores ordenados em formato espiral, crescendo a partir do centro para as periferias, em sentido horário.

Foram selecionados 130 setores censitários e 1.722 domicílios, respeitando-se a estratégia de amostragem sistemática com probabilidade proporcional ao tamanho do setor. Em cada domicílio selecionado, todos os indivíduos com 10 anos ou mais foram convidados a participar do estudo. Foram excluídos aqueles institucionalizados e com incapacidade emocional ou mental severa que impossibilitasse responder ao questionário. A presente análise foi realizada com indivíduos adultos (20 anos ou mais).

Antes das entrevistas, todos os domicílios selecionados foram visitados pelos supervisores de campo, os quais entregavam uma carta de apresentação do estudo e convidavam os moradores a participar. Após o aceite, era agendada a visita das entrevistadoras. As entrevistas foram realizadas por equipe treinada composta por 36 entrevistadoras. Consideraram-se perdas e recusas as entrevistas não realizadas após três tentativas em dias e horários diferentes, sendo uma realizada por um supervisor do estudo. O controle de qualidade foi realizado através de inúmeras estratégias durante a coleta de dados, como, por exemplo, checagem de inconsistências no banco de dados. Após as entrevistas, realizou-se uma nova visita a 10% dos indivíduos da amostra, selecionados de forma aleatória. Esse controle foi feito através da aplicação de um questionário reduzido contendo 14 questões.

A coleta de dados ocorreu entre fevereiro e junho de 2012 por meio de entrevistas realizadas nos domicílios dos indivíduos que compuseram a amostra. A aplicação dos questionários eletrônicos estruturados com questões pré-codificadas foi realizada através de *netbooks*.

O tamanho de amostra necessário foi calculado para verificar diferenças entre a utilização dos serviços de saúde e diferentes variáveis demográficas e socioeconômicas. A associação que necessitou de maior tamanho de amostra foi com a exposição idade em anos (menor que 60/maior que 60). Adotou-se um nível de confiança de 95% e poder estatístico de 80%, prevalência do

desfecho de 50%, razão de prevalência mínima de 1,5, razão de exposição de 1:9 e prevalência nos não-expostos de 47,6%. Além disso, adicionou-se 10% para perdas e recusas e sobre esse valor, 15% para controle de fatores de confusão. Considerou-se um efeito de delineamento de 1,5. Assim, seriam necessários 738 adultos. O tamanho de amostra final de 2.927 adultos foi obtido para atender os objetivos do inquérito maior.

Para os outros desfechos, calculou-se o poder pós-coleta de dados. A associação entre opinião ruim do atendimento e escolaridade apresentou o menor poder (54,0%), e a associação entre minutos na fila de espera e classe econômica, o maior (99,0%).

Variáveis dependentes

A utilização dos serviços de saúde foi verificada através da pergunta: *“Desde <dia do mês passado>, o(a) Sr.(a) foi atendido em algum serviço de saúde?”*. A pergunta era precedida de uma introdução citando os serviços de saúde existentes na cidade a fim de que o entrevistado não desconsiderasse algum tipo de serviço de saúde. Caracterizou-se o tipo de serviço de saúde e o financiamento do último atendimento recebido no último mês.

A prevalência de falta de acesso aos serviços de saúde foi verificada através das respostas afirmativas para as duas perguntas: *“Mesmo não tendo utilizado, o(a) sr.(a) precisou de atendimento em algum serviço de saúde desde <dia do mês passado>?”* e *“O (a) sr.(a) buscou atendimento em algum serviço de saúde desde <dia do mês passado>?”*. Essas perguntas foram feitas somente para os indivíduos que referiram não utilizar algum serviço de saúde no último mês. A falta de acesso foi medida através do número de indivíduos que buscaram atendimento em algum serviço de saúde (denominador), mas não conseguiram atendimento (numerador). Ainda, caracterizou-se o tipo de serviço de saúde e o motivo da falta de acesso no primeiro serviço procurado no último mês.

Verificaram-se os dias de espera para o atendimento por meio do seguinte questionamento: *“Quanto dias o(a) Sr.(a) demorou para conseguir o atendimento no <nome do serviço de saúde>?”*. A variável foi dicotomizada em

cinco dias ou mais para receber atendimento¹² que representou o percentil 75. O denominador dessa variável foi o total de indivíduos que utilizaram serviços de saúde.

Para captar os minutos na fila de espera, os entrevistados foram indagados através da pergunta: *“Desde que chegou no serviço, quanto tempo você ficou esperando até ser atendido?”*. A variável foi dicotomizada no percentil 75 que representou 60 minutos ou mais de espera para o atendimento. O denominador dessa variável foi o total de indivíduos que utilizaram serviços de saúde, com exceção dos indivíduos que foram hospitalizados.

A opinião sobre o atendimento recebido foi obtida por meio do questionamento: *“Qual sua opinião geral sobre o atendimento que recebeu?”*, com as seguintes opções de resposta: ótimo, bom, regular, ruim e péssimo. Posteriormente, as opções regular, ruim e péssimo foram agrupadas para fins de análise e classificadas como “opinião ruim”.

Com exceção do tempo na fila de espera, os outros desfechos foram operacionalizados através de modelo de outra pesquisa de base nacional.²⁴

Os efeitos de delineamento para o estudo da utilização, da falta de acesso, do tempo de atendimento, da fila de espera e da opinião do atendimento recebido foram 1,04, 1,36, 1,55, 1,32 e 1,35, respectivamente.

Variáveis independentes

As variáveis socioeconômicas utilizadas nessa análise foram a classificação econômica, medida através da ABEP[£] (A/B, C e D/E) e escolaridade em anos completos de estudo (Menor ou igual a 4/ 5 a 8/ 9 ou mais). As variáveis utilizadas para ajuste de confundimento/mediação foram: sexo (masculino/feminino), idade (20 a 29/ 30 a 39/ 40 a 49/ 50 a 59/ 60 anos ou mais), cor da pele autorreferida (branca/ preta/ parda, amarela e indígena), situação conjugal (com companheiro/sem companheiro) e tipo de serviço de saúde procurado (Consultório/ Unidade Básica de Saúde/ Urgência e

[£] Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de classificação econômica do Brasil. São Paulo; 2008.

Emergência/ Ambulatórios, Centro de Especialidades-CE, Centro de Atenção Psicossocial-CAPS, Serviços de saúde de outra cidade, Hospital). Caracterizou-se a natureza jurídica do serviço (SUS/ convênio e plano de saúde/ particular) para análises complementares com o intuito de descrever o percentual de financiamento da utilização dos serviços de saúde, tanto o total como o estratificado pelas variáveis: classe econômica e escolaridade. Além disso, verificou-se a média e a mediana da variável renda *per capita* segundo os estratos de classe econômica e escolaridade.

Análise dos dados

Realizou-se análise descritiva com cálculo de prevalências e seus respectivos intervalos de confiança. Utilizou-se regressão de Poisson nas análises² e associações com valor-p menor que 0,05 foram considerados estatisticamente significativas. Para a análise ajustada, adotaram-se dois modelos de análise. O modelo 1 verificou a associação entre os desfechos e os indicadores socioeconômicos (classificação econômica e escolaridade) ajustado para as variáveis: sexo, idade, cor da pele, situação conjugal. Quando se explorou o efeito da classificação econômica, ajustou-se a associação para escolaridade e vice-versa. O modelo 2, foi composto pelo modelo 1 mais a variável serviço de saúde procurado a qual atuou como mediador da associação entre os indicadores socioeconômicos e os desfechos. As análises foram realizadas no *software* Stata 12.1 utilizando o comando *syv* para considerar o processo de amostragem do estudo.

O projeto do presente estudo foi submetido e aprovado sob protocolo número 77/11 do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas. As entrevistas só foram realizadas após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Foram entrevistados 2.927 adultos com 20 anos ou mais. O estudo apresentou 13,4% de perdas e de recusas. Das perdas, 43,6% eram mulheres e a média de idade foi 45,8 anos.

A prevalência da utilização de serviços de saúde no mês anterior à entrevista foi 29,3% (IC95%: 27,6; 31,0). Do total de indivíduos que procuraram serviços de saúde no último mês, 6,5% (IC95%: 4,6; 8,3) referiram falta de acesso principalmente por não ter ficha para atendimento (42,4%) e pela falta de médicos (30,5%). Dos adultos que utilizaram serviços de saúde, 26,4% (IC95%: 22,7; 30,1) esperaram cinco dias ou mais para receber atendimento. O tempo na fila de espera foi de 60 minutos ou mais para 32,1% (IC95%: 28,4; 35,7) dos indivíduos. Para 15,4% (IC95%: 12,6; 18,3) da amostra, o atendimento recebido foi regular/ruim/péssimo (Tabela 1).

A amostra foi composta por 58,9% de mulheres. Os estratos de idade mostraram uma distribuição semelhante. Por exemplo, 20,9% dos indivíduos tinham entre 20 e 29 anos e 22,8% possuíam 60 anos ou mais. A média geral de idade foi de 45,7 anos (DP=16,6). A cor da pele autorreferida predominante foi a branca (80,1%) seguida pela preta (12,1%). Indivíduos com companheiro representaram 59,4% da amostra. Mais da metade dos indivíduos (54,1%) tinham nove anos ou mais de estudo e 18,0% tinham até quatro anos de estudo. A classificação econômica predominante foi o estrato A/B (46,4%) seguida pelo C (43,4%) e D/E (10,2%) (Tabela 1).

Em relação à renda, evidenciou-se que as classes econômicas A/B, C e D/E apresentaram renda familiar *per capita* média de R\$ 1.641,00, R\$ 650,00 e R\$ 446,00, sendo as medianas de R\$ 1.133,00, R\$ 523,00 e R\$ 407,00, respectivamente. Entre os estratos de escolaridade, indivíduos com até quatro anos de estudo tiveram renda *per capita* média de R\$ 658,00 e mediana de R\$ 550,00. Em adultos entre cinco a oito anos de estudo, a renda média *per capita* foi de R\$ 628,00 e a mediana de R\$ 500,00. Aqueles com nove anos ou mais tiveram média e mediana de R\$ 1.464,00 e R\$ 967,00 reais, respectivamente.

Do total de adultos, 12,6% utilizaram consultórios, 7,4% Unidades Básicas de Saúde, 5,1% serviços de urgência e emergência, 3,5% ambulatorios/Centros de Especialidades/ Centros de Atenção Psicossocial/ serviços de outra cidade, e 0,7% foram internados.

No total, o SUS financiou 45,7% dos atendimentos enquanto convênio e pagamento particular financiaram 41,2% e 13,1%, respectivamente. A classe econômica A/B e indivíduos com nove anos ou mais de estudo utilizaram majoritariamente serviços de saúde através de financiamento por convênio (59,8% e 57,2%, respectivamente). O financiamento pelo SUS foi maior nas classes C (62,9%), D/E (75,2%), entre indivíduos com cinco a oito anos de estudo (66,6%) e aqueles com até quatro anos (69,0%) (Figura 1).

Em relação aos desfechos, quanto menor a classificação econômica e a escolaridade, maiores as prevalências de falta de acesso, minutos na fila de espera e opinião ruim do atendimento recebido. A espera em dias para o atendimento foi maior quanto mais alta a classificação econômica e o nível de escolaridade. A utilização dos serviços de saúde foi semelhante entre as categorias de classe econômica e, maior nos extremos dos estratos de escolaridade (Figura 2).

As maiores prevalências de falta de acesso (16,7%) e tempo igual ou superior a 60 minutos na fila de espera (53,0%) foram registradas para quem utilizou as Unidades Básicas de Saúde (Figura 2).

A tabela 3 apresenta a associação entre os desfechos e as variáveis de classificação econômica e escolaridade. As análises brutas mostraram associação estatisticamente significativa com todos os desfechos, com exceção da utilização dos serviços de saúde e classificação econômica. Após ajuste do modelo 1 (variáveis sociodemográficas), as associações entre falta de acesso e escolaridade, e dias para o atendimento e classificação econômica perderam significância estatística. E, quando ajustadas para o modelo 2 (modelo 1 + serviço de saúde procurado), a falta de acesso perdeu a associação com os dois indicadores socioeconômicos. Igualmente, observou-se perda de associação entre classificação econômica e os desfechos tempo para atendimento, fila de espera e opinião sobre o atendimento.

No modelo 1, indivíduos com cinco a oito anos de estudo utilizaram 16% menos os serviços de saúde quando comparados a aqueles com nove anos ou mais de estudo. Em comparação à classe A/B, a falta de acesso foi 2,37 e 4,29 vezes maior nos adultos das classes C e D/E, respectivamente. Em relação ao tempo para atendimento (número de dias), os estratos de até quatro anos de estudo e de cinco a oito anos tiveram, aproximadamente, 40% menos probabilidade de esperar cinco dias ou mais para receber atendimento quando comparados ao estrato de nove anos e mais. Indivíduos da classe C e D/E tiveram 1,38 e 1,59 vezes mais probabilidade de esperar 60 minutos ou mais na fila de espera quando comparados à classe A/B, respectivamente. Similarmente, indivíduos com até quatro anos e aqueles com cinco a oito anos de estudo tiveram, respectivamente, uma probabilidade de 1,54 e 1,60 vezes maior de esperar 60 minutos ou mais na fila quando comparados a aqueles do estrato superior de escolaridade. A probabilidade de autoavaliar o atendimento recebido como ruim foi maior nas classes C (RP=1,52), indivíduos com até quatro anos de estudo (RP=2,23) e adultos com cinco a oito anos de estudo (RP=1,60) quando comparados com seus respectivos grupos de referência em cada variável (Tabela 3).

Após ajuste para o modelo 2, mantiveram-se as diferenças do tempo para atendimento, da fila de espera e da opinião do atendimento entre os estratos de escolaridade (Tabela 3).

Discussão

A igualdade na utilização dos serviços de saúde evidencia um avanço no sistema público de saúde.²³ Não foi observada diferença no uso de serviços entre os indicadores de posição socioeconômica e a prevalência de utilização dos serviços de saúde no último mês foi semelhante ao encontrado no Brasil em 2008.²⁵ Não obstante, verificaram-se iniquidades importantes no acesso e qualidade da atenção para os indivíduos mais pobres e menos escolarizados, os quais foram majoritariamente atendidos no SUS.

A falta de acesso aos serviços de saúde apresentou uma forte associação linear com a diminuição da classificação econômica. A igualdade observada na utilização dos serviços não foi acompanhada por uma menor falta de acesso aos cuidados de saúde. Tal resultado serve de alerta para as diferenças conceituais e operacionais entre uso e acesso aos serviços de saúde.³² Embora a utilização seja um indicador importante para a avaliação do desempenho do sistema de saúde, sua utilização como *proxy* de acesso pode apresentar distorções importantes na avaliação em saúde.^{4,31} A verificação dos indivíduos que buscaram serviços de saúde e não obtiveram atendimento deve, também, ser priorizada para a avaliação das iniquidades em saúde.⁸

O percentual de indivíduos sem acesso aos serviços foi similar ao encontrado no Canadá⁴⁰ e em inquéritos brasileiros de representatividade nacional.²⁵ Essa prevalência de falta de acesso é relativamente baixa, mas, em números absolutos, atingiu uma parcela expressiva da população que procurou por atendimento nos serviços de saúde. Ao extrapolar a prevalência de falta de acesso para a população da zona urbana de Pelotas, aproximadamente 4.500 indivíduos adultos procurariam serviços de saúde e não seriam atendidos. Além disso, no período recordatório um número expressivo de indivíduos pode ter vivenciado problemas de falta de acesso, mas ter obtido atendimento em saúde no último mês. Cabe ressaltar que as perguntas referentes à falta de acesso só foram feitas aos indivíduos que referiram não utilizar algum serviço de saúde. Assim, a forma de mensuração do desfecho pode minimizar a magnitude do problema.

A cidade de Pelotas possui uma considerável rede de serviços básicos (51 UBS), que poderia garantir oferta suficiente de atendimentos à população. Entretanto, a maior prevalência de falta de acesso em UBS sinaliza o foco de intervenções a serem realizadas. A não obtenção de atendimento nesses serviços dificulta o estabelecimento da Atenção Primária à Saúde como a ordenadora da rede e coordenadora do cuidado.⁶ A estrutura e acessibilidade precária das UBS,^{11,26} a escassez de profissionais (por exemplo: falta de médicos), a definição de dias e turnos fixos para a realização de ações programáticas como estratégia de oferta de atendimento e o número reduzido de atendimentos por profissional, em parte por descumprimento da carga horária,^{10,36} são barreiras que limitam o acesso à atenção básica. A adoção e cumprimento das diretrizes propostas para o acolhimento da demanda espontânea⁵ com adoção da estratificação de risco e a avaliação de vulnerabilidades devem ser seguidos a fim de que a “porta de entrada” do sistema de saúde não seja um obstáculo para os indivíduos na busca da resolução de seus problemas e acarrete em uso inapropriado de serviços de emergência.⁹

O número de dias para atendimento foi o único indicador que apresentou desigualdade em favor dos indivíduos de menor posição socioeconômica. Embora sua associação com a classificação econômica não tenha se mantido na análise ajustada, indivíduos com menor escolaridade obtiveram atendimento mais ágil. Essa discussão deve ser feita com cautela dada a complexidade de sua determinação. Todavia, a estrutura de oferta conforme a natureza do financiamento influencia de forma importante esse achado.

A utilização de serviços de APS somente ocorre no SUS, o que é uma característica positiva, mas o menor tempo em dias para atendimento resulta, em boa medida, da insistência cotidiana para conseguir atendimento, inclusive enfrentando filas desde a madrugada. Nos planos de saúde e pagamento privado há um acesso direto dos usuários a especialistas, o que é problemático, pois a escolha do usuário pode ser equivocada. O agendamento para estes profissionais pode ser feito por telefone, havendo garantia da data e horário da consulta, o que é vantajoso. Contudo, a maior demora no

atendimento pode agravar o problema de saúde dos indivíduos que utilizam serviços privados e de planos de saúde.

As iniquidades sociais em relação ao tempo na fila de espera foram marcantes e semelhantes entre as medidas socioeconômicas. O maior tempo na fila de espera entre os mais pobres sugere, mais uma vez, entraves importantes na organização dos serviços públicos.¹⁰ O maior tempo na fila de espera também foi observado em serviços do SUS quando comparados aos não-SUS, em municípios do Rio de Janeiro.²⁹ Intervenções para a redução das filas evitáveis foram realizadas e apresentaram melhorias significativas na diminuição do tempo na fila de espera.³⁵

A insatisfação com o atendimento de saúde foi baixa, sendo quase duas vezes maior entre os indivíduos mais pobres do que entre os mais ricos. A satisfação dos usuários pode ser influenciada por diversos fatores como a relação profissional-paciente, experiências anteriores ruins, restrições a procedimentos, estrutura dos serviços e especialmente demora na marcação e realização do atendimento.^{14,18,27} Neste estudo, as dificuldades de acesso e o maior tempo na fila de espera para os atendimentos realizados pelo SUS podem haver influenciado mais a opinião dos mais pobres, do que o maior número de dias para o atendimento entre os mais ricos.

Os achados evidenciaram que os serviços de saúde podem exercer papel significativo na redução das iniquidades econômicas em relação ao acesso e a qualidade da atenção. Os serviços expressaram um forte papel mediador do efeito da classe econômica sobre a falta de acesso, os minutos na fila de espera e a satisfação do usuário com o atendimento. Mudanças estruturais e organizacionais realizadas com sucesso no SUS serão fundamentais no enfrentamento das iniquidades observadas.^{11,28,39}

Algumas limitações desse estudo devem ser ponderadas. A verificação do último serviço de saúde utilizado não permite analisar a trajetória dos indivíduos nos estabelecimentos de saúde. Apesar disso, o uso do último atendimento em um serviço de saúde é comumente utilizado em avaliações populacionais⁴ e minimiza o viés de recordatório dos entrevistados.

A baixa porcentagem de indivíduos pertencentes às classes D/E e aqueles com até quatro anos de estudo representam um avanço importante nas condições de vida da população. No entanto, as baixas prevalências encontradas desses estratos dificultaram a análise detalhada de alguns problemas dos serviços de saúde, como por exemplo, falta de acesso, tempo na fila de espera e insatisfação com o atendimento.

A intenção deste estudo foi verificar iniquidades no acesso e qualidade da atenção ao nível populacional. Destaca-se sua capacidade em expressar as diferenças socioeconômicas da população na relação com os serviços de saúde. A análise de somente um desfecho como indicador de iniquidade pode ser insuficiente para o entendimento da avaliação dos serviços de saúde. A verificação de um maior conjunto de desfechos permitiu uma visão global das iniquidades vivenciadas pela população.

Outras estratégias são indicadas para complementar a avaliação da qualidade de determinados serviços e/ou problemas de saúde.^{15,16} Dentre elas, o uso das condições traçadoras é uma abordagem útil para verificar a qualidade e integralidade da atenção para problemas específicos de saúde.^{17,30}

A consolidação do SUS como um sistema universal requer uma rápida e efetiva melhoria no acesso e na qualidade da atenção nos serviços públicos de saúde. Os problemas evidenciados no SUS, especialmente nas UBS, são marcantes e denigrem a imagem do sistema. As intervenções fundamentais na rede básica de saúde compreendem a realização de efetivo acolhimento, estratégias de classificação de risco, redução dos tempos de espera para atendimento (por exemplo: agendamento por telefone),³⁵ coordenação e articulação do cuidado através da equipe multiprofissional, superação da estratégia de dias e horários fixos para as ações programáticas, além do vínculo de profissionais com cumprimento da carga horária, melhorias da estrutura física dos serviços e de recursos de Tecnologia da Informação e Comunicação. Tais ações possuem capacidade para efetivarem a APS como ordenadora e coordenadora da atenção, diminuindo os custos do sistema e das desigualdades no acesso entre grupos populacionais.²⁸ Por fim, estudos com maior ênfase nos estratos populacionais menos privilegiados,^{11,19} pesquisas que verifiquem a trajetória de

busca do indivíduo por serviços de saúde e o uso de abordagens qualitativas integradas a inquéritos epidemiológicos devem ser priorizadas para um melhor entendimento das iniquidades identificadas.

Referências

1. Araújo CS, Lima RC, Peres MA, Barros AJD. Utilização de serviços odontológicos e fatores associados: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Cad Saude Publica*. 2009; 25:1063-1072. DOI: 10.1590/S0102-311X2009000500013
2. Barros A, Hirakata V. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol*. 2003; 3(1):21. DOI: 10.1186/1471-2288-3-21
3. Barros AJD, Menezes AMB, Santos IS, Assunção MCF, Gigante D, Fassa AG et al. O Mestrado do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da UFPel baseado em consórcio de pesquisa: uma experiência inovadora. *Rev Bras Epidemiol*. 2008; 11:133-144. DOI: 10.1590/S1415-790X2008000500014
4. Bastos GAN, Santos IS, Costa JSD, Capilheira MF. Uso de serviços ambulatoriais nos últimos 15 anos: comparação de dois estudos de base populacional. *Rev Bras Epidemiol*. 2011; 14:620-632. DOI: 10.1590/S1415-790X2011000400009
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. In: Ministério da Saúde Secretaria de Políticas de Saúde Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2011: 56p.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. In: Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012: 110p.
7. Campbell SM, Roland MO, Buetow SA. Defining quality of care. *Soc Sci Med*. 2000; 51(11):1611-1625. DOI: 10.1016/S0277-9536(00)00057-5

8. Capilheira MF, Santos IS. Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos. *Rev Saude Publica*. 2006; 40:436-443. DOI: 10.1590/S0034-89102006000300011
9. Carret ML, Fassa AC, Domingues MR. Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. *Cad Saude Publica*. 2009; 25(1):7-28. DOI: 10.1590/S0102-311X2009000100002
10. Cunha ABO, Vieira-da-Silva LM. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. *Cad Saude Publica*. 2010; 26:725-737. DOI: 10.1590/S0102-311X2010000400015
11. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciênc saúde coletiva*. 2006; 11(3):669-681. DOI: 10.1590/S1413-81232006000300015
12. Forrest CB, Starfield B. Entry into primary care and continuity: the effects of access. *Am J Public Health*. 1998; 88(9):1330-1336.
13. Galobardes B, Shaw M, Lawlor DA, Lynch JW, Davey Smith G. Indicators of socioeconomic position (part 1). *J Epidemiol Community Health*. 2006; 60(1):7-12. DOI: 10.1136/jech.2004.023531
14. Gouveia GC, Souza WV, Luna CF, Souza-Júnior PRB, Szwarcwald CL. Health care users' satisfaction in Brazil, 2003. *Cad Saude Publica*. 2005; 21:S109-S118. DOI: 10.1590/S0102-311X2005000700012
15. Hansen PM, Peters DH, Edward A, Gupta S, Arur A, Niayesh H et al. Determinants of primary care service quality in Afghanistan. *Int J Qual Health Care*. 2008; 20(6):375-383. DOI: 10.1093/intqhc/mzn039
16. Harzheim E, Duncan B, Stein A, Cunha C, Goncalves M, Trindade T et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care

- delivery in Brazil. *BMC Health Serv Res*. 2006; 6(1):156.
DOI:10.1186/1472-6963-6-156
17. Kessner DM, Kalk CE, Singer J. Assessing Health Quality-the Case for Tracers. *N Engl J Med*. 1973; 288(4):189-194.
DOI:10.1056/NEJM197301252880406
 18. Kloetzel K, Bertoni AM, Irazoqui MC, Campos VPG, Santos RN. Controle de qualidade em atenção primária à saúde. I A satisfação do usuário. *Cad Saude Publica*. 1998; 14:263-268. DOI: 10.1590/S0102-311X1998000300020
 19. Machado LP, Camargo MBJ, Jeronymo JCM, Bastos GAN. Uso regular de serviços odontológicos entre adultos e idosos em região vulnerável no sul do Brasil. *Rev Saude Publica*. 2012; 46:526-533. DOI: 10.1590/S0034-89102012000300015
 20. Macinko J, Lima-Costa M. Horizontal equity in health care utilization in Brazil, 1998-2008. *Int J Equity Health*. 2012; 11(1):33.
DOI:10.1186/1475-9276-11-33
 21. Macinko J, Starfield B. Annotated Bibliography on Equity in Health, 1980-2001. *Int J Equity Health*. 2002; 1(1):1. DOI:10.1186/1475-9276-1-1
 22. Mendoza-Sassi R, Béria JU. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cad Saude Publica*. 2001; 17:819-832. DOI: 10.1590/S0102-311X2001000400016
 23. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011; 377(9779):1778-1797. DOI: 10.1016/s0140-6736(11)60054-8
 24. Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, Siqueira FV, Silveira DS, Thumé E et al. Promoção, prevenção e cuidado da hipertensão arterial no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2012; 46:543-550. DOI: 10.1590/S0034-89102012005000027

25. Silva ZP, Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003- 2008. *Ciênc saúde coletiva*. 2011; 16:3807-3816. DOI: 10.1590/S1413-81232011001000016
26. Siqueira FCV, Facchini LA, Silveira DS, Piccini RX, Thumé E, Tomasi E. Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2009; 14:39-44. DOI: 10.1590/S1413-81232009000100009
27. Sisson MC, Oliveira MC, Conill EM, Pires D, Boing AF, Fertonani HP. Satisfação dos usuários na utilização de serviços públicos e privados de saúde em itinerários terapêuticos no sul do Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2011; 15:123-136. DOI: 10.1590/S1414-32832010005000042
28. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO. Ministério da Saúde; 2002
29. Szwarcwald CL, Mendonça MHM, Andrade CLT. Indicadores de atenção básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional. *Ciênc saúde coletiva*. 2006; 11:643-655. DOI: 10.1590/S1413-81232006000300013
30. Tanaka OY, Espírito Santo ACG. Avaliação da qualidade da atenção básica utilizando a doença respiratória da infância como traçador, em um distrito sanitário do município de São Paulo. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2008; 8:325-332. DOI: 10.1590/S1519-38292008000300012
31. Travassos C, Castro MSM. Determinantes e Desigualdades Sociais no Acesso e na Utilização de Serviços de Saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI eds, Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008: 215-243
32. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saude Publica*. 2004; 20:S190-S198. DOI: 10.1590/S0102-311X2004000800014

33. Viacava F, Ugá MAD, Porto S, Laguardia J, Moreira RS. Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise. *Ciência saúde coletiva*. 2012; 17:921-934. DOI: 10.1590/S1413-81232012000400014
34. Victora CG, Barreto ML, do Carmo Leal M, Monteiro CA, Schmidt MI, Paim J et al. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. *Lancet*. 2011. DOI: 10.1016/s0140-6736(11)60055-x
35. Vieira-da-Silva LM, Chaves SC, Esperidiao MA, Lopes-Martinho RM. Accessibility to primary healthcare in the capital city of a northeastern state of Brazil: an evaluation of the results of a programme. *J Epidemiol Community Health*. 2010; 64(12):1100-1105. DOI: 10.1136/jech.2009.097220
36. Villela WV, Araújo EC, Ribeiro SA, Cuginotti AP, Hayana ET, Brito FC et al. Desafios da atenção básica em saúde: a experiência de Vila Mariana, São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2009; 25:1316-1324. DOI: 10.1590/S0102-311X2009000600014
37. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. In. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1990
38. WHO. World Health Organization. The World health report 2000: health systems: improving performance. In. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2000
39. WHO. World Health Organization. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. In, Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization. Disponível em: http://www.who.int/social_determinants/; 2008
40. Wilson K, Rosenberg MW. Accessibility and the Canadian health care system: squaring perceptions and realities. *Health Policy*. 2004; 67(2):137-148. DOI: doi:10.1016/S0168-8510(03)00101-5

Tabela 1. Descrição das características demográficas, socioeconômicas, falta de acesso e utilização dos serviços de saúde, e qualidade da atenção à saúde. Pelotas, RS, 2012.

Variáveis	N	%
Sexo (n=2927)		
Masculino	1.203	41,1
Feminino	1.724	58,9
Idade (em anos completos) (n=2927)		
20 a 29	612	20,9
30 a 39	540	18,4
40 a 49	595	20,3
50 a 59	514	17,6
60 ou mais	666	22,8
Cor da Pele (n=2926)		
Branca	2.345	80,1
Preta	354	12,1
Parda/amarela/indígena	227	7,8
Situação Conjugal (n=2923)		
Com companheiro	1.736	59,4
Sem companheiro	1.187	40,6
Escolaridade (em anos completos) (n=2924)		
≤ 4	526	18,0
5 a 8	817	27,9
≥ 9	1.581	54,1
Classificação econômica - ABEP (n=2905)		
A/B	1.349	46,4
C	1.261	43,4
D/E	295	10,2
Utilização de serviços de saúde (n=2925)		
Não	2.069	70,7
Sim, um	721	24,7
Sim, dois	103	3,5
Sim, três ou mais	32	1,1
Falta de acesso (n=915)		
Não	856	93,5
Sim	59	6,5
Dias de espera para o atendimento (n=853)		
< 5	628	73,6
≥ 5	225	26,4
Minutos na fila de espera (n=833)		
< 60	566	67,9
≥ 60	267	32,1
Opinião do atendimento recebido (n=855)		
Bom/ótimo	723	84,6
Regular/Ruim/Péssimo	132	15,4

* Variável com maior número de perdas (n=95 perdas).

Figura 1. Financiamento dos atendimentos nos serviços de saúde segundo classe econômica e escolaridade. Pelotas, RS, 2012.

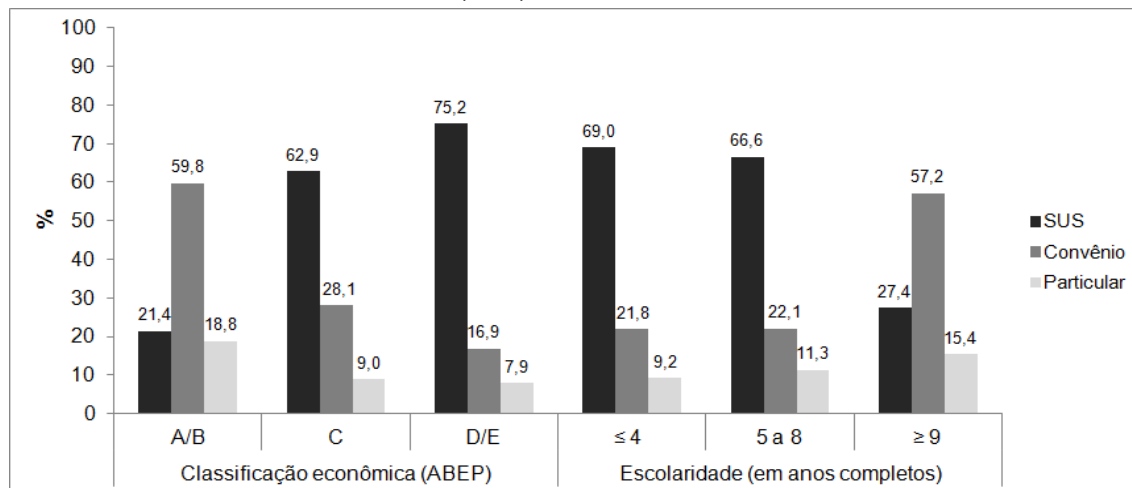
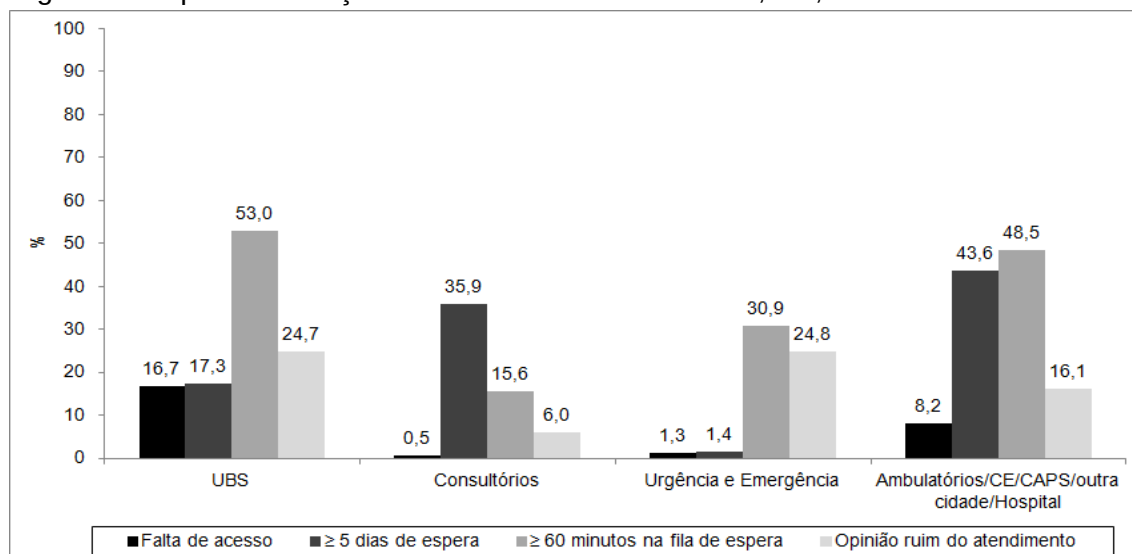


Tabela 2. Distribuição das prevalências dos desfechos de acordo com a classe econômica e escolaridade. Pelotas-RS, 2012.

Desfechos (%)	Classificação econômica (ABEP)			Valor-p	Escolaridade (em anos completos)			Valor-p
	A/B	C	D/E		≤ 4	5 a 8	≥ 9	
Utilização dos serviços de saúde	28,0	29,9	30,3	0,559	33,2	26,1	29,5	0,008
Falta de acesso	2,6	8,1	15,2	<0,001	8,9	9,8	3,7	0,004
≥ 5 dias de espera	30,2	24,5	18,0	0,044	22,0	19,8	31,1	0,008
≥ 60 minutos na fila de espera	23,1	37,9	45,4	<0,001	42,5	42,6	23,3	<0,001
Opinião ruim do atendimento	10,6	20,2	18,0	<0,001	19,0	18,8	12,5	0,027

Figura 2. Prevalências de falta de acesso e indicadores de qualidade da atenção segundo os tipos de serviços de saúde utilizados. Pelotas, RS, 2012.



Nota. UBS: Unidade Básica de Saúde; CE: Centro de Especialidades; CAPS: Centro de Atenção Psicossocial; outra cidade: serviços de saúde de outra cidade.

Tabela 3. Análise bruta e ajustada entre as características do acesso, utilização e qualidade da atenção nos serviços de saúde e os indicadores socioeconômicos. Pelotas, RS, 2012.

Desfechos	Modelo de ajuste	Classificação econômica (ABEP)			Escolaridade (em anos completos)			
		A/B	C	D/E	≤ 4	5 a 8	≥ 9	
		Ref	RP (IC95%)	RP (IC95%)	Valor-p	RP (IC95%)	RP (IC95%)	Ref Valor-p
Utilização								
	Análise bruta	1	1,07 (0,93; 1,22)	1,08 (0,89; 1,31)	0,559	1,12 (0,98; 1,29)	0,88 (0,77; 1,01)	1 0,008
	Modelo 1	1	1,09 (0,94; 1,26)	1,05 (0,84; 1,31)	0,539	0,95 (0,79; 1,12)	0,84 (0,72; 0,98)	1 0,067
Falta de acesso								
	Análise bruta	1	3,12 (1,59; 6,13)	5,91 (2,73; 12,82)	<0,001*	2,40 (1,21; 4,74)	2,63 (1,50; 4,59)	1 0,002*
	Modelo 1	1	2,37 (1,11; 5,05)	4,29 (1,64; 11,20)	0,002*	1,41 (0,63; 3,14)	1,87 (1,00; 3,50)	1 0,147
	Modelo 2	1	1,20 (0,62; 2,30)	1,84 (0,78; 4,32)	0,282	0,80 (0,36; 1,77)	1,12 (0,60; 2,10)	1 0,637
≥ 5 dias de espera								
	Análise bruta	1	0,81 (0,64; 1,03)	0,60 (0,36; 0,99)	0,021*	0,71 (0,51; 0,97)	0,64 (0,46; 0,88)	1 0,008
	Modelo 1	1	0,97 (0,75; 1,25)	0,80 (0,46; 1,41)	0,737	0,61 (0,40; 0,92)	0,60 (0,41; 0,86)	1 0,008*
	Modelo 2	1	1,03 (0,79; 1,33)	0,93 (0,51; 1,67)	0,902	0,69 (0,48; 0,99)	0,67 (0,47; 0,96)	1 0,026*
≥ 60 minutos na fila de espera								
	Análise bruta	1	1,64 (1,28; 2,11)	1,96 (1,39; 2,78)	<0,001*	1,83 (1,40; 2,38)	1,83 (1,43; 2,34)	1 <0,001*
	Modelo 1	1	1,38 (1,08; 1,76)	1,59 (1,12; 2,23)	0,003*	1,54 (1,13; 2,11)	1,60 (1,25; 2,06)	1 0,002*
	Modelo 2	1	1,05 (0,83; 1,33)	1,11 (0,79; 1,55)	0,828	1,17 (0,87; 1,58)	1,30 (1,02; 1,66)	1 0,097
Opinião ruim do atendimento								
	Análise bruta	1	1,90 (1,37; 2,65)	1,69 (1,03; 2,79)	0,001*	1,52 (1,04; 2,23)	1,51 (1,06; 2,15)	1 0,013*
	Modelo 1	1	1,52 (1,06; 2,20)	1,23 (0,71; 2,15)	0,070	2,23 (1,44; 3,47)	1,60 (1,08; 2,35)	1 <0,001*
	Modelo 2	1	1,21 (0,85; 1,70)	0,87 (0,51; 1,48)	0,246	1,68 (1,08; 2,61)	1,27 (0,87; 1,85)	1 0,023*

Modelo 1 - Ajustado para sexo, idade, cor da pele, situação conjugal e escolaridade (ABEP: associação com escolaridade). Modelo 2 - Modelo 1 + serviço de saúde procurado. Valor-p: Teste de Wald de heterogeneidade. Valor-p*: Teste de Wald de tendência linear. Ref: categoria de referência. RP: Razão de Prevalências. IC: Intervalo de confiança.

5. ANEXOS

5.1. CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



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

OF. 77/11

Pelotas, 01 de dezembro de 2011.

Ilma.Sra.

Maria Cecília Formoso Assunção

Projeto: Diagnóstico de saúde em adolescentes, adultos e idosos da cidade de Pelotas, RS, 2012.

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL



5.2. QUESTIONÁRIOS

[illegible]

A11) COMO O(A) SR.(A) CONSIDERA SUA SAÚDE? <i>Ler opções.</i> (1) Excelente (2) Muito boa (3) Boa (4) Regular (5) Ruim (9) IGN	AUTOSAU __
A12) O(A) SR.(A) SABE SEU PESO (MESMO QUE SEJA VALOR APROXIMADO)? <i>Só aceita $\geq 20\text{ Kg}$ e $\leq 250\text{kg}$.</i> __ __ __ KG __ __ __ GRAMAS (999) Não sabe/Não quis informar	PESOK __ __ __ PESOG __ __ __
A13) QUANTO TEMPO FAZ QUE O(A) SR.(A) SE PESOU PELA ÚLTIMA VEZ? (1) menos de 1 semana (2) entre 1 semana e 1 mês (3) entre 1 mês e 3 meses (4) entre 3 e 6 meses (5) 6 ou mais meses (6) nunca se pesou (9) não lembra	TEMPESO __
A14) O(A) SR.(A) SABE SUA ALTURA? <i>Só aceita $\geq 1,20\text{cm}$ e $< 2,40\text{cm}$.</i> __ __ __ cm (999) Não sabe/Não quis informar	ALTURA __ __ __
AS PRÓXIMAS PERGUNTAS REFEREM-SE A TODO TIPO DE TRABALHO REMUNERADO	
A15) O(A) SR.(A) TRABALHOU ALGUMA VEZ NA VIDA? (0) Não, nunca → <i>Pule para a instrução anterior à questão A22</i> (1) Trabalhou, mas não está trabalhando (2) Sim, está trabalhando → <i>Pule para a questão A18</i> (9) IGN → <i>Pule para a instrução anterior à questão A22</i> A16) <i>Se já trabalhou mas não está trabalhando.</i> QUAL A SUA SITUAÇÃO EM RELAÇÃO A TRABALHO? <i>Ler opções.</i> (1) Desempregado (2) Aposentado (3) Encostado (4) Outro _____ (8) NSA (9) IGN A17) HÁ QUANTO TEMPO NÃO ESTÁ TRABALHANDO? __ __ anos __ __ meses A18) <i>Se está trabalhando ou já trabalhou.</i> SE ESTÁ TRABALHANDO OU JÁ TRABALHOU QUAL É/FOI A SUA OCUPAÇÃO PRINCIPAL? Ocupação: _____ <i>No caso de ter mais de uma ocupação será considerado ocupação principal a que tiver maior carga horária, no caso de ter a mesma carga horária será considerada a que exercer a mais tempo; se tiver o mesmo tempo será considerada a de maior renda.</i>	A15 __ A16 __ A17 __ __ ANOS A17 __ __ MESES

A19) QUANTO TEMPO TRABALHA(OU) NESTA OCUPAÇÃO? __ __ anos __ __ meses A20) NESTE TRABALHO É/ERA: <i>Ler opções.</i> (1) Empregado (2) Conta própria (3) Empregador (4) Outro_____ A21) QUAL O LOCAL EM QUE TRABALHA(OU)? <i>(Supermercado, construtora, fábrica de conserva, padaria, granja, prefeitura, escola, etc.)</i> _____	A19 __ __ ANOS A19 __ __ MESES A20 __
AGORA VOU LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE FUMO	
A22) O(A) SR.(A) FUMA OU JÁ FUMOU? (0) Não, nunca fumou → <i>Pule para a questão A32</i> (1) Sim, fuma (1 ou + cigarro(s) por dia há mais de 1 mês) → <i>Pule para a questão A24</i> (2) Já fumou, mas parou de fumar A23) HÁ QUANTO TEMPO PAROU DE FUMAR? __ __ anos __ __ meses (88) NSA (99) IGN A24) HÁ QUANTO TEMPO O(A) SR.(A) FUMA? (OU FUMOU DURANTE QUANTO TEMPO)? __ __ anos __ __ meses (88) NSA (99) IGN A25) QUANTOS CIGARROS O(A) SR.(A) FUMA (OU FUMAVA) POR DIA? __ __ cigarros (88) NSA (99) IGN A26) COM QUE IDADE O(A) SR.(A) COMEÇOU A FUMAR? __ __ anos (88) NSA (99) IGN	AFUMO __ ATPAFUA __ __ ATPAFUM __ __ PFANOS __ __ PFMESES __ __ TFUMANOS __ __ TFUMESSES __ __ ACIGDIA __ __ FUMIDAD __ __
A27) QUANTO TEMPO APÓS ACORDAR O(A) SR.(A) FUMA O SEU PRIMEIRO CIGARRO? (3) Dentro de 5 minutos (2) Entre 6 e 30 minutos (1) Entre 31 e 60 minutos (0) Após 60 minutos (8) NSA (9) IGN A28) O(A) SR.(A) ACHA DIFÍCIL NÃO FUMAR EM LOCAIS ONDE O FUMO É PROIBIDO (COMO IGREJAS, BIBLIOTECA, ETC.)? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN A29) QUAL O CIGARRO DO DIA QUE LHE TRAZ MAIS SATISFAÇÃO (OU O CIGARRO QUE MAIS DETESTARIA DEIXAR DE FUMAR)? <i>Se necessário, ler opções.</i> (1) O primeiro da manhã (0) Outros (8) NSA (9) IGN	FTFUMO __ FPFUMO __ FQUAL __

A30) O(A) SR.(A) FUMA MAIS FREQUËNTEMENTE PELA MANHÃ (OU NAS PRIMEIRAS HORAS DO DIA) QUE NO RESTO DO DIA? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	FMANH __
A31) O(A) SR.(A) FUMA MESMO QUANDO ESTÁ TÃO DOENTE QUE PRECISA FICAR DE CAMA A MAIOR PARTE DO TEMPO? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	FDOEN __
AS PERGUNTAS QUE FAREI AGORA SÃO SOBRE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS	
A32) NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, O(A) SR.(A) TOMOU ALGUMA BEBIDA DE ÁLCOOL? (0) Não → <i>Pule para a questão A37</i> (1) Sim (8) NSA (9) IGN	ALCOOL __
A33) ALGUMA VEZ O(A) SR.(A) SENTIU QUE DEVERIA DIMINUIR A QUANTIDADE DE BEBIDA ALCOÓLICA OU PARAR DE BEBER? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	DIMALCOOL __
A34) AS PESSOAS O(A) ABORRECEM PORQUE CRITICAM O SEU MODO DE TOMAR BEBIDA ALCOÓLICA? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	ABORALC__
A35) O(A) SR.(A) SE SENTE CHATEADO(A) CONSIGO MESMO(A) PELA MANEIRA COMO COSTUMA TOMAR BEBIDAS ALCOÓLICAS? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	CHATALCOOL __
A36) O(A) SR.(A) COSTUMA TOMAR BEBIDAS ALCOÓLICAS PELA MANHÃ PARA DIMINUIR O NERVOSISMO OU RESSACA? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	MANHAALCOOL __
<i>Se o entrevistado estiver acamado, for cadeirante ou deficiente mental marque a opção "(1)Sim":</i> (0) Não (1) Sim → <i>Pule para a questão A65</i>	ACAMADO__
AGORA FALAREMOS SOBRE ATIVIDADES FÍSICAS.	
A37) DESDE <dia da semana passada> QUANTOS DIAS O(A) SR.(A) CAMINHOU POR MAIS DE 10 MINUTOS SEGUIDOS? PENSE NAS CAMINHADAS NO TRABALHO, EM CASA, COMO FORMA DE TRANSPORTE PARA IR DE UM LUGAR AO OUTRO, POR LAZER, POR PRAZER OU COMO FORMA DE EXERCÍCIO QUE DURARAM MAIS DE 10 MINUTOS SEGUIDOS. (0) nenhum → <i>pule para a questão A40</i> (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) dias (9) IGN	CAMDIA __
A38) NOS DIAS EM QUE O (A) SR.(A) CAMINHOU, QUANTO TEMPO, NO TOTAL, O(A) SR.(A) CAMINHOU POR DIA? __ __ horas __ __ minutos p/ dia (88) NSA	MINCAHORAS__ __ MINCAMINUTOS__ __

A39) A QUE PASSO FORAM ESTAS CAMINHADAS? (1) com um passo que fez respirar muito mais forte que o normal (3) com um passo que fez respirar um pouco mais forte que o normal (5) com um passo que não provocou grande mudança da sua respiração (8) NSA (9) IGN	PASSO __
AGORA PENSE EM OUTRAS ATIVIDADES FÍSICAS FORA A CAMINHADA.	
A40) DESDE <dia da semana passada> QUANTOS DIAS O (A) SR.(A) FEZ ATIVIDADES “FORTES”, QUE LHE FIZERAM SUAR MUITO OU AUMENTAR MUITO SUA RESPIRAÇÃO E SEUS BATIMENTOS DO CORAÇÃO, POR MAIS DE “10 MINUTOS SEGUIDOS”? POR EXEMPLO: CORRER, FAZER GINÁSTICA, PEDALAR RÁPIDO EM BICICLETA, FAZER SERVIÇOS DOMÉSTICOS PESADOS EM CASA, NO PÁTIO OU JARDIM, TRANSPORTAR OBJETOS PESADOS, JOGAR FUTEBOL COMPETITIVO, ETC. (0) nenhum → <i>pule para a questão A42</i> (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) dias (8) NSA (9) IGN	FORDIA __
A41) NOS DIAS EM QUE O (A) SR.(A) FEZ ATIVIDADES “FORTES”, QUANTO TEMPO, NO TOTAL, O(A) SR.(A) FEZ ATIVIDADES “FORTES” POR DIA? __ __ horas __ __ minutos p/ dia (88) NSA	FORTEHORAS __ __ FORTEMINUTOS __ __
A42) DESDE <dia da semana passada> QUANTOS DIAS O (A) SR.(A) FEZ ATIVIDADES “MÉDIAS”, QUE FIZERAM O(A) SR.(A) SUAR UM POUCO OU AUMENTAR UM POUCO SUA RESPIRAÇÃO E SEUS BATIMENTOS DO CORAÇÃO, POR MAIS DE “10 MINUTOS SEGUIDOS”? POR EXEMPLO: PEDALAR EM RITMO MÉDIO, NADAR, DANÇAR, PRATICAR ESPORTES SÓ POR DIVERSÃO, FAZER SERVIÇOS DOMÉSTICOS LEVES, EM CASA OU NO PÁTIO, COMO VARRER, ASPIRAR, ETC. (0) nenhum → <i>pule para a questão A44</i> (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) dias (8) NSA (9) IGN	MEDIA __
A43) NOS DIAS EM QUE O(A) SR.(A) FEZ ATIVIDADES “MÉDIAS”, QUANTO TEMPO, NO TOTAL, O(A) SR.(A) FEZ ATIVIDADES “MÉDIAS” POR DIA? __ __ horas __ __ minutos p/ dia (88) NSA	MEDTEHORAS __ __ MEDMIN __ __
A44) QUANTO TEMPO POR DIA O(A) SR.(A) FICA SENTADO(A) EM UM DIA DE SEMANA NORMAL? __ __ horas __ __ minutos p/ dia (88) NSA	HSENTA __ __ MSENTA __ __
AGORA EU GOSTARIA QUE O(A) SR.(A) PENSASSE SÓ NAS ATIVIDADES QUE FAZ NOS DIAS DE SEMANA, SEM CONTAR SÁBADO E DOMINGO.	
A45) O(A) SR.(A) ASSISTE TELEVISÃO TODOS OU QUASE TODOS OS DIAS? (0) Não → <i>Pule para a questão A47</i> (1) Sim (8) NSA (9)IGN	G1__
A46) EM UM DIA DE SEMANA NORMAL, QUANTO TEMPO POR DIA O(A) SR.(A) ASSISTE TELEVISÃO? __ __ horas __ __ minutos por dia __ __ __ minutos por dia	G2H __ __ G2M __ __

A47) O(A) SR.(A) USA COMPUTADOR NA SUA CASA? (0) Não → <i>Pule para a questão A49</i> (1) Sim (8) NSA (9)IGN	G3__
A48) EM UM DIA DE SEMANA NORMAL, QUANTO TEMPO POR DIA O(A) SR.(A) USA COMPUTADOR NA SUA CASA? __ __ horas __ __ minutos por dia __ __ __ minutos por dia	G4H__ __ G4M__ __
A49) O(A) SR.(A) TRABALHA FORA DE CASA? (0) Não → <i>Pule para a questão A51</i> (1) Sim (8) NSA (9)IGN	G5__
A50) EM UM DIA DE SEMANA NORMAL, QUANTO TEMPO POR DIA O(A) SR.(A) FICA SENTADO NO SEU TRABALHO? __ __ horas __ __ minutos por dia __ __ __ minutos por dia	G6H __ __ G6M __ __
A51) O(A) SR.(A) ESTUDA EM COLÉGIO, CURSO TÉCNICO, FACULDADE OU OUTRO CURSO? (0) Não → <i>Pule para a questão A53</i> (1) Sim (8) NSA (9)IGN	G7__
A52) EM UM DIA DE SEMANA NORMAL, QUANTO TEMPO POR DIA O(A) SR.(A) FICA SENTADO NO SEU COLÉGIO, CURSO TÉCNICO, FACULDADE OU OUTRO CURSO? __ __ horas __ __ minutos por dia __ __ __ minutos por dia	G8H __ __ G8M __ __
A53) O(A) SR.(A) ANDA DE CARRO, ÔNIBUS OU MOTO TODOS OU QUASE TODOS OS DIAS? (0) Não → <i>Pule para a questão A55</i> (1) Sim (8) NSA (9)IGN	G9__
A54) EM UM DIA DE SEMANA NORMAL, QUANTO TEMPO POR DIA O(A) SR.(A) FICA SENTADO NO CARRO, ÔNIBUS OU MOTO? __ __ horas __ __ minutos por dia __ __ __ minutos por dia	G10H __ __ G10M __ __
AGORA EU GOSTARIA QUE O(A) SR.(A) PENSASSE COMO SE “DESLOCA DE UM LUGAR AO OUTRO”. CONSIDERE APENAS AS ATIVIDADES QUE DURAM PELO MENOS 10 MINUTOS SEGUIDOS.	
A55) DESDE <dia da semana passada> EM QUANTOS DIAS O(A) SR.(A) CAMINHOU OU USOU A BICICLETA PARA IR DE UM LUGAR A OUTRO, COMO IR PARA O TRABALHO, ESCOLA, OU OUTROS LUGARES? (0) nenhum → <i>pule para a questão A57</i> (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) dias (9) IGN	DESLDIAS __
A56) <i>Se caminha ou usa a bicicleta:</i> NESSES DIAS, QUANTO TEMPO NO TOTAL O(A) SR.(A) CAMINHOU OU USOU A BICICLETA POR DIA? __ __ horas __ __ minutos (8) NSA (9) IGN	DESLTEMPOH __ __ DESLTEMPOM __ __

AGORA EU GOSTARIA QUE O(A) SR.(A) PENSASSE APENAS NAS ATIVIDADES QUE FAZ UNICAMENTE POR RECREAÇÃO, ESPORTE, EXERCÍCIO OU LAZER. CONSIDERE APENAS AS ATIVIDADES QUE DURAM PELO MENOS 10 MINUTOS SEGUIDOS.	
A57) DESDE <dia da semana passada> EM QUANTOS DIAS O(A) SR.(A) CAMINHOU, CORREU OU ANDOU DE BICICLETA NO SEU TEMPO LIVRE? (0) nenhum → <i>leia a próxima instrução e depois pule para a questão A60</i> (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) dias (9) IGN	LAZDIAS __
A58) <i>Se caminha, corre ou anda de bicicleta:</i>NOS DIAS EM QUE O(A) SR.(A) CAMINHOU, CORREU OU ANDOU DE BICICLETA NO SEU TEMPO LIVRE, QUANTO TEMPO NO TOTAL DURARAM ESSAS ATIVIDADES POR DIA? __ horas __ minutos (8) NSA (9) IGN	LAZTEMH __ __ LAZTEMM __ __
NAS PRÓXIMAS PERGUNTAS, SEMPRE QUE EU DISSER “PERTO DA SUA CASA”, ME REFIRO A SUA VIZINHANÇA, LUGARES PARA OS QUAIS O(A) SR.(A) CONSEGUE IR CAMINHANDO EM MENOS DE 15 MINUTOS.	
A59) A MAIORIA DAS ATIVIDADES QUE O(A) SR.(A) FAZ NO SEU TEMPO LIVRE, POR LAZER, SÃO PERTO DA SUA CASA? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	LAZLOCAL __
<i>Da questão A60 até a questão A64 ler opções e fornecer o cartão III de resposta ao entrevistado.</i>	
A60) PERTO DA SUA CASA, QUANTAS VEZES ACONTECEM PEQUENOS CRIMES COMO, POR EXEMPLO, PICHÃO DE MUROS E CASAS, DESTRUIÇÃO DE TELEFONES PÚBLICOS, OU PEQUENOS FURTOS COMO ROUBO DE BICICLETAS, ROUBO DE BOTIJÕES DE GÁS, ROUBO DE LÂMPADAS DAS CASAS? <i>Ler opções.</i> (0) Nunca (1) Às vezes / poucas vezes (2) Muitas vezes/ quase sempre (9) Não sei	CRIMLEV __
A61) PERTO DA SUA CASA, ACONTECEM CRIMES MAIORES COMO, POR EXEMPLO, ASSALTOS À MÃO ARMADA, ARROMBAMENTOS, AGRESSÕES? <i>Ler opções.</i> (0) Nunca (1) Às vezes / poucas vezes (2) Muitas vezes/ quase sempre (9) Não sei	CRIMGRAV__
A62) PERTO DA SUA CASA, ACONTECE COMPRA E VENDA DE DROGAS? <i>Ler opções.</i> (0) Nunca (1) Às vezes / poucas vezes (2) Muitas vezes/ quase sempre (9) Não sei	VENDADROG__
A63) DURANTE O DIA, PERTO DE SUA CASA, O(A) SR.(A) SE SENTE SEGURO(A) PARA CAMINHAR, ANDAR DE BICICLETA OU PRATICAR ESPORTES? <i>Ler opções.</i> (0) Nunca (1) Às vezes / poucas vezes (2) Muitas vezes/ quase sempre (9) Não sei	SEGURDIA __
A64) DURANTE A NOITE, PERTO DE SUA CASA, O(A) SR.(A) SE SENTE SEGURO(A) PARA CAMINHAR, ANDAR DE BICICLETA OU PRATICAR ESPORTES? <i>Ler opções.</i> (0) Nunca (1) Às vezes / poucas vezes (2) Muitas vezes/ quase sempre (9) Não sei	SEGURNOITE __
AGORA VAMOS FALAR SOBRE SUA SAÚDE	
ALGUM MÉDICO OU PROFISSIONAL DA SAÚDE JÁ DISSER QUE O(A) SR.(A) TEM: A65) HIPERTENSÃO (PRESSÃO ALTA)? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	HAS __

A66) DIABETES? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	DIAB __
A67) DOENÇA DO CORAÇÃO? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	COR __
FALANDO UM POUCO DE DOENÇAS RESPIRATÓRIAS.	
ALGUM MÉDICO OU PROFISSIONAL DE SAÚDE JÁ DISSE QUE O(A) SENHOR(A) TEM:	
A68) ASMA OU BRONQUITE ASMÁTICA? (0) não (1) sim (99)IGN A69) BRONQUITE? (0) não (1) sim (99)IGN A70) ENFISEMA? (0) não (1) sim (99)IGN	ASMA __ __ BRONQ __ __ ENFIS __ __
<i>Se não para todas as doenças, pule para a questão A78.</i>	
A71) DESDE <mês> DO ANO PASSADO, O(A) SR.(A) TEVE CRISES OU SINTOMAS DESTA(S) DOENÇA(S), COMO CHIADO NO PEITO, TOSSE OU FALTA DE AR? (1) sim (0) não (99) IGN	PSINT __ __
DESDE <mês> DO ANO PASSADO, O(A) SR.(A) USOU ALGUM REMÉDIO POR INALAÇÃO, COMO:	
A72) NEBULIZAÇÃO? (0) não (1) sim (99) IGN	NEBUL __ __
A73) “BOMBINHA”, CÁPSULAS DE PÓ OU INALADOR DE PÓ SECO? (0) não (1) sim → <i>Pule para a questão A76</i> (99) IGN → <i>Pule para a questão A78</i>	INALAD __ __
A74) POR QUAL MOTIVO O(A) SR.(A) NÃO USOU ESTE TIPO DE REMÉDIO? <i>Não ler as alternativas. Após a resposta ir para a questão A78. Caso responda "outro motivo" anotar em A75.</i> (1) não recebi orientação médica. (2) falta do remédio na rede pública ou não pôde comprar. (3) medo de o remédio fazer mal para o coração, dar tremedeira ou de algum outro efeito colateral. (4) não precisei usar. (5) acho difícil usar este tipo de remédio. (6) Outro. → <i>Pule para a questão A75</i>	
A75) Qual? _____ <i>Pule para a questão 78.</i>	
PMOTIV __	

A76)QUAL O NOME DO REMÉDIO, OU DOS REMÉDIOS, QUE O(A) SR.(A) UTILIZA OU UTILIZOU NO ÚLTIMO ANO PARA INALAR/ASPIRAR? Solicitar a embalagem do medicamento ou, se não estiver disponível, auxiliar mostrando catálogo. Remédio 1: _____ Remédio 2: _____ Remédio 3: _____ Remédio 4: _____ Remédio 5: _____ Caso responda essa questão, leia a frase abaixo.	
EM OUTRO MOMENTO SERÃO SOLICITADOS MAIS DETALHES SOBRE COMO O(A) SENHOR (A) USA ESTE TIPO DE REMÉDIO.	
AGORA VAMOS FALAR SOBRE QUALQUER REMÉDIO QUE O (A) SR.(A) TENHA USADO NOS ÚLTIMOS 15 DIAS. PODE SER REMÉDIO PARA DOR DE CABEÇA, PRESSÃO ALTA, PÍLULA OU QUALQUER OUTRO REMÉDIO QUE USE SEMPRE OU SÓ DE VEZ EM QUANDO	
A78) NOS ÚLTIMOS 15 DIAS, O(A) SR.(A) USOU ALGUM REMÉDIO? (0) Não → Pule para a questão A111 (1) Sim (99) IGN → Pule para a questão A111	USO __ __
A79) QUAIS OS NOMES DOS REMÉDIOS QUE O (A) SR.(A) USOU? Entre cada remédio citado pergunte: “usou mais algum remédio”? A79.1) Remédio 1: _____ A79.2) Remédio 2: _____ A79.3) Remédio 3: _____ A79.4) Remédio 4: _____ A79.5) Remédio 5: _____ A79.6) Remédio 6: _____ A79.7) Remédio 7: _____ A79.8) Remédio 8: _____ A79.9) Remédio 9: _____ A79.10) Remédio 10: _____ A79.11) Remédio 11: _____ A79.12) Remédio 12: _____ A79.13) Remédio 13: _____ A79.14) Remédio 14: _____ A79.15) Remédio 15: _____ A79.16) Número total de medicamentos usados = __ __	TOT __ __
A80) O (A) SR.(A) PODERIA MOSTRAR AS RECEITAS “E” AS CAIXAS OU EMBALAGENS DOS REMÉDIOS CITADOS? Nome do Remédio 1: _____ Para que doença ou problema de saúde o remédio foi usado? _____ Sobre o <remédio 1>, o que foi apresentado? (0) nada → Pule para questão A81 (1) ambas (2) só a receita → Pule para questão A81 (3) só a caixa/ embalagem	CX1__

<i>Se o entrevistado apresentou a caixa/embalagem, anote se o remédio é genérico.</i> Genérico remédio1: (0) não (1) sim (8) NSA A81) QUEM INDICOU ESTE REMÉDIO? (1) médico / dentista (prescrição atual) (2) médico / dentista (prescrição antiga) (3) a própria pessoa (sem prescrição) (4) familiar/amigos (5) farmácia (6) outro A82) DE QUE FORMA O (A) SR.(A) USOU OU ESTÁ USANDO ESTE REMÉDIO? <i>Ler opções.</i> (1) para resolver um problema de saúde momentâneo (uso eventual / doença aguda ou passageira) (2) usa regularmente, sem data para parar (uso contínuo / doença crônica) (3) outro	GEN1__ IND1__ FOR1__
Nome do Remédio2: _____ Para que doença ou problema de saúde o remédio foi usado? _____ <i>Sobre o <Remédio 2>, o que foi apresentado?</i> (0) nada → <i>Pule para questão A83</i> (1) ambas (2) só a receita → <i>Pule para questão A83</i> (3) só a caixa/ embalagem <i>Se o entrevistado apresentou a caixa/embalagem, anote se o remédio é genérico.</i> Genérico remédio 2: (0) não (1) sim (8) NSA A83) QUEM INDICOU ESTE REMÉDIO? (1) médico / dentista (prescrição atual) (2) médico / dentista (prescrição antiga) (3) a própria pessoa (sem prescrição) (4) familiar/amigos (5) farmácia (6) outro A84) DE QUE FORMA O (A) SR.(A) USOU OU ESTÁ USANDO ESTE REMÉDIO? <i>Ler opções.</i> (1) para resolver um problema de saúde momentâneo (uso eventual / doença aguda ou passageira) (2) usa regularmente, sem data para parar (uso contínuo / doença crônica) (3) outro	CX2__ GEN2__ IND2__ FOR2__
Nome do Remédio3: _____ Para que doença ou problema de saúde o remédio foi usado? _____	

Sobre o <Remédio 3>, o que foi apresentado? (0) nada → Pule para questão A85 (1) ambas (2) só a receita → Pule para questão A85 (3) só a caixa/ embalagem Se o entrevistado apresentou a caixa/embalagem, anote se o remédio é genérico. Genérico remédio 3: (0) não (1) sim (8) NSA A85) QUEM INDICOU ESTE REMÉDIO? (1) médico / dentista (prescrição atual) (2) médico / dentista (prescrição antiga) (3) a própria pessoa (sem prescrição) (4) familiar/amigos (5) farmácia (6) outro A86) DE QUE FORMA O (A) SR.(A) USOU OU ESTÁ USANDO ESTE REMÉDIO? <i>Ler opções.</i> (1) para resolver um problema de saúde momentâneo (uso eventual / doença aguda ou passageira) (2) usa regularmente, sem data para parar (uso contínuo / doença crônica) (3) outro	CX3__ GEN3__ IND3__ FOR3__
Nome do Remédio4: _____ Para que doença ou problema de saúde o remédio foi usado? _____ Sobre o <Remédio 4>, o que foi apresentado? (0) nada → Pule para questão A87 (1) ambas (2) só a receita → Pule para questão A87 (3) só a caixa/ embalagem Se o entrevistado apresentou a caixa/embalagem, anote se o remédio é genérico. Genérico remédio 4: (0) não (1) sim (8) NSA A87) QUEM INDICOU ESTE REMÉDIO? (1) médico / dentista (prescrição atual) (2) médico / dentista (prescrição antiga) (3) a própria pessoa (sem prescrição) (4) familiar/amigos (5) farmácia (6) outro A88) DE QUE FORMA O (A) SR.(A) USOU OU ESTÁ USANDO ESTE REMÉDIO? <i>Ler opções.</i> (1) para resolver um problema de saúde momentâneo (uso eventual / doença aguda ou passageira) (2) usa regularmente, sem data para parar (uso contínuo / doença crônica) (3) outro	CX4__ GEN4__ IND4__ FOR4__

Nome do Remédio5:_____ Para que doença ou problema de saúde o remédio foi usado? _____ <i>Sobre o <Remédio 5>, o que foi apresentado?</i> (0) nada → <i>Pule para questão A89</i> (1) ambas (2) só a receita → <i>Pule para questão A89</i> (3) só a caixa/ embalagem <i>Se o entrevistado apresentou a caixa/embalagem, anote se o remédio é genérico.</i> Genérico remédio 5: (0) não (1) sim (8) NSA A89) QUEM INDICOU ESTE REMÉDIO? (1) médico / dentista (prescrição atual) (2) médico / dentista (prescrição antiga) (3) a própria pessoa (sem prescrição) (4) familiar/amigos (5) farmácia (6) outro A90) DE QUE FORMA O (A) SR.(A) USOU OU ESTÁ USANDO ESTE REMÉDIO? Ler opções. (1) para resolver um problema de saúde momentâneo (uso eventual / doença aguda ou passageira) (2) usa regularmente, sem data para parar (uso contínuo / doença crônica) (3) outro	CX5__ GEN5__ IND5__ FOR5__
Nome do Remédio6:_____ Para que doença ou problema de saúde o remédio foi usado? _____ <i>Sobre o <Remédio 6>, o que foi apresentado?</i> (0) nada → <i>Pule para questão A91</i> (1) ambas (2) só a receita → <i>Pule para questão A91</i> (3) só a caixa/ embalagem <i>Se o entrevistado apresentou a caixa/embalagem, anote se o remédio é genérico.</i> Genérico remédio 6: (0) não (1) sim (8) NSA A91) QUEM INDICOU ESTE REMÉDIO? (1) médico / dentista (prescrição atual) (2) médico / dentista (prescrição antiga) (3) a própria pessoa (sem prescrição) (4) familiar/amigos (5) farmácia (6) outro	CX6__ GEN6__ IND6__

A92) DE QUE FORMA O (A) SR.(A) USOU OU ESTÁ USANDO ESTE REMÉDIO? <i>Ler opções.</i> (1) para resolver um problema de saúde momentâneo (uso eventual / doença aguda ou passageira) (2) usa regularmente, sem data para parar (uso contínuo / doença crônica) (3) outro	FOR6__
Nome do Remédio7:_____ Para que doença ou problema de saúde o remédio foi usado? _____ <i>Sobre o <remédio 7>, o que foi apresentado?</i> (0) nada → <i>Pule para questão A93</i> (1) ambas (2) só a receita → <i>Pule para questão A93</i> (3) só a caixa/ embalagem <i>Se o entrevistado apresentou a caixa/embalagem, anote se o remédio é genérico.</i> Genérico remédio 7: (0) não (1) sim (8) NSA A93) QUEM INDICOU ESTE REMÉDIO? (1) médico / dentista (prescrição atual) (2) médico / dentista (prescrição antiga) (3) a própria pessoa (sem prescrição) (4) familiar/amigos (5) farmácia (6) outro A94) DE QUE FORMA O (A) SR.(A) USOU OU ESTÁ USANDO ESTE REMÉDIO? <i>Ler opções.</i> (1) para resolver um problema de saúde momentâneo (uso eventual / doença aguda ou passageira) (2) usa regularmente, sem data para parar (uso contínuo / doença crônica) (3) outro	CX7__ GEN7__ IND7__ FOR7__
Nome do Remédio 8:_____ Para que doença ou problema de saúde o remédio foi usado? _____ <i>Sobre o <Remédio 8>, o que foi apresentado?</i> (0) nada → <i>Pule para questão A95</i> (1) ambas (2) só a receita → <i>Pule para questão A95</i> (3) só a caixa/ embalagem <i>Se o entrevistado apresentou a caixa/embalagem, anote se o remédio é genérico.</i> Genérico remédio 8: (0) não (1) sim (8) NSA	CX8__ GEN8__

A95) QUEM INDICOU ESTE REMÉDIO? (1) médico / dentista (prescrição atual) (2) médico / dentista (prescrição antiga) (3) a própria pessoa (sem prescrição) (4) familiar/amigos (5) farmácia (6) outro A96) DE QUE FORMA O (A) SR.(A) USOU OU ESTÁ USANDO ESTE REMÉDIO? <i>Ler opções.</i> (1) para resolver um problema de saúde momentâneo (uso eventual / doença aguda ou passageira) (2) usa regularmente, sem data para parar (uso contínuo / doença crônica) (3) outro	IND8__ FOR8__
Nome do Remédio9: _____ Para que doença ou problema de saúde o remédio foi usado? _____ <i>Sobre o <Remédio 9>, o que foi apresentado?</i> (0) nada → <i>Pule para questão A97</i> (1) ambas (2) só a receita → <i>Pule para questão A97</i> (3) só a caixa/ embalagem <i>Se o entrevistado apresentou a caixa/embalagem, anote se o remédio é genérico.</i> Genérico remédio 9: (0) não (1) sim (8) NSA A97) QUEM INDICOU ESTE REMÉDIO? (1) médico / dentista (prescrição atual) (2) médico / dentista (prescrição antiga) (3) a própria pessoa (sem prescrição) (4) familiar/amigos (5) farmácia (6) outro A98) DE QUE FORMA O (A) SR.(A) USOU OU ESTÁ USANDO ESTE REMÉDIO? <i>Ler opções.</i> (1) para resolver um problema de saúde momentâneo (uso eventual / doença aguda ou passageira) (2) usa regularmente, sem data para parar (uso contínuo / doença crônica) (3) outro	CX9__ GEN9__ IND9__ FOR9__
Nome do Remédio10: _____ Para que doença ou problema de saúde o remédio foi usado? _____ <i>Sobre o <Remédio 10>, o que foi apresentado?</i> (0) nada → <i>Pule para questão A99</i> (1) ambas (2) só a receita → <i>Pule para questão A99</i> (3) só a caixa/ embalagem	CX10__

<i>Se o entrevistado apresentou a caixa/embalagem, anote se o remédio é genérico.</i> Genérico remédio 10: (0) não (1) sim (8) NSA A99) QUEM INDICOU ESTE REMÉDIO? (1) médico / dentista (prescrição atual) (2) médico / dentista (prescrição antiga) (3) a própria pessoa (sem prescrição) (4) familiar/amigos (5) farmácia (6) outro A100) DE QUE FORMA O (A) SR.(A) USOU OU ESTÁ USANDO ESTE REMÉDIO? <i>Ler opções.</i> (1) para resolver um problema de saúde momentâneo (uso eventual / doença aguda ou passageira) (2) usa regularmente, sem data para parar (uso contínuo / doença crônica) (3) outro	<i>GEN10__</i> <i>IND10__</i> <i>FOR10__</i>
Nome do Remédio11: _____ Para que doença ou problema de saúde o remédio foi usado? _____ <i>Sobre o <Remédio 11>, o que foi apresentado?</i> (0) nada → <i>Pule para questão A101</i> (1) ambas (2) só a receita → <i>Pule para questão A101</i> (3) só a caixa/ embalagem <i>Se o entrevistado apresentou a caixa/embalagem, anote se o remédio é genérico.</i> Genérico remédio 11: (0) não (1) sim (8) NSA A101) QUEM INDICOU ESTE REMÉDIO? (1) médico / dentista (prescrição atual) (2) médico / dentista (prescrição antiga) (3) a própria pessoa (sem prescrição) (4) familiar/amigos (5) farmácia (6) outro A102) DE QUE FORMA O (A) SR.(A) USOU OU ESTÁ USANDO ESTE REMÉDIO? <i>Ler opções.</i> (1) para resolver um problema de saúde momentâneo (uso eventual / doença aguda ou passageira) (2) usa regularmente, sem data para parar (uso contínuo / doença crônica) (3) outro	<i>CX11__</i> <i>GEN11__</i> <i>IND11__</i> <i>FOR11__</i>
Nome do Remédio12: _____ Para que doença ou problema de saúde o remédio foi usado? _____	

Sobre o <Remédio 12>, o que foi apresentado? (0) nada → <i>Pule para questão A103</i> (1) ambas (2) só a receita → <i>Pule para questão A103</i> (3) só a caixa/ embalagem Se o entrevistado apresentou a caixa/embalagem, anote se o remédio é genérico. Genérico remédio 12: (0) não (1) sim (8) NSA A103) QUEM INDICOU ESTE REMÉDIO? (1) médico / dentista (prescrição atual) (2) médico / dentista (prescrição antiga) (3) a própria pessoa (sem prescrição) (4) familiar/amigos (5) farmácia (6) outro A104) DE QUE FORMA O (A) SR.(A) USOU OU ESTÁ USANDO ESTE REMÉDIO? <i>Ler opções.</i> (1) para resolver um problema de saúde momentâneo (uso eventual / doença aguda ou passageira) (2) usa regularmente, sem data para parar (uso contínuo / doença crônica) (3) outro	CX12__ GEN12__ IND12__ FOR12__
Nome do Remédio13: _____ Para que doença ou problema de saúde o remédio foi usado? _____ Sobre o <Remédio 13>, o que foi apresentado? (0) nada → <i>Pule para questão A105</i> (1) ambas (2) só a receita → <i>Pule para questão A105</i> (3) só a caixa/ embalagem Se o entrevistado apresentou a caixa/embalagem, anote se o remédio é genérico. Genérico remédio 13: (0) não (1) sim (8) NSA A105) QUEM INDICOU ESTE REMÉDIO? (1) médico / dentista (prescrição atual) (2) médico / dentista (prescrição antiga) (3) a própria pessoa (sem prescrição) (4) familiar/amigos (5) farmácia (6) outro A106) DE QUE FORMA O (A) SR.(A) USOU OU ESTÁ USANDO ESTE REMÉDIO? <i>Ler opções.</i> (1) para resolver um problema de saúde momentâneo (uso eventual / doença aguda ou passageira) (2) usa regularmente, sem data para parar (uso contínuo / doença crônica) (3) outro	CX13__ GEN13__ IND13__ FOR13__

Nome do Remédio14: _____ Para que doença ou problema de saúde o remédio foi usado? _____ <i>Sobre o <Remédio 14>, o que foi apresentado?</i> (0) nada → <i>Pule para questão A107</i> (1) ambas (2) só a receita → <i>Pule para questão a107</i> (3) só a caixa/ embalagem <i>Se o entrevistado apresentou a caixa/embalagem, anote se o remédio é genérico.</i> Genérico remédio 14: (0) não (1) sim (8) NSA A107) QUEM INDICOU ESTE REMÉDIO? (1) médico / dentista (prescrição atual) (2) médico / dentista (prescrição antiga) (3) a própria pessoa (sem prescrição) (4) familiar/amigos (5) farmácia (6) outro A108) DE QUE FORMA O (A) SR.(A) USOU OU ESTÁ USANDO ESTE REMÉDIO? <i>Ler opções.</i> (1) para resolver um problema de saúde momentâneo (uso eventual / doença aguda ou passageira) (2) usa regularmente, sem data para parar (uso contínuo / doença crônica) (3) outro	CX14__ CX14__ GEN14__ IND14__ FOR14__
Nome do Remédio15: _____ Para que doença ou problema de saúde o remédio foi usado? _____ <i>Sobre o <Remédio 15>, o que foi apresentado?</i> (0) nada → <i>Pule para questão A109</i> (1) ambas (2) só a receita → <i>Pule para questão A109</i> (3) só a caixa/ embalagem <i>Se o entrevistado apresentou a caixa/embalagem, anote se o remédio é genérico.</i> Genérico remédio 15: (0) não (1) sim (8) NSA A109) QUEM INDICOU ESTE REMÉDIO? (1) médico / dentista (prescrição atual) (2) médico / dentista (prescrição antiga) (3) a própria pessoa (sem prescrição) (4) familiar/amigos (5) farmácia (6) outro	CX15__ GEN15__ IND15__

A110) DE QUE FORMA O (A) SR.(A) USOU OU ESTÁ USANDO ESTE REMÉDIO? <i>Ler opções.</i> (1) para resolver um problema de saúde momentâneo (uso eventual / doença aguda ou passageira) (2) usa regularmente, sem data para parar (uso contínuo / doença crônica) (3) outro	FOR15__
A111) O(A) SR.(A) MESMO(A) COMPROU ALGUM REMÉDIO NOS ÚLTIMOS 15 DIAS COM RECEITA MÉDICA, PARA O(A) SENHOR(A) OU PARA OUTRA PESSOA? (0) não → <i>Pule para a questão A113</i> (1) sim (99) IGN → <i>Pule para a questão A113</i>	COMP __
A112) RESPONDA AGORA EM RELAÇÃO A ÚLTIMA COMPRA DE REMÉDIO COM RECEITA. <i>Ler opções.</i> (1) Comprou o remédio que estava na receita (2) Trocou por um remédio genérico (3) Mandou fazer o remédio em uma farmácia de manipulação (4) Trocou por um remédio mais barato (nem genérico e nem manipulado) (5) Outro _____ (8) Nunca compra remédios (9) IGN	ULT __
A113) ENTÃO, RESPONDA EM RELAÇÃO AO QUE O SENHOR(A) COSTUMA FAZER QUANDO COMPRA REMÉDIOS COM RECEITA. <i>Ler opções.</i> (1) Compra sempre o remédio que está na receita (2) Troca por um remédio mais barato, mas só se for um genérico (3) Troca por um remédio mais barato só se for manipulado (4) Troca por qualquer remédio que for mais barato (5) Outro _____ (8) Nunca compra remédios (9) IGN	GERAL __
A114) O REMÉDIO GENÉRICO EM RELAÇÃO AO DE MARCA MAIS CONHECIDA, TEM PREÇO: (1) maior (2) menor (3) igual (9) não sei	PRECO __
A115) O REMÉDIO GENÉRICO EM RELAÇÃO AO DE MARCA MAIS CONHECIDA, TEM QUALIDADE: (1) melhor (2) pior (3) igual (9) não sei	QUALI __
A116) O QUE OS REMÉDIOS GENÉRICOS POSSUEM NAS CAIXAS PARA QUE AS PESSOAS SAIBAM QUE É UM GENÉRICO? <i>Não ler as opções.</i> A letra G (0) não (1) sim A lei dos genéricos (0) não (1) sim A palavra genérico (0) não (1) sim	GCX __ LEI __ DIZGE __
A117) QUANDO O SR.(A) VAI À FARMÁCIA COMPRAR UM REMÉDIO, COSTUMA PERGUNTAR SE TEM O GENÉRICO DELE? (0) não (1) sim (9) IGN	TEMGE__
A118) O(A) SR.(A) PREFERE COMPRAR O REMÉDIO GENÉRICO? (0) não (1) sim (9) IGN	PREFGE __
A119) NA ÚLTIMA VEZ QUE O SR.(A) NÃO COMPROU UM REMÉDIO GENÉRICO, QUE MOTIVO FEZ COM QUE O (A) SR.(A) COMPRASSE OUTRO TIPO DE MEDICAMENTO: <i>Ler opções.</i> (0) não tinha o genérico na farmácia (1) o genérico era mais caro (2) o médico não quer que compre o genérico (3) não gosta de comprar genérico (4) não me ofereceram o genérico e eu não perguntei se tinha (5) não existe genérico para o remédio que eu precisava (6) outro_____	MOTGE __

A120) IMAGINE QUE O MÉDICO LHE RECEITOU ESTE REMÉDIO. <i>Mostrar o remédio receitado. NA FARMÁCIA, O BALCONISTA LHE OFERECEU COMO ALTERNATIVA UM REMÉDIO MAIS BARATO.</i> A120.1) <i>Mostrar o remédio 1.</i> ESTE REMÉDIO (1) É UM GENÉRICO, OU NÃO? (0) não (1) sim (9) não sei A120.2) <i>Mostrar o remédio 2.</i> ESTE REMÉDIO (2) É UM GENÉRICO, OU NÃO? (0) não (1) sim (9) não sei	TGEN1 __ TGEN2 __
AGORA VAMOS FALAR SOBRE COMO O (A) SR (A) TEM SE SENTIDO NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS.	
A121) NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, QUANTOS DIAS O(A) SR.(A) TEVE POUCO INTERESSE OU POUCO PRAZER EM FAZER AS COISAS? <i>Ler opções.</i> (0) nenhum dia (1) menos de uma semana (2) uma semana ou mais (3) quase todos os dias	AANE__
A122) NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, QUANTOS DIAS O(A) SR.(A) SE SENTIU PARA BAIXO, DEPRIMIDO (A) OU SEM PERSPECTIVA? <i>Ler opções.</i> (0) nenhum dia (1) menos de uma semana (2) uma semana ou mais (3) quase todos os dias	AHUD __
A123) NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, QUANTOS DIAS O(A) SR.(A) TEVE DIFICULDADE PARA PEGAR NO SONO OU PERMANECER DORMINDO OU DORMIU MAIS DO QUE DE COSTUME? <i>Ler opções.</i> (0) nenhum dia (1) menos de uma semana (2) uma semana ou mais (3) quase todos os dias	ASON __
A124) NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, QUANTOS DIAS O(A) SR.(A) SE SENTIU CANSADO (A) OU COM POUCA ENERGIA? <i>Ler opções.</i> (0) nenhum dia (1) menos de uma semana (2) uma semana ou mais (3) quase todos os dias	ACAN __
A125) NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, QUANTOS DIAS O(A) SR.(A) TEVE FALTA DE APETITE OU COMEU DEMAIS? <i>Ler opções.</i> (0) nenhum dia (1) menos de uma semana (2) uma semana ou mais (3) quase todos os dias	AAPE__
A126) NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, QUANTOS DIAS O(A) SR.(A) SE SENTIU MAL CONSIGO MESMO (A) OU ACHOU QUE É UM FRACASSO OU QUE DECEPCIONOU SUA FAMÍLIA OU A VOCÊ MESMO (A)? <i>Ler opções.</i> (0) nenhum dia (1) menos de uma semana (2) uma semana ou mais (3) quase todos os dias	AFRA__

A127) NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, QUANTOS DIAS O(A) SR.(A) TEVE DIFICULDADE PARA SE CONCENTRAR NAS COISAS (COMO LER O JORNAL OU VER TELEVISÃO)? <i>Ler opções.</i> (0) nenhum dia (1) menos de uma semana (2) uma semana ou mais (3) quase todos os dias	ACON__
A128) NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, QUANTOS DIAS O(A) SR.(A) TEVE LENTIDÃO PARA SE MOVIMENTAR OU FALAR (A PONTO DAS OUTRAS PESSOAS PERCEBEREM), OU AO CONTRÁRIO, ESTEVE TÃO AGITADO (A) QUE VOCÊ FICAVA ANDANDO DE UM LADO PARA O OUTRO MAIS DO QUE DE COSTUME? <i>Ler opções.</i> (0) nenhum dia (1) menos de uma semana (2) uma semana ou mais (3) quase todos os dias	ALEN__
A129) NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, QUANTOS DIAS O(A) SR.(A) PENSOU EM SE FERIR DE ALGUMA MANEIRA OU QUE SERIA MELHOR ESTAR MORTO(A)? <i>Ler opções.</i> (0) nenhum dia (1) menos de uma semana (2) uma semana ou mais (3) quase todos os dias	ASUI__
A130) CONSIDERANDO AS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, OS SINTOMAS ANTERIORES LHE CAUSARAM ALGUM TIPO DE DIFICULDADE PARA TRABALHAR OU ESTUDAR OU TOMAR CONTA DAS COISAS EM CASA OU PARA SE RELACIONAR COM AS PESSOAS. <i>Ler opções.</i> (0) nenhuma dificuldade (1) pouca dificuldade (2) muita dificuldade (3) extrema dificuldade	ADIF__
A131) DESDE <dia do mês passado> O(A) SR.(A) USOU ALGUM REMÉDIO PARA A DEPRESSÃO, PARA OS NERVOS OU ALGUM REMÉDIO PARA DORMIR, TODOS OS DIAS OU NA MAIORIA DOS DIAS? <i>Ler opções.</i> (0) não → <i>Pule para questão A133</i> (1) sim, todos os dias (2) sim, na maioria dos dias (99) IGN → <i>Pule para questão A133</i>	AREMT__ __
A132) O(A) SR.(A) PODERIA MOSTRAR A RECEITA OU A EMBALAGEM DESTES REMÉDIO? (0) não → <i>Pule para questão A132.2</i> (1) sim	AREMT2 __
A132.1) Se sim. Anotar o nome do(s) medicamento(s): _____ <i>Após anotar o nome do(s) medicamento(s) pule para a questão A133</i>	
A132.2) POR QUAL MOTIVO NÃO PODE MOSTRAR A RECEITA OU EMBALAGEM DO REMÉDIO? (1) não tem a receita/embalagem (2) não quer mostrar a receita/embalagem (3) não é possível ler a receita/embalagem (99) IGN	AREMT4 __ __

A133) DESDE O <dia a três meses atrás>, O(A) SR.(A) CONSULTOU COM ALGUM PSICÓLOGO OU PSQUIATRA? (0) não (1) sim	APSI __
AGORA VAMOS FALAR SOBRE PROBLEMAS DE SAÚDE E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	
A134) O(A) SR.(A) TEM OU TEVE ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE DESDE <dia do mês passado>? (0) Não → <i>Pule para a questão A136</i> (1) Sim. Qual? _____ (9) IGN → <i>Pule para a questão A136</i>	BPROB __
A135) O(A) SR.(A) CONSIDERA QUE SEU PROBLEMA DE SAÚDE: <i>Ler opções.</i> (0) Piorou (1) Continua como antes (2) Melhorou um pouco (3) Melhorou bastante (4) Curou/resolveu (9) IGN	BACPROB __
CONSIDERE COMO SERVIÇOS DE SAÚDE OS POSTOS DE SAÚDE, AMBULATÓRIOS, PRONTO SOCORRO, PRONTO ATENDIMENTOS, CONSULTÓRIOS, CAPS E HOSPITAIS.	
A136) DESDE <dia do mês passado>, O(A) SR.(A) FOI ATENDIDO EM ALGUM SERVIÇO DE SAÚDE? <i>Ler opções.</i> (0) Não → <i>Pule para a questão A139</i> (1) Sim, em um serviço de saúde (2) Sim, em dois serviços de saúde (3) Sim, em mais de dois serviços de saúde (9) IGN → <i>Pule para a questão A139</i>	BUTIL __
A137) QUAL FOI O ÚLTIMO SERVIÇO DE SAÚDE QUE O SR.(A) FOI ATENDIDO DESDE <dia do mês passado>? <i>Ler opções.</i> (0) Posto de saúde (1) Pronto Socorro Municipal (2) Pronto-Atendimento (3) Ambulatório das Faculdades/Hospital (4) Centro de especialidades (5) Consultório (6) CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) (7) Internou no hospital (8) Serviço de saúde de outra cidade (9) IGN	BLOCAL__
A138) O ATENDIMENTO, NESSE ÚLTIMO SERVIÇO DE SAÚDE UTILIZADO, FOI POR ALGUM CONVÊNIO, PARTICULAR OU PELO SUS? <i>Ler opções.</i> (0) Particular (1) Por algum convênio (2) Por algum convênio, com pagamento extra (3) SUS (4) SUS, com pagamento extra (9) IGN → <i>Pule para a questão A144</i>	BFINAN __

A139) MESMO NÃO TENDO UTILIZADO, O(A) SR.(A) PRECISOU DE ATENDIMENTO EM ALGUM SERVIÇO DE SAÚDE DESDE <dia do mês passado>? (0) Não → <i>Pule para a questão A149</i> (1) Sim (9) IGN → <i>Pule para a questão A149</i>	BPREC __
A140) O(A) SR.(A) BUSCOU ATENDIMENTO EM ALGUM SERVIÇO DE SAÚDE DESDE <dia do mês passado>? (0) Não (1) Sim → <i>Pule para a questão A142</i> (9) IGN	BBUSC __
A141) POR QUE O(A) SR.(A) NÃO BUSCOU ATENDIMENTO DESDE <dia do mês passado>? <i>Ler opções.</i> (1) Dificuldade de conseguir ficha ou agendamento pelo SUS (2) Não tinha como ir marcar o atendimento (3) Não podia pagar (4) Tinha compromisso com a família (5) Tinha compromisso no trabalho (6) Porque melhorou (9) IGN →<i>Pule para a questão A149</i>	BNBUSC __
AGORA VAMOS FALAR DO PRIMEIRO SERVIÇO DE SAÚDE QUE O SR (A) PROCUROU	
A142) ONDE O(A) SR.(A) BUSCOU ATENDIMENTO DESDE <dia do mês passado> E NÃO CONSEGUIU? (0) Posto de saúde (1) Pronto Socorro Municipal (2) Pronto-Atendimentos (3) Ambulatório das Faculdades/Hospital (4) Centro de especialidades (5) Consultórios (6) CAPS (7) Hospital (8) Serviço de saúde de outra cidade (9) IGN	BNCONS __
A143) POR QUE O(A) SR.(A) NÃO CONSEGUIU ATENDIMENTO NESSE SERVIÇO DE SAÚDE?<i>Ler opções</i> (0) Não tinha Médico (1) Não tinha Enfermeiro (2) Não tinha ficha (3) Estava fechado no momento que você procurou (4) Não podia pagar (9) IGN →<i>Pule para a questão A149</i>	BNATEN __

AGORA VAMOS FALAR DO MOTIVO DO ATENDIMENTO NESSE ÚLTIMO SERVIÇO DE SAÚDE UTILIZADO.

A144) **POR QUAL MOTIVO O(A) SR.(A) UTILIZOU O SERVIÇO DE SAÚDE DESDE <dia do mês passado>?**

BPQUTIL __ __

- (1) Por algum problema de saúde Qual? _____
- (2) Fazer uma revisão (check-up)
- (3) Tomar medicações (inalações, curativo)
- (4) Realizar fisioterapia
- (5) Pegar remédios
- (6) Pedir/pegar/levar exames
- (7) Pedir receita ou atestado
- (8) Consulta de pré-natal
- (9) Fazer exames preventivos (pré-câncer, da próstata)
- (99) IGN

A145) **POR QUE O(A) SR.(A) ESCOLHEU O <nome do serviço de saúde>? Ler opções.**

BESCSS __

- (0) Era o mais próximo da sua casa
- (1) Serviço de saúde que você geralmente vai quando necessita.
- (2) Profissional de saúde que você geralmente procura quando necessita
- (3) Facilidade para conseguir o atendimento
- (4) Fica aberto no horário que você pode ir
- (5) Não precisa pagar
- (6) Foi encaminhado(a) (encaminhamento)
- (9) IGN

A146) **QUANTO DIAS O(A) SR.(A) DEMOROU PARA CONSEGUIR O ATENDIMENTO NO <nome do serviço de saúde>?**

BDIAS __ __ __

__ __ __ dias (999) IGN

A147) **DESDE QUE CHEGOU NO SERVIÇO, QUANTO TEMPO VOCÊ FICOU ESPERANDO ATÉ SER ATENDIDO?**

HORAS __ __
MINUTOS __ __

__ __ horas e/ou __ __ minutos (99) IGN

A148) **QUAL SUA OPINIÃO GERAL SOBRE O ATENDIMENTO QUE RECEBEU? Ler opções.**

BOPIN __

- (0) Péssimo
- (1) Ruim
- (2) Regular
- (3) Bom
- (4) Ótimo
- (9) IGN

Antes de seguir, tenha em mãos o catálogo com fotos de alimentos. AGORA VOU PERGUNTAR AO (A) SENHOR (A) SOBRE O CONSUMO DE ALGUNS TIPOS DE ALIMENTOS “NA ÚLTIMA SEMANA”.

A149) **DESDE <dia da semana passada> ATÉ HOJE, O(A) SR.(A) COMEU BOLACHA DOCE OU PÃO?**

BDPAO__

- (0) Não → Pule para a questão A151
- (1) Sim
- (9) Não sabe/não lembra → Pule para a questão A151

A150) Indique as fotos a partir da aba 1. APONTE QUE ALIMENTOS COMEU “NESSA ÚLTIMA SEMANA”: Digite 00 para nenhum,88 para NSA e 99 para não sabe/não lembra.	P11 __ P12 __ P13 __ P14 __ P15 __
A151) DESDE <dia da semana passada> ATÉ HOJE, O(A) SR.(A) TOMOU LEITE OU LEITE COM SABOR DE CHOCOLATE, MORANGO OU OUTRO SABOR ? (0) Não → Pule para a questão A153 (1) Sim (9) Não sabe/não lembra → Pule para a questão A153	LEITE__
A152) Indique as fotos a partir da aba 2. APONTE QUE BEBIDAS TOMOU “NESSA ÚLTIMA SEMANA”: Digite 00 para nenhum,88 para NSA e 99 para não sabe/não lembra.	P21 __ P22 __ P23 __ P24 __ P25 __
A153) DESDE <dia da semana passada> ATÉ HOJE, O(A) SR.(A) TOMOU SUCO? (0) Não → Pule para a questão A155 (1) Sim (9) Não sabe/não lembra → Pule para a questão A155	SUCO__
A154) Indique as fotos a partir da aba 3. APONTE QUE SUCOS TOMOU “NESSA ÚLTIMA SEMANA”: Digite 00 para nenhum,88 para NSA e 99 para não sabe/não lembra.	P31 __ P32 __ P33 __ P34 __ P35 __
A155) DESDE <dia da semana passada> ATÉ HOJE, O(A) SR.(A) TOMOU IOGURTE? (0) Não →Pule para a questão A157 (1) Sim (9) Não sabe/não lembra →Pule para a questão A157	IOGUR__
A156) Indique as fotos a partir da aba 4. APONTE QUE IOGURTES TOMOU “NESSA ÚLTIMA SEMANA”: Digite 00 para nenhum,88 para NSA e 99 para não sabe/não lembra.	P41 __ P42 __ P43 __ P44 __ P45 __
AGORA VAMOS FALAR SOBRE ONDE O(A) SR.(A) COSTUMA ALMOÇAR E JANTAR.	
A157) TEM ALGUM DIA DA SEMANA EM QUE O(A) SR.(A) NORMALMENTE <u>ALMOÇA</u> FORA DE CASA? (0) Não → Pule para questão A159 (1) Sim (9) Não sabe/não lembra → Pule para questão A159	ALMFORA__

A158) <i>Se sim, QUAIS?</i> Segunda (0) não (1) sim Terça (0) não (1) sim Quarta (0) não (1) sim Quinta (0) não (1) sim Sexta (0) não (1) sim Sábado (0) não (1) sim Domingo (0) não (1) sim	AFSEG __ AFTERCA __ AFQUARTA __ AFQUINTA __ AFSEXTA __ AFSAB __ AFDOM __
A159) TEM ALGUM DIA DA SEMANA EM QUE O(A) SR.(A) NORMALMENTE <u>JANTA</u> FORA DE CASA? (0) Não → <i>Pule para questão A161</i> (1) Sim (9) Não sabe/não lembra → <i>Pule para questão A161</i>	JANFORA__
A160) <i>Se sim, QUAIS?</i> Segunda (0) não (1) sim Terça (0) não (1) sim Quarta (0) não (1) sim Quinta (0) não (1) sim Sexta (0) não (1) sim Sábado (0) não (1) sim Domingo (0) não (1) sim	JFSEG __ JFTERCA __ JFQUARTA __ JFQUINTA __ JFSEXTA __ JFSAB __ JFDOM __
AGORA VAMOS FALAR SOBRE ONDE O(A) SR(A) ALMOÇOOU E JANTOU NA ÚLTIMA SEMANA, DESDE <DIA DA SEMANA>.	
A161) CONSIDERANDO ESTA ÚLTIMA SEMANA, DESDE <dia da semana passada>, EM QUANTOS DIAS O(A) SR.(A) ALMOÇOOU FORA DE CASA? (0) Nenhum (1) 1 dia (2) 2 dias (3) 3 dias (4) 4 dias (5) 5 dias (6) 6 dias (7) 7 dias (9) Não sabe/Não lembra	DIASAF __
A162) CONSIDERANDO ESTA ÚLTIMA SEMANA, DESDE <dia da semana passada>, EM QUANTOS DIAS O(A) SR.(A) JANTOU FORA DE CASA? (0) Nenhum (1) 1 dia (2) 2 dias (3) 3 dias (4) 4 dias (5) 5 dias (6) 6 dias (7) 7 dias (9) Não sabe/Não lembra	DIASJF __
AGORA VAMOS FALAR SOBRE ONDE O (A) SR (A) ALMOÇOOU E JANTOU ONTEM E ANTEONTEM.	
A163) ONTEM, O(A) SR.(A) <u>ALMOÇOOU</u> EM CASA OU FORA DE CASA? (1) Em casa (2) Fora de casa → <i>Pule para questão A165</i> (9) Não sabe/Não lembra → <i>Pule para questão A166</i>	ONTEMACFC __

A164) <i>Se em casa, COMEU: Ler opções.</i> (1) Comida feita em casa (2) Marmita/ Vianda (3) Lanche feito em casa (4) Congelados (5) Lanches comprados prontos para o consumo (8) NSA (9) Não sabe/Não lembra	ONTEMAC__
A165) <i>Se fora de casa, COMEU EM: Ler opções.</i> (1) Restaurante por quilo (2) Restaurante à la carte (3) Lancherias/ Pizzarias (4) Trabalho ou outro local (8) NSA (9) Não sabe/Não lembra	ONTEMAFC __
A166) ONTEM, O(A) SR.(A) <u>JANTOU</u> EM CASA OU FORA DE CASA? (1) Em casa (2) Fora de casa → <i>Pule para questão A168</i> (9) Não sabe/Não lembra → <i>Pule para questão A169</i>	ONTEMJCFC __
A167) <i>Se em casa, COMEU: Ler opções.</i> (1) Comida feita em casa (2) Marmita/ Vianda (3) Lanche feito em casa (4) Congelados (5) Lanches comprados prontos para o consumo (8) NSA (9) Não sabe/Não lembra	ONTEMJC __
A168) <i>Se fora de casa, COMEU EM: Ler opções.</i> (1) Restaurante por quilo (2) Restaurante à la carte (3) Lancherias/ Pizzarias (4) Trabalho ou outro local (8) NSA (9) Não sabe/Não lembra	ONTEMJFC __
A169) ANTEONTEM, <dia da semana>, O(A) SR.(A) <u>ALMOÇOU</u> EM CASA OU FORA DE CASA? (1) Em casa (2) Fora de casa → <i>Pule para questão A171</i> (9) Não sabe/Não lembra → <i>Pule para questão A172</i>	ANTEACFC __
A170) <i>Se em casa, COMEU: Ler opções.</i> (1) Comida feita em casa (2) Marmita/ Vianda (3) Lanche feito em casa (4) Congelados (5) Lanches comprados prontos para o consumo (8) NSA (9) Não sabe/Não lembra	ANTEJC __

A171) <i>Se fora de casa, COMEU EM: Ler opções.</i> (1) Restaurante por quilo (2) Restaurante à la carte (3) Lancherias/ Pizzarias (4) Trabalho ou outro local (8) NSA (9) Não sabe/Não lembra	ANTEJFC __
A172) ANTEONTEM, <dia da semana>, O(A) SR.(A) <u>JANTOU</u> EM CASA OU FORA DE CASA? (1) Em casa (2) Fora de casa → <i>Pule para a questão 174</i> (9) Não sabe/Não lembra → <i>Pule para a questão 175</i>	ANTEJCFC__
A173) <i>Se em casa, COMEU: Ler opções.</i> (1) Comida feita em casa (2) Marmita/ Vianda (3) Lanche feito em casa (4) Congelados (5) Lanches comprados prontos para o consumo (8) NSA (9) Não sabe/Não lembra	ANTEJC2__
A174) <i>Se fora de casa, COMEU EM: Ler opções.</i> (1) Restaurante por quilo (2) Restaurante à la carte (3) Lancherias/ Pizzarias (4) Trabalho ou outro local (8) NSA (9) Não sabe/Não lembra	ANTJFC__
MARQUE A RESPOSTA QUE MELHOR REFLETE COMO VOCÊ TEM SE SENTIDO NOS ÚLTIMOS 7 DIAS.	
A175) O(A) SR.(A) TEM SIDO CAPAZ DE RIR E ACHAR GRAÇA DAS COISAS. <i>Ler opções.</i> (1) Como o(a) sr.(a) sempre fez (2) Não tanto quanto antes (3) Sem dúvida, menos que antes (4) De jeito nenhum	EDI1__
A176) O(A) SR.(A) TEM PENSADO NO FUTURO COM ALEGRIA. <i>Ler opções.</i> (1) Sim, como de costume (2) Um pouco menos que de costume (3) Muito menos que de costume (4) Praticamente não	EDI2__
A177) O(A) SR.(A) TEM SE CULPADO SEM RAZÃO QUANDO AS COISAS DÃO ERRADO. <i>Ler opções.</i> (1) Não, de jeito nenhum (2) Raramente (3) Sim, às vezes (4) Sim, muito freqüentemente	EDI3__
A178) O(A) SR.(A) TEM FICADO ANSIOSO(A) OU PREOCUPADO(A) SEM UMA BOA RAZÃO. <i>Ler opções.</i> (1) Sim, muito seguido (2) Sim, às vezes (3) De vez em quando (4) Não, de jeito nenhum	EDI4__
A179) O(A) SR.(A) TEM SE SENTIDO ASSUSTADO(A) OU EM PÂNICO SEM UM BOM MOTIVO. <i>Ler opções.</i> (1) Sim, muito seguido (2) Sim, às vezes (3) De vez em quando (4) Não, de jeito nenhum	EDI5__

A180) O(A) SR.(A) TEM SE SENTIDO SOBRECARGADO(A) PELAS TAREFAS E ACONTECIMENTOS DO SEU DIA-A-DIA. Ler opções. (1) Sim, na maioria das vezes o(a) sr.(a) não consegue lidar bem com eles (2) Sim, algumas vezes o(a) sr.(a) não consegue lidar bem como antes (3) Não, na maioria das vezes o(a) sr.(a) consegue lidar bem com eles (4) Não, o(a) sr.(a) consegue lidar com eles tão bem quanto antes	EDI6__
A181) O(A) SR.(A) TEM SE SENTIDO TÃO INFELIZ QUE EU TENHO TIDO DIFICULDADE DE DORMIR. Ler opções. (1) Sim, na maioria das vezes (2) Sim, algumas vezes (3) Raramente (4) Não, nenhuma vez	EDI7__
A182) O(A) SR.(A) TEM SE SENTIDO TRISTE OU MUITO MAL. Ler opções. (1) Sim, na maioria das vezes (2) Sim, muitas vezes (3) Raramente (4) Não, de jeito nenhum	EDI8__
A183) O(A) SR.(A) TEM SE SENTIDO TÃO TRISTE QUE TEM CHORADO. Ler opções. (1) Sim, a maior parte do tempo (2) Sim, muitas vezes (3) Só de vez em quando (4) Não, nunca	EDI9__
A184) O(A) SR.(A) TEM PENSADO EM FAZER ALGUMA COISA CONTRA SI MESMO(A). Ler opções. (1) Sim, muitas vezes (2) Às vezes (3) Raramente (4) Nunca	EDI10__
AGORA VAMOS FALAR SOBRE USO DE MOTOCICLETA.	
Somente serão aplicadas a indivíduos menores de 60 anos.	
A185) O(A) SR.(A) ANDA DE MOTO ATUALMENTE? Ler opções. (1) Sim, como condutor (2) Sim, como carona (3) Não → Pule para questão A190	AMOTO__
A186) PARA QUE FINALIDADE USA A MOTO? Ler opções. Deslocamento para o trabalho ou estudo (0)não (1)sim Lazer (0)não (1)sim Levar e trazer filhos ou familiares a escola ou trabalho (0)não (1)sim Trabalho (motoboy, moto táxi) (0)não (1)sim Outro trabalho que exija moto (0)não (1)sim	AMDESLOC __ AMLAZ __ AMFAM __ AMBOY __ AMTRAB __
A187) O(A) SR.(A) USA NORMALMENTE A MOTO QUANDO? Ler opções. (1) Só durante a semana (2) Só nos fins de semana (3) Os dois	AMUSO __
A188) QUANTO A CINTA DO TEU CAPACETE, O(A) SR.(A): Ler opções. (1) Mantém afivelada e pronta para colocar, sem precisar abrir (2) Afivela a presilha cada vez que vai sair de moto (3) Usa a cinta sem prender	AMCINTA __

A189) NOS DIAS EM QUE MAIS USA A MOTO, QUANTAS HORAS POR DIA O(A) SR.(A) USA? ____ horas ____ minutos por dia	AMHR ____ AMMIN ____
A190) PARA O(A) SR.(A) O RISCO DE SE ACIDENTAR DE MOTO EM PELOTAS É: <i>Ler opções.</i> (1) Muito alto (2) Alto (3) Médio (5) Muito baixo (4) Baixo	AMRISCO ____
A191) NOS ÚLTIMOS 12 MESES O(A) SR.(A) SOFREU ALGUM ACIDENTE DE MOTO, SE SIM, QUANTAS VEZES? (1) Sim, uma vez (2) Sim, duas vezes (3) Sim, três vezes (4) Não → <i>Encerre o questionário</i>	AMACID ____
A192) QUAL A LESÃO MAIS GRAVE QUE O(A) SR.(A) TEVE NESTE(S) ACIDENTE(S)? (1) Fratura (2) Escoriações (arranhões) (3) Lacerações (cortes) (4) Outra, qual? _____	AMLESAO ____
A193) QUAL O LOCAL EM QUE ACONTECEU A LESÃO MAIS GRAVE? (1) Braços (2) Pernas (3) Cabeça (4) Face/dentes (5) Tronco (6) Outro, qual? _____	AMGRAVE ____
A194) NO ÚLTIMO ANO, O(A) SR.(A) ESTEVE HOSPITALIZADO QUANTOS DIAS POR CAUSA DOS ACIDENTES DE MOTO? ____ dias	AMHOSP ____
A195) NO ÚLTIMO ANO, O(A) SR.(A) FALTOU AO TRABALHO QUANTOS DIAS POR CAUSA DOS ACIDENTES DE MOTO? ____ dias	AMTRACD ____
QUAL O NÚMERO DO SEU CELULAR: (53) _____ - _____	AMCEL _____ - _____
EM OUTRO MOMENTO VOCÊ PODERÁ SER CONTATADO PARA RESPONDER MAIS ALGUMAS PERGUNTAS.	

BLOCO B: DOMICILIAR				ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO		
# Este bloco deve ser aplicado a <u>apenas 1 morador do domicílio</u> , de preferência, o(a) dono(a) da casa.						
Número do setor ____ Número da família ____ Número da pessoa ____ Entrevistadora: ____				BSET ____ BFAM ____ BPES ____ BENT ____		
B1) O(A) SR.(A) POSSUI TELEFONE NESTE DOMICÍLIO? (0) Não → Pule para a questão B3 (1) Sim				BFONE ____		
B2) QUAL O NÚMERO? (____) ____ - ____ → Pule para a questão B5				BFONENUM (____) ____ - ____		
B3) EXISTE ALGUM OUTRO NÚMERO DE TELEFONE OU CELULAR PARA QUE POSSAMOS ENTRAR EM CONTATO COM O(A) SR.(A)? (0) Não → Pule para a questão B5 (1) Sim				BCEL		
B4) QUAL O NÚMERO? (____) ____ - ____				BCELNUM (____) ____ - ____		
AGORA VOU LHE PERGUNTAR ALGUMAS INFORMAÇÕES SOBRE A SUA FAMÍLIA.						
B5) QUEM É O CHEFE DE SUA FAMÍLIA? _____						
B6) QUAL A ESCOLARIDADE DO CHEFE DA FAMÍLIA? (1) Nenhuma ou até 3ª série (primário incompleto) (2) 4ª série (primário completo) ou 1º grau (ginásial) incompleto (3) 1º grau (ginásial) completo ou 2º grau (colegial) incompleto (4) 2º grau (colegial) completo ou nível superior incompleto (5) Nível superior completo (9) IGN				ESCCHEF ____		
B7) QUANTAS PESSOAS MORAM NESTE DOMICÍLIO? Verifique a definição de morador no manual. Digite o número de moradores. ____ pessoas (99) IGN				NMOR ____		
AGORA GOSTARIA QUE O(A) SR.(A) ME DISSESSE TODAS AS PESSOAS QUE MORAM AQUI, UMA DE CADA VEZ, E ME DIGA TAMBÉM O SEXO E A IDADE DELAS.						
B8) QUEM MORA NA CASA? ME DIGA O NOME COMPLETO DE CADA MORADOR COMEÇANDO PELO(A) SR.(A): 1 (respondente) _____ _____ _____	B9) QUAL O SEXO DELE(A)? <i>Perguntar somente em caso de dúvida.</i> 1 (1) Feminino (0) Masculino	B10) QUAL A IDADE DO(A) <nome>? (00 para <1 ano). 1 ____ anos	<i>Se o morador tiver idade entre 18 e 19 anos ou 29 e 30 anos.</i> B11) <nome> NASCEU EM PELOTAS? (1) Sim (2) Não → pule para B15	B12) QUAL O NOME DA MÃE DO(A) <nome>? 1 _____ _____ (99) Não sei	B13) <nome> TEM CELULAR? (1) sim (0) não → pule para B15	B14) QUAL O NÚMERO? 1 (____) ____ - ____

SEXO1 __ IDADE1 __ __ NASCPEL1 __ CEL1 __ NUMCEL1 (__ __)						
2 _____ _____	2 (1) Feminino (0) Masculino	2 __ __ anos	(1) Sim (2) Não → pule para B15	2_____ _____ (99) Não sei	(1) sim (0) não → pule para B15	2 (__ __) _____
SEXO2 __ IDAD2 __ __ NASCPEL2 __ CEL2 __ NUMCEL2 (__ __)						
3 _____ _____	3 (1) Feminino (0) Masculino	3 __ __ anos	(1) Sim (2) Não → pule para B15	3_____ _____ (99) Não sei	(1) sim (0) não → pule para B15	3 (__ __) _____
SEXO3 __ IDAD3 __ __ NASCPEL3 __ CEL3 __ NUMCEL3 (__ __)						
4 _____ _____	4 (1) Feminino (0) Masculino	4 __ __ anos	(1) Sim (2) Não → pule para B15	4_____ _____ (99) Não sei	(1) sim (0) não → pule para B15	4 (__ __) _____
SEXO4 __ IDAD4 __ __ NASCPEL4 __ CEL4 __ NUMCEL4 (__ __)						
5 _____ _____	5 (1) Feminino (0) Masculino	5 __ __ anos	(1) Sim (2) Não → pule para B15	5_____ _____ (99) Não sei	(1) sim (0) não → pule para B15	5 (__ __) _____
SEXO5 __ IDAD5 __ __ NASCPEL5 __ CEL5 __ NUMCEL5 (__ __)						
6 _____ _____	6 (1) Feminino (0) Masculino	6 __ __ anos	(1) Sim (2) Não → pule para B15	6_____ _____ (99) Não sei	(1) sim (0) não → pule para B15	6 (__ __) _____
SEXO6 __ IDAD6 __ __ NASCPEL6 __ CEL6 __ NUMCEL6 (__ __)						
7 _____ _____	7 (1) Feminino (0) Masculino	7 __ __ anos	(1) Sim (2) Não → pule para B15	7_____ _____ (99) Não sei	(1) sim (0) não → pule para B15	7 (__ __) _____
SEXO7 __ IDAD7 __ __ NASCPEL7 __ CEL7 __ NUMCEL7 (__ __)						
8 _____ _____	8 (1) Feminino (0) Masculino	8 __ __ anos	(1) Sim (2) Não → pule para B15	8_____ _____ (99) Não sei	(1) sim (0) não → pule para B15	8 (__ __) _____
SEXO8 __ IDAD8 __ __ NASCPEL8 __ CEL8 __ NUMCEL8 (__ __)						
9 _____ _____	9 (1) Feminino (0) Masculino	9 __ __ anos	(1) Sim (2) Não → pule para B15	9_____ _____ (99) Não sei	(1) sim (0) não → pule para B15	9 (__ __) _____
SEXO9 __ IDAD9 __ __ NASCPEL9 __ CEL9 __ NUMCEL9 (__ __)						
10 _____ _____	10 (1) Feminino (0) Masculino	10 __ __ anos	(1) Sim (2) Não → pule para B15	10_____ _____ (99) Não sei	(1) sim (0) não → pule para B15	10 (__ __) _____
SEXO10 __ IDAD10 __ __ NASCPEL10 __ CEL10 __ NUMCEL10 (__ __)						
AGORA FAREI PERGUNTAS SOBRE OS BENS E A RENDA DOS MORADORES DA CASA. LEMBRO, MAIS UMA VEZ, QUE OS DADOS DESTA ESTUDO SÃO CONFIDENCIAIS. PORTANTO, FIQUE TRANQUIL(A) PARA INFORMAR O QUE FOR PERGUNTADO.						
SOBRE APARELHOS QUE O(A) SR.(A) TEM EM CASA. NA SUA CASA O(A) SR.(A) TEM:						
B15) ASPIRADOR DE PÓ?		(0) Não	(1) Sim	(99) IGN	BASP __	

B16) MÁQUINA DE LAVAR ROUPA? (não considerar tanquinho)	(0) Não	(1) Sim	(99) IGN	BLAV ____			
B17) VIDEOCASSETE OU DVD?	(0) Não	(1) Sim	(99) IGN	BDVD ____			
B18) GELADEIRA?	(0) Não	(1) Sim	(99) IGN	BGELA ____			
B19) FREEZER OU GELADEIRA DUPLEX?	(0) Não	(1) Sim	(99) IGN	BFREE ____			
B20) FORNO DE MICROONDAS?	(0) Não	(1) Sim	(99) IGN	BMOND ____			
B21) MICROCOMPUTADOR?	(0) Não	(1) Sim	(99) IGN	BCPU ____			
B22) TELEFONE FIXO? (convencional)	(0) Não	(1) Sim	(99) IGN	BTELSN ____			
NA SUA CASA, O(A) SR.(A) TEM...? QUANTOS?							
B23) RÁDIO	(0)	(1)	(2)	(3)	(4+)	(99) IGN	BRAD ____
B24) TELEVISÃO PRETO E BRANCO	(0)	(1)	(2)	(3)	(4+)	(99) IGN	BTVPB ____
B25) TELEVISÃO COLORIDA	(0)	(1)	(2)	(3)	(4+)	(99) IGN	BTVCOL ____
B26) AUTOMÓVEL	(0)	(1)	(2)	(3)	(4+)	(99) IGN	BAUTO ____
(somente de uso particular)							
B27) APARELHO DE AR	(0)	(1)	(2)	(3)	(4+)	(99) IGN	BARCON ____
CONDICIONADO (se ar condicionado central marque o número de cômodos servidos)							
B28) NA SUA CASA, TRABALHA EMPREGADA OU EMPREGADO DOMÉSTICO MENSALISTA? SE SIM, QUANTOS?							BEMPR ____
(0) Não							
(1) Um							
(2) Dois ou mais							
(99) IGN							
B29) QUANTAS PEÇAS SÃO USADAS PARA DORMIR?							BDORME ____ ____
____ ____ peças (99) IGN							
B30) QUANTOS BANHEIROS EXISTEM NA CASA? Considere somente os que têm vaso.							BANHO ____ ____
____ ____ banheiros (99) IGN							
B31) NO MÊS PASSADO QUANTO GANHARAM AS PESSOAS QUE MORAM AQUI, INCLUINDO TRABALHO E APOSENTADORIA? Se a pessoa não possui renda, preencha 00000.							
B32) Pessoa 1: R\$ ____ ____ ____ ____ por mês							BRF1 ____ ____ ____ ____
B33) Pessoa 2: R\$ ____ ____ ____ ____ por mês							BRF2 ____ ____ ____ ____
B34) Pessoa 3: R\$ ____ ____ ____ ____ por mês							BRF3 ____ ____ ____ ____
B35) Pessoa 4: R\$ ____ ____ ____ ____ por mês							BRF4 ____ ____ ____ ____
B36) Pessoa 5: R\$ ____ ____ ____ ____ por mês							BRF5 ____ ____ ____ ____
(00000) Não possui renda							
(88888) NSA							
(99999) IGN							
B37) A FAMÍLIA TEM OUTRA FONTE DE RENDA, POR EXEMPLO, ALUGUEL, PENSÃO OU OUTRA “QUE NÃO FOI CITADA ANTERIORMENTE”?							BREOU ____
(0) Não →Pule para a questão B39							
(1) Sim							
(88888) NSA							
(99999) IGN							
B38) QUANTO?							BRE ____ ____ ____ ____
R\$ ____ ____ ____ ____ por mês							

B39) NO ÚLTIMO ANO, O(A) SR.(A) OU ALGUÉM DA FAMÍLIA DEIXOU DE COMPRAR ALGO IMPORTANTE PARA O SEU DIA A DIA, PRECISOU FAZER OU FEZ ALGUM EMPRÉSTIMO, OU TEVE QUE VENDER ALGO PARA PAGAR GASTOS COM ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE? (0) Não → <i>Pule para a questão B59</i> (1) Sim (99) IGN	<i>GVEND</i> __
B40) QUE TIPO DE PROBLEMA OCASIONOU ESSE GASTO? <i>Ler opções.</i> B41) Remédios (0) não (1)sim (88)NSA (99)IGN B42) Consulta médica (0) não (1)sim (88)NSA (99)IGN B43) Exame de laboratório ou imagem (0) não (1)sim (88)NSA (99)IGN B44) Internação clínica (0) não (1)sim (88)NSA (99)IGN B45) Cirurgia (0) não (1)sim (88)NSA (99)IGN B46) Outro problema. → <i>Se não, pule para B48.</i> (0) não (1)sim (88)NSA (99)IGN	<i>GREM</i> __ <i>GCON</i> __ <i>GEXAME</i> __ <i>GINT</i> __ <i>GCIR</i> __ <i>GOUTRO</i> __
B47) QUAL? _____	
B48) COMO FOI QUE A FAMÍLIA LIDOU COM ESSE GASTO? <i>Ler opções.</i> B49) Deixou de comprar alimento (0) não (1)sim (88)NSA (99)IGN B50) Deixou de pagar contas (0) não (1)sim (88)NSA (99)IGN B51) Fez empréstimo de amigo ou familiar (0) não (1)sim (88)NSA (99)IGN B52) Fez empréstimo de banco ou financeira (0) não (1)sim (88)NSA (99)IGN B53) Vendeu algum bem (0) não (1)sim (88)NSA (99)IGN	<i>GLIDALIM</i> __ <i>GLIDCONT</i> __ <i>GLIDEMPRESAF</i> __ <i>GLIDEMPRESBF</i> __ <i>GLIDVEND</i> __
B54) ALGUM OUTRO GASTO? (0) não → <i>Pule para a questão B58</i> (1) sim (88) NSA (99) IGN	<i>GLIDOUTRO</i> __
B55) QUAL GASTO? _____	
B56) ALGUM OUTRO GASTO? (0) não → <i>Pule para a questão B58</i> (1) sim (88) NSA (99) IGN	<i>GLIDOUTRO2</i> __
B57) QUAL GASTO? _____	
B58) ESSES GASTOS MENCIONADOS ACONTECERAM NOS ÚLTIMOS 30 DIAS? (0) Não (1) Sim (88) NSA (99) IGN	<i>GMES</i> __
AGORA VAMOS FALAR SOBRE A PRESENÇA DE ANIMAIS DE ESTIMAÇÃO NA SUA CASA	
B59) TEM CACHORRO OU GATO AQUI NA SUA CASA? (0) Não → <i>Pule para a questão B69</i> (1) Sim (99) IGN	<i>BANIMAL</i> __ __
B60) QUANTOS CACHORROS? <i>Anote 00 se nenhum cachorro.</i> __ __ cachorros	<i>BCAO</i> __ __

B61) QUANTOS GATOS? <i>Anote 00 se nenhum gato.</i> ____ gatos	BGATO ____
B62) DESTES ANIMAIS, QUANTOS NÃO PODEM MAIS TER FILHOTES PORQUE FORAM CASTRADOS? <i>Anote 00 se nenhum animal é castrado ou se não souber responder.</i> ____	BCASTRA ____
B63) DESDE <últimos 12 meses> PRA CÁ, QUANTOS DESTES ANIMAIS FORAM VACINADOS CONTRA A RAIVA? <i>Anote 00 se nenhum foi vacinado ou se não souber responder.</i> ____	BRAIVA ____
B64) DESDE <últimos 12 meses> PRA CÁ, QUANTOS DESTES ANIMAIS FORAM LEVADOS PARA CONSULTAR COM VETERINÁRIO PELO MENOS UMA VEZ? <i>Anote 00 se nenhum foi ao veterinário nos últimos 12 meses ou se não sabe responder.</i> ____	BVETERINARIO ____
B65) DESDE <últimos seis meses> PRA CÁ, VOCÊS USARAM ALGUM PRODUTO NO ANIMAL, OU AQUI NA CASA, PARA COMBATER PULGAS OU CARRAPATOS? (00) Não, nenhum. (01) Sim, nos animais. (02) Sim, no domicílio. (03) Sim, nos animais e na casa. (88) NSA (99) IGN	BECTO ____
B66) DESDE <últimos seis mês> PRA CÁ, QUANTOS DESTES ANIMAIS RECEBERAM ALGUM REMÉDIO CONTRA VERMES? <i>Anote 00 se nenhum recebeu ou se não sabe responder.</i> ____	BENDO ____
B67) QUANTOS DESTES ANIMAIS COSTUMAM SAIR DE CASA SOZINHO OU SÃO LEVADOS PARA PASSEAR SEM COLEIRA? <i>Anote 00 se nenhum animal sai de casa sozinho ou passeia sem coleira, ou se não sabe responder.</i> ____	BACESSO ____
B68) <i>Esta pergunta deve ser feita somente em caso de domicílio com cão. NESSAS OCASIÕES EM QUE O(S) ANIMAL(IS) SAI(EM) PRA PASSEAR E FAZ(EM) COCÔ NA RUA, A PESSOA QUE ESTÁ COM ELE... Ler opções.</i> (01) Não recolhe o cocô. (02) Às vezes recolhe. (03) Sempre recolhe. (04) O animal não sai para passear. (88) NSA (99) IGN	BFEZES ____
AGORA VOU PERGUNTAR SOBRE ALIMENTOS QUE VOCES PODEM TER TIDO EM CASA NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, OU SEJA, DESDE <DIA DO MÊS PASSADO>. SOMENTE NESSE PERÍODO.	
B69) O(A) SR.(A) TEVE EM CASA FRUTAS <i>Ler opções.</i> (1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre	BDFRUTA ____
B70) O(A) SR.(A) TEVE EM CASA REFRIGERANTES <i>Ler opções.</i> (1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre	BDREFRI ____
B71) O(A) SR.(A) TEVE EM CASA EMBUTIDOS, COMO MORTADELA, SALAME, SALSICHA, LINGUIÇA OU PRESUNTO <i>Ler opções.</i> (1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre	BDEMBUT ____

B72) O(A) SR.(A) TEVE EM CASA ALIMENTOS CONGELADOS, COMO BATATA FRITA, PIZZA, NUGGETS <i>Ler opções.</i> (1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre	<i>BDCONG</i> ____
B73) O(A) SR.(A) TEVE EM CASA SALGADINHOS DE PACOTE DO TIPO CHIPS, COMO BATATA PALHA, RUFFLES, CHEETOS, FANDANGOS, PASTELINA, FRITEX <i>Ler opções.</i> (1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre	<i>BDCHIPS</i> ____
B74) O(A) SR.(A) TEVE EM CASA CHOCOLATES, BALAS OU DOCES <i>Ler opções.</i> (1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre	<i>BDDOCE</i> ____
B75) O(A) SR.(A) TEVE EM CASA LEGUMES E VERDURAS, COMO ALFACE, TOMATE, CENOURA, COUVE OU OUTROS <i>Ler opções.</i> (1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre	<i>BDLV</i> ____
B76) O(A) SR.(A) TEVE EM CASA PÃO INTEGRAL, ARROZ INTEGRAL OU AVEIA <i>Ler opções.</i> (1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre	<i>BDINTEG</i> ____
B77) ONDE, NORMALMENTE, O(A) SR.(A) COMPRA FRUTAS? (1) Na feira livre, perto de casa (2) Na feira livre, longe de casa (3) Na fruteira, perto de casa (4) Na fruteira, longe de casa (5) No armazém / mercadinho, perto de casa (6) No armazém / mercadinho, longe de casa (7) No supermercado / hipermercado, perto de casa (8) No supermercado / hipermercado, longe de casa (88) NSA	<i>BLOCFRUT</i> ____
B78) ONDE, NORMALMENTE, O(A) SR.(A) COMPRA LEGUMES E VERDURAS? (1) Na feira livre, perto de casa (2) Na feira livre, longe de casa (3) Na fruteira, perto de casa (4) Na fruteira, longe de casa (5) No armazém / mercadinho, perto de casa (6) No armazém / mercadinho, longe de casa (7) No supermercado / hipermercado / atacado, perto de casa (8) No supermercado / hipermercado / atacado, longe de casa (88) NSA	<i>BLOCLV</i> ____
B79) ONDE, NORMALMENTE, O(A) SR.(A) COMPRA OS OUTROS ALIMENTOS? (1) No armazém / mercadinho, perto de casa (2) No armazém / mercadinho, longe de casa (3) No supermercado / hipermercado / atacado, perto de casa (4) No supermercado / hipermercado / atacado, longe de casa (88) NSA	<i>BLOCALIM</i> ____

BLOCO C: ADOLESCENTES <i># Este bloco deve ser aplicado a todos adolescentes de 10 a 19 anos de ambos os sexos</i>		
Entrevistadora: ____ Data da entrevista: ____ / ____ / ____ Horas da entrevista: ____:____ Número do setor ____ Número da família ____ Número da pessoa ____ Endereço: _____ TIPO DE RESIDÊNCIA: (1) casa (2) apartamento		CENT ____ CDE ____ / ____ / ____ _____ CHE ____: ____ CSET ____ CFAM ____ CPESOA ____ CTIPOM ____
Nome do adolescente:		
Nome do pai ou responsável:		
Nome da mãe:		
CG1) QUAL É A SUA IDADE? ____ anos		CIDADE ____
CG2) QUAL A SUA DATA DE NASCIMENTO? ____/____/____		CNASC ____/____/____
As próximas duas questões (CG3 e CG4) devem ser apenas observadas.		
CG3) COR DA PELE: (1) Branca (2) Preta (3) Amarela (4) Indígena (5) Parda (6) Outra: _____		CCORPEL ____
CG4) SEXO: (1) Masculino (2) Feminino		CSEXO ____
CG5) VOCÊ SABE LER E ESCREVER? (0) não → Pule para a questão CG7 (1) sim (2) só assina → Pule para a questão CG7 (9) IGN → Pule para a questão CG7		CSABLER ____
CG6) ATÉ QUE SÉRIE VOCÊ ESTUDOU (ATÉ AGORA)? <i>Atenção: consultar a tabela de equivalência de anos de estudo</i> Anos completos de estudo: ____ anos (88) NSA		CESCOLA ____
CG7) QUAL A SUA SITUAÇÃO CONJUGAL? (1) Casado(a) ou mora com companheiro(a) (2) Solteiro(a) ou sem companheiro(a) (3) Separado(a) (4) Viúvo(a) (9) IGN		CCOMPAN ____
CG8) QUAL A SUA COR OU RAÇA? (1) branca (2) preta (3) amarela (4) indígena (5) parda		CCORPELE ____

AGORA VOU LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE FUMO.			
CG9) VOCÊ FUMA OU JÁ FUMOU? (0) não, nunca fumou → <i>Pule para a questão C1</i> (1) sim, fuma (2) já fumou, mas parou de fumar			CFUMO __
CG10) QUANTOS CIGARROS VOCÊ FUMA OU FUMAVA POR DIA? __ cigarros (88) NSA (99)IGN			CCIGDIA__ __
FALANDO AGORA SOBRE DESLOCAMENTO PARA O COLÉGIO, FACULDADE OU TRABALHO E ATIVIDADES FÍSICAS.			
C1) VOCÊ ESTÁ ESTUDANDO NESTE ANO DE 2012? (0) Não → <i>Pule para questão C5</i> (1) Sim			ZESTU __
C1.1) SUAS AULAS JÁ INICIARAM? (0) Não → <i>Agende a entrevista para uma data posterior ao início das aulas do adolescente e encerre o questionário</i> (1) Sim			ZAULA __
C2) EM QUE COLÉGIO OU UNIVERSIDADE VOCÊ ESTUDA? _____ (88) NSA			ZESCU __ __
C3) COMO VOCÊ VAI PARA O COLÉGIO OU FACULDADE NA MAIORIA DOS DIAS: A PÉ, DE ÔNIBUS, DE CARRO, MOTO OU BICICLETA? (01) carro ou moto (02) ônibus (03) a pé (04) bicicleta (05) outro _____ (99) IGN → <i>Pule para questão C5</i> (88) NSA			ZVAICOL __ __
C4) QUANTO TEMPO VOCÊ DEMORA DE CASA ATÉ O COLÉGIO OU FACULDADE? __ __ horas __ __ minutos (8) NSA			ZCCH __ __ ZCCM __ __
C5) VOCÊ TRABALHA FORA DE CASA OU EM ALGUM NEGÓCIO DA SUA FAMÍLIA? (0) Não → <i>Pule para a questão C8</i> (1) Sim			ZTRAB __
C6) COMO VOCÊ VAI PARA O TRABALHO NA MAIORIA DOS DIAS: A PÉ, DE ÔNIBUS, DE CARRO, MOTO OU BICICLETA? (01) carro ou moto (02) ônibus (03) a pé (04) bicicleta (05) outro _____ (88) NSA			ZVAITRA __ __
C7) QUANTO TEMPO VOCÊ DEMORA DE CASA ATÉ O TRABALHO? __ __ horas __ __ minutos (8) NSA			ZCTH __ __ ZCTM __ __
C8) DESDE <dia da semana passada>, VOCÊ PRATICOU ALGUMA ATIVIDADE FÍSICA OU ESPORTE SEM CONTAR AS AULAS DE EDUCAÇÃO FÍSICA? (0) Não → <i>Pule para a questão C10</i> (1) Sim			ZPRAT __
C9) AGORA VOU CITAR ALGUMAS ATIVIDADES E GOSTARIA QUE ME DISSESSE QUAIS VOCÊ PRATICOU DESDE <dia> DA SEMANA PASSADA. Para as atividades praticadas, pergunte sobre a frequência semanal e a duração das mesmas.			
Atividades:	Quantos dias na semana?	Quanto tempo em cada dia?	
Futebol de sete, rua ou			ZFUTD __

campo	_____	__ __ horas __ __ minutos	ZFUTH __ __ ZFUTM __ __
Futebol de salão, futsal	_____	__ __ horas __ __ minutos	ZFUTSD __ ZFUTSH __ __ ZFUTSM __ __
Caminhada	_____	__ __ horas __ __ minutos	ZCAMD __ ZCAMH __ __ ZCamm __ __
Basquete	_____	__ __ horas __ __ minutos	ZBASD __ ZBASH __ __ ZBASM __ __
Jazz, ballet, outras danças	_____	__ __ horas __ __ minutos	ZDAND __ ZDANH __ __ ZDANM __ __
Vôlei	_____	__ __ horas __ __ minutos	ZVOLD __ ZVOLH __ __ ZVOLM __ __
Musculação	_____	__ __ horas __ __ minutos	ZMUSD __ ZMUSH __ __ ZMUSM __ __
Caçador	_____	__ __ horas __ __ minutos	ZCACD __ ZCACH __ __ ZCACM __ __
Corrida	_____	__ __ horas __ __ minutos	ZCORD __ ZCORH __ __ ZCORM __ __
Ginástica de academia	_____	__ __ horas __ __ minutos	ZGIND __ ZGINH __ __ ZGINM __ __
Bicicleta	_____	__ __ horas __ __ minutos	ZBICD __ ZBICH __ __ ZBICM __ __
Outra atividade. Qual? _____ (0) não (1) sim	_____	__ __ horas __ __ minutos	ZOUTD __ ZOUTH __ __ ZOUTM __ __

AGORA VAMOS FALAR DE SUPORTE SOCIAL PARA CAMINHADA NO SEU TEMPO LIVRE, OU SEJA, CAMINHADAS QUE VOCÊ FAZ UNICAMENTE POR RECREAÇÃO, EXERCÍCIO OU LAZER

NOS ÚLTIMOS 3 MESES, COM QUE FREQUÊNCIA ALGUÉM DE SUA “FAMÍLIA”:

C10) FEZ CAMINHADA COM VOCÊ? <i>Ler opções.</i> (0) Nunca (1) Às vezes (2) Sempre	SSFACA1 __
--	------------

C11) CONVIDOU VOCÊ PARA CAMINHAR? <i>Ler opções.</i> (0) Nunca (1) Às vezes (2) Sempre	SSFACA2 __
---	------------

C12) INCENTIVOU VOCÊ A CAMINHAR? <i>Ler opções.</i> (0) Nunca (1) Às vezes (2) Sempre	SSFACA3 __
--	------------

NOS “ÚLTIMOS 3 MESES”, COM QUE FREQUÊNCIA ALGUM “AMIGO”:

C13) FEZ CAMINHADA COM VOCÊ? <i>Ler opções.</i> (0) Nunca (1) Às vezes (2) Sempre	SSACA1 __
--	-----------

C14) CONVIDOU VOCÊ PARA CAMINHAR? <i>Ler opções.</i> (0) Nunca (1) Às vezes (2) Sempre	SACA2 __
---	----------

C15) INCENTIVOU VOCÊ A CAMINHAR? <i>Ler opções.</i> (0) Nunca (1) Às vezes (2) Sempre	SACA3 __
--	----------

FALANDO AGORA SOBRE APOIO SOCIAL PARA AS ATIVIDADES FÍSICAS NO SEU TEMPO LIVRE, OU SEJA, ATIVIDADES QUE VOCÊ FAZ UNICAMENTE POR RECREAÇÃO, EXERCÍCIO OU LAZER, COMO CORRER, JOGAR FUTEBOL, PEDALAR RÁPIDO DE BICICLETA, DANÇAR, JOGAR VÔLEI, BASQUETE,

HANDEBOL, ENTRE OUTRAS. AGORA AS CAMINHADAS “NÃO” DEVEM SER LEVADAS EM CONTA.	
NOS ÚLTIMOS 3 MESES, COM QUE FREQUÊNCIA ALGUÉM DE SUA “FAMÍLIA”:	
C16) FEZ ATIVIDADES FÍSICAS COM VOCÊ? <i>Ler opções.</i> (0) Nunca (1) Às vezes (2) Sempre	SSFAAF1 __
C17) CONVIDOU VOCÊ PARA FAZER ATIVIDADES FÍSICAS? <i>Ler opções.</i> (0) Nunca (1) Às vezes (2) Sempre	SSFAAF2 __
C18) INCENTIVOU VOCÊ A FAZER ATIVIDADES FÍSICAS? <i>Ler opções.</i> (0) Nunca (1) Às vezes (2) Sempre	SSFAAF3 __
NOS “ÚLTIMOS 3 MESES”, COM QUE FREQUÊNCIA ALGUM “AMIGO”:	
C19) FEZ ATIVIDADES FÍSICAS COM VOCÊ? <i>Ler opções.</i> (0) Nunca (1) Às vezes (2) Sempre	SSAAF1 __
C20) CONVIDOU VOCÊ PARA FAZER ATIVIDADES FÍSICAS? <i>Ler opções.</i> (0) Nunca (1) Às vezes (2) Sempre	SSAAF2 __
C21) INCENTIVOU VOCÊ A FAZER ATIVIDADES FÍSICAS? <i>Ler opções.</i> (0) Nunca (1) Às vezes (2) Sempre	SSAAF3 __
C22) NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES ALGUÉM PAGOU PARA VOCÊ PRATICAR ATIVIDADE FÍSICA EM CLUBES, ACADEMIAS OU ESCOLINHAS? <i>Ler opções.</i> (0) Não → <i>Pule para questão C23</i> (1) Sim	SSAAF4__
C22.1) QUEM PAGOU? (1) mãe (2) pai (3) tio(a) (4) irmão(ã) (5) primo(a) (6) amigo(a) (7) outro	SSAAF5__
C23) NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES ALGUÉM LEVOU OU BUSCOU VOCÊ NOS LOCAIS EM QUE VOCÊ PRATICA ATIVIDADE FÍSICA COMO DANÇA, ACADEMIA OU QUALQUER OUTRO ESPORTE? <i>Ler opções.</i> (0) Não → <i>Pule para questão C24</i> (1) Sim	SSAA6__
C23.1) QUEM LEVOU OU BUSCOU VOCÊ? (1) mãe (2) pai (3) tio(a) (4) irmão(ã) (5) primo(a) (6) amigo(a) (7) outro	SSAA7__
AGORA VAMOS FALAR SOBRE ONDE VOCÊ COSTUMA ALMOÇAR E JANTAR	
C24) TEM ALGUM DIA DA SEMANA QUE VOCÊ NORMALMENTE “ALMOÇA” FORA DE CASA? (0) Não → <i>Pule para questão C26</i> (1) Sim (9) Não sabe/não lembra → <i>Pule para questão C26</i>	ALMFORA __
C25) <i>Se sim, QUAIS?</i> Segunda (0) Não (1) Sim Terça (0) Não (1) Sim	AFSEG __ AFTERCA __ AFQUARTA __

Quarta (0) Não (1) Sim Quinta (0) Não (1) Sim Sexta (0) Não (1) Sim Sábado (0) Não (1) Sim Domingo (0) Não (1) Sim	AFQUINTA __ AFSEXTA __ AFSAB __ AFDOM __
C26) TEM ALGUM DIA DA SEMANA QUE VOCÊ NORMALMENTE “JANTA” FORA DE CASA? (0) Não → <i>Pule para questão C28</i> (1) Sim (9) Não sabe/não lembra → <i>Pule para questão C28</i>	JANFORA __
C27) Se sim, QUAIS? Segunda (0) Não (1) Sim Terça (0) Não (1) Sim Quarta (0) Não (1) Sim Quinta (0) Não (1) Sim Sexta (0) Não (1) Sim Sábado (0) Não (1) Sim Domingo (0) Não (1) Sim	JFSEG __ JFTERCA __ JFQUARTA __ JFQUINTA __ JFSEXTA __ JFSAB __ JFDOM __
AGORA VAMOS FALAR SOBRE ONDE VOCÊ ALMOÇOU E JANTOU NA ÚLTIMA SEMANA, DESDE <dia da semana>	
C28) CONSIDERANDO ESTA ÚLTIMA SEMANA, DESDE <dia da semana>, EM QUANTOS DIAS VOCÊ ALMOÇOU FORA DE CASA? (0) Nenhum (1) 1 dia (2) 2 dias (3) 3 dias (4) 4 dias (5) 5 dias (6) 6 dias (7) 7 dias (9) Não sabe/Não lembra	DIASAF __
C29) CONSIDERANDO ESTA ÚLTIMA SEMANA, DESDE <dia da semana>, EM QUANTOS DIAS VOCÊ JANTOU FORA DE CASA? (0) Nenhum (1) 1 dia (2) 2 dias (3) 3 dias (4) 4 dias (5) 5 dias (6) 6 dias (7) 7 dias (9) Não sabe/Não lembra	DIASJF __
AGORA VAMOS FALAR SOBRE ONDE VOCÊ ALMOÇOU E JANTOU ONTEM E ANTEONTEM	
C30) ONTEM, VOCÊ “ALMOÇOU” EM CASA OU FORA DE CASA? (1) Em casa (2) Fora de casa → <i>Pule para questão C32</i> (9) Não sabe/Não lembra → <i>Pule para questão C33</i>	ONTEMACFC __
C31) Se em casa, COMEU: Ler opções. (1) Comida feita em casa (2) Marmita/ Vianda (3) Lanche feito em casa (4) Congelados (5) Lanches comprados prontos para o consumo (8) NSA	ONTEMAC __

(9) Não sabe/Não lembra	
C32) <i>Se fora de casa, COMEU EM: Ler opções.</i> (1) Restaurante por quilo (2) Restaurante à la carte (3) Lancherias/ Pizzarias (4) Trabalho ou outro local (8) NSA (9) Não sabe/Não lembra	ONTEMAFC __
C33) ONTEM, VOCÊ “JANTOU” EM CASA OU FORA DE CASA? (1) Em casa (2) Fora de casa → <i>Pule para questão C35</i> (9) Não sabe/Não lembra → <i>Pule para questão C36</i>	ONTEMJCFC __
C34) <i>Se em casa, COMEU: Ler opções.</i> (1) Comida feita em casa (2) Marmita/ Vianda (3) Lanche feito em casa (4) Congelados (5) Lanches comprados prontos para o consumo (8) NSA (9) Não sabe/Não lembra	ONTEMJC __
C35) <i>Se fora de casa, COMEU EM: Ler opções</i> (1) Restaurante por quilo (2) Restaurante à la carte (3) Lancherias/ Pizzarias (4) Trabalho ou outro local (8) NSA (9) Não sabe/Não lembra	ONTEMJFC __
C36) ANTEONTEM, <dia da semana>, VOCÊ “ALMOÇOOU” EM CASA OU FORA DE CASA? (1) Em casa (2) Fora de casa → <i>Pule para questão C38</i> (9) Não sabe/Não lembra → <i>Pule para questão C39</i>	ANTEACFC __
C37) <i>Se em casa, COMEU: Ler opções</i> (1) Comida feita em casa (2) Marmita/ Vianda (3) Lanche feito em casa (4) Congelados (5) Lanches comprados prontos para o consumo (8) NSA (9) Não sabe/Não lembra	ANTEAC __
C38) <i>Se fora de casa, COMEU EM: Ler opções</i> (1) Restaurante por quilo (2) Restaurante à la carte (3) Lancherias/ Pizzarias (4) Trabalho ou outro local (8) NSA (9) Não sabe/Não lembra	ANTEAFC __
C39) ANTEONTEM, <dia da semana>, VOCÊ “JANTOU” EM CASA OU FORA DE CASA? (1) Em casa (2) Fora de casa → <i>Pule para questão C41</i> (9) Não sabe/Não lembra → <i>Pule para questão C4</i>	ANTEJCFC __

C40) <i>Se em casa, COMEU: Ler opções.</i> (1) Comida feita em casa (2) Marmita/ Vianda (3) Lanche feito em casa (4) Congelados (5) Lanches comprados prontos para o consumo (8) NSA (9) Não sabe/Não lembra	ANTEJC __
C41) <i>Se fora de casa, COMEU EM: Ler opções.</i> (1) Restaurante por quilo (2) Restaurante à la carte (3) Lancherias/ Pizzarias (4) Trabalho ou outro local (8) NSA (9) Não sabe/Não lembra	ANTEJFC __
AGORA VAMOS FALAR SOBRE O USO DA MOTOCICLETA	
C42) VOCÊ UTILIZA MOTOCICLETA ATUALMENTE? (1) Sim, como condutor (2) Sim, como carona (3) Não → <i>Pule para questão C48</i>	AMOTO __
C43) PARA QUE FINALIDADE USA A MOTO? <i>Ler opções.</i> Deslocamento para o trabalho ou estudo (0)não (1)sim Lazer (0)não (1)sim Levar e trazer filhos ou familiares a escola ou trabalho (0)não (1)sim Trabalho (motoboy, moto táxi) (0)não (1)sim Outro trabalho que exija moto (0)não (1)sim	AMDESLOC __ AMLAZ __ AMFAM __ AMBOY __ AMTRAB __
C44) VOCÊ USA NORMALMENTE A MOTO QUANDO? <i>Ler opções.</i> (1) Só durante a semana (2) Só nos fins de semana (3) Os dois	AMUSO __
C45) QUANTO À CINTA DO SEU CAPACETE, VOCÊ: <i>Ler opções.</i> (1) Mantém afivelada e pronta para colocar sem precisar abrir (2) Afivela a presilha cada vez que vai sair de moto (3) Usa a cinta sem prender	AMCINTA __
C46) NOS DIAS EM QUE MAIS USA A MOTO, QUANTAS HORAS POR DIA VOCÊ USA? __ __ horas __ __ minutos por dia	AMH __ __ AMM __ __
C47) PRA VOCÊ O RISCO DE SE ACIDENTAR DE MOTO EM PELOTAS É: <i>Ler opções.</i> (1) Muito alto (2) Alto (3) Médio (4) Baixo (5) Muito baixo	AMRISCO __
C48) NOS ÚLTIMOS 12 MESES VOCÊ SOFREU ALGUM ACIDENTE DE MOTO? (1) Sim, uma vez (2) Sim, duas vezes (3) Sim, três vezes ou mais (4) Não → <i>Pule para questão C53</i>	AMACID __
C49) QUAL A LESÃO MAIS GRAVE QUE VOCÊ TEVE NESTE(S) ACIDENTE(S)? (1) Fratura (2) Escoriações (arranhões) (3) Lacerações (cortes)	AMLESAO __

(4) Outra lesão, qual? _____	
C50) QUAL O LOCAL EM QUE ACONTECEU A LESÃO MAIS GRAVE? (1) Braços (2) Pernas (3) Cabeça (4) Face/dentes (5) Tronco (6) Outro local, qual? _____	AMGRAVE __
C51) NO ÚLTIMO ANO, VOCÊ ESTEVE HOSPITALIZADO QUANTOS DIAS POR CAUSA DOS ACIDENTES DE MOTO? __ __ __ dias	AMHOSP __ __ __
C52) NO ÚLTIMO ANO, VOCÊ FALTOU AO TRABALHO QUANTOS DIAS POR CAUSA DOS ACIDENTES DE MOTO? __ __ __ dias	AMTRACD __ __ __
AGORA VAMOS FALAR SOBRE PROBLEMAS DE SAÚDE E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	
C53) VOCÊ TEM OU TEVE ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE DESDE <dia do mês passado>? (0) Não → <i>Pule para a questão C55</i> (1) Sim. Qual? _____ (9) IGN → <i>Pule para a questão C55</i>	BPROB __
C54) VOCÊ CONSIDERA QUE SEU PROBLEMA DE SAÚDE: <i>Ler opções.</i> (0) Piorou (1) Continua como antes (2) Melhorou um pouco (3) Melhorou bastante (4) Curou/resolveu (9) IGN	BACPROB __
CONSIDERE COMO SERVIÇOS DE SAÚDE OS POSTOS DE SAÚDE, AMBULATÓRIOS, PRONTO SOCORRO, PRONTO-ATENDIMENTOS, CONSULTÓRIOS, CAPS E HOSPITAIS.	
C55) DESDE <dia do mês passado>, VOCÊ FOI ATENDIDO EM ALGUM SERVIÇO DE SAÚDE? <i>Ler opções.</i> (0) Não → <i>Pule para a questão C58</i> (1) Sim, em um serviço de saúde (2) Sim, em dois serviços de saúde (3) Sim, em mais de dois serviços de saúde (9) IGN → <i>Pule para a questão C58</i>	BUTIL __
C56) QUAL FOI O ÚLTIMO SERVIÇO DE SAÚDE QUE VOCÊ FOI ATENDIDO DESDE <dia do mês passado>? <i>Ler opções.</i> (0) Posto de saúde (1) Pronto Socorro Municipal (2) Pronto-Atendimento (3) Ambulatório das Faculdades/Hospital (4) Centro de especialidades (5) Consultório (6) CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) (7) Internou no hospital (8) Serviço de saúde de outra cidade (9) IGN	BLOCAL __

C57) O ATENDIMENTO, NESSE ÚLTIMO SERVIÇO DE SAÚDE UTILIZADO, FOI POR ALGUM CONVÊNIO, PARTICULAR OU PELO SUS? <i>Ler opções</i> (0) Particular (1) Por algum convênio (2) Por algum convênio, com pagamento extra (3) SUS (4) SUS, com pagamento extra (9) IGN → <i>Pule para a questão C63</i>	<i>BFINAN</i> __
C58) MESMO NÃO TENDO UTILIZADO, VOCÊ PRECISOU DE ATENDIMENTO EM ALGUM SERVIÇO DE SAÚDE DESDE <i><dia do mês passado>?</i> (0) Não → <i>Pule para a questão C67.1</i> (1) Sim (9) IGN → <i>Pule para a questão C67.1</i>	<i>BPREC</i> __
C59) VOCÊ BUSCOU ATENDIMENTO EM ALGUM SERVIÇO DE SAÚDE DESDE <i><dia do mês passado>?</i> (0) Não (1) Sim → <i>Pule para a questão C61</i> (9) IGN	<i>BBUSC</i> __
C60) POR QUE VOCÊ NÃO BUSCOU ATENDIMENTO DESDE <i><dia do mês passado>?</i> <i>Ler opções.</i> (1) Dificuldade de conseguir ficha ou agendamento pelo SUS (2) Não tinha como ir marcar o atendimento (3) Não podia pagar (4) Tinha compromisso com a família (5) Tinha compromisso no trabalho (6) Porque melhorou (9) IGN → <i>Pule para a questão C67.1</i>	<i>BNBUSC</i> __
AGORA VAMOS FALAR DO PRIMEIRO SERVIÇO DE SAÚDE QUE O SR (A) PROCUROU	
C61) ONDE VOCÊ BUSCOU ATENDIMENTO DESDE <i><dia do mês passado></i> E NÃO CONSEGUIU? (0) Posto de saúde (1) Pronto Socorro Municipal (2) Pronto-Atendimentos (3) Ambulatório das Faculdades/Hospital (4) Centro de especialidades (5) Consultórios (6) CAPS (7) Hospital (8) Serviço de saúde de outra cidade (9) IGN	<i>BNCONS</i> __
C62) POR QUE VOCÊ NÃO CONSEGUIU ATENDIMENTO NESSE SERVIÇO DE SAÚDE? <i>Ler opções</i> (0) Não tinha Médico (1) Não tinha Enfermeiro (2) Não tinha ficha (3) Estava fechado no momento que você procurou (4) Não podia pagar (9) IGN	<i>BNATEN</i> __

→Pule para a questão C67.1	
AGORA VAMOS FALAR DO MOTIVO DO ATENDIMENTO NO PRIMEIRO SERVIÇO DE SAÚDE UTILIZADO.	
C63) POR QUAL MOTIVO VOCÊ UTILIZOU O SERVIÇO DE SAÚDE DESDE <dia do mês passado>? (1) Por algum problema de saúde Qual? _____ (2) Fazer uma revisão (check-up) (3) Tomar medicações (inalações, curativo) (4) Realizar fisioterapia (5) Pegar remédios (6) Pedir/pegar/levar exames (7) Pedir receita ou atestado (8) Consulta de pré-natal (9) Fazer exames preventivos (pré-câncer, por exemplo) (99) IGN	BPQUTIL __
C64) POR QUE VOCÊ ESCOLHEU O <nome do serviço de saúde>? Ler opções. (0) Era o mais próximo da sua casa (1) Serviço de saúde que você geralmente vai quando necessita. (2) Profissional de saúde que você geralmente procura quando necessita (3) Facilidade para conseguir o atendimento (4) Fica aberto no horário que você pode ir (5) Escolha dos pais ou responsável (6) Não precisa pagar (7) Foi encaminhado(a) (encaminhamento) (9) IGN	BESCSS __
C65) QUANTO DIAS VOCÊ DEMOROU PARA CONSEGUIR O ATENDIMENTO NO <nome do serviço de saúde>? __ __ __ dias (999) IGN	BDIAS __ __ __
C66) DESDE QUE CHEGOU NO SERVIÇO, QUANTO TEMPO VOCÊ FICOU ESPERANDO ATÉ SER ATENDIDO? __ __ horas e/ou __ __ minutos (99) IGN	BTEMH __ __ BTEMM __ __
C67) QUAL SUA OPINIÃO GERAL SOBRE O ATENDIMENTO QUE RECEBEU? Ler opções. (0) Péssimo (1) Ruim (2) Regular (3) Bom (4) Ótimo (9) IGN	BOPIN __
C67.1) O questionário sobre problemas de saúde e utilização de serviços de saúde foi respondido com ajuda dos pais ou responsável? (0) Não (1) Sim	BAJU __
FALANDO UM POUCO SOBRE DOENÇAS RESPIRATÓRIAS.	
C68) ALGUM MÉDICO OU PROFISSIONAL DE SAÚDE ALGUMA VEZ DISSE QUE VOCÊ TEM ASMA OU BRONQUITE ASMÁTICA? (0) não → Pule para questão C75	CASMA __

(1) sim (99) IGN → <i>Pule para questão C75</i>	
C69) DESDE <mês> DO ANO PASSADO, VOCÊ TEVE CRISES OU SINTOMAS DESTA DOENÇA, COMO CHIADO NO PEITO, TOSSE OU FALTA DE AR? (0) não (1) sim (99) IGN	CSINT __
DESDE <mês> DO ANO PASSADO, VOCÊ USOU ALGUM REMÉDIO POR INALAÇÃO, COMO: C70) NEBULIZAÇÃO? (0) não (1) sim (99) IGN C71) “BOMBINHA”, CÁPSULAS DE PÓ OU INALADOR DE PÓ SECO? (0) não (1) sim → <i>Pule para a questão C73</i> (99) IGN → <i>Pule para a instrução anterior à C74</i>	CNEBUL __ CINALAD __
C72) POR QUAL MOTIVO VOCÊ NÃO USOU ESTE TIPO DE REMÉDIO? <i>Após a resposta pule para questão 75.</i> (1) não recebi orientação médica. (2) falta do remédio na rede pública ou não pôde comprar. (3) medo do remédio fazer mal para o coração, dar tremedeira ou de algum outro efeito colateral. (4) não precisei usar. (5) acho difícil usar este tipo de remédio. (6) Outro.Qual? _____ → <i>pule para questão C75</i>	CMOTIV __
C73) QUAL O NOME DO REMÉDIO, OU DOS REMÉDIOS, QUE VOCÊ UTILIZA OU UTILIZOU NO ÚLTIMO ANO PARA INALAR/ASPIRAR? <i>Solicitar a embalagem do medicamento ou mostrar o catálogo. Escreva 99 para IGN ou 88 para NSA.</i> Remédio 1: _____ Remédio 2: _____ Remédio 3: _____ Remédio 4: _____ Remédio 5: _____ <i>Caso tenha respondido esta questão, ler frase abaixo antes de passar para questão C74.</i>	
EM OUTRO MOMENTO SERÃO SOLICITADOS MAIS DETALHES SOBRE COMO VOCÊ USA ESTE TIPO DE REMÉDIO. UM ALUNO DO MESTRADO EM EPIDEMIOLOGIA DA UFPEL IRÁ ENTRAR EM CONTATO EM BREVE E LHE EXPLICARÁ COMO SERÁ ESTA OUTRA VISITA.	
<i>O questionário sobre problemas de saúde e utilização de serviços de saúde foi respondido com ajuda dos pais ou responsável?</i> (2) Não (3) Sim	RESPAJUDA __
C74) VOCÊ SABE SEU PESO (MESMO QUE SEJA VALOR APROXIMADO)? <i>Só aceita ≥ 30 Kg e < 300kg.</i> _____, _____ kg (9) Não sabe/Não quis informar	PESOK__ __ __ PESOG__ __ __
C75) QUANTO TEMPO FAZ QUE VOCÊ SE PESOU PELA ÚLTIMA VEZ? (1) menos de 1 semana (2) entre 1 semana e 1 mês (3) entre 1 mês e 3 meses	TEMPESO __

(4) entre 3 e 6 meses (5) 6 ou mais meses (6) nunca se pesou (9) não lembra	
C76) VOCÊ SABE SUA ALTURA? <i>Só aceita $\geq 120\text{cm}$ e $< 220\text{cm}$.</i> ___ cm (9) Não sabe/Não quis informar	ALTURA ___ ___
AGORA VAMOS FALAR SOBRE COMO VOCÊ TEM SE SENTIDO NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS	
C77) NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, QUANTOS DIAS VOCÊ TEVE POUCO INTERESSE OU POUCO PRAZER EM FAZER AS COISAS? <i>Ler opções.</i> (0) nenhum dia (1) menos de uma semana (2) uma semana ou mais (3) quase todos os dias	CANE ___
C78) NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, QUANTOS DIAS VOCÊ SE SENTIU PARA BAIXO, DEPRIMIDO (A) OU SEM PERSPECTIVA? <i>Ler opções.</i> (0) nenhum dia (1) menos de uma semana (2) uma semana ou mais (3) quase todos os dias	CHUD ___
C79) NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, QUANTOS DIAS VOCÊ TEVE DIFICULDADE PARA PEGAR NO SONO OU PERMANECER DORMINDO OU DORMIU MAIS DO QUE DE COSTUME? <i>Ler opções.</i> (0) nenhum dia (1) menos de uma semana (2) uma semana ou mais (3) quase todos os dias	CSON ___
C80) NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, QUANTOS DIAS VOCÊ SE SENTIU CANSADO (A) OU COM POUCA ENERGIA? <i>Ler opções.</i> (0) nenhum dia (1) menos de uma semana (2) uma semana ou mais (3) quase todos os dias	CCAN ___
C81) NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, QUANTOS DIAS VOCÊ TEVE FALTA DE APETITE OU COMEU DEMAIS? <i>Ler opções.</i> (0) nenhum dia (1) menos de uma semana (2) uma semana ou mais (3) quase todos os dias	CAPE ___
C82) NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, QUANTOS DIAS VOCÊ SE SENTIU MAL CONSIGO MESMO(A) OU ACHOU QUE É UM FRACASSO OU QUE DECEPCIONOU A SUA FAMÍLIA OU A VOCÊ MESMO(A)? <i>Ler opções.</i> (0) nenhum dia (1) menos de uma semana (2) uma semana ou mais (3) quase todos os dias	CCFRA ___
C83) NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, QUANTOS DIAS VOCÊ TEVE DIFICULDADE PARA SE CONCENTRAR NAS COISAS (COMO LER O JORNAL OU VER TELEVISÃO)? <i>Ler opções.</i> (0) nenhum dia (1) menos de uma semana (2) uma semana ou mais (3) quase todos os dias	CCON ___

C84) NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, QUANTOS DIAS VOCÊ TEVE LENTIDÃO PARA SE MOVIMENTAR OU FALAR (A PONTO DAS OUTRAS PESSOAS PERCEBEREM), OU AO CONTRÁRIO, ESTEVE TÃO AGITADO(A) QUE VOCÊ FICOU ANDANDO DE UM LADO PARA O OUTRO MAIS DO QUE DE COSTUME? <i>Ler opções.</i> (0) nenhum dia (1) menos de uma semana (2) uma semana ou mais (3) quase todos os dias	<i>CLEN</i> __
C85) NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, QUANTOS DIAS VOCÊ PENSOU EM SE FERIR DE ALGUMA MANEIRA OU QUE SERIA MELHOR ESTAR MORTO(A)? <i>Ler opções.</i> (0) nenhum dia (1) menos de uma semana (2) uma semana ou mais (3) quase todos os dias	<i>CSUI</i> __
C86) CONSIDERANDO AS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, OS SINTOMAS ANTERIORES TE CAUSARAM ALGUM TIPO DE DIFICULDADE PARA TRABALHAR OU ESTUDAR OU TOMAR CONTA DAS COISAS EM CASA OU PARA SE RELACIONAR COM AS PESSOAS? <i>Ler opções.</i> (0) nenhuma dificuldade (1) pouca dificuldade (2) muita dificuldade (3) extrema dificuldade	<i>CDIF</i> __
C87) DESDE <dia do mês passado> VOCÊ USOU ALGUM REMÉDIO PARA A DEPRESSÃO, PARA OS NERVOS OU ALGUM REMÉDIO PARA DORMIR, TODOS OS DIAS OU NA MAIORIA DOS DIAS? <i>Ler opções, se necessário.</i> (0) não → <i>Pule para questão C91</i> (1) sim, todos os dias (2) sim, na maioria dos dias (9) IGN → <i>Pule para questão C91</i>	<i>CREMT</i> __
C88) VOCÊ PODERIA MOSTRAR A RECEITA OU A EMBALAGEM DESTES REMÉDIOS? (0) não → <i>Pule para questão C90</i> (1) sim	<i>CREMT2</i> __
C89) Se sim: Anotar o nome do medicamento _____ <i>Após anotar o nome do medicamento pule para a questão C91</i>	
C90) POR QUAL MOTIVO NÃO PODE MOSTRAR A RECEITA OU EMBALAGEM DO REMÉDIO? <i>Ler opções.</i> (1) não tem a receita / embalagem (2) não quer mostrar a receita / embalagem (3) não é possível ler a receita / embalagem (99) IGN	<i>CREMT4</i> __
C91) DESDE O <dia a três meses atrás>, VOCÊ CONSULTOU COM ALGUM PSICÓLOGO OU PSQUIATRA? (0) não (1) sim	<i>CPSI</i> __
<i>O adolescente foi auxiliado pelos pais ou responsáveis para responder as perguntas sobre como tem se sentido?</i> (0) não (1) sim	<i>CTF2</i>__
EM OUTRO MOMENTO VOCÊ PODERÁ SER CONTATADO PARA RESPONDER MAIS ALGUMAS PERGUNTAS. Se o adolescente for menor de 18 anos leia a seguinte instrução: NESTE CASO, UM MESTRANDO	

ENTRARÁ EM CONTATO COM SEUS PAIS OU RESPONSÁVEIS.

5.3. NORMAS PARA PUBLICAÇÃO – REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA

CATEGORIAS DE ARTIGOS

Artigos Originais

Incluem estudos observacionais, estudos experimentais ou quase-experimentais, avaliação de programas, análises de custo-efetividade, análises de decisão e estudos sobre avaliação de desempenho de testes diagnósticos para triagem populacional. Cada artigo deve conter objetivos e hipóteses claras, desenho e métodos utilizados, resultados, discussão e conclusões.

Incluem também ensaios teóricos (críticas e formulação de conhecimentos teóricos relevantes) e artigos dedicados à apresentação e discussão de aspectos metodológicos e técnicas utilizadas na pesquisa em saúde pública. Neste caso, o texto deve ser organizado em tópicos para guiar os leitores quanto aos elementos essenciais do argumento desenvolvido.

Recomenda-se ao autor que antes de submeter seu artigo utilize o "checklist" correspondente:

CONSORT: checklist e fluxograma para ensaios controlados e randomizados

STARD: checklist e fluxograma para estudos de acurácia diagnóstica

MOOSE: checklist e fluxograma para meta-análise

QUOROM: checklist e fluxograma para revisões sistemáticas

STROBE: para estudos observacionais em epidemiologia

Informações complementares:

Devem ter até 3.500 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências.

As tabelas e figuras, limitadas a 5 no conjunto, devem incluir apenas os dados imprescindíveis, evitando-se tabelas muito longas. As figuras não devem repetir dados já descritos em tabelas.

As referências bibliográficas, limitadas a cerca de 25, devem incluir apenas aquelas estritamente pertinentes e relevantes à problemática abordada. Deve-se evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação. Citações de documentos não publicados e não indexados na literatura científica (teses, relatórios e outros) devem ser evitadas. Caso não possam ser substituídas por outras, não farão parte da lista de referências bibliográficas, devendo ser indicadas nos rodapés das páginas onde estão citadas.

Os resumos devem ser apresentados no *formato estruturado*, com até 300 palavras, contendo os itens: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões. Excetuam-se os ensaios teóricos e os artigos sobre metodologia e técnicas usadas em pesquisas,

cujos resumos são no formato narrativo, que, neste caso, terão limite de 150 palavras.

A estrutura dos artigos originais de pesquisa é a convencional: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, embora outros formatos possam ser aceitos. A Introdução deve ser curta, definindo o problema estudado, sintetizando sua importância e destacando as lacunas do conhecimento que serão abordadas no artigo. As fontes de dados, a população estudada, amostragem, critérios de seleção, procedimentos analíticos, dentre outros, devem ser descritos de forma compreensiva e completa, mas sem prolixidade. A seção de Resultados deve se limitar a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações/comparações. O texto deve complementar e não repetir o que está descrito em tabelas e figuras. A Discussão deve incluir a apreciação dos autores sobre as limitações do estudo, a comparação dos achados com a literatura, a interpretação dos autores sobre os resultados obtidos e sobre suas principais implicações e a eventual indicação de caminhos para novas pesquisas. Trabalhos de pesquisa qualitativa podem juntar as partes Resultados e Discussão, ou mesmo ter diferenças na nomeação das partes, mas respeitando a lógica da estrutura de artigos científicos.

Comunicações Breves - São relatos curtos de achados que apresentam interesse para a saúde pública, mas que não comportam uma análise mais abrangente e uma discussão de maior fôlego.

Informações complementares:

Devem ter até *1.500 palavras* (excluindo resumos tabelas, figuras e referências) *uma tabela ou figura* e até 5 referências.

Sua apresentação deve acompanhar as mesmas normas exigidas para artigos originais, exceto quanto ao resumo, que não deve ser estruturado e deve ter até *100 palavras*.

ARTIGOS DE REVISÃO

Revisão sistemática e meta-análise - Por meio da síntese de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos, objetiva responder à pergunta específica e de relevância para a saúde pública. Descreve com pormenores o processo de busca dos estudos originais, os critérios utilizados para seleção daqueles que foram incluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese dos resultados obtidos pelos estudos revisados (que poderão ou não ser procedimentos de meta-análise).

Revisão narrativa/crítica - A revisão narrativa ou revisão crítica apresenta caráter descritivo-discursivo, dedicando-se à apresentação compreensiva e à discussão de temas de interesse científico no campo da Saúde Pública. Deve apresentar formulação clara de um objeto científico de interesse, argumentação lógica, crítica teórico-metodológica dos trabalhos consultados e síntese conclusiva. Deve ser

elaborada por pesquisadores com experiência no campo em questão ou por especialistas de reconhecido saber.

Informações complementares:

Sua extensão é de até *4.000 palavras*.

O formato dos resumos, a critério dos autores, será narrativo, com até 150 palavras. Ou estruturado, com até 300 palavras.

Não há limite de referências.

COMENTÁRIOS

Visam a estimular a discussão, introduzir o debate e "oxigenar" controvérsias sobre aspectos relevantes da saúde pública. O texto deve ser organizado em tópicos ou subitens destacando na Introdução o assunto e sua importância. As referências citadas devem dar sustentação aos principais aspectos abordados no artigo.

Informações complementares:

Sua extensão é de até *2.000 palavras*, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências

O formato do resumo é o narrativo, com até 150 palavras.

As referências bibliográficas estão limitadas a cerca de 25

Publicam-se também Cartas Ao Editor com até 600 palavras e 5 referências.

AUTORIA

O conceito de autoria está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere sobretudo à concepção do projeto de pesquisa, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. A contribuição de cada um dos autores deve ser explicitada em declaração para esta finalidade (ver modelo). Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima. A indicação dos nomes dos autores logo abaixo do título do artigo *é limitada a 12; acima deste número, os autores são listados no rodapé da página.*

Os manuscritos publicados são de propriedade da Revista, vedada tanto a reprodução, mesmo que parcial, em outros periódicos impressos. Resumos ou resenhas de artigos publicados poderão ser divulgados em outros periódicos com a indicação de links para o texto completo, sob consulta à Editoria da RSP. A tradução para outro idioma, em periódicos estrangeiros, em ambos os formatos, impresso ou eletrônico, somente poderá ser publicada

com autorização do Editor Científico e desde que sejam fornecidos os respectivos créditos.

PROCESSO DE JULGAMENTO DOS MANUSCRITOS

Os manuscritos submetidos que atenderem às "instruções aos autores" e que se coadunem com a sua política editorial são encaminhados para avaliação.

Para ser publicado, o manuscrito deve ser aprovado nas três seguintes fases:

Pré-análise: a avaliação é feita pelos Editores Científicos com base na originalidade, pertinência, qualidade acadêmica e relevância do manuscrito para a saúde pública.

Avaliação por pares externos: os manuscritos selecionados na pré-análise são submetidos à avaliação de especialistas na temática abordada. Os pareceres são analisados pelos editores, que propõem ao Editor Científico a aprovação ou não do manuscrito.

Redação/Estilo: A leitura técnica dos textos e a padronização ao estilo da Revista finalizam o processo de avaliação.

O anonimato é garantido durante todo o processo de julgamento.

Manuscritos recusados, mas com a possibilidade de reformulação, poderão retornar como novo trabalho, iniciando outro processo de julgamento.

PREPARO DOS MANUSCRITOS

Devem ser digitados em extensão .doc, .txt ou .rtf, com letras arial, corpo 12, página em tamanho A-4, incluindo resumos, agradecimentos, referências e tabelas.

Todas as páginas devem ser numeradas.

Deve-se evitar no texto o uso indiscriminado de siglas, excetuando as já conhecidas.

Os **critérios éticos da pesquisa** devem ser respeitados. Para tanto os autores devem explicitar em Métodos que a pesquisa foi conduzida dentro dos padrões exigidos pela Declaração de Helsinque e aprovada pela comissão de ética da instituição onde a pesquisa foi realizada.

Idioma

Aceitam-se manuscritos nos idiomas português, espanhol e inglês. Para aqueles submetidos em português oferece-se a opção de tradução do texto completo para o

inglês e a publicação adicional da versão em inglês em meio eletrônico. Independentemente do idioma empregado, todos manuscritos devem apresentar dois resumos, sendo um em português e outro em inglês. Quando o manuscrito for escrito em espanhol, deve ser acrescentado um terceiro resumo nesse idioma.

Dados de identificação

a) Título do artigo - deve ser conciso e completo, limitando-se a 93 caracteres, incluindo espaços. Deve ser apresentada a versão do título em **inglês**.

b) Título resumido - com até 45 caracteres, para fins de legenda nas páginas impressas.

c) Nome e sobrenome de cada autor, seguindo formato pelo qual é indexado.

d) Instituição a que cada autor está afiliado, acompanhado do respectivo endereço (uma instituição por autor).

e) Nome e endereço do autor responsável para troca de correspondência.

f) Se foi subvencionado, indicar o tipo de auxílio, o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo.

g) Se foi baseado em tese, indicar o nome do autor, título, ano e instituição onde foi apresentada.

h) Se foi apresentado em reunião científica, indicar o nome do evento, local e data da realização.

Descritores - Devem ser indicados entre 3 e 10, extraídos do vocabulário "Descritores em Ciências da Saúde" (DeCS), quando acompanharem os resumos em português, e do Medical Subject Headings (MeSH), para os resumos em inglês. Se não forem encontrados descritores disponíveis para cobrirem a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos ou expressões de uso conhecido.

Agradecimentos - Devem ser mencionados nomes de pessoas que prestaram colaboração intelectual ao trabalho, desde que não preencham os requisitos para participar da autoria. Deve haver permissão expressa dos nomeados (ver documento Responsabilidade pelos Agradecimentos). Também podem constar desta parte agradecimentos a instituições quanto ao apoio financeiro ou logístico.

Referências - As referências devem ser ordenadas alfabeticamente, numeradas e normalizadas de acordo com o estilo Vancouver. Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o Index Medicus, e grafados no formato itálico. No caso de publicações com até 6 autores, citam-se todos; acima de 6, citam-se os seis primeiros, seguidos da expressão latina "et al".

Exemplos:

Fernandes LS, Peres MA. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais. *Rev Saude Publica*. 2005;39(6):930-6.

Forattini OP. Conceitos básicos de epidemiologia molecular. São Paulo: Edusp; 2005.

Karlsen S, Nazroo JY. Measuring and analyzing "race", racism, and racial discrimination. In: Oakes JM, Kaufman JS, editores. *Methods in social epidemiology*. San Francisco: Jossey-Bass; 2006. p. 86-111.

Yevich R, Logan J. An assessment of biofuel use and burning of agricultural waste in the developing world. *Global Biogeochem Cycles*. 2003;17(4):1095, DOI:10.1029/2002GB001952. 42p.

Zinn-Souza LC, Nagai R, Teixeira LR, Latorre MRDO, Roberts R, Cooper SP, et al . Fatores associados a sintomas depressivos em estudantes do ensino médio de São Paulo, Brasil. *Rev Saude Publica*. 2009; 42(1):34-40.

Para outros exemplos recomendamos consultar o documento "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Medical Publication" (<http://www.icmje.org>).

Comunicação pessoal, não é considerada referência bibliográfica. Quando essencial, pode ser citada no texto, explicitando em rodapé os dados necessários. Devem ser evitadas citações de documentos não indexados na literatura científica mundial e de difícil acesso aos leitores, em geral de divulgação circunscrita a uma instituição ou a um evento; quando relevantes, devem figurar no rodapé das páginas que as citam. Da mesma forma, informações citadas no texto, extraídas de documentos eletrônicos, não mantidas permanentemente em sites, não devem fazer parte da lista de referências, mas podem ser citadas no rodapé das páginas que as citam.

Citação no texto: Deve ser indicado em **exponente** o número correspondente à referência listada. Deve ser colocado após a pontuação, nos casos em que se aplique. Não devem ser utilizados parênteses, colchetes e similares. O número da citação pode ser acompanhado ou não do(s) nome(s) do(s) autor(es) e ano de publicação. Se forem citados dois autores, ambos são ligados pela conjunção "e"; se forem mais de dois, cita-se o primeiro autor seguido da expressão "et al".

Exemplos:

Segundo Lima et al⁹ (2006), a prevalência de transtornos mentais em estudantes de medicina é maior do que na população em geral.

Parece evidente o fracasso do movimento de saúde comunitária, artificial e distanciado do sistema de saúde predominante.^{12,15}

A exatidão das referências constantes da listagem e a correta citação no texto são de responsabilidade do(s) autor(es) do manuscrito.

Tabelas - Devem ser apresentadas separadas do texto, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve, não se utilizando traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título. Se houver tabela extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização da revista que a publicou, por escrito, para sua reprodução. Esta autorização deve acompanhar o manuscrito submetido à publicação

Quadros são identificados como Tabelas, seguindo uma única numeração em todo o texto.

Figuras - As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos, etc.), devem ser citadas como figuras. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto; devem ser identificadas fora do texto, por número e título abreviado do trabalho; as legendas devem ser apresentadas ao final da figura; as ilustrações devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução, com resolução mínima de 300 dpi. Não se permite que figuras representem os mesmos dados de Tabela. Não se aceitam gráficos apresentados com as linhas de grade, e os elementos (barras, círculos) não podem apresentar volume (3-D). Figuras coloridas são publicadas excepcionalmente. Nas legendas das figuras, os símbolos, flechas, números, letras e outros sinais devem ser identificados e seu significado esclarecido. Se houver figura extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização, por escrito, para sua reprodução. Estas autorizações devem acompanhar os manuscritos submetidos à publicação.

Submissão online

A entrada no sistema é feita pela página inicial do site da RSP (www.rsp.fsp.usp.br), no menu do lado esquerdo, selecionando-se a opção "submissão de artigo". Para submeter o manuscrito, o autor responsável pela comunicação com a Revista deverá cadastrar-se. Após efetuar o cadastro, o autor deve selecionar a opção "submissão de artigos" e preencher os campos com os dados do manuscrito. O processo de avaliação pode ser acompanhado pelo status do manuscrito na opção "consulta/ alteração dos artigos submetidos". Ao todo são oito situações possíveis:

Aguardando documentação: Caso seja detectada qualquer falha ou pendência, inclusive se os documentos foram anexados e assinados, a secretaria entra em contato com o autor. Enquanto o manuscrito não estiver de acordo com as Instruções da RSP, o processo de avaliação não será iniciado.

Em avaliação na pré-análise: A partir deste status, o autor não pode mais alterar o manuscrito submetido. Nesta fase, o editor pode recusar o manuscrito ou encaminhá-lo para a avaliação de relatores externos.

Em avaliação com relatores: O manuscrito está em processo de avaliação pelos relatores externos, que emitem os pareceres e os enviam ao editor.

Em avaliação com Editoria: O editor analisa os pareceres e encaminha o resultado da avaliação ao autor.

Manuscrito com o autor: O autor recebe a comunicação da RSP para reformular o manuscrito e encaminhar uma nova versão.

Reformulação: O editor faz a apreciação da nova versão, podendo solicitar novos esclarecimentos ao autor.

Aprovado

Reprovado

Além de acompanhar o processo de avaliação na página de "consulta/ alteração dos artigos submetidos", o autor tem acesso às seguintes funções:

"Ver": Acessar o manuscrito submetido, mas sem alterá-lo.

"Alterar": Corrigir alguma informação que se esqueceu ou que a secretaria da Revista solicitou. Esta opção funcionará somente enquanto o status do manuscrito estiver em "aguardando documentação".

"Avaliações/comentários": Acessar a decisão da Revista sobre o manuscrito.

"Reformulação": Enviar o manuscrito corrigido com um documento explicando cada correção efetuada e solicitado na opção anterior.

Verificação dos itens exigidos na submissão:

1. Nomes e instituição de afiliação dos autores, incluindo e-mail e telefone.
2. Título do manuscrito, em português e inglês, com até 93 caracteres, incluindo os espaços entre as palavras.
3. Título resumido com 45 caracteres, para fins de legenda em todas as páginas impressas.
4. Texto apresentado em letras arial, corpo 12, em formato Word ou similar (doc,txt,rtf).
5. Nomes da agência financiadora e números dos processos.

6. No caso de artigo baseado em tese/dissertação, indicar o nome da instituição e o ano de defesa.
7. Resumos estruturados para trabalhos originais de pesquisa, português e inglês, e em espanhol, no caso de manuscritos nesse idioma.
8. Resumos narrativos originais para manuscritos que não são de pesquisa nos idiomas português e inglês, ou em espanhol nos casos em que se aplique.
9. Declaração, com assinatura de cada autor, sobre a "responsabilidade de autoria"
10. Declaração assinada pelo primeiro autor do manuscrito sobre o consentimento das pessoas nomeadas em Agradecimentos.
11. Documento atestando a aprovação da pesquisa por comissão de ética, nos casos em que se aplica. Tabelas numeradas sequencialmente, com título e notas, e no máximo com 12 colunas.
12. Figura no formato: pdf, ou tif, ou jpeg ou bmp, com resolução mínima 300 dpi; em se tratando de gráficos, devem estar em tons de cinza, sem linhas de grade e sem volume.
13. Tabelas e figuras não devem exceder a cinco, no conjunto.
14. Permissão de editores para reprodução de figuras ou tabelas já publicadas.
15. Referências normalizadas segundo estilo Vancouver, ordenadas alfabeticamente pelo primeiro autor e numeradas, e se todas estão citadas no texto.

Suplementos

Temas relevantes em saúde pública podem ser temas de suplementos. A Revista publica até dois suplementos por volume/ano, sob demanda.

Os suplementos são coordenados por, no mínimo, três editores. Um é obrigatoriamente da RSP, escolhido pelo Editor Científico. Dois outros editores-convidados podem ser sugeridos pelo proponente do suplemento.

Todos os artigos submetidos para publicação no suplemento serão avaliados por revisores externos, indicados pelos editores do suplemento. A decisão final sobre a publicação de cada artigo será tomada pelo Editor do suplemento que representar a RSP.

O suplemento poderá ser composto por artigos originais (incluindo ensaios teóricos), artigos de revisão, comunicações breves ou artigos no formato de comentários.

Os autores devem apresentar seus trabalhos de acordo com as instruções aos autores disponíveis no site da RSP.

Para serem indexados, tanto os autores dos artigos do suplemento, quanto seus editores devem esclarecer os possíveis conflitos de interesses envolvidos em sua publicação. As informações sobre conflitos de interesses que envolvem autores, editores e órgãos financiadores deverão constar em cada artigo e na contra-capla da Revista.

Conflito de interesses

A confiabilidade pública no processo de revisão por pares e a credibilidade de artigos publicados dependem em parte de como os conflitos de interesses são administrados durante a redação, revisão por pares e tomada de decisões pelos editores.

Conflitos de interesses podem surgir quando autores, revisores ou editores possuem interesses que, aparentes ou não, podem influenciar a elaboração ou avaliação de manuscritos. O conflito de interesses pode ser de natureza pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira.

Quando os autores submetem um manuscrito, eles são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos financeiros ou de outra natureza que possam ter influenciado seu trabalho. Os autores devem reconhecer no manuscrito todo o apoio financeiro para o trabalho e outras conexões financeiras ou pessoais com relação à pesquisa. O relator deve revelar aos editores quaisquer conflitos de interesse que poderiam influir em sua opinião sobre o manuscrito, e, quando couber, deve declarar-se não qualificado para revisá-lo.

Se os autores não tiverem certos do que pode constituir um potencial conflito de interesses, devem contatar a secretaria editorial da Revista.

Documentos

Cada autor deve ler, assinar e anexar os documentos: Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais (enviar este somente após a aprovação). Apenas a Declaração de responsabilidade pelos Agradecimentos deve ser assinada somente pelo primeiro autor (correspondente).

Documentos que devem ser anexados ao manuscrito no momento da submissão:

1. Declaração de responsabilidade

2. Agradecimentos

Documento que deve ser enviado à Secretaria da RSP somente na ocasião da aprovação do manuscrito para publicação:

3. Transferência de direitos autorais

1. Declaração de Responsabilidade

Segundo o critério de autoria do *International Committee of Medical Journal Editors*, autores devem contemplar todas as seguintes condições: (1) Contribuí substancialmente para a concepção e planejamento, ou análise e interpretação dos dados; (2) Contribuí significativamente na elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo; e (3) Participei da aprovação da versão final do manuscrito.

No caso de grupo grande ou multicêntrico ter desenvolvido o trabalho, o grupo deve identificar os indivíduos que aceitam a responsabilidade direta pelo manuscrito. Esses indivíduos devem contemplar totalmente os critérios para autoria definidos acima e os editores solicitarão a eles as declarações exigidas na submissão de manuscritos. O autor correspondente deve indicar claramente a forma de citação preferida para o nome do grupo e identificar seus membros. Normalmente serão listados em rodapé na folha de rosto do artigo.

Aquisição de financiamento, coleta de dados, ou supervisão geral de grupos de pesquisa, somente, não justificam autoria.

Todas as pessoas relacionadas como autores devem assinar declaração de responsabilidade.

MODELO

Eu, (nome por extenso), certifico que participei da autoria do manuscrito intitulado (título) nos seguintes termos:

"Certifico que participei suficientemente do trabalho para tornar pública minha responsabilidade pelo seu conteúdo."

"Certifico que o manuscrito representa um trabalho original e que nem este manuscrito, em parte ou na íntegra, nem outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, de minha autoria, foi publicado ou está sendo considerado para publicação em outra revista, quer seja no formato impresso ou no eletrônico."

"Atesto que, se solicitado, fornecerei ou cooperarei totalmente na obtenção e fornecimento de dados sobre os quais o manuscrito está baseado, para exame dos editores."

Contribuição: _____

Local, data

Assinatura

Documentos

2. Declaração de Responsabilidade pelos Agradecimentos

Os autores devem obter permissão por escrito de todos os indivíduos mencionados nos Agradecimentos, uma vez que o leitor pode inferir seu endosso em dados e conclusões. O autor responsável pela correspondência deve assinar uma declaração conforme modelo abaixo.

MODELO

Eu, (nome por extenso), autor responsável pelo manuscrito intitulado (título):

- Certifico que todas as pessoas que tenham contribuído substancialmente à realização deste manuscrito mas não preenchiam os critérios de autoria, estão nomeados com suas contribuições específicas em Agradecimentos no manuscrito.
- Certifico que todas as pessoas mencionadas nos Agradecimentos me forneceram permissão por escrito para tal.
- Certifico que, se não incluí uma sessão de Agradecimentos, nenhuma pessoa fez qualquer contribuição substancial a este manuscrito.

Local, Data

Assinatura

3. Transferência de Direitos Autorais

Enviar o documento assinado **por todos os autores** na ocasião da aprovação do manuscrito.

A RSP não autoriza republicação de seus artigos, exceto em casos especiais. Resumos podem ser republicados em outros veículos impressos, desde que os créditos sejam devidamente explicitados, constando a referência ao artigo original. Todas as solicitações acima, assim como pedidos de inclusão de links para artigos da RSP na SciELO em sites, devem ser encaminhados à Editoria Científica da Revista de Saúde Pública.

MODELO

"Declaro que em caso de aceitação do artigo por parte da Revista de Saúde Pública concordo que os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade exclusiva da Faculdade de Saúde Pública, vedado qualquer produção, total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem que a prévia e necessária autorização seja solicitada e, se obtida, farei constar o competente agradecimento à Faculdade de Saúde Pública e os créditos correspondentes."

Autores:

Título:

Local, Data

Assinatura

TAXA DE PUBLICAÇÃO

A partir de Janeiro de 2012, a RSP instituirá uma taxa por artigo publicado. Esta taxa será paga por todos os autores que tiverem seus manuscritos aprovados para publicação, excetuadas situações excepcionais devidamente justificadas. Manuscritos submetidos antes de Janeiro de 2012 estarão isentos do pagamento da taxa. A taxa de publicação será utilizada para complementar os recursos públicos que a Revista obtém da Faculdade de Saúde Pública, da Universidade de São Paulo e de órgãos de apoio à pesquisa do Estado de São Paulo e do Brasil. Esta complementação é essencial para assegurar a qualidade, impacto e agilidade do periódico, em particular para manter várias melhorias introduzidas na RSP nos últimos anos, em particular seu novo sistema eletrônico de submissão e avaliação de manuscritos, a revisão da redação científica por especialistas com pós-graduação em Saúde Pública e a tradução para o Inglês de todos os manuscritos não submetidos originalmente naquele idioma. Este último procedimento permite a leitura no idioma Inglês de todos os artigos publicados pela RSP sem prejuízo da leitura em Português dos artigos originalmente submetidos neste idioma, os quais representam a maioria das contribuições divulgadas pela Revista. A taxa será de R\$ 1.500,00 (US\$ 850.00) para artigos Originais, Comentários e Revisões e de R\$ 1.000,00 (US\$ 570.00) para Comunicações Breves. Assim que o manuscrito for

aprovado, o autor receberá instruções de como proceder para o pagamento da taxa, bem como para, quando couber, solicitar isenção da cobrança. A RSP fornecerá aos autores os documentos necessários para comprovar o pagamento da taxa perante suas instituições de origem, programas de pós-graduação ou órgãos de fomento à pesquisa.

Na submissão do manuscrito, após completar o cadastro, o autor deve ler e concordar com os termos de originalidade, relevância e qualidade, bem como sobre a cobrança da taxa. Ao indicar sua ciência desses itens, o manuscrito será registrado no sistema para avaliação.

Após a avaliação por relatores externos e aprovação pela Editoria, o autor receberá as instruções para realizar o pagamento da taxa. Esta deverá ser depositada no Banco Santander, Agência 0201, Conta 13004082-9, no nome do Centro de Apoio à Faculdade de Saúde Pública da USP. Após efetuar o depósito, o comprovante deverá ser enviado por email (revsp@usp.br) ou fax (+55-11-3068-0539), informando o número do manuscrito aprovado e, caso necessite, o recibo a ser emitido pelo CEAP.

**5.4. RESUMO PUBLICADO NO 10º CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE
COLETIVA**

Utilização dos serviços de saúde em adolescentes

Autores: Bruno Pereira Nunes, Grégore Iven Mielke, Elaine Thumé, Luiz Augusto Facchini

Introdução: A adolescência é um importante período da vida e os serviços de saúde podem desempenhar papel fundamental na prevenção de agravos e promoção da saúde dos adolescentes. Não obstante, a relação dos adolescentes com os serviços de saúde ainda é pouco conhecida. **Objetivo:** descrever a utilização de serviços de saúde entre adolescentes da zona urbana de Pelotas-RS. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de base populacional realizado com 743 adolescentes de 10 a 19 anos. Os dados foram coletados em domicílios entre fevereiro e junho de 2012. O desfecho utilização de serviços de saúde foi referente aos trinta dias anteriores à entrevista. No caso de utilização de serviços de saúde no período, foram descritas as características do último atendimento em serviço de saúde. O projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** Do total da amostra, 23,0% dos adolescentes haviam utilizado algum serviço de saúde nos últimos trinta dias. Desses, a maioria utilizou consultórios (38,0%) e postos de saúde (32,2%), seguidos pelos pronto-atendimentos (12,9%), pronto socorro (7,6%), ambulatório das faculdades/hospitais (6,4%), Centro de especialidades (1,8%), CAPS (0,6%) e hospital (0,6%). Mais da metade (52,1%) dos atendimentos foram financiados pelo SUS, 29,8% por algum convênio e o financiamento particular representou 18,1%. Os principais motivos de utilização foram por algum problema de saúde (69,0%) ou para fazer uma revisão (18,7%). Os principais motivos para escolha dos serviços de saúde foram proximidade da casa (23,4%), serviço geralmente utilizado (22,8%) e escolha dos pais ou responsável (21,1%). Quase dois terços da amostra (63,7%) foi atendida no mesmo dia, 26,3% esperaram de 1 a 7 dias e 10,0% aguardaram 8 dias ou mais pelo atendimento. Mais de dois terços da amostra (67,1%) esperou até 30 minutos para ser atendido desde que chegou ao serviço de saúde. O atendimento nos serviços de saúde foi considerado bom e ótimo em 49,7% e 32,7% dos serviços utilizados, respectivamente. **Conclusões:** O conhecimento sobre o uso de serviços de saúde na adolescência é fundamental para a definição de ações em saúde direcionadas a esse grupo populacional. Evidencia-se que o padrão de utilização dos serviços na adolescência é similar à população adulta. Assim, ao planejar o acesso aos serviços de saúde seria interessante que as equipes de saúde considerem a demanda desta parcela da população geralmente negligenciada nas políticas públicas de saúde.