UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

CARLOS MAGNO NEVES

DESEMPENHO DE SERVIÇOS DE SAÚDE BASEADO EM INQUÉRITO DE BASE POPULACIONAL

GOIÂNIA

2013

CARLOS MAGNO NEVES

DESEMPENHO DE SERVIÇOS DE SAÚDE BASEADO EM INQUÉRITO DE BASE POPULACIONAL

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação para obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

Linha de Pesquisa: Gestão de Sistema e Processos Gerenciais nos Serviços de Saúde

Orientadora: Profª. Drª. Claci Fátima Weirich Rosso

GOIÂNIA

2013

FOLHA DE APROVAÇÃO

Carlos Magno Neves

DESEMPENHO DE SERVIÇOS DE SAÚDE BASEADO EM INQUÉRITO DE BASE POPULACIONAL.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação para obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovado em: ____/____/_____

BANCA EXAMINADORA

_____

Prof. Drª Claci Fátima Weirich Rosso - Presidente da Banca e Orientadora
Universidade de Federal de Goiás - UFG

_____

Prof. Dr. Paulo Roberto Borges de Souza Junior - Membro Efetivo Externo
Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ - RJ

_____

Prof. Drª Marta Rovery de Souza - Membro Efetivo Interno
Universidade de Federal de Goiás - UFG

_____

Profa. Drª. Maria Margarita Urdaneta Gutierrez - Membro Suplente Externo
Universidade de Brasília - UnB

_____

Prof. Drª Nilza Alves Marques Almeida - Membro Suplente Interno
Universidade de Federal de Goiás - UFG

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho as famílias que Deus permitiu viessem fazer parte de minha existência:
A família da qual eu nasci, e que me trouxe até aqui;
A família que me presenteou com a minha esposa;
E a minha familiazinha... Honggye, Anry e Caio eu amo vocês;

E em especial dedico este ensaio ao sustento da minha alma e coração Honggye Jeon com quem tenho aprendido muito sobre os tesouros que a ferrugem e a traça nunca vão destruir...

AGRADECIMENTOS

É chegado o momento de se concluir esta etapa e depois de uma árdua jornada, uma única certeza, a de que não cheguei aqui sozinho.
E em reconhecimento a esta afirmação, estendo a minha gratidão a minha orientadora a Prof. Drª Claci Fátima Weirich Rosso que me aceitou como seu aprendiz, e me ensinou muito mais do que o seu papel de orientadora exigia.

Conquistando o meu respeito e admiração pelo seu profissionalismo, competência e sensibilidade... Obrigado por cada vez que me indicou a direção que devia tomar, por cada vez que me ofereceu um ombro amigo e principalmente por não desistir de me acompanhar até aqui.

Agradeço também a Prof. Drª Marta Rovery de Souza, exemplo de compromisso, que durante o período de cumprimento de créditos de minha turma, sofreu um acidente, que a levou a necessitar de cirúrgia e tratamento pós-cirúrgico, para nossa surpresa, na data marcada de sua disciplina em nossa turma, lá estava ela, de perna imobilizada e com uma aula que não refletia em nada a seu quadro momentaneamente limitante.

Agradecimentos ao Prof. Dr. Paulo Roberto Borges de Souza Júnior que enriqueceu este trabalho com suas orientações e que muito me honra tê-lo em minha defesa.

E em nome da Prof. Drª Nilza Alves Marques Almeida gostaria de agradecer a todos os professores e palestrantes que assim como ela, contribuíram em minha formação.

Quero agradecer também a pessoas que tenho a sorte de ter convivido e que me deram o prazer de sua amizade, o Prof. Carlos Rodolfo Monh que foi meu tutor no curso de qualificação de gestores, Cláudio Tavares e Dante Garcia, colegas de curso que como eu estão lutando para concluí-lo. Também a Suyane, Thays Angélica e Ana Cléia, vocês sabem o quanto lhes devo.

Meus agradecimentos a Prof. Drª. Maria Margarita Urdaneta Gutierrez que me aceitou como parte da equipe de entrevistadores, me permitindo ver de perto a realidade que me propus a pesquisar, sem esta etapa o meu aprendizado e crescimento não teria avançado tanto.

Não poderia faltar também o meu muito obrigado aos colegas de campo e a toda equipe de entrevistadores, e em especial aos caros amigos João Paulo, Sérgio e Rafael e a Prof. Drª Elza, foram várias horas debaixo de sol quente e muitos quilômetros de chão medidos de porta em porta.

Agradeço também a minha amiga e chefa Maria Cláudia Honorato com quem tenho aprendido o verdadeiro significado da palavra liderança, obrigado por acreditar em mim como parte de sua equipe e por compreender que o mestrado muitas vezes me exigia um tempo que eu não tinha e que você permitia existir.

E aproveitando o ensejo quero agradecer aos amigos Marcelo, Kleber e Raphael que contribuíram das mais diversas formas para a conclusão desse manuscrito, agradeço também as amigas Bruna, Thais, Juliana, Fátima e Azilene por pacientemente me aguentarem quando o cansaço se transfigurava em mau humor.

Agradecer aos meus ex-alunos de Yoga e amigos de sempre Maximiliana, Márcio, Camila, Mércia, Geralda e Soraya, nossas práticas sempre foram gratificantes, desculpem-me por tê-los abandonado e obrigado por todo o incentivo, tenho a certeza de que nossos caminhos ainda irão se cruzar Namastê.

Agradecimentos ao meu painho e a minha mainha que sempre acreditaram em sua ninhada e educaram seus quatro rapazes e uma moça através do exemplo e da palavra, e no meu caso recorrendo também ao chinelo que fiz por merecer muitas vezes, pois era uma peste em casa e fora dela. Obrigado Dona Raimunda e Seu Francisco por serem pais de verdade e servirem de exemplo para toda a minha vida. Agradeço também por todo o suporte dado pelos meus irmãos, João, Hudson, Washington e pela minha irmã Tércia, amo vocês e não poderia pedir a Deus uma família melhor.

Agradecimentos especiais a minha doce esposa Honggye pela compreensão e suporte, te amo yoboh... E aos nossos filhotinhos Anry e Caio que muitas vezes caíram no sono enquanto esperavam o papai terminar a “tarefa da escola” para poder brincar um pouquinho. Espero um dia ser motivo de orgulho para vocês.

Encerro agradecendo ao criador de tudo e de todos, por cada uma das vidas que fizeram e que fazem parte de minha existência. A ti dou graças meu Deus e Senhor por mais esta conquista e lhe peço que retribua em bênçãos na vida de cada uma das pessoas que de alguma forma me ajudaram a chegar até aqui.

EPÍGRAFE

Diante da lei está postado um guarda. Até ele se chega um homem do campo ***(grifo nosso)*** que lhe pede que o deixe entrar na lei.

Mas a sentinela lhe diz que nesse momento não é permitido entrar. O homem reflete e depois pergunta se mais tarde lhe será permitido entrar. "É possível", diz o guarda "mas agora não''[...]

O camponês não esperava tais dificuldades*; "a lei devia ser sempre acessível a toda a gente"* ***(grifo nosso)*** pensa ele, mas agora que examina com maior atenção ao guarda [...] decide que é melhor esperar até que lhe deem permissão para entrar [...]

Nos primeiros anos maldiz a gritos sua funesta sorte, mas depois, quando se torna velho, limita-se a resmungar entre dentes [...]

Resta-lhe pouca vida. Antes de morrer, concentram-se em sua mente todas as lembranças e pensamentos daquele tempo que convergem para uma pergunta, que até esse momento não tinha ainda formulado à sentinela.

Como seu corpo já rígido não o permite mover-se faz um sinal ao guarda para que o mesmo se aproxime. Este por sua vez, precisa inclinar-se profundamente, pois a diferença de dimensões entre um e outro chegou a fazer-se muito grande em virtude do "encolhimento" do homem.

"Que queres ainda saber?" pergunta a sentinela. "És incontentável?".

"Dize-me", disse o homem, "se todos desejam entrar na lei, como se explica que em tantos anos ninguém, além de mim, tenha pretendido fazê-lo?".

O guarda percebe que o homem está já às portas da morte, de modo que para alcançar o seu ouvido moribundo se curva e ruge sobre ele:

"Aqui ninguém senão tu podias entrar, pois esta entrada estava destinada apenas para ti... agora me vou embora e a fecho [...]".

Franz Kafka

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Imagem cartográfica das primeiras modificações territoriais provenientes da inserção do Distrito Federal no estado de Goiás.....25
Figura 2: Imagem cartográfica dos recortes territoriais subsequentes à inserção do Distrito Federal no Estado de Goiás.....37
Figura 3: Gráfico comparativo IDHM Brasil, Goiás, Distrito Federal e Entorno Norte. Fonte: Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil (2013). 40
Figura 4: Municípios que compõem a RIDE-DF, com destaque para os municípios do Entorno norte/amostra pesquisa. 50
Figura 5: Organograma exemplificado das etapas de realização da amostragem e seleção dos participantes. 53
Figura 6: Simulação de fluxo de pacientes para a alta complexidade nos municípios do Entorno Norte da RIDE-DF.....67
Figura 7: Gráfico comparativo de autoavaliação do estado de saúde analisado por sexo e idade. 76

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: População, área e densidade demográfica (Hab/ Km²) dos municípios pertencentes ao Entorno Norte da RIDE DF, 2010. 51
Quadro 2: Variáveis utilizadas para direcionamento e análise do estudo. 58
Quadro 3: Nível de Hierarquia do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. 66
Quadro 4: Distribuição dos serviços de saúde nos municípios pertencentes à pesquisa conforme o Quadro 2 / Nível de hierarquia do CNES. 66
Quadro 5: Distribuição de Agentes Comunitários de Saúde e Equipes de Saúde da Família nos municípios do Entorno Norte participantes do Inquérito RIDE-DF, Agosto/2013. 69
Quadro 6: Quantidade de usuários, tipo de transporte e o tempo gasto até o serviço de saúde.....73
Quadro 7: Percepção dos usuários quanto aos atendimentos recebidos em consultas e internações realizadas em serviços de saúde públicos ou conveniados ao SUS. 77

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Características sociodemográficas da população da amostra do Entorno Norte da RIDE-DF, no período de maio a outubro de 2012. 62
Tabela 2: Autoavaliação do estado de saúde, comparativo por sexo. 75

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ADHB	Atlas de Desenvolvimento Humano Brasil
APS	Atenção Primária em Saúde
CIHI	Canadian Institute for Health Information
CNDSS	Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COARIDE	Conselho Administrativo da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
DAB	Departamento de Atenção à Saúde
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
DF	Distrito Federal
eSB	Equipe de Saúde Bucal
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAPEG	Fundação de Amparo à Pesquisa no Estado de Goiás
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FIS	Ficha de Identificação do Setor Censitário
GHS	General Health Survey
GO	Goiás

HSE	Health Survey for England
IBGE	Instituto Nacional de Geografia e Estatística
ICICT/Fiocruz	Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz
IDH	Índice de desenvolvimento Humano
IDHM	Índice de Desenvolvimento Municipal
MG	Minas Gerais
NHCS	National Health Care Survey
NHSDA	National Household Survey on Drug Abuse
NOAS	Normas Operacionais Básicas
NPHS	National Population Health Survey
PCERP	Pesquisa Características Étnico-raciais da População
PIB	Produto Interno Bruto
PMS/AB	Pesquisa Mundial de Saúde/Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPSUS	Programa de Pesquisa para o SUS
RIDE-DF	Rede Integrada de Desenvolvimento do Entorno do Distrito Federal
RIDE-PEBA	Região Administrativa Integrada de Desenvolvimento do Pólo Petrolina-Pernambuco/Juazeiro-Bahia

RIDE-PIMA	Região Integrada de Desenvolvimento da Grande Teresina Piauí e Maranhão
RIPSA	Rede Interagencial de Informação Para a Saúde
RM	Região Metropolitana
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SIS	Sistemas de Informações
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFG	Universidade Federal de Goiás
UnB	Universidade de Brasília
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
VIGITEL	Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

RESUMO

NEVES, CM. **Desempenho de serviços de saúde baseado em inquérito de base populacional.** [dissertação] Goiânia: Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva/UFG; 2013. 115.p.

INTRODUÇÃO: Diversos autores têm buscado compreender as variáveis que configuram os serviços de saúde no SUS e sua gestão buscando subsidiar os gestores com informações que possam contribuir na desfragmentação do sistema. Nesse sentido a avaliação do desempenho dos sistemas de saúde é de reconhecida importância para a gestão desse setor. Com Este proposito destacam-se os inquéritos de saúde de base populacional, que são amplamente utilizados em outros países e no Brasil vem sendo gradativamente utilizados por órgãos oficiais, devido à sua legitimidade para avaliar o estado de saúde da população e a assistência de saúde prestada do ponto de vista do usuário. **OBJETIVO:** Analisar o desempenho dos serviços de saúde dos municípios do Entorno Norte da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno na perspectiva dos residentes. **METODOLOGIA:** Estudo epidemiológico descritivo, do tipo inquérito domiciliar de base populacional. Foi utilizado questionário já validado, sendo apresentado em formato digital com utilização de artefato eletrônico Pocket Hp iPAQ116, a análise estatística foi realizada por meio do software SPSS versão 19.0, no qual foram realizados cruzamentos e frequências simples com intervalo de confiança 95%. **RESULTADOS:** Dos 521 participantes, 59.50% estão na faixa etária de 18 e 40 anos, 53.93% são do sexo feminino, sendo a maioria de cor parda 54.70%. Quanto à Atenção Básica (AB), 66.60% dos domicílios estavam cadastrados em unidades de saúde da família e 46.25% residentes relataram consultar com algum médico, 67.63% dessas, pagas pelo SUS. Registram-se também 51 internações, nas quais 86.27% foram realizadas pelo SUS. 82.36% dos usuários buscaram predominantemente o SUS, sendo que 59.19%, não procuraram primeiramente a Atenção Básica. **CONCLUSÃO:** Registra-se uma população adulta jovem com maioria feminina. A oferta de serviços de saúde encontra-se registrados no CNES 138 serviços de saúde pública e conveniados ao SUS, sem, no entanto, possuir serviço hospitalar ou ambulatorial público ou conveniado de alta complexidade, presente, apenas, no município de Planaltina de Goiás. A porta de entrada do serviço preconizada pelo governo federal à AB, não é entendida como tal pela população.

Palavras-chave: Inquéritos Populacionais, Análise de Desempenho, Atenção Básica.

ABSTRACT

NEVES, CM. **Performance of health services based on population based survey.** [dissertation] Goiânia : Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva/UFG; 2013. 115.p.

INTRODUCTION:
Several authors have sought to understand the variables that shape health services in the SUS and its management, seeking to support the management with information that may contribute to the defragmentation of the system. In this sense the performance of health systems is of major importance for management of this sector. The evaluation of the performance of the health systems is of major importance for the management of the referred sector. With this purpose stands out the population based health surveys, which are being widely used in other countries, and in Brazil they have been gradually used by some government sectors, due to their legitimacy to assess the health status of the population and the health care service provided from the users' point of view. **OBJECTIVE:** To analyze the performance of the health services in the municipalities of the northern part of the Integrated Region of Development of the Federal District and surrounding areas from the perspective of the residents. **METHODOLOGY:** A descriptive epidemiological study using a population-based household survey. An already validated questionnaire was applied, which was submitted to a digital format with the use of an electronic artifact Pocket Hp iPAQ116 The statistical analysis was performed using a SPSS software version 19.0, on which data were crossed and simple frequencies were performed with 95 % confidence interval. **RESULTS:** From 521 participants, 59.50 % are aged between 18 to 40, 53.93 % are female, being 54.70% of the majority of brown skin color . About the Basic Attention AB[1] 66.60 % of households were registered in units of the family health, and 33.39 % of residents reported not having health care support, 46.25% residents reported consultation with a physician, 67.63 % of those paid by SUS, also 86.27 % of 51 admissions were provided by SUS, and 82.36 % of the health service users seek predominantly for SUS , and 59.19 % not primarily sought the Primary Care. **CONCLUSION:** Were recorded a young adult population with a female majority was registered, The provision of health services, are recorded at CNES and enrolls 138 public health services or private contracted by SUS, without however posses or contract a high complexity hospital service, which is presented only in the municipality of Planaltina de Goiás. The gateway service recommended by the federal government to AB, is not perceived as such by the population.

Keywords: Population surveys, Performance Analysis, Primary Care.

[1] AB stands for Primary Care

SUMÁRIO

FOLHA DE APROVAÇÃO
DEDICATÓRIA
AGRADECIMENTOS
EPÍGRAFE
LISTA DE FIGURAS
LISTA DE QUADROS
LISTA DE TABELAS
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS
RESUMO
ABSTRACT
APRESENTAÇÃO
1. **INTRODUÇÃO** 22
2. OBJETIVOS 30
2.1. OBJETIVO GERAL 30
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS 30
3. **REFERENCIAL TEÓRICO** 32
3.1. Atenção Básica à construção de um conceito 32
3.2. Redes Integradas de Desenvolvimento RIDE(s) 34
3.2.1. Região Integrada de Desenvolvimento do Pólo Petrolina Juazeiro/RIDE-PEBA. 35
3.2.2. Região Integrada de Desenvolvimento da Grande Teresina/RIDE-PIMA. 35
3.2.3. Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno/RIDE-DF 36
3.2.4. O universo da pesquisa no Entorno Norte da RIDE-DF 40
3.2.4.1. Água Fria de Goiás 41
3.2.4.2. Cabeceiras 42
3.2.4.3. Formosa 43
3.2.4.4. Planaltina de Goiás 44
3.2.4.5. Vila Boa 45
3.3. Inquéritos epidemiológicos de base populacional 45

4. METODOLOGIA 49
4.1. Delineamento do Estudo 49
4.2. Local do Estudo 50
4.3. Amostra do Estudo 51
4.4. Coleta de Dados 54
4.5. Aspectos éticos 57
4.6. Análise de Dados 57
4.6.1. Variáveis do Estudo 58
5. **RESULTADOS E DISCUSSÃO** 60
5.1. Características sociodemográficas dos residentes do Entorno Norte. 61
5.2. Serviços de saúde ofertados no Entorno Norte da RIDE-DF. 65
5.3. A percepção dos residentes do Entorno Norte quanto ao atendimento recebido nos serviços de saúde 72
6. **CONCLUSÃO** 80
7. **CONSIDERAÇÕES FINAIS** 84
8. **REFERÊNCIAS** 88
Anexo 1 – Folha de informações sobre setores, domicílios e pessoas a entrevistar 99
Anexo 2 – Questionário individual (Amostra) 100
Anexo 3 – Modelo de mapa censitário de município do entorno 111
Anexo 4 – Termo de consentimento livre e esclarecido 112
Anexo 5 – Aprovação Comitê de Ética e Pesquisa 115
Anexo 6 – Apoio do Colegiado de Gestão da Saúde da RIDE-DF 116

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

Ao sair da faculdade iniciei minha experiência profissional na rede pública de saúde do município onde resido, e a busca por saber mais sobre este sistema do qual fazia parte agora também como profissional, me levou ao Curso de Qualificação dos Gestores do SUS, uma iniciativa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz) e universidades e centros de formação de todo o território nacional.

Tal iniciativa era voltada para secretários de saúde e gestores diversos dentro do SUS. Tratava-se de um curso no modelo EAD com encontros pré-programados para ambientação, avaliação e ajustes didáticos. Este curso se tornou um separador de águas em minha formação.

Proporcionando-me contato com profissionais e pesquisadores que viviam o SUS e discutiam saúde pública dentro de meu estado, e dialogavam com seus semelhantes em todo o país. De repente lá estava eu “vislumbrando horizontes por estar sentado nos ombros de gigantes”.

Próximo ao fim do citado curso, surge dentro da Universidade Federal de Goiás uma iniciativa impar, uma especialização em Regulação de Sistemas de Saúde, me inscrevi no processo seletivo, para a especialização lato sensu em Regulação de Sistemas de Saúde.

Este curso de especialização permitiu compartilhar a oportunidade de aprendizado com colegas experientes, que exerciam cargos diversos dentro do SUS em Goiás, e sempre conduzido por professores, pesquisadores e convidados de órgãos estaduais e federais.

Antes do fim dessa jornada, me inscrevi para o processo seletivo do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva em parceria com o Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Goiás NESC/UFG.

Nesta perspectiva, ingressamos no programa de pós-graduação stricto sensu, com o intuito de buscar novas oportunidades de ouvir e interagir com pesquisadores de renome nacional e internacional, que foram proporcionadas pelo mestrado, contato com outras instituições de ensino e pesquisa e de nos apropriarmos de

conhecimentos científicos para repensar nossas práticas profissionais na saúde pública e na gestão dos serviços de saúde.

Na trajetória do Mestrado Profissional, tive a oportunidade de integrar a equipe executora do primeiro inquérito de base populacional realizado na Rede Integrada de Desenvolvimento do Entorno do Distrito Federal - RIDE DF, uma parceria entre a Universidade Federal de Goiás, Universidade de Brasília e Fundação Osvaldo Cruz.

Como resultado deste estudo, apresentamos o desenvolvimento desta dissertação estruturada em capítulos. Na introdução destacamos pontos relevantes do desempenho do sistema de saúde, e os serviços de saúde neste contexto. O referencial teórico construído em três subcapítulos, para dar sustentação às discussões dos resultados encontrados, conforme os objetivos propostos.

O percurso metodológico descreve como a pesquisa foi desenvolvida, tipo, local e amostra do estudo, aspectos éticos e as etapas para análise de dados. Os resultados são apresentados em três subcapítulos, seguido das respectivas discussões, coerentes com os objetivos do estudo e norteadas pelo referencial teórico.

Na conclusão e considerações finais, apresentamos uma síntese dos resultados encontrados, bem como reflexões da análise do desempenho dos serviços de saúde do Entorno Norte da RIDE DF.

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

A avaliação do desempenho dos sistemas de saúde é de reconhecida importância para a gestão do setor saúde. Sendo que entre os instrumentos de avaliação do desempenho de saúde, destacam-se os inquéritos de saúde de base populacional, amplamente utilizados em outros países. Abordagem que no Brasil conta com diversos estudos que sustentam a sua legitimidade para avaliar o estado de saúde da população e a assistência de saúde prestada do ponto de vista do usuário (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013; WALDMAN, NOVAES, *et al.*, 2008; SZWARCWALD e DAMACENA, 2008).

Diversas iniciativas já ocorreram em território nacional ampliando o conhecimento dos nossos pesquisadores e gradativamente de setores governamentais que desenvolveram interesse nessa abordagem. Pode-se citar: a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios–PNAD cuja primeira edição remonta o final da década de 60, as Pesquisas de Orçamentos Familiares – POF com três edições sendo a última no biênio 2008-2009, o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL (2007) e, na mesma linha, o inquérito sobre doenças crônicas não transmissíveis e fatores comportamentais, entre outros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013; THEME-FILHA, SZWARCWALD e SOUZA-JÚNIOR, 2005).

Dentre essas talvez a mais importante seja a versão nacional da World Health Survey- WHS que aconteceu em diversos países entre os anos de 2002 e 2004, uma iniciativa da Organização Mundial de Saúde – OMS. Que resultou no ano de 2003 na aplicação em território nacional de uma versão voltada para a Atenção Básica – AB, criada após ajustes e correções proposta por estudiosos e pesquisadores nacionais, que se debruçaram no processo de tradução transcultural e adaptação da WHS à realidade local, sendo denominada de Pesquisa Mundial de Saúde na Atenção Básica – PMS-AB (VIACAVA, SOUZA-JÚNIOR e MOREIRA, 2009; SZWARCWALD, MENDONÇA e ANDRADE, 2006).

Concomitantemente com as discussões sobre a PMS-AB, a Rede Interagencial de Informação Para a Saúde-RIPSA intermediou o contato e discussões entre estudiosos que levaram a criação do Comitê Temático sobre Informações de base Populacional também no ano de 2003. O comitê por sua vez argumentou a

necessidade de criação de uma Pesquisa Nacional de Saúde - PNS que assim como em outros países teria periodicidade definida (RIPSA, 2007).

Posteriormente, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO, a Fundação Oswaldo Cruz-FIOCRUZ, o Instituto Nacional de Geografia e Estatística-IBGE e universidades foram se agregando às discussões, sendo então instituído o Comitê Gestor responsável pela elaboração das diretrizes e planejamento para a execução da PNS pela Portaria GM, de 25 de agosto de 2010 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013; MALTA, LEAL, *et al.*, 2008).

Tais iniciativas ratificam a opinião de pesquisadores de renome nacional e internacional de que os resultados de monitoramentos e avaliações do desempenho de sistemas de saúde permitem o conhecimento de como as configurações dos sistemas de saúde respondem às demandas existentes. Constitui-se etapa essencial para a compreensão da realidade local subsidiando o planejamento e tomada de decisões em resposta as reais necessidades da população (GOUVEIA, SOUZA, *et al.*, 2009; SZWARCWALD e VIACAVA, 2008; MALTA, LEAL, *et al.*, 2008; HARTZ, 2012; SZWARCWALD, VIACAVA, *et al.*, 2004).

No entanto, vale ressaltar que o Sistema Único de Saúde-SUS, mesmo sendo universal não é homogêneo e apresenta diferentes configurações de um estado para outro e mesmo entre municípios de um mesmo estado. A busca pela qualidade da assistência tem se tornado uma necessidade cada vez mais presente e nesse sentido faz-se imprescindível a utilização de ferramentas de avaliação para nortear as ações (SANTOS e ROSSO, 2013).

Considerando os aspectos acima, a aplicação de inquéritos de base populacional como ferramenta de avaliação é válida por refletir a realidade local, contribuindo com informações sobre a biologia humana, o meio ambiente, o estilo de vida e o sistema de saúde. Complementando assim os Sistemas de Informações-SIS institucionalizados que por vezes não possibilitam a construção de alguns indicadores específicos que possam fomentar o planejamento local (SANTOS e ROSSO, 2013; BARROS, 2008; VIACAVA, DACHS e TRAVASSOS, 2006; VIACAVA, 2002)

Essa característica que os inquéritos de base populacional possuem de refletir a realidade e de acrescentar informações aos indicadores oficiais foi imprescindível para essa pesquisa devido às especificidades da Rede Integrada de Desenvolvimento do Entorno do Distrito Federal e do recorte e local de estudo, os municípios da Região Norte da RIDE-DF.

Cabe citar que a proximidade dos municípios com a capital Brasília acaba por contribuir para o desencadeamento de problemas regionais e intrarregionais dada à disparidade econômica e de infraestrutura entre as cidades do Entorno e o Distrito Federal-DF. Resultando em migração pendular devido à dependência dessa população que acaba por buscar no DF serviços de saúde, oportunidades de trabalho e de estudo pela insuficiência ou inexistência desses em seus municípios de origem (SANTOS e ROSSO, 2013; MOURA, 2010; MIRAGAYA, 2011)

Paradoxalmente é inegável o avanço que a construção da nova capital trouxe para Goiás e para todo o Brasil, mas diversas foram as consequências que surgiram a partir desse contexto histórico, econômico e cultural dos municípios que se adaptaram para dar origem a Brasília (Figura 1) e que, por consequência, formaram o seu Entorno.

Configurava-se assim o pano de fundo para a problemática da região de onde se originou o Entorno, à medida que se estruturava a nova Capital Federal e seu correspondente fluxo migratório iniciado pela marcha desenvolvimentista de Juscelino Kubistchek (MAGALHÃES, 2005).

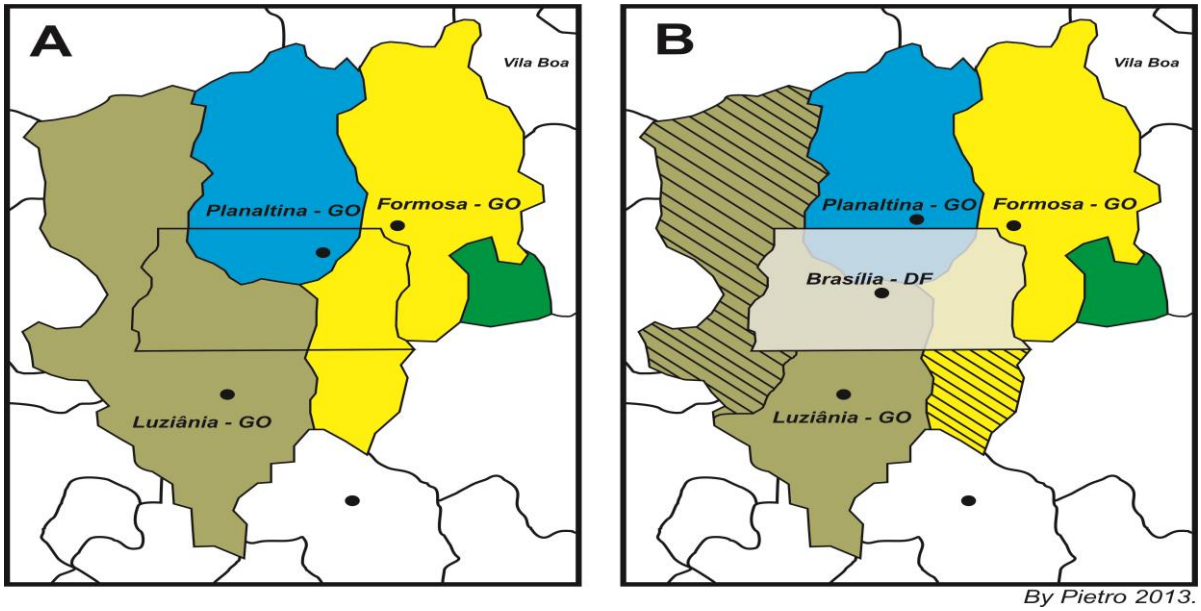


Figura 1: Imagem cartográfica das primeiras modificações territoriais provenientes da inserção do Distrito Federal no estado de Goiás.
Fonte: Adaptado a partir de imagem do artigo de Magalhães publicado na revista Justiça e História, no ano de 2005.

Na Figura 1, tem-se a representação dos municípios que perderam parte de seus territórios para dar origem ao Distrito Federal-DF, sobreposta a esses municípios tem-se a marcação territorial da nova capital. No lado (B) veem-se sombreada a área que passou a ser do DF e as áreas tracejadas de Formosa e Luziânia que foram agregadas a outros municípios goianos. Vê-se também, Planaltina, que provocou a criação de uma região de mesmo nome dentro do território do DF (MAGALHÃES, 2005).

Após algumas décadas da mudança da capital, cria-se a Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno RIDE/DF, instituída pela Lei Complementar nº. 94, de 19 de fevereiro de 1998 e regulamentada pelo Decreto nº. 2.710, de 04 de agosto de 1998, esse por sua vez foi alterado pelo Decreto nº. 3.445, de 04 de maio de 2000, para efeitos de articulação da ação administrativa da União, dos Estados de Goiás e de Minas Gerais e do Distrito Federal (BRASIL, 2011).

A RIDE-DF corresponde a uma região formada por 19 municípios pertencentes ao estado de Goiás, 03 do estado de Minas Gerais e o Distrito Federal, representando uma população total de 3.716.996 habitantes sendo que Brasília concentra 69% dessa população, ou seja, 2.562.963 habitantes, os outros 1.154.033 habitantes se

encontram distribuídos pelos 22 municípios circunvizinhos da capital (BRASIL, 2011).

A RIDE-DF tem como característica a ocupação de forma não planejada e tendência de concentração urbana da população (CAIADO, 2005). Essa característica de ocupação urbana nas cidades, não se dá apenas através da migração do campo para a cidade (êxodo rural), mas também pela concentração da população polarizada na periferia das capitais, constituindo a formação de áreas metropolitanas. Esse fato também é percebido na capital brasileira e se caracteriza pela configuração heterogênea e polarizada do cinturão formado pelos municípios do Entorno (LEMOS, 2006).

Nesse sentido os municípios do Entorno Norte sofrem sérios desequilíbrios econômicos e sociais, característicos do processo de ocupação urbana não planejada e heterogênea dessa região, sendo a carência de infraestrutura, equipamentos sociais e oferta de empregos para essas populações, as principais resultantes negativas desse processo de ocupação (MOURA, 2010; MOYSÉS e SILVA, 2008).

Diversos são os fatores que agregados formam a problemática da região: a ocorrência de concentração de oferta de emprego no DF, grande parcela da população com baixo índice de escolaridade, continuo fluxo migratório, baixa oferta de serviços de saúde e a lentidão na industrialização do entorno, para citar apenas algumas das variáveis que acabam por contribuir com os altos índices de desemprego e criminalidade (SANTOS e ROSSO, 2013; JÚNIOR, SILVA, *et al.*, 2012; MIRAGAYA, 2011; SEPLAN, 2006; VASCONCELOS e PASCHE, 2006; MELLO, 2009; CARVALHO, SOUZA, *et al.*, 2012; SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2013).

Segundo Miragaya (2011), existe um verdadeiro fosso entre Brasília e os municípios do Entorno que ocorre devido ao excepcional crescimento da periferia sem o correspondente crescimento de atividades produtivas e geradoras de empregos, principalmente a industrial.

O autor explica que o Brasil registrou por vários anos uma concentração do setor produtivo industrial nos grandes centros, impondo aos municípios periféricos a função de cidades-dormitório. Sendo que Brasília desponta como uma exceção na forma como se configurou essa tendência, pelo fato de não possuir grandes polos

industriais em seu território e mesmo assim ser geradora de migração pendular (MOURA, 2010; CAIADO, 2005).

Esse panorama acaba por contribuir para a estratificação social imposta por políticas públicas ineficientes que se refletem nas condições de vida e de trabalho dos grupos e indivíduos (CNDSS, 2008).

De acordo com o relatório da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde-CNDSS, composta por: Docentes-pesquisadores, políticos, profissionais de saúde, juristas, artistas e jornalistas que buscaram elaborar diretrizes para subsidiar planejamento nas áreas de educação, saúde e de distribuição de renda.

> *"As condições materiais de vida e trabalho dos indivíduos e grupos, assim como sua vulnerabilidade aos impactos ambientais estão fortemente influenciadas pela posição social que ocupam e que pode ser definida por meio de uma série de variáveis como renda, escolaridade, gênero entre outras. Estas condições de vida e trabalho e seus efeitos psicossociais constituem um dos principais mediadores através dos quais a estratificação socioeconômica influencia a situação de saúde de indivíduos e grupos, bem como os diferenciais observados entre eles". Pag. 58*

Esse relatório foi publicado no ano de 2008 trazendo considerações sobre áreas de grande concentração de pobreza no território nacional, com ponderações sobre a área da saúde entre outras que se pode vincular ao Entorno do Distrito Federal.

Presume-se então que as condições de vida e de trabalho, nos municípios do Entorno Norte em relação ao Distrito Federal, acabam por fomentar o quadro de dependência na população do Entorno devido à carência e precariedade dos serviços, dos equipamentos e da infraestrutura urbana nos municípios, em relação à reconhecida qualidade desses na capital (CATALÃO, 2010).

Esses e outros fatores acabam por gerar um fluxo de utilização dos equipamentos sociais do Distrito Federal pela ausência dos mesmos em seus municípios de origem.

Talvez corrobore com isso o fato da RIDE-DF não possuir capacidade instalada suficiente, o que dificulta seguir os pressupostos de uma rede com porta de entrada definida, fluxo estabelecido entre os três níveis de atenção e compartilhamento de responsabilidades entre os municípios, o que caracteriza um processo de gestão complexo (SANTOS e ROSSO, 2013; MENDES, GARCIA, *et al.*, 2011).

Atentos a essa complexidade, diversos autores têm buscado compreender as variáveis que configuram os serviços de saúde no SUS e sua gestão buscando

subsidiar o planejamento e a gestão com informações que possam contribuir na desfragmentação do sistema. E dessa forma prover serviços de saúde dentro dos princípios doutrinários da assistência que são a Universalidade, Equidade e Integralidade (SANTOS e ROSSO, 2013; TAMAKI, TANAKA, *et al.*, 2012; SOUZA e ROSSO, 2012; WEIRICH, MUNARI, *et al.*, 2009; CELINO, COSTA, *et al.*, 2013; CARVALHO, SOUZA, *et al.*, 2012; SOUZA e TEIXEIRA, 2012; SHIMIZU e ROSALES, 2009; VIEIRA-DA-SILVA, HARTZ, *et al.*, 2007).

Para tal o desempenho do sistema de saúde deve ser analisado levando-se em consideração seus objetivos e prioridades conforme o contexto político, social e econômico. A análise deve ser norteada conforme condições de saúde da população e a estrutura do sistema de saúde, além de outros fatores determinantes (VIACAVA, ALMEIDA, *et al.*, 2004).

Szwarcwald & Damacena (2008) propõem que, através do uso de inquéritos de saúde, é possível se conhecer o perfil de saúde e a distribuição de exposições e condições de risco de determinada população. Além de se caracterizar socioeconomicamente a população estudada, bem como se obter indicadores para avaliação do desempenho do sistema de saúde, como o acesso, a utilização e o grau de satisfação do usuário com os mesmos (SZWARCWALD e VIACAVA, 2008).

As informações coletadas podem fomentar o planejamento e gestão, permitindo a implantação de políticas e programas de saúde moldados à realidade local, contribuindo para a melhoria dos serviços de saúde e para a satisfação da população que espera encontrar serviços que respondam às suas necessidades (GIOVANELLA, MENDONÇA, *et al.*, 2009; SZWARCWALD e VIACAVA, 2010).

Pode-se considerar que a etapa Norte do Inquérito RIDE-DF contribuiu para a construção de um banco de dados que não se esgota pela análise dessa pesquisa. Sendo que esse banco, através de outros recortes e enfoques de pesquisa pode proporcionar ponderações sobre os efeitos contextuais da concentração residencial e distribuição da pobreza e do quadro epidemiológico presente (SZWARCWALD e VIACAVA, 2008). Abre ainda a oportunidade de futuras investigações concernentes a essas e outras informações referentes aos municípios goianos que fazem parte da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno a RIDE-DF.

OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Analisar o desempenho dos serviços de saúde dos municípios do Entorno Norte da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno na perspectiva dos residentes.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as características sociodemográficas dos residentes do Entorno Norte;
- Identificar os serviços de saúde que são ofertados e quais são buscados pela população no Entorno Norte da RIDE-DF;
- Analisar a percepção dos residentes do Entorno Norte quanto ao atendimento recebido nos serviços de saúde.

REFERENCIAL TEÓRICO

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. Atenção Básica à construção de um conceito.

No contexto histórico mundial, a Atenção Primária em Saúde-APS tem sido reconhecida e reafirmada como ação efetiva na melhora de indicadores de saúde e estimulada como investimento essencial para a ascensão econômica e social dos países em desenvolvimento e diminuição das desigualdades entre os povos (DABAN, 2007; MACINKO, GUANAIS e MARINHO DE SOUZA, 2006; OMS, 2013).

Apesar do consenso quanto à validade da abordagem, a definição de seu escopo as várias formas de implantação da mesma em diferentes países acabaram por estimular discussões e interpretações sobre a abrangência e configurações da Atenção Primária em Saúde (OMS/OPAS, 2008; GIL, 2006; ATUN, 2004).

Tal debate se fez necessário para permitir o aprofundamento conceitual, quanto às singularidades na forma de implementação, bem como a compreensão das delimitações que ocorreram e ainda ocorrem, nos diferentes países perante essa proposta de organização dos sistemas de serviços de saúde (CONASS, 2007).

No Brasil uma nova linha de discussão foi aberta e contrapôs ao conceito internacionalmente difundido de Atenção Primária em Saúde, ao nacionalmente construído de Atenção Básica - AB, com defensores em ambos os lados debatendo a abrangência e o escopo de ambos os conceitos e muitas vezes contrapondo até mesmo o alcance semântico dos termos (CONASS, 2007).

Mesmo assim, não há dados que permitam esclarecer o motivo pelo qual o SUS, na contracorrente internacional, teria assumido a denominação “Atenção Básica”, tendência cristalizada na regulamentação de suas Normas Operacionais Básicas - NOAS, se não, um posicionamento ativo em se negar a denominação utilizada pelas agências internacionais, como o Banco Mundial, em suas políticas para a área de saúde (MELLO, FONTANELLA e DEMARZO, 2009).

Segundo Arouca (2003) apud Mello et al., (2009) há indícios que apontam que o uso do termo “Atenção Básica” em contra posição à “Atenção Primária em Saúde” surge como uma opção ideológica na determinação das matrizes discursivas, envolvidas na conformação de um discurso contra hegemônico, em conformidade com as premissas do movimento preventivista. Esse posicionamento de “resistência ao modelo internacional” era presente nos espaços de discussão e acabou por somar-se a outros fatores e catalisou a formulação do conceito ou bandeira político ideológica da Saúde Coletiva no Brasil (NUNES, 1994).

Pode-se então inferir que a concepção do conceito de Saúde Coletiva foi impulsionada pela crítica aos diferentes movimentos e projetos de reforma em saúde ocorrida nos países capitalistas, bem como pela elaboração teórico-epistemológica e pela produção científica, articuladas às práticas sociais do período. Sendo esse o terreno de origem do eixo ideológico da Saúde Coletiva e do termo Atenção Básica (BARBOSA e AZEVEDO, 2009; L’ABBATE, 2003; PAIM e FILHO, 1998).

Como consequência desse longo processo, vê-se atualmente, em documentos oficiais do Ministério da Saúde, órgãos representativos como o CONASS e mesmo pesquisadores, o reconhecimento dos termos Atenção Básica e Atenção Primária em Saúde como termos equivalentes, sendo a Estratégia Saúde da Família - ESF a sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

A ESF oxigenou a Atenção Básica e o Sistema Único de Saúde, contribuindo para o processo de regionalização ao se colocar como nova proposta de atenção e de reorganização dos sistemas de saúde no Brasil. E ao levar o serviço de saúde para dentro da comunidade, a ESF proporcionou ao SUS enfocar a saúde das pessoas na constelação de todos os outros determinantes de saúde, ou seja, no meio social e físico no qual as pessoas vivem e trabalham (STARFIELD, 2002; SILVEIRA, RAMIRES e SILVA, 2011).

Para tal a ESF utiliza a atuação por meio de equipes multidisciplinares preveem a entrada de várias especialidades de saúde de acordo com a necessidade, mas que comumente é vista com duas modalidades de equipe de Saúde da Família – eSF composta pelos seguintes arranjos. Equipe do tipo I ou eSF I composta por no mínimo, médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de

Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde 12 por equipe, e equipes do tipo II, modalidade com saúde bucal, eSF II em que acrescenta-se à equipe básica o cirurgião dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

O SUS tem na ESF a sua principal expressão da Atenção Básica, sendo que essa abordagem conquistou o patamar de estratégia norteadora da Atenção Básica no Brasil, em reconhecimento às melhorias em saúde alcançadas junto às camadas mais necessitadas da população (MACINKO e LIMA-COSTA, 2012; SCHWARTZ, FERREIRA, *et al.*, 2010; FACCHINI, PICCINI, *et al.*, 2006).

Dentro desse contexto, os cuidados primários através da ESF podem vir a ser facilitadores de uma convergência segura, efetiva e socialmente produtiva, da promoção da saúde, da prevenção da doença, da cura e dos cuidados em geral, contribuindo para que a Atenção Básica assuma a condição de porta de entrada do sistema de saúde (OMS/OPAS, 2008; DABAN, 2007).

3.2. Redes Integradas de Desenvolvimento RIDE(s).

A criação de Regiões Integradas de Desenvolvimento baseia-se nos Arts. 21, inciso IX, 43 e 48, inciso IV, da Constituição Federal, que atribuem à União, competência para elaborar e executar planos nacionais e regionais de ordenação do território e de desenvolvimento econômico e social (INSTITUTO DO MILÊNIO, 2009).

> "As RIDEs têm como objetivo articular e harmonizar as ações administrativas da União, dos Estados e dos Municípios para a promoção de projetos que visem à dinamização econômica de territórios de baixo desenvolvimento e assim, acabam conseguindo prioridade no recebimento de recursos públicos destinados à promoção de iniciativas e investimentos que reduzam as desigualdades sociais e estejam de acordo com o interesse local consensuado entre os entes participantes; esse consenso é fundamental, pois a criação de uma RIDE envolve a negociação prévia entre os estados envolvidos sobre questões como os limites e municípios da região, os instrumentos necessários, os objetivos e a adequação às necessidades específicas de gestão" (MINISTÉRIO DA INTEGRAÇÃO, 2013).

Existem atualmente três RIDEs instituídas em território nacional que se formam na conjunção de diferentes estados: a RIDE-PEBA Pernambuco e Bahia, a RIDE-PIMA Piauí e Maranhão e a RIDE- DF Goiás, Minas e o Distrito Federal.

3.2.1. Região Integrada de Desenvolvimento do Pólo Petrolina Juazeiro/RIDE-PEBA

A Região Administrativa Integrada de Desenvolvimento do Pólo Petrolina/PE e Juazeiro/BA, RIDE-PEBA foi instituída pela Lei Complementar Federal nº 113/2001, conforme previsto no art. 21, inciso IX, 43, e 48, inciso IV, da Constituição Federal. A mesma autorizou o Poder Executivo a criar, para efeitos da articulação da ação administrativa da União, dos Estados de Pernambuco e da Bahia, a Região Administrativa Integrada de Desenvolvimento do Pólo Petrolina/PE e Juazeiro/BA, constituída por 8 Municípios, sendo 4 no estado de Pernambuco e 4 na Bahia. Essa Lei Complementar foi regulamentada pelo Decreto nº 4.366/2002, o qual prevê, ainda, que se integram automaticamente à Região Administrativa os municípios que vierem a ser constituídos em virtude de desmembramento de Município já pertencente a RIDE (MINISTÉRIO DA INTEGRAÇÃO, 2013)

3.2.2. Região Integrada de Desenvolvimento da Grande Teresina/RIDE-PIMA.

A Região Integrada de Desenvolvimento da Grande Teresina foi instituída pela Lei Complementar nº 112/2001 e regulamentada pelo Decreto Federal nº 4.367, de 9 de setembro de 2002, sendo oficialmente efetivada em solenidade cinco anos depois em 21 de novembro de 2007. Surgiu com o objetivo de articular e harmonizar as ações administrativas da União e dos Estados do Piauí e do Maranhão através da RIDE-PIMA, conforme o previsto no inciso IX do art. 21, no art. 43, e no inciso IV do art. 48 da Constituição Federal. Constituída por 13 Municípios, sendo 12 no Estado do Piauí e um no Estado do Maranhão, criando a Região Integrada de Desenvolvimento da Grande Teresina. O Decreto Federal nº 4.367/2002 prevê que

os municípios que vierem a ser constituídos a partir de desmembramento de território de municípios constituintes da RIDE passarão a compor, automaticamente, a Região Integrada de Desenvolvimento da Grande Teresina (MINISTÉRIO DA INTEGRAÇÃO, 2013).

3.2.3. Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno/RIDE DF.

A Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno – RIDE DF foi instituída pela União na Lei Complementar Federal nº 94/98, abrangendo, além do Distrito Federal, dezenove Municípios do Estado de Goiás e dois do Estado de Minas Gerais.

> "Esta mesma lei estabelece que os municípios que vierem a ser constituídos a partir de desmembramento do território de outros, passarão a compor, automaticamente, a Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno. Com isto, o Estado de Minas Gerais passou a contar com 3 municípios participantes na Região" (INSTITUTO DO MILÊNIO, 2009).

Essa modulação da lei acabou por incluir o município de Cabeceira Grande (MG), um desmembramento do território mineiro que faz divisa com Cabeceiras (GO) que por sua vez é resultante do recorte do território de Brasília no município de Formosa (GO), bem como todas as cidades satélites do DF. Todos esses recortes geográficos podem ser visualizados na Figura 2, com exceção do município de Pirenópolis que faz parte do Entorno, mas não consta no desenho original do artigo de Magalhães (2005) no qual foram realizadas as transcrições geográficas.

A Lei Complementar nº 94/98 foi regulamentada pelo Decreto nº 2.710, de 1998 e alterada pelo Decreto nº 3.445, de 2000. Atualmente a RIDE é constituída pelo Distrito Federal e por 22 Municípios, sendo que 19 estão no Estado de Goiás e 3 no Estado de Minas Gerais e todos incorporados pela Lei Complementar nº 94/98.

Fazem parte também do arcabouço jurídico institucional da RIDE-DF: o Decreto 27/10/1998 que regulamenta a Lei 94/1998 e cria o Conselho Administrativo da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno COARIDE, o Decreto 3445/2000 de criação do Ministério da Integração Nacional, Decreto 4700/2003 que modificou a composição da COARIDE, a Lei Complementar 129/2009 que recriou a Superintendência de Desenvolvimento do Centro-Oeste SUDECO e a atual regulamentação da RIDE-DF, o Decreto 7469/2011 (IPEA, 2012).

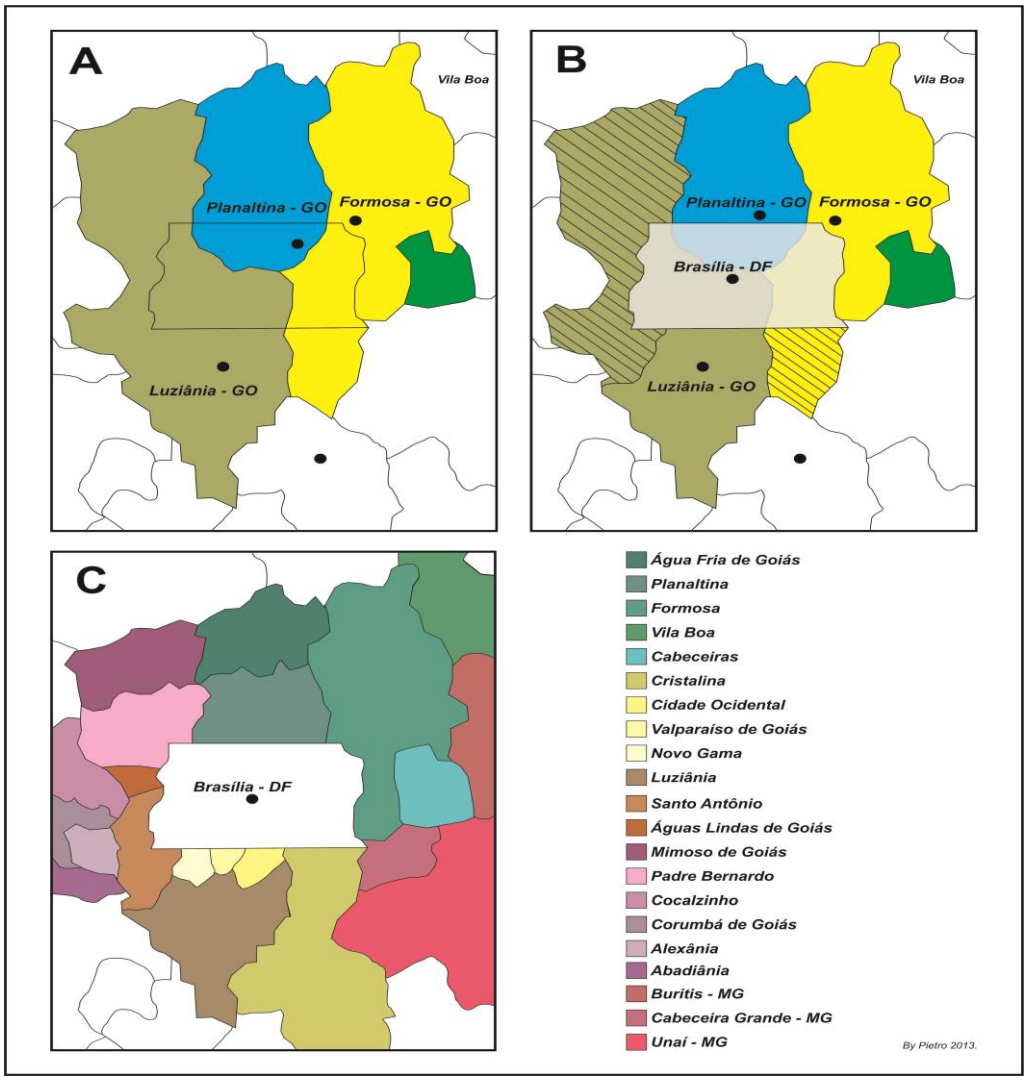


Figura 2: Imagem cartográfica dos recortes territoriais subsequentes à inserção do Distrito Federal no Estado de Goiás.
Fonte: Adaptado a partir de imagem do artigo de Magalhães, publicado na revista Justiça e História, no ano de 2005.

As regiões do Entorno que compõem a RIDE-DF são formadas pelos seguintes municípios e o Distrito Federal (BRASIL, 2011):

- Região Entorno Norte (GO): Água Fria de Goiás, Cabeceiras, Formosa, Planaltina e Vila Boa;
- Região Entorno Sul (GO): Águas Lindas de Goiás, Cidade Ocidental, Cristalina, Luziânia, Novo Gama, Santo Antônio do Descoberto e Valparaíso de Goiás;
- Região de Pirineus (GO): Abadiânia, Alexânia, Cocalzinho, Corumbá de Goiás, Mimoso de Goiás, Padre Bernardo, Pirenópolis;
- Região de Unaí (MG): Buritis, Cabeceira Grande e Unaí;
- Distrito Federal: Brasília.

Segundo Azevedo & Alves (2010), apesar da proximidade com grandes centros, as RIDEs não possuem as características de uma Região Metropolitana - RM, que normalmente apresenta concentração espacial de população, atividades econômicas, produção e consumo em massa como parte da dinâmica da região.

O que permite uma melhor distribuição do PIB dentro da RM formada pela capital e seus municípios periféricos. Para exemplificar tal fato, tem-se a periferia de São Paulo que responde por 44% do PIB da Região Metropolitana, a periferia de Recife participa com 52% do PIB de sua Região Metropolitana, bem como Belo Horizonte com 57%, Porto Alegre - 72,3%, Rio de Janeiro - 37%, e a RM de Salvador com 71,1% do PIB (IPEA, 2012).

Ao se levar em conta tais percentuais, percebe-se a incipiência econômica dos municípios do Entorno do Distrito Federal na composição geral do PIB, se considerando apenas o “Entorno Metropolitano”, denominação citada por Catalão (2010) e Miragaya (2011) e que se refere a um total de 10 municípios que apresentam maior vinculação financeira com o DF, que são os municípios de: Luziânia, Valparaíso de Goiás, Cidade Ocidental, Novo Gama, Formosa, Planaltina de Goiás, Santo Antônio do Descoberto, Águas lindas de Goiás, Alexânia e Padre Bernardo, tem-se, apenas, 6,5%, do PIB total do Entorno Metropolitano contra 93,5% retido no DF (AZEVEDO e ALVES, 2010; IBRASE/SEBRAE, 2008).

As causas dessa concentração do PIB podem estar relacionadas à falta de ações integradas dos três Estados, o que ocorre em sua maioria são ações isoladas por parte de cada ente, somada às dificuldades de coalizão do conselho Gestor da RIDE-DF, o COARIDE, além de que, por vários anos, os gastos da esfera Federal ocorreram sem o devido planejamento de ações e metas a médio e longo prazo (IPEA, 2012).

Se considerarmos o PIB e o índice de Gini dos três entes federados que formam a RIDE-DF, verificam-se valores elevados de PIB e altos índices de concentração de renda com destaque para o DF.

De acordo com o IBGE (2010), o Distrito Federal, apesar de sua pequena extensão territorial, pouca expressão de sua indústria e inexistência em agropecuária, aparece como a oitava posição no ranking do PIB nacional, sendo que o índice de Gini do DF é de 0,584, Goiás surge com a nona posição do PIB e o índice de Gini de 0,465 e Minas Gerais com a terceira posição do PIB e o índice de Gini de 0,475. Lembrando que o Índice de Gini consiste em um número entre 0 e 1, em que o *zero* corresponde à completa igualdade de renda ou igualdade na distribuição e acesso à renda e o *um* corresponde à completa desigualdade ou concentração total da renda, quanto mais próximo da unidade, maior a desigualdade na distribuição de renda (IBGE, 2011).

Segundo o Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil (2013) do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD, Brasília se comporta como destaque quando se considera o Índice de Desenvolvimento Municipal – IDHM, que é a média resultante do Índice de desenvolvimento Humano - IDH dos componentes: renda, longevidade e educação.

Ao se fazer o comparativo entre os municípios do Entorno Norte da RIDE-DF, Goiás, Distrito Federal e o Brasil, percebe-se o destaque da capital federal em relação aos outros membros desse conjunto (Figura 3). Ficando claro que, mesmo em períodos distintos da economia nacional, o Distrito Federal desponta como núcleo forte de desenvolvimento, sem necessariamente ocorrer distribuição de renda como demonstrado previamente pelo índice de Gini.

Esta discrepância entre a capital federal e os municípios que compõem a RIDE-DF se acentua quando os índices de Gini e o IDH são contrapostos. O Distrito Federal polariza a economia local, mas não distribui o ônus da movimentação econômica com os municípios circunvizinhos.

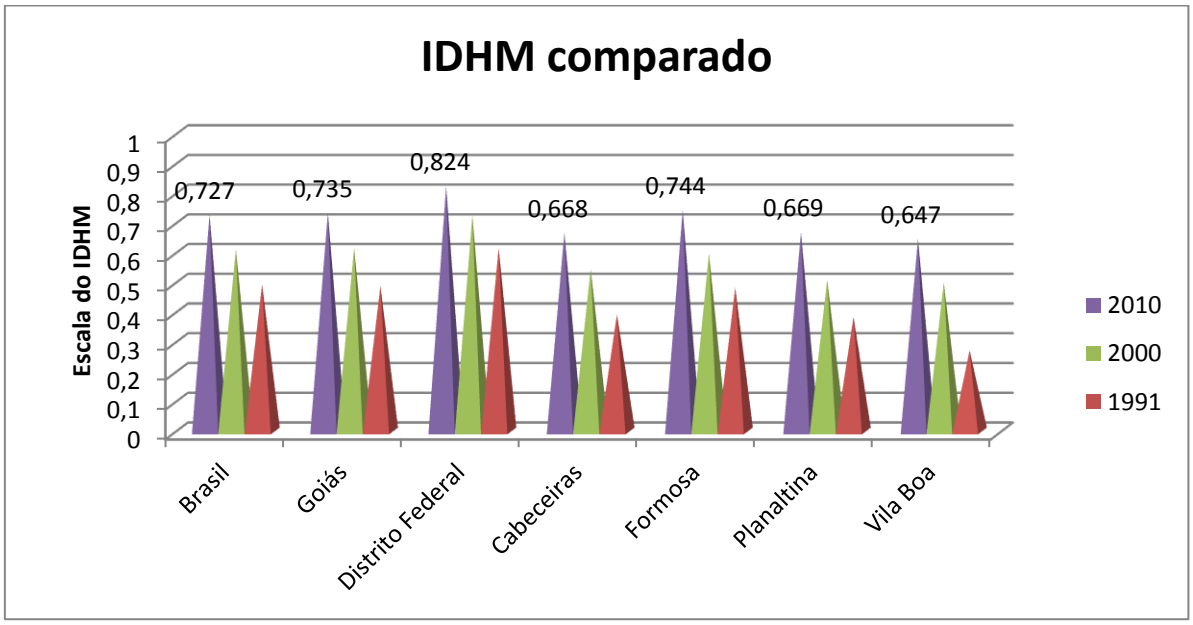


Figura 3: Gráfico comparativo IDHM Brasil, Goiás, Distrito Federal e Entorno Norte.
Fonte: Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil (2013).

3.2.4. O universo da pesquisa no Entorno Norte da RIDE-DF.

O Entorno norte da RIDE-DF é composto por cinco municípios: Água Fria de Goiás, Cabeceiras, Formosa, Planaltina e Vila Boa que compõem a amostra deste estudo. Os resumos abaixo foram retirados do site do IBGE e do Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil - ADHB do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD (2013). E permitem vislumbrar um pouco do histórico dos municípios que formam esta parte do Entorno.

3.2.4.1. Água Fria de Goiás

O Povoado de Água Fria de Goiás teve início em meados de 1940 com a chegada de posseiros as terras da Fazenda Beco, denominada posteriormente de Fazenda da Água Fria, em menção a um riacho que cortava a fazenda. Em 1950 ocorre a chegada de migrantes mineiros atraídos à região em busca de terras propícias a criação de gado e produção de cana de açúcar, impulsionando a agropecuária da região.

Nesse período a região já era autossuficiente na produção de algodão e tecidos artesanais dessa matéria prima, sendo que este e outros produtos como a rapadura, melado, pinga e toucinho, compunham a “moeda” de troca levada por caravanas que levavam de 10 a 12 dias para chegar a cidades mais adiantadas onde praticavam o escambo, como Catalão, Uberaba, Corumbá, Pirenópolis, Formosa e Santa Luzia (hoje Luziânia), onde buscavam sal, tecidos finos, utensílios e ferramentas entre outros.

O município de Água Fria de Goiás foi criado pela Lei n. 10.399 de 30 de dezembro de 1987, sendo desmembrado do território do município de Planaltina do qual fazia parte.

No ano de 2010, Água Fria de Goiás possuía 5.090 habitantes, sendo a renda per capita municipal de R$ 525.20 reais, apresentando um índice de Gini de 0.60, com 46.7% (2.377) da população vulnerável a pobreza, onde 58.0% (2.952) desta se localizam na zona rural e 42.0% (2.138) em área urbana. Considerando-se o Índice de Desenvolvimento Humano - IDH, Goiás Água Fria de Goiás ocupa a 193ª posição entre os 246 municípios de Goiás, sendo que 192 (78.0%) municípios estão em situação melhor e 53 (21.5%) municípios estão em situação igual ou pior (IBGE, 2010; ADHB, 2013).

3.2.4.2. Cabeceiras

O povoado de Cabeceiras teve sua origem em 1942 com a instalação de uma capela em louvor a Santa Rosa de Lima, obra atribuída ao seu primeiro habitante, um sertanejo conhecido como “Antônio Baiano”, sendo que a denominação Cabeceiras acontece como referencia a nascente do córrego Taboquinha que banha a região.

Como em outras regiões de Goiás, a criação de gado e outras atividades agropecuárias fazem parte da gênese de Cabeceiras, tornando-se a principal fonte econômica da localidade. O povoado de Cabeceiras passou a condição de distrito através da lei municipal nº44, de 29 de dezembro 1952, emitida pela câmara legislativa do município de Formosa, município onde o novo distrito estava agregado. Permanecendo como distrito até o ano de 1958, ano em que o distrito foi elevado à categoria de município com a denominação de Cabeceiras, pela lei estadual nº 2102, de 14 de novembro de 1958, sendo então desmembrado do território de Formosa.

No ano de 2010, Cabeceiras possuía 7.354 habitantes, sendo a renda per capita municipal de R$ 420.47 reais, apresentando um índice de Gini de 0.48, com 49.0% (3.604) da população vulnerável a pobreza, onde 25.1% (1.846) desta se localizam na zona rural e 74.9.0% (5.508) em área urbana. Considerando-se o Índice de Desenvolvimento Humano - IDH, Goiás Água Fria de Goiás ocupa a 198ª posição entre os 246 municípios de Goiás, sendo que 197 (80.0%) municípios estão em situação melhor e 48 (20.0%) municípios estão em situação igual ou pior (IBGE, 2010; ADHB, 2013).

3.2.4.3. Formosa

O histórico do município de Formosa remonta a terceira década do século XVIII, quando Goiás ainda pertencia à Capitania de São Paulo. Consta em registros históricos que nas proximidades da Lagoa Feia, se formava o local de paradas para descanso dos boiadeiros e garimpeiros que faziam o trajeto entre a Bahia e Minas Gerais, rumo ás minas dos Guaiazes. Ali levantaram as primeiras choupanas cobertas e cercadas com couro de boi, dando origem ao primeiro nome da localidade, Arraial dos Couros, que acabou por se tornar um entreposto para controle da cobrança de tributos sobre a extração do ouro e comércio de bovinos. O clima e terras férteis facilitaram a formação de fazendas e o comércio de couros, sendo que em 1823, o arraial foi passou à condição de Julgado e já se firmava como centro comercial.

Em 1838 foi alcançou à categoria de freguesia, e posteriormente em 1843, como homenagem a imperatriz D. Teresa Cristina, foi elevado à categoria de Vila, recebendo o nome de Vila Formosa da Imperatriz, sendo o dia 1º de agosto de 1843 a data oficial de fundação do município, que no ano de 1877, conquistou à categoria de cidade, com o nome de Formosa.

No ano de 2010, Formosa possuía 100.085 habitantes, sendo a renda per capita municipal de R$ 732,24 reais, apresentando um índice de Gini de 0.56, com 31.8% (31.827) da população vulnerável a pobreza, onde 8.0% (8.007) desta se localizam na zona rural e 92.0% (92.078) em área urbana. Considerando-se o Índice de Desenvolvimento Humano - IDH, Formosa ocupa a 13ª posição entre os 246 municípios de Goiás, sendo que 12 (4.8%) municípios estão em situação melhor e 233 (94.7%) municípios estão em situação igual ou pior (IBGE, 2010; ADHB, 2013).

3.2.4.4. Planaltina de Goiás

O povoado de Mestre D'Armas teve sua origem em meados do século XIX, com a chegada de uma família de desbravadores os Gomes Rabello, que se instalaram nas proximidades de uma Lagoa, de onde lhes veio à alcunha de "Lagoeiros" pouco depois se instalou nas proximidades da mesma Lagoa um ferreiro, perito no concerto de armas dele provem a primeira denominação do povoado.

O território do povoado de Mestre D'Armas pertenceu ao município de Santa Luzia (hoje Luziânia) até 1886, quando passou a pertencer ao de Formosa. O povoado de Mestre D`armas foi elevado a categoria de vila em 19 de março de 1891. Em 1910 teve sua denominação mudada para Altamir e em 1917 para Planaltina e com a criação de Brasília na década de 60, passou a ser denominado município de Planaltina de Goiás, sendo denominado não oficialmente como Brasilinha.

No ano de 2010, Planaltina de Goiás, possuía 81.649 habitantes, sendo a renda per capita municipal de R$ 466,69 reais, apresentando um índice de Gini de 0.43, com 36.4% (29.720) da população vulnerável a pobreza, onde 5.0% (4.082) desta se localizam na zona rural e 95.0% (77.567) em área urbana. Considerando-se o Índice de Desenvolvimento Humano - IDH, Planaltina de Goiás ocupa a 196ª posição entre os 246 municípios de Goiás, sendo que 195 (79.2%) municípios estão em situação melhor e 50 (20.3%) municípios estão em situação igual ou pior (IBGE, 2010; ADHB, 2013).

3.2.4.5. Vila Boa

O povoado de Vila Boa de Goiás era um dos destinos derivados do acesso à região de Minas Gerais na época do Brasil colônia, uma rota aberta pelo bandeirante Garcia Rodrigues Paes, conhecido como caminho novo autorizado por Carta-Régia em 1699 e concluída em 1707, e visava uma rota para contato e desbravamento e exploração das terras sertanejas, no coração do Brasil.

No seu histórico recente Vila Boa de Goiás, passou a condição de distrito do município de Formosa, pela lei estadual n. 10440 de 10 de janeiro de 1988 com a denominação de Vila Boa, e através da lei estadual n. 11.707 de 29 de abril de 1992, foi elevado à condição de município se emancipando de Formosa.

No ano de 2010, Vila Boa, possuía 4.735 habitantes, sendo a renda per capita municipal de R$ 376,72 reais, apresentando um índice de Gini de 0.48, com 52.5% (2.486) da população vulnerável a pobreza, onde 26.0% (1.231) desta se localizam na zona rural e 74.0% (3.504) em área urbana. Considerando-se o Índice de Desenvolvimento Humano- IDH, Vila Boa ocupa a 228ª posição entre os 246 municípios de Goiás, sendo que 227 (92.3%) municípios estão em situação melhor e 18 (7.3%) municípios estão em situação igual ou pior (IBGE, 2010; ADHB, 2013).

3.3. Inquéritos epidemiológicos de base populacional

Nos países mais desenvolvidos, diversos tipos de inquérito já estão incorporados em suas práticas administrativas tais como o Canadian Institute for Health Information (CIHI), National Population Health Survey (NPHS) no Canadá, o National Household Survey on Drug Abuse (NHSDA) e o National Health Care Survey (NHCS) na América do Norte e o General Health Survey (GHS) e o Health Survey for England (HSE) no Reino Unido, para citar, apenas, alguns exemplos da utilização de inquéritos nesses países.

Nesse sentido os inquéritos epidemiológicos de base populacional possuem validade comprovada, como confirmado por sua extensa utilização em países da Europa e América do norte, onde estes fomentam a pesquisa e o planejamento. Já em países em desenvolvimento, a aplicação de inquéritos é uma prática mais recente, que vem sendo gradativamente ampliada (SZWARCWALD e VIACAVA, 2010).

A tímida utilização dessa modalidade de pesquisa no Brasil vem sendo modificada e talvez aconteça por requerer dois fatores importantes, tempo e dinheiro, sendo o recenseamento demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE ou como é normalmente conhecido o Censo do IBGE com edições programadas de dez em dez anos, o inquérito de base populacional mais conhecido em território nacional.

Esta nova fase de utilização de inquéritos de base populacional se dá pelo fato de que, apesar dos bancos de informação do DATASUS possuírem papel imprescindível no monitoramento e planejamento de ações de saúde, os mesmos possuem algumas limitações, pela impossibilidade de gerar informações quanto a: qualidade e cobertura da assistência em saúde, as dimensões do processo saúde-doença, comportamentos e hábitos entre outras. Nesse sentido os inquéritos de base populacional podem complementar os bancos de dados oficiais, possibilitando novos enfoques e esclarecimentos (WALDMAN, NOVAES, *et al.*, 2008).

Sendo essas características reconhecidas por países que, tradicionalmente, utilizam pesquisas de base populacional, onde atualmente o planejamento tenta reduzir, as perdas, otimizar os custos, além de objetivar a construção de indicadores cada vez mais consistentes (MASSEY e TOURANGEAU, 2013; BLOM, LEEUW e HOX, 2011; O'MUIRCHEARTAIGH e CAMPANELLI, 1999).

Mesmo envolvendo etapas consideravelmente longas de planejamento e execução e necessite de um bom investimento, a utilização de inquéritos de base populacional vem sendo cada vez mais agregada por departamentos do governo federal, por permitir novos enfoques no monitoramento da saúde da população e bem como na avaliação do desempenho dos serviços de saúde entre outras (VIACAVA, DACHS e TRAVASSOS, 2006).

Nesse sentido pode-se citar a iniciativa do sistema de vigilância das doenças crônicas não transmissíveis - DCNT do Sistema Único de Saúde - SUS que criou um inquérito telefônico de base populacional - o inquérito VIGITEL com sua primeira edição em 2006, a Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar - PNAD com edições anuais, em que a coleta de dados sobre características socioeconômicas e demográficas são permanentes e outros temas são abordados com periodicidade variável ou sob demanda, como o suplemento saúde de 2008 que trazia informações sobre acesso e utilização dos serviços, condições de saúde é fatores de risco e proteção à saúde (SEGRI, FRANCISCO, *et al.*, 2011; SZWARCWALD e DAMACENA, 2008).

Em suma os inquéritos de base populacional permitem coletar informações referentes ao perfil de saúde dos indivíduos, distribuição de exposições e condições de risco de determinada população, bem como propiciam a formulação de indicadores para avaliação do desempenho de sistemas de saúde, a partir de informações sobre o acesso, a utilização e o grau de satisfação do usuário com os mesmos (SZWARCWALD e VIACAVA, 2008; SZWARCWALD e DAMACENA, 2008; VIACAVA, DACHS e TRAVASSOS, 2006).

Ao aproximar o pesquisador do objeto pesquisado e por refletir a realidade local, este instrumento, finda por contribuir para o planejamento e implantação de políticas e programas de saúde que correspondam à problemática estudada, somando para a melhoria dos serviços de saúde e para a satisfação da população que espera encontrar serviços que respondam às suas necessidades (SZWARCWALD e VIACAVA, 2010; GIOVANELLA, MENDONÇA, *et al.*, 2009).

Portanto os inquéritos de base populacional, somados aos indicadores oficiais podem permitir a concepção de novas teorias epidemiológicas fortalecendo a pesquisa, assim como a gestão ao fundamentar diferentes abordagens de gestão de serviços de saúde, ampliando a formulação de indicadores permitam avaliar o desempenho de serviços e sistemas, e bem como auxiliando na análise de desigualdades. Abrindo campo para a construção de sistemas de saúde que reconheçam as individualidades e características de regiões e / ou de grupos populacionais específicos (BARROS, 2008; SZWARCWALD e VIACAVA, 2008).

METODOLOGIA

4. METODOLOGIA

4.1. Delineamento do Estudo

Essa pesquisa se caracteriza como um estudo epidemiológico descritivo, do tipo inquérito domiciliar de base populacional, trabalha dados de um recorte do Inquérito RIDE-DF composto por municípios do Entorno Norte, faz parte do projeto de planejamento da Pesquisa Nacional de Saúde - PNS. O Inquérito RIDE-DF é o primeiro inquérito de base populacional realizado nos municípios goianos pertencentes ao Entorno do Distrito Federal-DF. Esse inquérito é resultado da parceria desenvolvida pela Universidade Federal de Goiás - UFG e a Universidade de Brasília - UnB que resultou no projeto denominado ”Apoio à Regionalização nos Municípios da RIDE-DF”, realizado nos dezenove municípios goianos pertencentes à Rede Integrada para o Desenvolvimento do Distrito Federal RIDE-DF.

O “Inquérito RIDE” é resultante do apoio e participação de outras instituições que viabilizaram a realização do mesmo, são estas: o Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz - ICICT/Fiocruz, Fundação de Amparo à Pesquisa no Estado de Goiás - FAPEG e do Programa de Pesquisa para o SUS PPSUS.

Inquéritos Domiciliares são estudos seccionais que, de acordo com o desenho, podem ser planejados em um território ou região, abordando-se o setor censitário, domicílio e indivíduo. São desenvolvidos a partir de questionários, em que determinada parcela da população ou amostra é inquirida a respeito de diversas questões desde idade, local de moradia, até autoavaliação de saúde (MEDRONHO, LUIZ e WERNECK, 2008). Pode-se classificá-los considerando aspectos referentes à sua abrangência geográfica, população-alvo, conteúdos temáticos e periodicidade.

Os inquéritos permitem monitorar e avaliar as condições de saúde e o desempenho de saúde de uma população (VIACAVA, 2002). As pesquisas do tipo Inquérito de saúde permitem conhecer o perfil de saúde e a distribuição dos fatores de risco em uma população, com atualização periódica e comparações sequenciadas no tempo e entre áreas geográficas. De modo que a primeira Pesquisa Nacional de Saúde

constitui até hoje uma linha de base para avaliações subsequentes (MALTA, LEAL, *et al.*, 2008; SZWARCWALD e VIACAVA, 2008).

4.2. Local do Estudo

O cenário desse estudo é formado pelos cinco municípios pertencentes ao Entorno Norte da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno denominado RIDE - DF, a saber: Água Fria de Goiás, Cabeceiras, Formosa, Planaltina, Vila Boa.

Na Figura 4, apresentam-se em destaque os municípios que compuseram a amostra da pesquisa, bem como os outros municípios dentro dos territórios de Goiás e Minas Gerais que formam o Entorno do Distrito Federal/RIDE-DF.

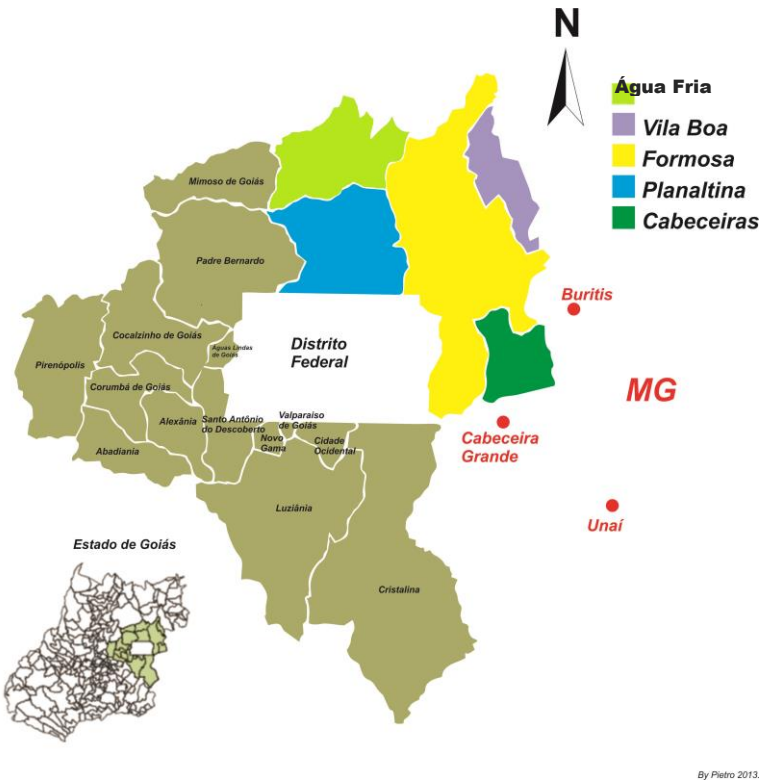


Figura 4: Municípios que compõem a RIDE-DF, com destaque para os municípios do Entorno norte/amostra pesquisa.
Fonte: Adaptado a partir de relatório do Ministério da Educação, Rede de Pesquisa e Inovação em Tecnologias Digitais, Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás e do Observatório do Mundo do Trabalho, 2012.

O Entorno Norte tem uma região de densidade demográfica variada, sendo que Planaltina o município mais próximo, apresenta altíssima densidade se comparado à Formosa, o que pode indicar o grau de influência que a proximidade com o DF exerce sobre a concentração populacional no Entorno Quadro1.

RIDE-DF	Município	População	Área (Km²)	Distância do DF (Km)	Densidade Demográfica
Entorno Norte	Água Fria de Goiás	5.090	2.029,4	118	2,51
	Formosa	100.085	5.811,8	79	17,22
	Planaltina	81.649	2.538,2	56	32,17
	Cabeceiras	7.354	1.127,6	234	6,52
	Vila Boa	4.735	1.060,2	156	4,42

Quadro 1: População, área e densidade demográfica (Hab/ Km²) dos municípios pertencentes ao Entorno Norte da RIDE-DF, 2010.
Fonte: Dados Censo demográfico IBGE, 2010.

4.3. Amostra do Estudo

A amostra foi composta por moradores do sítio de pesquisa maiores de 18 anos selecionados para participar e que aceitaram responder às questões mediante assinatura ou não do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE. Por se tratar de uma região com especificidades, principalmente relacionadas à segurança e criminalidade, algumas pessoas selecionadas, mesmo quando informadas do destino e sigilo das informações contidas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, aceitaram participar da pesquisa, porém se recusaram a assinar o TCLE. Mesmo ciente da possibilidade desse tipo de intercorrência, o comitê de ética autorizou a pesquisa em conformidade com as especificidades da região.

Foram excluídos do estudo os moradores que apresentaram evidência de transtorno mental grave ou qualquer condição que os tornasse incapazes de responder ao questionário no momento da abordagem.

O tamanho da amostra foi calculado pela equipe do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica - ICICT/Fiocruz para detectar diferenças de até 3.5% em um à proporção de 15%, com um poder de teste de 80% e um nível de significância de 95% mesmo sabendo que algumas prevalências teriam estimativas muito baixas, optou-se por esse tamanho de amostra, também, por razões de

disponibilidade de recursos para viabilização da realização do inquérito. Por se tratar de um desenho complexo de amostragem, foi incorporado um efeito de desenho de 1,3 sendo necessário entrevistar 2.400 indivíduos no total, sendo 600 indivíduos em cada estrato/região da RIDE-DF. O tamanho da amostra dentro do estrato permite estimar prevalências em torno de 15% com precisão de 3.3%, considerando 95% de nível de significância e um efeito de desenho amostral incorporado de 1,3. Levando-se em consideração possíveis perdas, em torno de 20%, aumentou-se o tamanho da amostra em cada estrato/região para 720 domicílios, totalizando 2.880 domicílios no total dos quatro estratos.

Os procedimentos de amostragem foram realizados em três estágios. No primeiro, foram selecionados 40 setores censitários, com probabilidade proporcional ao tamanho, dado pelo número de domicílios do setor. Para a seleção dos setores censitários, a etapa preliminar consistiu em construir uma lista de setores. Nessa etapa, a partir das informações da Fundação Instituto de Geografia e Estatística IBGE, foram considerados, primeiramente, todos os setores com domicílios particulares permanentes, isto é, aqueles que servem como residência de famílias e são construídos com material durável permanente.

Feito isto a etapa preliminar consistiu em construir uma lista de setores a partir das informações da Fundação Instituto de Geografia e Estatística (CD ROM - Censo 2010, Agregado por Setores Censitários). Foram considerados, primeiramente, todos os setores com domicílios particulares permanentes, isto é, aqueles que servem como residência de famílias e são construídos com material durável (permanente). Para a seleção da amostra de setores, foram eliminados todos os setores com menos de 30 domicílios particulares permanentes e os setores classificados como especiais (penitenciárias, instalações militares, asilos, reservas indígenas, entre outros). Após essas eliminações, restaram 154 setores censitários na região do Entorno Norte.

No segundo estágio, foram selecionados 18 domicílios por setor censitário através de uma amostragem sistemática, na qual o primeiro domicílio foi indicado através da Folha de Identificação do Setor - FIS (ANEXO 1), construída pelos estatísticos do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fiocruz e IBGE, para cada setor censitário e a partir daí a seleção dos domicílios

subsequentes ocorreu mediante contagem de um intervalo denominado “pulo”[2]. O “pulo” é calculado pela razão entre o número total de domicílios no setor e o número de domicílios a ser selecionado (18 domicílios), desse modo o valor do pulo variou de acordo com o número de domicílios de cada setor censitário.

No terceiro estágio, em cada domicílio, foi identificado um morador (a) com idade igual ou maior de 18 anos para responder ao questionário domiciliar módulo 1 da entrevista. Após responder ao módulo 1 se iniciava o módulo 2 questionário individual (ANEXO 2), podendo ser o sujeito dessa etapa o mesmo da etapa anterior ou não, o respondente desta etapa era selecionado com equiprobabilidade, conforme FIS (ANEXO 1).

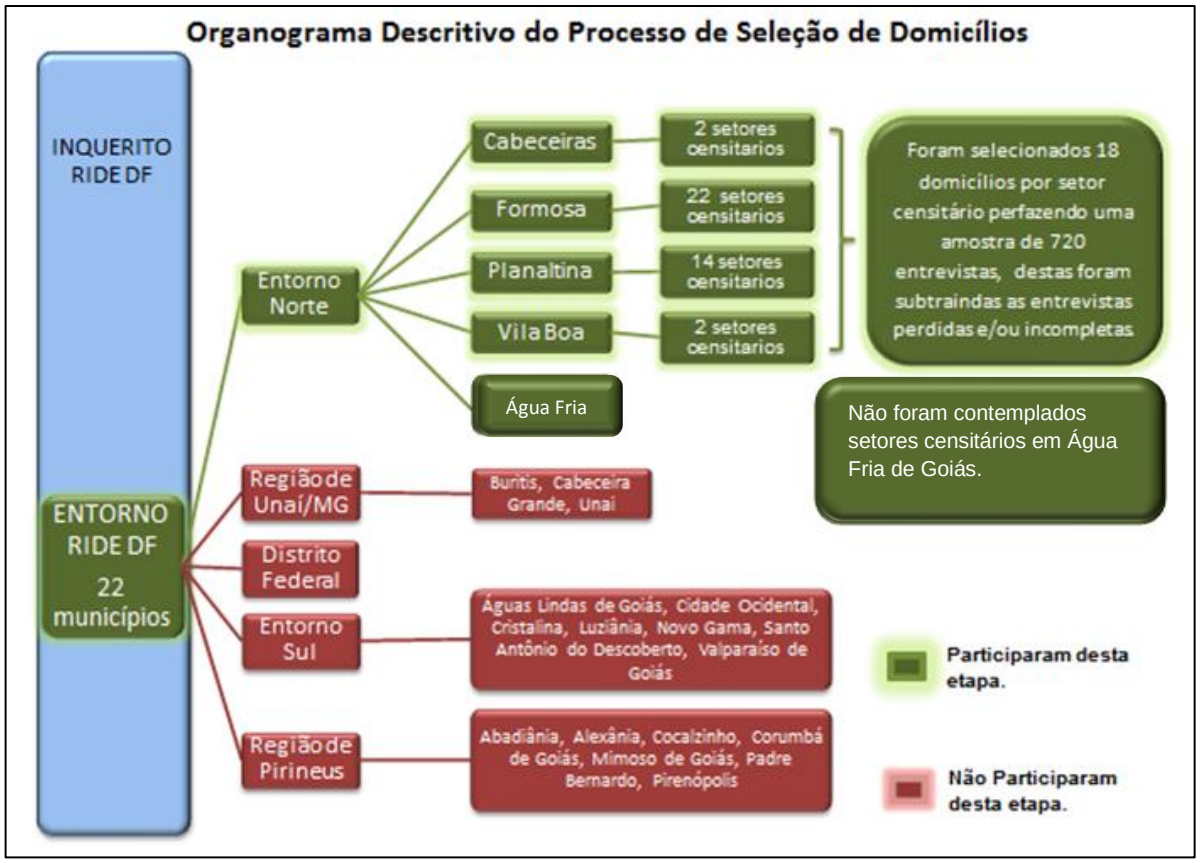


Figura 5: Etapas de realização da amostragem e seleção dos participantes.
Fonte: Construído a partir do algoritmo criado por Santos & Rosso, 2013.

[2] Termo técnico usado pela equipe do IBGE para descrever a quantidade de domicílios entre um domicílio selecionado e o outro.

4.4. Coleta de Dados

A coleta de dados desse estudo foi realizada no período de maio a outubro de 2012. Os dados foram coletados por uma equipe composta de uma coordenadora de campo, três supervisores e dez entrevistadores, pertencentes à UFG, UnB e aos próprios municípios do Entorno do DF, devidamente treinados para realização da pesquisa.

Foi utilizado o questionário adaptado da Pesquisa Mundial de Saúde – Atenção Básica - PMS/AB, já validado por pesquisadores do ICICT-Fiocruz (SZWARCWALD e VIACAVA, 2008), em formato digital com utilização de computador portátil. O questionário digitalizado é uma transcrição da versão para a Atenção Básica do questionário da PMS, ajustado após discussões com as equipes da UFG, UnB, Fiocruz e é composto por dois módulos: módulo 1 questionário domiciliar e o módulo 2 questionário individual.

Toda a equipe responsável pela aplicação do questionário em campo recebeu material informativo e passou por treinamentos para interação com o equipamento e questionário. Os treinamentos com os membros da equipe de campo possibilitaram ajustes entre supervisores e entrevistadores quanto à aplicação do questionário, além de direcionar a melhor operacionalização do trabalho de campo.

Os treinamentos foram ministrados por membros da equipe do projeto de Apoio à Regionalização nos Municípios da RIDE - DF que engloba o Inquérito RIDE - DF e que fizeram parte da etapa do Entorno Sul. Esses receberam treinamento ministrado pela equipe do ICICT Fiocruz, com a participação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, na cidade do Rio de Janeiro. Foram repassados todos os pontos importantes referentes ao questionário, assim como as técnicas de abordagem e aplicação do instrumento.

Encerrado o período de treinamento e interação com o equipamento e padronização dos mecanismos de abordagem e preenchimento do instrumento de coleta dos dados, realizou-se um teste piloto, em dois setores censitários no município de maior número de habitantes, mas essa amostragem não foi incluída no estudo. Essa etapa se revelou importante para o treinamento do mecanismo de sorteio dos domicílios

selecionados, além das técnicas de abordagem do domicílio e utilização da Ficha de Identificação do Setor Censitário FIS para a seleção do morador elegível ao questionário individual.

A experiência dos membros do Inquérito no Entorno Sul foi de suma importância para os ajustes da equipe de campo. Foi informada a necessidade de se buscar contato com representantes das Secretarias Municipais de Saúde em cada município. Essa solicitação de parceria era realizada por coordenadores e supervisores de campo onde se apresentavam os objetivos da coleta, a logística a ser utilizada, bem como informação de que todos os entrevistadores estariam uniformizados e com identificação e permaneceriam, no município, até o final da coleta.

Para localização dos setores censitários que são conjuntos de domicílios utilizados pelo IBGE para coleta do Censo Demográfico, foi de grande importância à participação de funcionários do Controle de Endemias que, por conhecerem o território do município ao qual são vinculados facilitavam a logística dessa etapa, principalmente, na zona rural.

Na sequência os supervisores de campo não só selecionavam os domicílios *in loco* através do uso dos mapas dos municípios (ANEXO 3) previamente analisados e com as demarcações dos setores censitários. Juntamente com os mapas foram fornecidas Fichas de Identificação do Setor - FIS (ANEXO 1), com informações referentes ao setor censitário, mas também o valor do “pulo”, denominação utilizada pelos técnicos do IBGE e que se refere ao intervalo de amostragem que é a quantidade de domicílios que deverá existir entre um domicílio selecionado e outro. Esses valores de “pulo” variam de acordo com o tamanho do setor censitário, de modo a contemplar com domicílios selecionados toda a extensão do setor delimitado.

Como etapa seguinte à seleção do domicílio, ocorria à abordagem feita pelas equipes de entrevistadores divididas e com supervisão. Na abordagem dos moradores, davam-se explicações quanto à forma, duração aproximada da entrevista e os objetivos da pesquisa e solicitava-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (ANEXO 4).

Também era feita a identificação do morador respondente das questões da segunda parte do questionário, denominado módulo individual. Tal seleção seguia método padronizado com uso do FIS e era realizada a partir da relação dos moradores maiores de 18 anos residentes no domicílio. Caso o morador selecionado não estivesse no domicílio no momento da abordagem, era agendada outra visita para entrevista e preenchimento do questionário individual e conclusão da coleta de dados naquele domicílio.

O morador selecionado presente no domicílio e que aceitou participar do estudo recebia novamente todas as informações pertinentes ao estudo e era solicitado a assinar o TCLE (ANEXO 4). Em situações em que o morador selecionado para o módulo individual não estava presente ou se recusava a participar da pesquisa, os supervisores faziam novamente a abordagem nesses domicílios juntamente com os entrevistadores por 4 ou 5 vezes em outros momentos antes de classificar o domicílio como perda. O mesmo procedimento foi adotado quando os domicílios encontravam-se desabitados e a existência de moradores era confirmada por vizinhos.

Por se tratar de uma região caracterizada por altos índices de violência, por vezes se fez necessária a interferência, ou melhor dizendo, a permanência de supervisores ou outros entrevistadores no sentido de permanecer no domicílio até que a entrevista fosse concluída.

O instrumento de coleta é a versão digitalizada do questionário utilizado na etapa Sul do inquérito RIDE-DF, e o mesmo está dividido nos módulos domiciliar e individual. O módulo domiciliar é composto pelos módulos: contatos do domicílio, lista de moradores do domicílio, situação socioeconômica, informações do domicílio, características contextuais (vizinhança) e características de saúde dos moradores do domicílio. No módulo individual estão os seguintes blocos: características sociodemográficas e apoio social, autoavaliação do estado de saúde, estilo de vida, morbidade, acidentes e violências, saúde da mulher, crianças com menos de dois anos, saúde bucal, saúde dos idosos, desempenho do sistema de saúde.

No intuito de responder ao proposto por este estudo foram utilizados os dados dos seguintes módulos: Características de Saúde dos Moradores do Domicílio, Características Sociodemográficas, Apoio Social e Desempenho do Sistema de

Saúde, como também dados secundários obtidos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES e do Departamento de Atenção Básica - DAB, ambos os bancos oficiais e de acesso público.

4.5. Aspectos éticos

A pesquisa se enquadra nas recomendações da portaria 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. Para tal a mesma foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília (FR 342534) (ANEXO 5) e contou com o apoio do Colegiado de Gestão da Saúde da RIDE- DF (ANEXO 6). Foram dadas a todos os participantes as informações e esclarecidas dúvidas quanto ao estudo e assegurado o sigilo e o anonimato das informações colhidas. Do mesmo modo, foi informado e preservado o direito de participar ou não da pesquisa, bem como o direito de desistir da participação a qualquer momento. Todos os indivíduos participantes foram informados de que sua participação seria voluntária e livre de qualquer bônus ou benefício particular.

4.6. Análise de Dados

Antes da análise propriamente dita, os dados coletados foram agrupados e contabilizados os questionários que apresentavam ambos os módulos, domiciliar e individual completos. A análise estatística foi realizada por meio do software Statistical Package for the Social Sciences - SPSS versão 19.0.

Após essa seleção, cada item do instrumento de coleta de dados foi checado para o rastreamento de alguma eventual inconsistência de informações que poderia porventura ser transcrita no banco de dados.

Nas situações em que alguma inconsistência foi evidenciada, a equipe técnica responsável pelo acompanhamento do software e dos equipamentos foi notificada para realizar a análise e correção necessárias, evitando, assim a perda ou comprometimento de dados.

Após a limpeza total do banco de dados, as variáveis foram analisadas de forma descritiva e apresentadas por meio de frequências simples.

4.6.1. Variáveis do Estudo

Para realizar a análise do desempenho de serviços de saúde na região do Entorno Norte, que é o objetivo desse estudo, foram utilizadas as seguintes variáveis e subdivididas em bloco que estão descritas no Quadro 2.

BLOCO	VARIÁVEIS	QUESTÕES (Segundo ANEXO 2)
Demográficas e Socioeconômica	• Renda • Idade • Estado Civil • Cor da pele (autorreferida) • Escolaridade • Situação de Trabalho	A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A14, A15, A16, A17
Serviços de Saúde	• Cobertura ESF • Visita de ACS ou profissional de saúde • Se fez uso de serviços de saúde	M115, M116, M117, M118, M139, B1, B2
Percepção dos moradores sobre o desempenho do serviço de saúde	• Local e forma de acessar o que procurou • Meio de locomoção e tempo gasto • E avaliação do serviço prestado	J1, J2, J3, J4, J5, J6, J7, J8, J9, J14, J15, J16, J17, J18, J19, J25, J34, J36, J37, J39, J40, J41, J42, J43, J46

Quadro 2: Variáveis utilizadas para direcionamento e análise do estudo.
Fonte: questionário Inquérito RIDE-DF, Fundação Oswaldo Cruz, Universidade Federal de Goiás, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, Núcleo de Estudos em Saúde Publica e Secretaria de Vigilância em Saúde / Ministério da Saúde, 2010.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como resultante da etapa de coleta de dados nos municípios que compõe o Entorno Norte do Inquérito RIDE-DF, e após a eliminação das entrevistas incompletas, ausências e recusas, obteve-se o total de 521 entrevistas, próximo da estimativa de 20% de perdas previstas no planejamento do inquérito.

Grande parte da coleta de dados no Entorno Norte coincidiu com o auge da eleição para prefeitos e vereadores em 2012. Inseridos nesse contexto, os membros da equipe de entrevistadores, eram quase que rotineiramente indagados quanto ao partido político ou candidato responsável por tal pesquisa, sendo essa uma barreira muitas vezes intransponível aos argumentos e a identificação padronizada de toda a equipe.

Esta sobreposição de acontecimentos acabou por gerar certa resistência à abordagem da equipe de entrevistadores, porque, foram vistos como cabos eleitorais, fato que, possivelmente, influenciou o índice de perdas na coleta de dados.

Salvo tal intercorrência, os resultados obtidos, por meio do registro das respostas provenientes dos residentes, permitiram, através de diferentes recortes, compreender aspectos específicos e compor um panorama das condições de saúde, dos hábitos e da opinião desses sobre os serviços públicos de saúde prestados nos municípios participantes da pesquisa.

Portanto confirmando-se a opinião de pesquisadores nacionais e internacionais, de que inquéritos domiciliares de base populacional propiciam uma ampliação importante das dimensões da saúde que podem ser acompanhadas e avaliadas no monitoramento dos padrões de bem-estar e saúde da população. (MACINKO e LIMA-COSTA, 2012; LORA, 2012; WALDMAN, NOVAES, *et al.*, 2008; MALTA, LEAL, *et al.*, 2008; SZWARCWALD, MENDONÇA e ANDRADE, 2006; VIACAVA, 2002).

Para apresentar os resultados da análise do desempenho dos serviços de saúde nos municípios do Entorno Norte (Água Fria de Goiás, Cabeceiras, Formosa,

Planaltina de Goiás e Vila Boa) que compõem esse estudo, primeiramente, é realizada a exposição das características sociodemográficas, visando fornecer um panorama geral a respeito do perfil dos moradores do Entorno Norte, observando as diferenças entre homens e mulheres que residem nos municípios do estudo, no que diz respeito a aspectos demográficos e sociais.

No segundo capítulo, é apresentada a abordagem sobre os serviços de saúde ofertados, com Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, no intuito de discutir a distribuição, demanda e oferta dos serviços de saúde nos municípios do estudo. Por fim, o capítulo contendo informações relativas à percepção dos residentes do Entorno Norte quanto ao atendimento recebido nos serviços de saúde, para contextualizar o indivíduo em sua realidade e a acessibilidade desse aos serviços de saúde.

5.1. Características sociodemográficas dos residentes do Entorno Norte.

Participaram desse estudo 521 moradores, residentes nos municípios do Entorno Norte do DF e selecionados de forma aleatória segundo os critérios metodológicos desta pesquisa.

Os indivíduos com idade entre 18 e 40 anos, totalizaram 310 (59.5%) participantes, de ambos os sexos, caracterizando uma população adulta jovem. Da mesma forma considerando a amostra total, tem-se que 281 (53.9%) das respondentes são do sexo feminino, superando os dados do Censo 2010 do IBGE, em que as mulheres representavam 50,3% da população do estado de Goiás (Tabela 1).

Segundo o estudo intitulado Características da Mulher em Goiás, publicado pelo Instituto Mauro Borges - IMB, o número de nascidos vivos do sexo feminino é menor do que o de nascidos vivos do sexo masculino, mas a mortalidade atinge mais aos homens do que as mulheres; dando a essas a condição de maioria na população do estado de Goiás (IMB, 2013).

Tabela 1: Características sociodemográficas da população da amostra do Entorno Norte da RIDE-DF, no período de maio a outubro de 2012.

Total (n) = 521	**Feminino (281)**		**Masculino (240)**	
	n	%	n	%
Variável	281	54.0	240	46.0
Idade				
Abaixo de 20	19	6.8	24	10.0
20 – 30	78	27.8	48	20.0
31 – 40	75	26.6	66	27.5
41 – 50	49	17.5	54	22.5
51 – 60	26	9.3	22	9.2
61 e mais	34	12.0	26	10.8
Estado Civil				
Solteiro	108	38.5	68	28.4
Casado	137	48.8	145	60.4
Divorciado	17	6.0	24	10.0
Viúvo (a)	19	6.7	3	1.2
Grau de Instrução				
Menos de 1 ano de estudo.	28	10.0	20	8.4
Elementar Incompleto.	31	11.0	39	16.2
Elementar Completo/Fundamental Incompleto.	59	21.0	60	25.0
Fundamental Completo/Ens. Med. Incompleto.	39	13.9	36	15.0
Ens. Médio Completo/Superior Incompleto.	90	32.1	72	30.0
Superior completo ou mais.	34	12.0	13	5.4
Cor da Pele (autorreferida)				
Branca	62	22.0	57	23.7
Preta	42	15.0	31	13.0
Amarela	22	7.9	10	4.1
Parda	150	53.4	135	56.2
Indígena	5	1.7	7	3.0
Situação Trabalho				
Trabalha atualmente	130	46.3	183	76.3
Desempregado atualmente	18	6.4	12	5.0
Aposentado (a)	78	27.8	30	12.5
Nunca Trabalhou	55	19.5	15	6.2
Renda				
Não possui rendimento	83	29.5	31	13.0
Recusou-se declarar	78	27.7	63	26.2
Declararam renda	120	42.8	146	60.8

Fonte: Dados do Inquérito RIDE-DF no Entorno Norte, 2012.

Ao se considerar a variável cor da pele autorreferida, 34 (6.5%) indivíduos não se declararam. Sendo que o resultado da amostra populacional no Entorno Norte, homens e mulheres, 54.7% se declararam pardos, seguida daqueles que se declaram de cor branca 22.8%, e de cor preta 14.0%, somente 2.3% declararam ser Indígenas (Tabela 1). Esses resultados reproduzem a realidade nacional de acordo

com a pesquisa do IBGE sobre as características étnico-raciais da população - PCERP (IBGE, 2011).

Na mesma pesquisa, o IBGE traz que mais da metade dos entrevistados pela PCERP 63.7% disseram que a cor da pele influencia a vida das pessoas, destacando-se o Distrito Federal com 77.0% de respostas afirmativas (IBGE, 2011).

Os entrevistados na PCERP citaram como situações no Brasil em que a cor da pele influencia a vida das pessoas, o “trabalho”, resposta dada por 71.0% dos indivíduos, seguida de “relação com a justiça/polícia”, citada por 68.3%, no “convívio social” 65%, além da “escola” 59.3% e “repartições públicas” 51.3% dos entrevistados. Logo essa interferência da cor da pele no cotidiano das pessoas foi fator declarado em maior número pelas mulheres 66.8% do que pelos homens 60.2% (IBGE, 2011).

Apesar de tais informações não serem passíveis de comparação com os resultados do Inquérito RIDE-DF, os mesmos permitem reflexões sobre essa realidade no Entorno, visto que grande parte da população dessa região trabalha no Distrito Federal, região destacada pela PCERP.

Ao levantar o percentual economicamente ativo da amostra, sem considerar a localização ou o tipo de atividade exercida, averiguou-se que 183 (76.2%) indivíduos da população masculina se encontravam em atividade no período do levantamento dos dados. Em contrapartida registrou-se, na população feminina, um percentual menor de indivíduos em atividade, 130 (46.2%) no total. Vários são os fatores que podem influenciar tais números, todavia é considerável a diferença de 30 pontos percentuais que se registrara entre os sexos.

O que poderia apontar para a presença de aspectos socioculturais próprios dessa população que acabariam por dificultar a entrada da mulher no mercado de trabalho. Tais como a existência e o número de filhos, o estereótipo em declínio, da mulher dona de casa e do homem provedor entre outros (NETO e TARGINO, 2012).

Mesmo sabendo que tais suposições possam, em alguma medida, refletir a realidade da amostra, o que se tem por certo é que a taxa de desemprego é consideravelmente, maior entre as mulheres 6.4% do que entre os homens 5.0%, o que pode ser um indício de que as mulheres dessa região encontram maiores

dificuldades de adentrar o mercado de trabalho, se comparadas aos homens (LIMA, 2012).

Considerando a população economicamente ativa e, mesmo com o importante número de 141 (27.0%) recusas em declarar renda, verificou-se, na parcela respondente presumivelmente como reflexo direto dos maiores índices de inatividade e desemprego entre as mulheres da amostra, um elevado percentual de indivíduos do sexo feminino sem renda.

Pois 83 (29.5%) mulheres dessa população declararam não possuir nenhuma renda no período da pesquisa. Em relação à população masculina, o número foi de 31 (13.0%) indivíduos, resultando em uma diferença de 16,5 pontos percentuais de um grupo para o outro (Tabela 1).

Essa constatação parece apontar para a existência de possíveis desigualdades de oportunidades ocupacionais para a população apta ao mercado de trabalho ou mesmo em atividade que se difere segundo os grupos. Nesse sentido levantamento feito no estado de Goiás revelou que em 2000, o salário feminino correspondia a 83% do salário masculino, sofrendo um pequeno aumento em 2010, ano em que as mulheres alcançaram 88% do salário recebido pelos homens (IMB, 2013; XAVIER e NEVES, 2012; MADALOZZO, MARTINS e SHIRATORI, 2010).

No entanto, se considerarem os resultados referentes ao grau de instrução, a possibilidade de inversão dessa realidade se torna suscetível de acontecer em médio e longo prazo. Pois, apesar da ocorrência de um maior número de mulheres com menos de um ano de instrução 10.0%, em relação aos homens 8.4%, têm-se também percentuais maiores de grau de instrução na população feminina, com destaque para 12.0% das mulheres com nível superior completo ou mais em comparação a 5.4% dos homens (Tabela 1).

Corroborando com esses resultados, encontrou-se que, no estado de Goiás em 1992, 74.7% das mulheres tinham até 8 anos de estudo e apenas 16.3% chegavam a 11 anos ou mais de estudo, já em 2009, de acordo com a PNAD, a maioria 59.2% das mulheres já possuíam 11 anos ou mais de estudo. Superando assim a população masculina, visto que, no mesmo período a maioria dos homens 53.6% apresentavam no máximo 10 anos de estudo, indicando que, em Goiás a população

feminina não está, apenas, se alfabetizando, mas rapidamente avançando em anos de estudo (IMB, 2013; BELTRÃO e ALVES, 2009; RISTOFF, 2006).

Esta ascensão educacional do sexo feminino é perceptível, também, em outros estados e, mesmo não sendo do intuito desse estudo analisar os desdobramentos dessa realidade dentro do Entorno, pode-se inferir que, desde que existam iniciativas que favoreçam o aproveitamento dessa mão de obra, e que se desestimule qualquer tendenciosidade, apoie-se a meritocracia para a ocupação dos postos de trabalho. As vagas de emprego de maior exigência em qualificação e com melhores salários no estado, assim como no Entorno, deverão consequentemente estar sendo ocupadas por mulheres (BELTRÃO e ALVES, 2009).

5.2. Serviços de saúde ofertados no Entorno Norte da RIDE-DF.

Para o levantamento dos serviços de saúde nos municípios participantes dessa pesquisa, foi utilizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES. No qual, se dispondo do número de estabelecimentos de saúde da região, foi realizada a separação desses por município, com base nos códigos da Tabela de Hierarquia do mesmo órgão (Quadro 3).

Código	Descrição
01	Estabelecimento de Saúde **ambulatorial** que realiza somente Procedimentos de Atenção Básica PAB e ou Procedimentos de Atenção Básica Ampliada PABA, definidos pela NOAS.
02	Estabelecimento de Saúde **ambulatorial** que realiza procedimentos de Média Complexidade definidos pela NOAS como de 1º nível de referência – M1.
03	Estabelecimento de Saúde **ambulatorial** que realiza procedimentos de Média Complexidade definidos pela NOAS como de 2º nível de referência - M2. e /ou de 3º nível de referência – M3.
04	Estabelecimento de Saúde **ambulatorial** capacitado a realizar procedimentos de Alta Complexidade definidos pelo Ministério da Saúde.

05	Estabelecimento de Saúde que realiza além dos procedimentos previstos nos de níveis de hierarquia 01 e 02 efetuam primeiro atendimento **hospitalar**, em pediatria e clínica médica, partos e outros procedimentos hospitalares de menor complexidade em clínica médica, cirúrgica, pediatria e ginecologia/obstetrícia.
06	Estabelecimento de Saúde que realiza procedimentos previstos nos de níveis de hierarquia 02 e 03, além de procedimentos **hospitalares** de média complexidade. Por definição enquadram-se nesse nível os hospitais especializados.
07	Estabelecimento de Saúde que realiza procedimentos **hospitalares** de média complexidade. Realiza procedimentos previstos nos estabelecimentos de níveis de hierarquia 02 e 03, abrangendo Serviço de Apoio à Diagnose e Terapia-SADT e **ambulatorial** de alta complexidade.
08	Estabelecimento de Saúde que realiza procedimentos de alta complexidade no âmbito **hospitalar** e ou **ambulatorial.**

Quadro 3: Nível de hierarquia do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES.
Fonte: Manual Técnico do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, 2006.

Segundo dados do CNES, nos municípios do Entorno Norte participantes do Inquérito RIDE - DF (Quadro 3), existem 138 serviços de saúde públicos e conveniados ao SUS, 85 desses se localizam no município de Formosa, o que significa que 61.5% desses serviços, estão concentrados nesse município que possui unidades cadastradas em todos os níveis de atenção, exceto no correspondente ao código 08, (hospitalar ou ambulatorial de alta complexidade) presente apenas em Planaltina de Goiás (Quadro 4).

Municípios	**Código**									**TOTAL**
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**SMS**	
Água Fria de Goiás	01	01	01						01	**04**
Cabeceiras	02		01				01		01	**05**
Formosa	12	44	15	07	01	01	04		01	**85**
Planaltina de Goiás	01	24	06	03		01	01	02	01	**39**
Vila Boa	03						01		01	**05**

Quadro 4: Distribuição dos serviços de saúde nos municípios pertencentes à pesquisa conforme o Quadro 2 / Nível de hierarquia do CNES.
Fonte: Dados do Inquérito RIDE-DF no Entorno Norte, 2012.

A distribuição dos serviços de saúde listados no Quadro 4 expõe entraves na lógica de utilização desses serviços. Segundo o CNES Água Fria apresenta apenas serviços ambulatoriais, o que impõe a este município a condição de total dependência de serviços externos em situações de alta complexidade ambulatorial e de todos os níveis de complexidade hospitalar.

Ampliando-se esta análise percebe-se que distribuição dos serviços públicos de saúde no Entorno Norte não segue uma lógica georreferenciada, um planejamento logístico que permitiria a distribuição da demanda em diferentes níveis com compartilhamento de responsabilidades entre os municípios conformando uma rede de atenção a saúde (MENDES, 2011).

Nesse sentido a distribuição dos serviços de saúde no Entorno Norte dificulta o fluxo do usuário dentro do sistema, desfavorecendo a atenção básica como porta de entrada, e impondo aos residentes dos municípios de Formosa, Vila Boa, Cabeceiras e Água Fria, a teoricamente, buscar atendimento em Planaltina de Goiás quando necessitem de serviços hospitalar de alta complexidade, devido à presença deste apenas nesse município, situação que implica em longos deslocamentos (Figura 6).

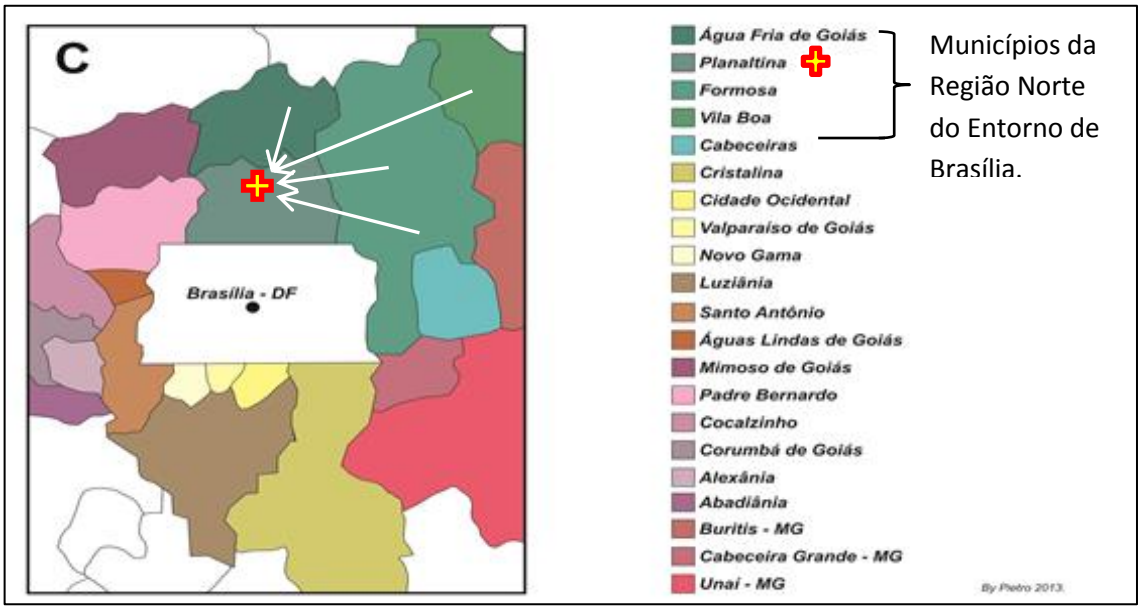


Figura 6: Simulação de fluxo de pacientes para a alta complexidade nos municípios do Entorno Norte da RIDE-DF.
Fonte: Dados do Inquérito RIDE-DF no Entorno Norte, 2012.

Diante dessas constatações, buscou-se, junto ao site do Departamento de Atenção a Saúde - DAB, os dados referentes à cobertura de Agentes Comunitários de Saúde - ACS e da Estratégia Saúde da Família - ESF, na tentativa de se observar como se conforma a oferta da Atenção Básica - AB com ênfase na ESF nos municípios do Entorno Norte.

Tal informação é relevante pelo fato de que a AB é entendida como a principal porta de entrada do sistema, porque é a ela creditada a capacidade de modificar indicadores de saúde, amenizar quadros patológicos relacionados a iniquidades sociais, agir como geradora de vínculo, bem como fortalecer o sistema ao mudar a sua lógica de assistência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011; MACINKO, STARFIELD e SHI, 2003).

Vale salientar que as equipes de Saúde Bucal - eSB I cirurgião dentista, auxiliar em saúde bucal e eSB - II cirurgião dentista, auxiliar em saúde bucal e técnico em saúde bucal são implantadas de acordo com critérios da Portaria Nº 2488, de 21 de outubro de 2011, que prevê a implantação de consultório odontológico na AB e atendimento da população adscrita. Não foram encontrados no período da pesquisa, registros da eSB tipo II nos municípios participantes, não sendo registrada esta modalidade no (Quadro 5).

O que pode indicar déficit na prestação de serviço odontológico do SUS a essa população, ainda que esse tipo de serviço seja de comprovada importância para a saúde geral do indivíduo e esteja previsto por lei, o que implica em repasse específico de verba (GABARDO, MOYSÉS e MOYSÉS, 2013; SILVA, MARTELLI, *et al.*, 2011; ARANTES e PORTILLO, 2011).

Município	**Pop**	**Agentes Comunitários de Saúde**		**Equipes de Saúde da Família - eSF I**		**Equipes de Saúde Bucal – eSB I**
		Implantados	cobertura estimada	Implantadas	cobertura estimada	Implantadas
Água Fria de Goiás	5.138	13	189%	2	116.7%	2
Cabeceiras	7.444	17	171%	2	80.6%	2
Formosa	101.731	134	100%	17	49.3%	16
Planaltina de Goiás	82.847	144	130%	26	94.1%	16

Vila Boa	4.954	10	151%	2	121.1%	2

Quadro 5: Distribuição de Agentes Comunitários de Saúde e Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal nos municípios do Entorno Norte participantes do Inquérito RIDE-DF, consulta DAB em agosto/2013.
Fonte: MS/SAS/DAB 2013 & IBGE 2010.

Os percentuais de cobertura apresentados no quadro acima foram calculados tendo como base a cobertura, de 750 indivíduos por ACS e de 3000 por eSF, em consonância com a Política Nacional de Atenção Básica, Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Após os cálculos, verificou-se que em relação ao número de ACS implantados, a cobertura mínima esperada é de 100%. No que se refere à cobertura da ESF, vê-se que o município de Formosa com 17 equipes ESF implantadas, apresenta o percentual de 49.3% de cobertura da estratégia, o que o coloca abaixo dos outros municípios do Entorno Norte com valores próximos a 100% (Quadro 5).

Apesar dos índices oficiais de cobertura de ACS superarem a 100%, os resultados do estudo mostram que do total de 521 domicílios que compõem essa pesquisa, 347 (66.6%) estavam cadastrados em unidades de saúde da família, porém 131 (25.1%) não tinham cadastro nas unidades de saúde da família, e 43 (8.2%%) residentes não souberam responder se seus domicílios estavam cobertos ou não pela ESF.

No que se refere à frequência de visitas de ACS ou profissional de saúde, nos domicílios cobertos, encontrou-se que a visita mensal ocorre em 151 (28.9%) domicílios, já 79 (14.9%) desses receberam visitas bimestrais e, mesmo diante do alto percentual de cobertura de ACS, registrou-se que 49 (9.29%) domicílios receberam visita duas a quatro vezes por ano e 68 (19.5%) desses nunca teriam recebido visita de ACS ou de qualquer outro profissional de saúde.

O que sinaliza um baixo aproveitamento desses profissionais nos municípios pesquisados. Visto que dentro dos moldes da Lei nº 11350/2006 que rege as ações de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias e da Portaria nº 2.488/2011 da política nacional da atenção básica, o ACS pode exercer atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em

conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal.

Se as visitas dos ACS fossem realizadas regularmente, talvez não ocorresse o registro de 174 (33.3%) residentes sem atenção em saúde. Essa parcela da população declarou não ter recebido qualquer atendimento com profissional de saúde ou visita de ACS em período superior a doze meses, o que inviabiliza a identificação prematura de qualquer problema ou necessidade de saúde.

Mesmo sem a presença de ACS ou de equipes de saúde da família para toda a população pesquisada 241 (46.2%) residentes relataram ter consultado com algum médico nos 12 meses a contar do período da pesquisa, sendo que bem mais da metade, 163 (67.6%) desses atendimentos foram realizados pelo SUS.

Foram registradas, também, 51 internações nessa população, sendo que 14 delas aconteceram na população sem acesso a serviços de saúde, indicando que, mesmo negligenciada, essa população acaba por adentrar o sistema, especialmente, em situações de urgência e emergência.

Vale destacar o fato de que o SUS foi responsável pelo pagamento de 44 (86.2%) das 51 internações registradas no período, caracterizando-se como principal financiador dos dois níveis extremos de complexidade da atenção à saúde: o de Atenção Básica e o da Alta Complexidade (PORTO, UGÁ e MOREIRA, 2011; PÊGO-FERNANDES e BIBAS, 2011; SILVA, MARTELLI, *et al.*, 2011; GOUVEIA, SOUZA, *et al.*, 2009).

Na relação oferta e procura, observou-se que 363 (69.6%) indivíduos confirmaram procurar o mesmo local ou profissional de saúde quando necessitaram de assistência a saúde.

Nesse sentido, considerando essa parcela fidedigna a determinado serviço, pôde-se observar que 121 (33.3%) desses utilizaram a Atenção Básica, sendo idêntico o número que, ao necessitar de serviço de saúde, recorreram a Pronto-Socorro ou emergência de hospital público (121), outros 39 (10.7%) indivíduos relataram buscar atendimento em ambulatório de hospital público e por último, têm-se 18 (4.9%) usuários que se dirigiram a Unidades de Pronto Atendimento - UPA, pois essa modalidade foi registrada em atividade, apenas, no município de Formosa, visto que a unidade do município de Planaltina encontrava-se desativada.

Vale destacar que dos 363 residentes que procuraram o mesmo serviço quando necessitaram, 299 (82.3%) se caracterizam como usuários de serviços públicos de saúde e os outros 64 (17.7%) indivíduos com as mesmas características de fidelidade e procura de serviços, utilizaram a rede privada.

Salvo essa constatação, dos 299 usuários que buscaram predominantemente o SUS 178 (59.5%) não procuraram a Atenção Básica, o que parece sugerir que existe, nesses usuários, a concepção de que os cuidados em saúde estão vinculados a hospitais ou serviços de urgência e emergência, onde supostamente acreditam poder encontrar maior resolutividade (OLIVEIRA, MATTOS e SOUZA, 2009).

A inconsistência na AB se reforça ao se constatar que apenas 15 (8.5%) dos 177 atendimentos registrados em serviços de urgência ou emergência possuem características próprias à demanda desses serviços. Esse pequeno percentual de ocorrências teve como causa declarada, treze registros de acidentes diversos, um caso de lesão sem causa definida e um caso de intoxicação, condições que justificam o nível de complexidade que buscaram. No entanto, grande parte dos atendimentos registrados poderia ser absorvido pela AB que deve ser a porta de entrada da rede (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Considerando apenas a parcela de usuários de serviços públicos de saúde 82.3% (299) da amostra. Registra-se como causa de procura e atendimento: 112 (37.4%) buscas por doença ou problema de saúde, 17 (5.6%) consultas odontológicas, 31 (10.4%) por necessidade de terapia ou reabilitação, quatro (1.3%) para acompanhamento de pré-natal, 41 (13.7%) para exames médicos periódicos, 4 (1.3%) para exames complementares de diagnóstico, 16 (5.3%) outros atendimentos preventivos, um (0.3%) tratamento estético, um (0.3%) intoxicação e 14 (4.7%) atendimentos por lesão e acidente previamente citados.

Ao agrupar os registros de atendimento por doença ou problema de saúde com os de pré-natal, tratamento odontológico e outros atendimentos preventivos têm-se 149 (49.8%) ocorrências de atendimento realizados em serviços de urgência e emergência que presumivelmente poderiam acontecer na AB.

Por último vale acrescentar o registro de um fluxo considerável de pessoas dependentes exclusivamente do SUS. O que aponta para a necessidade de

mudanças e investimentos na rede pública local com ênfase no fortalecimento e reconhecimento da AB, com mudanças na infraestrutura e equipamentos, passando pela gestão, pelo modelo de assistência, como também pelo controle social. Pois o usuário tem buscado o serviço da maneira que lhe é possível, mesmo que isso signifique adentrá-lo por uma via diferente da preconizada (PÊGO-FERNANDES e BIBAS, 2011; PIRES, GÖTTEMS, *et al.*, 2010; GOUVEIA, SOUZA, *et al.*, 2009).

5.3. A percepção dos residentes do Entorno Norte quanto ao atendimento recebido nos serviços de saúde.

Como a percepção por si é fator intrínseco ao indivíduo, buscaram-se agregar variáveis que pudessem balizar a compreensão e avaliação da percepção do usuário. A intenção de escolher tais variáveis é a de contextualizar o indivíduo em sua realidade, na tentativa de compreender a sua opinião (MORAES, CAMPOS e BRANDÃO, 2013).

Nesse sentido, abre-se com a acessibilidade que, segundo Donabedian (2003), implica em diversos fatores, tais como: distância do serviço de saúde, a viabilidade e o custo do transporte, questões organizacionais como dias e horários de atendimento, além de custos e fatores sociais.

Alguns autores relataram que o acesso a serviços de saúde no Brasil é fortemente influenciado pela condição social das pessoas e pelo local onde residem (OLIVEIRA, MATTOS e SOUZA, 2009). Esses autores aprofundam a discussão sobre os fatores que podem influenciar o acesso das pessoas aos serviços de saúde incluindo novos aspectos aos já levantados (DONABEDIAN, 2003).

> “A disponibilidade de serviços e sua distribuição geográfica, a disponibilidade e a qualidade dos recursos humanos e tecnológicos, os mecanismos de financiamento, o modelo assistencial e a informação sobre o sistema são características da oferta que afetam o acesso”.

Para a construção do quadro abaixo (Quadro 6) escolheram-se três variáveis passíveis de verificação nos resultados do Inquérito e que foram anteriormente citadas pelos autores acima. Sendo essas a localização geográfica do serviço, o meio de transporte utilizado e o tempo de deslocamento necessário desde o local de origem, até o serviço de saúde.

Tempo Gasto (minutos)	Coletivo		Carro/Moto		Ambulância	A pé	Bicicleta	Outros
0-30	13	*4	89	*3	4	50	4	1
31-60	7	*9	6	*15		3	1	
61-120	2		*2				1	
121-180	*1							
181-240	1					1		

Quadro 6: Quantidade de usuários, tipo de transporte e o tempo gasto até o serviço de saúde.
Fonte: Dados do Inquérito RIDE-DF no Entorno Norte, 2012.

Os dados no Quadro 6 sinalizados com asterisco (*) se referem aos residentes do Entorno Norte que se locomoveram para municípios diferentes de seu local de residência a procura de atendimento de saúde. No total 238 residentes forneceram informações quanto à localização, meio de transporte e tempo gasto para se chegar ao serviço.

Sendo que 168 (70,6%) residentes relataram levar até 30 minutos para chegar ao serviço de saúde. Percebe-se ainda nessa parcela populacional, uma baixa utilização do transporte público, sendo “carro ou moto” o meio de transporte mais utilizado.

Para uma melhor abordagem dessa problemática, seria necessário o nome do local para onde o usuário se locomove quando necessita de cuidados em saúde, podendo ser outro município ou mesmo o nome do bairro de sua cidade.

Essa informação possibilitaria a compreensão da lógica de procura dos serviços realizada pelos usuários, a identificação de vazios assistenciais, o levantamento de movimentos migratórios pendulares para a utilização de serviços de saúde ou,

ainda, a verificação posterior junto à administração local da existência de transporte público efetivo para se acessar esses serviços (GIACOMIN, PEIXOTO, *et al.*, 2008; LIMA-COSTA e LOYOLA FILHO, 2008).

Ainda no sentido analisar a percepção dos moradores em relação aos serviços de saúde, foi considerado a autoavaliação do estado de saúde, visto que estudo comparativo sobre a autopercepção do estado de saúde realizado em países latinos, demonstrou a validade dessa variável como indicadora de iniquidades em saúde (LORA, 2012).

É relevante lembrar que a autoavaliação da saúde tem sido amplamente estudada, pois se identificou que fatores biológicos, psicossociais, culturais e econômicos acabam por influenciar a autoavaliação de saúde do indivíduo. No entanto estes fatores não comprometem este indicador, mas sim, confirmam sua validade ao destacar em diferentes estudos, a repetição de determinada informação, comprovando a existência da relação meio ambiente/indivíduo como fator crucial na autoavaliação de saúde das pessoas (GABARDO, MOYSÉS e MOYSÉS, 2013; FRENCH, BROWNING, *et al.*, 2012; GOUVEIA, SOUZA, *et al.*, 2009; MOLARIUS, BERGLUND, *et al.*, 2006; SZWARCWALD, MENDONÇA e ANDRADE, 2006).

Os resultados da autoavaliação do estado de saúde da amostra populacional do Entono Norte da RIDE-DF estão demonstrados na Tabela 2, que permite comparar os percentuais de autoavaliação do estado de saúde entre os sexos.

Nesse sentido, estudiosos identificaram maior propensão a avaliações negativas em representantes da população que apresentaram em suma uma variável independente ou a combinação dessas, tais como: baixo índice de escolaridade, idade avançada, ser do sexo feminino, sem atividade ocupacional, baixa renda, portador de doença crônica, residente de áreas urbanas e ter hábitos não saudáveis (BARROS, ZANCHETTA, *et al.*, 2009; SOUZA, OTERO, *et al.*, 2008; DACHS e SANTOS, 2006; SZWARCWALD, MENDONÇA e ANDRADE, 2006; THEME-FILHA, SZWARCWALD e SOUZA-JÚNIOR, 2005).

Gouveia, Souza, et al., (2009) acrescentam outras variáveis passíveis de interferir na autoavaliação da saúde, mostrando a necessidade de se considerar até mesmo a localização geográfica do estudo. Isso se dá como reflexo da gama de configurações

socioeconômicas e culturais presentes no território brasileiro que acabam por gerar desigualdades inerentes a cada região e, inegavelmente, afetam a vida e influenciam a dinâmica de saúde do indivíduo.

Autoavaliação	Feminino		Masculino		Total	
	n (263)	%	n (224)	%	n (487)	%
Muito boa/Boa	159	60.4%	133	59.4%	292	60.0%
Regular	83	31.6%	79	35.3%	162	33.3%
Muito Ruim/Ruim	21	8.0%	12	5.3%	33	6.7%

Tabela 2: Autoavaliação do estado de saúde, comparativo por sexo.
Fonte: Dados do Inquérito RIDE-DF no Entorno Norte, 2012.

Ao se agregar os resultados da autoavaliação do estado de saúde, observa-se que 292 (60.0%) dos participantes autoavaliaram sua condição de saúde como muito boa, e boa, 162 (33.3%) como regular, e 33 (6.7%) como muito ruim e ruim, conformando um quadro positivo de autoavaliação em saúde para ambos os sexos (Tabela 2).

Buscou-se então isolar os sexos em grupos etários, no intuito de melhor analisar os dados. A escolha desse agrupamento se baseou na caracterização adulta jovem previamente comprovada nessa amostra populacional, sem desconsiderar outras características não menos importantes como grau de instrução, condições de trabalho e renda.

Essa abordagem demonstrou um equilíbrio relativo na faixa etária de 18 a 40 anos em ambos os sexos, com leve tendência a uma melhor autoavaliação do estado de saúde por parte da população masculina.

Em sentido contrário ao que se poderia supor se registrou também um maior percentual de autoavaliações positivas do estado de saúde por parte da população feminina nas faixas etárias superiores a 40 anos (Figura 7).

Tal constatação instiga a necessidade de novos estudos visto que esta parcela da população que se autoavaliou positivamente, apresenta algumas variáveis que são passiveis de influenciar negativamente na autopercepção do estado de saúde (SWARCWALD, SOUZA-JÚNIOR, *et al.*, 2005).

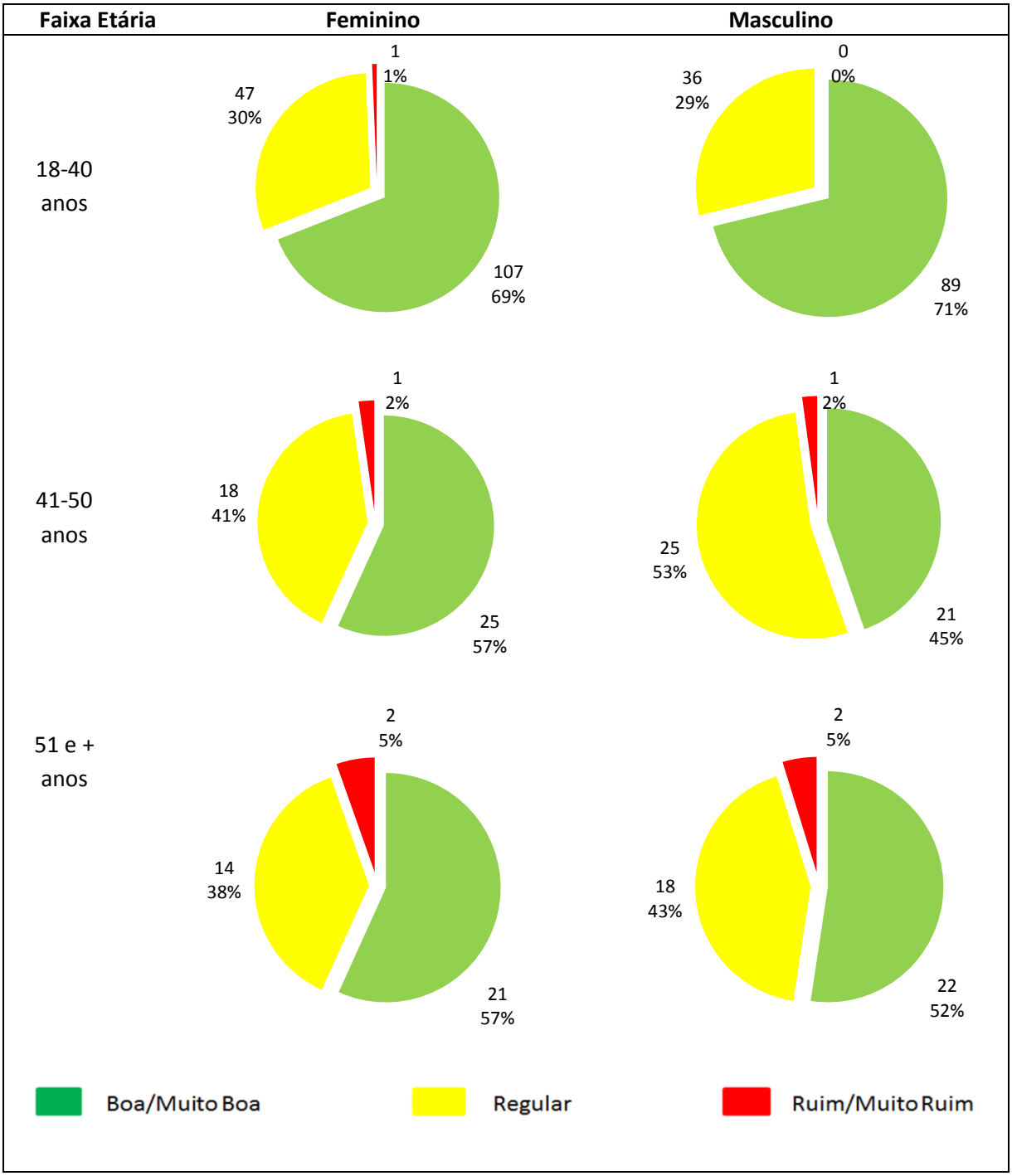


Figura 7: Gráfico comparativo de autoavaliação do estado de saúde analisado por sexo e idade.
Fonte: Dados do Inquérito RIDE-DF, 2012.

O quadro formado é consideravelmente inesperado, ao recordar-se que a população masculina nessa amostra apresentou melhores índices de inserção no mercado de trabalho, menor taxa de desemprego e também um menor número de indivíduos sem renda, quando comparada a população feminina (Tabela 1).

De acordo com Pagotto, Bachion & Silveira (2013) a autoavaliação do estado de saúde melhora conforme o aumento das condições socioeconômicas e o nível de informação das pessoas. Sendo que para o Entorno Norte tal afirmativa não reflete em si a realidade socioeconômica captada por esta pesquisa, ainda que tenham sido registrados índices crescentes de formação educacional na população feminina, em sua grande maioria a população apresenta baixo nível de escolaridade (Tabela 1).

Mesmo não destrinchando as razões por traz desse panorama positivo, esse estudo registra tal ocorrência passível de ser investigada por outros recortes de pesquisa.

Após essas explanações de variáveis capazes de influenciar a opinião do usuário sobre os serviços de saúde, pode-se, apresentar o resumo do grau de satisfação dos usuários diante dos atendimentos recebidos em consultas e internações realizadas em serviços de saúde públicos ou conveniados ao SUS (Quadro 7).

Grau de Satisfação do usuário do Entorno Norte com o atendimento recebido.				
Consulta com Profissional de Saúde			**Internação por 24 horas ou mais.**	
n 238		% 100	n 51	% 100
Muito Boa/Boa	185	77.7	40	78.5
Regular	37	15.5	5	9.8
Muito Ruim/Ruim	16	6.8	6	11.7

Quadro 7: Percepção dos usuários quanto aos atendimentos recebidos em consultas e internações realizadas em serviços de saúde públicos ou conveniados ao SUS.
Fonte: Dados do Inquérito RIDE-DF Entorno Norte, 2012.

O quadro acima apresenta em sua maioria um índice considerável de avaliações positivas quanto ao nível de satisfação dos usuários nos dois extremos de atendimento do SUS, nas consultas com profissional de saúde, área normalmente vinculada à Atenção Básica e nas internações, abrangendo os últimos níveis de complexidade do sistema.

Tais índices expõem em um primeiro momento, um panorama favorável que, no entanto, confirma estudo realizado em cinco países que relaciona maiores índices de satisfação com serviços de saúde em populações com menor renda, sendo assim não se pode correr o risco de simplesmente acatar as avaliações positivas como reflexo de uma rede de assistência à saúde sem entraves. Visto que a satisfação é um conceito subjetivo e multidimensional, que sofre a influência das experiências prévias do indivíduo (MORAES, CAMPOS e BRANDÃO, 2013; SÁ, MATTOS, *et al.*, 2012; BLENDON, SCHOEN, *et al.*, 2002).

Nesse sentido os altos índices de satisfação dos usuários encontrados em muitos estudos não se contrapõem à existência dos conhecidos “gargalos”, profusamente distribuídos no sistema de saúde pública brasileiro.

Como por exemplo, a rotatividade profissional derivada de contratos precários, a necessidade de reorientação da rede de atenção vinculando a AB aos níveis secundários e terciários de cuidado, dificuldades relacionadas à oferta de atenção especializada, parcos recursos tecnológicos e a necessidade de mudança da cultura organizacional entre outros desafios (SANTOS e ROSSO, 2013; ALMEIDA, GIOVANELLA e NUNAN, 2012; HOLLANDA, SIQUEIRA, *et al.*, 2012; NOVAES, LIMA, *et al.*, 2010; MULLER e GRECO, 2010; GOUVEIA, SOUZA, *et al.*, 2011).

Dessa maneira não se deve compreender a medida do grau de satisfação do usuário como um determinante, dado o fator subjetivo intrínseco dessa informação, mas como um indicativo do nível de aceitação dos serviços ofertados para a população.

O que implica, então, na necessidade de se ponderar essa variável conjuntamente com outras, possibilitando que pesquisadores e gestores analisem os serviços de saúde sob diferentes aspectos, buscando as melhores soluções para os desafios que se apresentarem, de forma a contribuir com a melhoria dos serviços e com o estado de saúde de indivíduos e da população. (SISSON, OLIVEIRA, *et al.*, 2010; GOUVEIA, SOUZA, *et al.*, 2009; CASTRO, MACHADO, *et al.*, 2008).

CONCLUSÃO

6. CONCLUSÃO

O estudo contemplou os objetivos propostos, mesmo com a ocorrência de perdas na amostra, considerando que, em inquéritos de base populacional e em outras modalidades de inquérito, a perda é uma situação prevista e não é um fato local ou recente (BRICK e WILLIAMS, 2013; BLOM, LEEUW e HOX, 2011; O'MUIRCHEARTAIGH e CAMPANELLI, 1999).

Nesse estudo, ficou caracterizado que a população do Entorno Norte / RIDE-DF esta composta principalmente por adultos jovens, que se encontram na faixa etária entre 18 e 40 anos, com maior número de mulheres, que se declararam de cor parda, branca e preta, sucessivamente. Assim como a taxa de desemprego e indivíduos sem renda é maior entre as mulheres.

Quanto à oferta de serviços de saúde, encontram-se registrados no CNES 138 serviços de saúde pública e conveniados ao SUS, sendo que o município de Formosa concentra 61.5% desses, sem no entanto, possuir serviço hospitalar ou ambulatorial público ou conveniado de alta complexidade, presente apenas, no município de Planaltina de Goiás.

No que se refere à procura dos serviços ofertados, constatou-se que 69.6% dos usuários procuram sempre o mesmo serviço, dos quais 33.3% utilizam a AB, o mesmo percentual 33.3% recorrem a Pronto-Socorro ou emergência de hospital público, 10.7% buscam atendimento em ambulatório de hospital público, 4.9% vão a Unidades de Pronto Atendimento-UPA. No total o SUS é responsável por levar cuidado em saúde para 82.3% dos moradores do Entorno Norte.

A cobertura de ACS é superior a cobertura das equipes eSF em todos os municípios do Entorno Norte, porém têm-se 24.8% de domicílios sem cadastro e 6.6% dos residentes não souberam responder se estavam ou não cobertos pela ESF. O que permite supor que os altos percentuais de cobertura de ACS não correspondem a uma boa utilização desses profissionais, situação que pode inviabilizar a criação de vínculo entre usuários, sua equipe de saúde da família e concomitantemente enfraquecer o papel da AB através da baixa adesão do usuário a sua unidade de saúde.

A fragilidade da ESF é percebida ao se constatar que 49.8% dos usuários que procuraram serviços de saúde não recorreram à AB, sendo que apenas 8.5% das ocorrências tiveram como causa declarada condições que justificam o nível de complexidade que buscaram, foram essas, treze registros de acidentes diversos, um caso de lesão sem causa definida e um caso de intoxicação.

Outras causas de procura de serviços de urgência e emergência foram (37.4%) buscas por motivo de doença ou problema de saúde, registrados sem especificação clara da causa, (5.6%) consultas odontológicas, (10.4%) por necessidade de terapia ou reabilitação, (1.3%) para acompanhamento de pré-natal, (13.7%) para exames médicos periódicos, (1.3%) para exames complementares de diagnóstico, (5.3%) outros atendimentos preventivos, (0.3%) tratamento estético.

Tal constatação repercute, inevitavelmente, em aglomeração de pessoas em hospitais e similares, contribuindo para a formação de filas de espera e sobrecarga de profissionais com atendimentos que, em sua maioria, não exigem o grau de complexidade presente nesses serviços.

Levantou-se, também, que grande parte da população do Entorno Norte autoavaliou positivamente sua condição de saúde, com destaque positivo para o alto percentual 60.0% de autoavaliação muito boa e boa, registra-se ainda 33.3% como regular e apenas 6.7% como ruim e muito ruim. Da mesma forma o índice de satisfação da população com os serviços de saúde é afirmativamente positivo, pois, em consulta com profissional de saúde, 77.7%% declaram que a consulta foi muito boa / boa, 15.5%, regular, 6.8%, muito ruim / ruim. Nos casos de internação, 78.5% declaram que essa foi muito boa / boa, regular, 9.8%, e 11.7% muito ruim / ruim.

Examinando rapidamente a situação de satisfação encontrada, poder-se-ia subentender que os serviços de saúde do Entorno Norte se encontram em um momento de melhora, porém as informações do inquérito cumprem o papel a que se propõem ao adicionar outras variáveis aos dados oficiais, de outra maneira as altas coberturas poderiam justificar os promissores índices de satisfação.

A etapa Norte do Inquérito RIDE-DF aponta que a porta de entrada do serviço preconizada pelo governo federal à AB, não é entendida como tal pela população,

que parece não compreender, ou não reconhecer a existência de vínculo com a mesma, se dirigindo então para outros níveis de atenção, independente do grau de complexidade de seu problema de saúde.

No que tange a saúde, o fortalecimento da ESF deve ser o primeiro passo a ser tomado nessa região e mesmo em todo o Entorno, com ações que priorizem a utilização dos ACS que compõem uma força tarefa, aparentemente pouco aproveitada dentro da região. Procurar corrigir a falha na lógica de distribuição de serviços, com concentração de serviços em determinado município, parece também ser uma necessidade urgente.

No aspecto administrativo, o princípio de desenvolvimento que impulsionou a criação da RIDE-DF precisa ser implantado, pois a região e os governos envolvidos, direta ou indiretamente, com ela devem com urgência assumir posicionamentos consistentes, uma vez que a sua problemática tem assumido proporções críticas, como reflexo direto de condições também críticas de saneamento, moradia, educação, trabalho, segurança e saúde da maioria dos residentes. Mesmo reconhecendo que o recorte dessa pesquisa não permite discutir separadamente esses e outros aspectos a interferência desses na saúde da população e nos serviços de saúde é fato irrevogável registrado nesse estudo.

O banco de dados formado pela etapa Norte do Inquérito RIDE-DF pode impreterivelmente ser somado a outras etapas do inquérito e ser utilizado em outras abordagens de pesquisa, acrescentando novos esclarecimentos a gestores de todos os níveis e contribuindo, assim, para mudar a realidade de vida da população dos municípios que compõem a Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A criação de Brasília provocou mudanças geográficas, econômicas e políticas cujos efeitos, ainda, repercutem em todo o país e principalmente em Goiás. O movimento migratório iniciado na década de 60, somada à lógica de criação da capital que não previa espaço para essa massa humana, acabou por forçar com que milhares de trabalhadores atraídos pelo chamado desenvolvimentista de JK se distribuíssem ao redor do Distrito Federal.

A "aglomeração" nesses municípios, sem planejamento, infraestrutura e serviços sociais básicos, como é o caso dos serviços de saúde, educação e segurança, acabou por dar ao Entorno de Brasília características preocupantes e únicas, visto a discrepância que existe entre essas cidades e a Capital Federal.

O fosso formado pela diferença de receita entre os municípios do Entorno e o Distrito Federal não é perceptível, apenas, na comparação do PIB desses. Faz-se presente na configuração dos serviços de saúde, na segurança, oferta de empregos, educação e infraestrutura, situações que o inquérito RIDE-DF indubitavelmente é capaz de registrar.

Através da interlocução dos residentes, pôde-se registrar os efeitos de políticas públicas inexistentes ou precariamente implantadas, situação que por sua vez, impõe a população desses municípios à condição de dependência e submissão perante a Capital Federal.

O celebre Sérgio Arouca cuja própria história se entremeia com a história da saúde pública no Brasil, em sua tese de doutorado (1975) citou o Ciclo Econômico de Saúde e da Doença de Winslon (1952) que parece descrever a situação de muitos setores censitários visitados:

> *"Era claro... que a pobreza e a doença formavam um círculo vicioso. Homens e mulheres eram doentes porque eram pobres; tornaram-se mais pobres porque eram doentes e mais doentes porque eram pobres".*

Outros autores contemporâneos também contextualizam esse círculo vicioso ao expor que a falta de trabalho e o abandono pela família ou pelas autoridades são sinais de pobreza e, ao mesmo tempo, geram pobreza (LIMA 2012; BUSS 2007; BONETI 2001).

A situação exposta por esses pesquisadores esta presente no Entorno de Brasília, sendo apresentada pelos noticiários em que pessoas simples e honestas se mesclam, com aqueles que por escolha ou por total falta delas, optaram por viver às margens da lei e veem, no crime, na prostituição e/ou nas drogas a sua "tábua de salvação", ou melhor dizendo, o algoz do descaso social disfarçado de “ganha pão”.

A criação de regiões integradas de desenvolvimento / RIDEs, acontece dentro de uma lógica administrativa que reconhece as peculiaridades destas regiões e pressupõem em sua concepção, melhorias que abrangem todas as esferas de suporte a cidadania,.

Esse pressuposto ainda não é realidade no Entorno de Brasília, visto que passados dezesseis anos de criação da Lei Complementar Federal nº 94/98, as discrepâncias entre o Distrito Federal e o Entorno continuam expressas na infraestrutura, segurança, educação, emprego, moradia e claramente nos serviços de saúde.

Os municípios da RIDE-DF parecem agir como entes independentes, não existindo a prática de uma gestão colegiada, concepção de rede ou consórcio. O Entorno pertence a Goiás trabalha no DF e faz limite com Minas, mas os problemas que afetam a todos vêm se acumulando desde a criação da capital brasileira.

Pesquisar os serviços de saúde na região do Entorno de Brasília é contribuir para a gestão nessa região, subsidiando o planejamento e implementação de propostas que atendam as demandas dessa população.

> *“[...] Sendo assim, quando se fala em erradicação da pobreza, da marginalização e redução das desigualdades sociais e regionais, deve-se ter em mente que somente se tornará possível tal objetivo, acaso efetivada a proteção da saúde de cada cidadão brasileiro, de modo que este direito, qual seja a saúde, deve ser entendido como primordial em qualquer situação [...]“* (ACHOCHE, 2009).

Neste sentido, este estudo contribui ao expor a situação de saúde desta região ao olhar crítico de pesquisadores, docentes, gestores e acadêmicos. Colaborando para a formação dos profissionais de saúde, e o planejamento nos mais diferentes níveis de gestão. Além de servir de material de apoio para a formação de gestores em saúde para as diferentes realidades sanitárias no Brasil.

REFERÊNCIAS

8. REFERÊNCIAS

ACHOCHE, M. S. A garantia constitucionalmente assegurada do direito à saúde e o cumprimento das decisões judiciais. **Jus Navigandi**, Teresina, 2009.

ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L.; NUNAN, B. A. Coordenação dos cuidados em saúde pela atenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 375-391, jul./set. 2012.

ARANTES, L. J.; PORTILLO, J. A. C. Reorientação da atenção básica em saúde bucal em Unaí-MG. **Tempus: Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 5, n. 3, p. 77-87, 2011.

ATUN, R. What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? **Health Evidence Network Report (HEN)**, Copenhagen, Jan. 2004.

AZEVEDO, H. P. L.; ALVES, A. M. RIDES - por que criá-las? **Geografias**, Belo Horizonte, v. 6, n. 2, p. 87-101, Julho-Dezembro 2010.

BARBOSA, G. J. A.; AZEVEDO, M. L. N. Saúde Coletiva: A Formação De Um Campo Sob A Perspectiva Metodológica De Pierre Bourdieu. **Seminários de Pesquisa do PPE**, 09 Junho 2009. Disponivel em: <http://www.ppe.uem.br/publicacoes/seminario_ppe_2009_2010/pdf/2009/03.pdf>. Acesso em: 20 maio 2013.

BARROS, M. B. A. Inquéritos domiciliares de saúde: potencialidades e desafios. **Rev. Bras. Epidemiol. [online]**, v. 11(Supl 1):6-19, 2008.

BARROS, M. B. A. et al. Autoavaliação da saúde e fatores associados, Brasil, 2006. **Rev Saúde Pública**, v. 43(Supl. 2), p. 17-37, 2009.

BELTRÃO, K. I.; ALVES, J. E. D. A reversão do hiato de gênero na educação brasileira no século XX. **Cadernos de Pesquisa**, v. 39, n. 136, jan./abr. 2009.

BLENDON, R. J. et al. Inequities in health care: a five-country survey. Access-to-care experiences across the five countries tend to vary along with the countries' insurance coverage policies. **Health Affairs**, v. 21, n. 3, p. 182-191, 2002.

BLOM, A. G.; LEEUW, E. D.; HOX, J. J. Interviewer effects on norresponse in the European social survey. **Journal of Official Statistics**, v. 27, n. 2, p. 359-377, 2011.

BRASIL. Decreto nº 7.469 - Regulamenta a Lei Complementar no 94, de 19/02/1998 que autoriza o Poder Executivo a criar a Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno - RIDE e instituir o Programa Especial de Desenvolvimento do Entorno do DF. **Presidência da República - Casa Civil**, 04 maio 2011. Disponivel em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7469.htm>. Acesso em: 14 Janeiro 2012.

BRICK, J. M.; WILLIAMS, D. Explaining rising Nonresponse rates in cross-sectional surveys. **Tha ANNALS of the Amrecian Academy of Political and Social Science**, p. 645, Janeiro 2013.

CAIADO, M. C. S. Deslocamentos intra-urbanos e estruturação socioespacial na metrópole brasiliense. **São Paulo Perspec.**, São Paulo, v. 19, n. 4, Dec. 2005.

CARVALHO, A. L. B. et al. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 901-911, 2012.

CASTRO, H. C. O. et al. A Satisfação dos Usuários com o Sistema Único de Saúde (SUS). **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 14, n. 2, p. 113-134, jul.-dez. 2008.

CATALÃO, I. Brasília, Metropolização e Espaço Vivido: Práticas Especiais e Vida Quotidiana na Periferia Goiana da Metrópole. **Cultura Acadêmica**, São Paulo, p. 156, 2010.

CELINO, S. D. D. M. et al. Programa Pesquisa para o SUS: a contribuição para gestão e serviços de saúde na Paraíba, Brasil. **Ciênc. & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, Jan 2013.

CNDSS. **As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil**. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. Rio de Janeiro, p. 220. 2008.

CONASS. **Para entender a gestão do SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília, p. 291. 2007. Coleção Progestores.

DABAN, F. Evaluación de la reforma de la atención primaria de salud: práticas preventivas y desigualdades. **Aten Primaria**, Cataluña, v. 39, p. 339-347, Jun 2007.

DACHS, J. N. W.; SANTOS, A. P. R. Autoavaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 887-894, 2006.

DONABEDIAN, A. **An Introduction to quality assurance in health care.** Oxford: Oxford University Press, 2003.

FACCHINI, L. A. et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, Sept. 2006.

FRENCH, D. J. et al. A simple measure with complex determinants: investigation of the correlates of self-rated health in older men and women from three continentes. **BMC Public Health**, v. 12, p. 649, 2012.

GABARDO, M. C. L.; MOYSÉS, S. T.; MOYSÉS, S. Autopercepção de saúde bucal conforme o Perfil de Im¬pacto da Saúde Bucal (OHIP) e fatores associados: revisão sistemática. **Rev Panam Salud Publica**, v. 33, n. 6, p. 439-445, 2013.

GIACOMIN, K. C. et al. studo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 14, n. 6, p. 1260-70, 2008.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, Jun. 2006.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possiibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 783-794, 2009.

GOUVEIA, G. C. et al. Satisfação dos usuários do sistema de saúde brasileiro: fatores associados e diferenças regionais. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 12, n. 3, Sept. 2009.

GOUVEIA, G. C. et al. Satisfação dos usuários com assistência de saúde no estado de Pernambuco, Brasil, 2005. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 1849-1861, Março 2011. ISSN 1413-8123.

HARTZ, Z. M. D. A. Meta-Avaliação da Gestão em Saúde: desafios para uma nova saúde pública. **Ciencia & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 829-837, 2012.

HOLLANDA, E. et al. Satisfação e responsividade em serviços de atenção à saúde da Fundação Oswaldo Cruz. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 12, p. 3343-3352, 2012.

IBGE. **Características Étnico-raciais da População: Um estudo das categorias**. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE, Diretoria de Pesquisas/Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro, p. 95. 2011.

IBRASE/SEBRAE. **Estratégia para o desenvolvimento sustentável de Brasília e seu entorno**. Instituto Brasiliense de Estudos de Economia Regional / Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas. Brasília. 2008.

IMB. **Características da Mulher em Goiás**. Secretaria de Estado de Gestão e Planejamento-SEGPLAN/Instituto Mauro Borges de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos – IMB. Goiânia. 2013.

INSTITUTO DO MILÊNIO. **Projeto Oberservatório da Metrópoles**. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq. Brasília, p. 118. 2009.

IPEA. **Projeto Governança Metropolitana no Brasil. Plataforma IPEA de Pesquisa em Rede, Oficina 1 – Arranjos Institucionais de Gestão Metropolitana: O caso da RIDE/DF- Entorno**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada-IPEA/Companhia de Planejamento do Distrito Federal CODEPLAN. [S.l.]. 2012.

JÚNIOR, G. C. D. O. et al. Dados e Indicadores Econômicos, Sociais e Educacionais da Microrregião do Entorno de Brasília para Subsidiar a Atuação das Instituições Públicas de Ensino. Boletim de Conjuntura Econômica e do Mercado de Trabalho do Estado de Goiás, v. 1, n. 1, Out. 2012.

L'ABBATE, S. A análise institucional e a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, p. 265-274, 2003.

LEMOS, M. B. Metropolização e desenvolvimento regional no Brasil: Parcerias Estratégicas, edição especial, n. 22, Jun. 2006.

LIMA, D. J. P. Evolução do desemprego feminino na região centro-oeste do brasil no período de 2004 a 2008. **Revista de Economia [Internet]**, Anápolis, v. 8, n. 1, p. 38-53, Jan/Jun 2012. Disponivel em: <http://www.prp.ueg.br/revista/index.php/economia/article/view/404/379>. Acesso em: 13 Agosto 2013.

LIMA-COSTA, M. F.; LOYOLA FILHO, A. I. Fatores associados ao uso e à satisfação com os serviços de saúde entre usuários do Sistema Único de Saúde na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 17, n. 4, p. 247-257, 2008. ISSN 1679-4974.

LORA, E. Health perceptions in Latin America. **Health Policy and Planning**, v. 27, p. 555-569, 2012.

MACINKO, J.; GUANAIS, F. C.; MARINHO DE SOUZA, M. F. Evaluation of the impact of the Family Health Program. **J Epidemiol Community Health**, v. 60, p. 13-19, 2006.

MACINKO, J.; LIMA-COSTA, M. F. Access to, use of and satisfaction with health services among adults enrolled in Brazil's Family Health Strategy: evidence from the 2008 National Household Survey. **Tropical Medicine & International Health**, v. 17, n. 1, Ago. 2012.

MACINKO, J.; STARFIELD, B.; SHI, L. he Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970–1998. **T. HSR: Health Services Research**, v. 38, n. 3, 2003.

MADALOZZO, R.; MARTINS, S. R.; SHIRATORI, L. Participação no mercado de trabalho e no trabalho doméstico: homens e mulheres têm condições iguais? **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 547-566, maio-agosto 2010.

MAGALHÃES, L. R. A Terra como lugar: A questão fundiária no Distrito Federal. **Rev. Justica & História**, v. 5, n. 2005, 2005.

MALTA, D. C. et al. Inquéritos Nacionais de Saúde: experiência acumulada e proposta para o inquérito de saúde brasileiro. **Rev. bras. epidemiol. [online]**, v. 11, 2008.

MASSEY, D. S.; TOURANGEAU, R. Where do we go from here? Nonresponse and social measurement. **The ANNALS Of the American Academy of Political and Social Science**, 645, Jan. 2013. 222-236.

MEDRONHO, R. A. B. K. V.; LUIZ, R. R.; WERNECK, G. L. **Epidemiologia**. 2a. ed. São Paulo: Ed Atheneu, 2008.

MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B.; DEMARZO, M. M. P. Atenção básica e atenção primária à saúde-origens e diferenças conceituais. **Revista de APS**, v. 12, n. 2, 2009.

MELLO, M. Brasília e seu entorno o entorno e sua Brasília. **Boletim Goiani de Geografia**, Brasília, v. 29, n. 1, p. 197-202, 2009.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. 2. ed. Brasília: All Type Assessoria editorial Ltda. , v. 2, 2011.

MENDES, J. M. R. et al. Gestão na saúde: da reforma sanitária às ameaças de desmonte do SUS. **Rev. Textos & Contextos**, Porto Alegre, RS, v. 10, n. 2, p. 331-344, ago. 2011.

MINISTÉRIO DA INTEGRAÇÃO. Ministério da da Integração Nacional. **Secretaria de Desenvolvimento Regional**, 2013. Disponivel em: <http://www.mi.gov.br/regioes_integradas_rides>. Acesso em: 14 Janeiro 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.488 - Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Ministério da Saúde. Brasília. 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Inquéritos populacionais relacionados à saúde. **Portal da saúde SUS**, 2013. Disponivel em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=27891>. Acesso em: 14 Janeiro 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Planejamento da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS). **Portal da Saúde SUS**, 2013. Disponivel em: <http://www.pns.icict.fiocruz.br/index.php?pag=meto>. Acesso em: 14 Março 2013.

MIRAGAYA, J. Alternativas Para Superar o Fosso Econômico e Social Entre o Rico Quadrilátero e seu Entorno Empobrecido. In: SADI DR. ET AL **Trabalho na Capital**. Brasília: Ministério do Trabalho e: [s.n.], 2011. p. 10-34.

MOLARIUS, A. et al. Socioeconomic conditions, lifestyle factors, and self-rated health among men and women in Sweden. **European Journal of Public Health**, v. 17, n. 2, p. 125-133, 2006.

MORAES, V. D.; CAMPOS, C. E. A.; BRANDÃO, A. L. R. B. S. **As dimensões da avaliação pela perspectiva do usuário - uma revisão bibliográfica**. An 12 Congr Bras Med Fam Comunidade. Belém, p. 1241. 2013.

MOURA, R. Movimento pendular da população no Paraná: uma evidência da desconexão moradia/trabalho. **Cad. Metrop.**, São Paulo, v. 12, n. 23, p. 43-64, Jan/Jun 2010.

MOYSÉS, A.; SILVA, E. R. Ocupação e urbanização dos cerrados: desafios para a sustentabilidade. **Cadernos Metrópole** , São Paulo, v. 20, p. 197-220, jun-dez 2008. ISSN 1517-2422.

MULLER, E. V.; GRECO, M. Avaliação da satisfação dos usuários com os serviços do consórcio intermunicipal de saúde do noroeste do Paraná. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 3, p. 925-930, 2010.

NETO, J. B.; TARGINO, I. Desigualdade entre mulheres e homens no mercado de trabalho nordestino nas dácadas de 1990 e 2000. **Okara: geografia em debate**, João Pessoa, v. 6, n. 2, p. 240-262, 2012. ISSN 1982-3878.

NOVAES, M. R. C. G. et al. Estudo etnográfico e de satisfação de profissionais e usuários do Programa de Saúde da Família em Samambaia, Distrito Federal. **Com. Ciências Saúde**, v. 21, n. 4, p. 289-300, 2010.

NUNES, E. D. Saúde Coletiva: História de uma ideia e de um conceito. **Saude e Soc**, v. 3, n. 2, p. 5-21, 1994.

OLIVEIRA, L. H.; MATTOS, R. A.; SOUZA, A. I. S. Cidadãos peregrinos: os “usuários” do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 5, p. 1929-1938, 2009.

OMS. **The world health report 2013:** reserch for universal health coverage. Luxembourg: OMS, 2013. 168 p. ISNN 1020-3311.

OMS/OPAS. **Relatório Mundial de Saúde 2008:** Cuidados de Saúde Primários – Agora Mais Que Nunca. [S.l.]: Organização Mundial da Saúde, 2008. 156 p.

O'MUIRCHEARTAIGH, C.; CAMPANELLI, P. A multilevel exploration of the role of interviewers in survey non-response. **J.R. Statist. Soc. A**, v. 162, n. Part 3, p. 437-446, 1999.

PAIM, J. S.; FILHO, N. D. A. Saúde coletiva: uma" nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas. **Rev saúde pública**, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.

PÊGO-FERNANDES, P. M.; BIBAS, B. J. Sistemas de saúde: o que queremos? **Diagn Tratamento**, v. 16, n. 4, p. 167-9, 2011.

PIRES, M. R. G. M. et al. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15(Supl. 1), p. 1009-1019, 2010.

PORTO, S. M.; UGÁ, M. A. D.; MOREIRA, R. S. Uma análise da utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento: Brasil 1998-2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 9, p. 3795-3806, 2011.

RIPSA. 2ª Reunião do Comitê Temático Interdisciplinar Informações de Base Populacional. In: _____ **Rede Interagencial de Informações para a Saúde**. Rio de Janeiro: RIPSA, 2007. p. 11.

RISTOFF, D. A trajetória da mulher na educação brasileira. **INEP**, 10 mar. 2006. Disponivel em: <http://www.inep.gov.br/imprensa/entrevistas/trajetoria_mulher.htm>. Acesso em: 17 setembro 2013.

SÁ, S. L. B. et al. Usuário da Estratégia de Saúde da Família: Conhecimento e satisfação sobre acolhimento. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v. 25(2 Supl), p. 96-103, abr./jun. 2012.

SANTOS, T. A. P.; ROSSO, C. F. W. **Desempenho dos serviços de saúde prestados à Mulher residente no entorno sul do Distrito Federal na perspectiva da usuária**. Universidade Federal de Goiás. Goiânia, p. 137. 2013.

SCHWARTZ, T. D. et al. Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). **Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, July 2010.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Secretaria de Estado da Saúde. **Governo do Estado de Goiás**, 2013. Disponivel em: <http://www.saude.go.gov.br/index.php?idMateria=163244>. Acesso em: 14 Junho 2013.

SEGRI, N. J. et al. Práticas preventivas de detecção de câncer em mulheres:comparação das estimativas dos inquéritos de saúde (ISA - Capital) e

vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL - São Paulo). **Rev Bras Epidemiol.**, v. 14, n. 1, p. 31-43, 2011.

SEPLAN. **Plano Diretor do Município de Alexânia/Diagnóstico**. SEPLAN Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento/Ministério da Integração Nacional/Governo do Estado (2006/2010). [S.l.]. 2006.

SHIMIZU, H. E.; ROSALES, C. As práticas desenvolvidas no Programa Saúde da Família contribuem para transformar o modelo de atenção à saúde? **Rev. bras. enferm**, Brasília, v. 62, n. 3, June 2009.

SILVA, S. F. et al. Análise do avanço das equipes de saúde bucal inseridas na Estratégia Saúde da Família em Pernambuco, região Nordeste, Brasil, 2002 a 2005. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, Jan. 2011.

SILVEIRA, Y. M. S. C.; RAMIRES, J. C. L.; SILVA, T. P. Estratégia de Saúde da Família: Cultura e saúde na construção de um novo modelo de atenção básica no bairro Morrinhos em Montes Claros – Minas Gerais/ Brasil. **Revista Geográfica de América Central** , Costa Rica, n. Número Especial EGA, p. 1-17, II semestre 2011. ISSN 2115-2563.

SISSON, M. C. et al. Users' satisfaction with the use of public and private health services within therapeutic Itineraries in southern Brazil. **Interface - Comunic., Saude, Educ**, p. 737-740, 2010.

SOUZA, M. C. et al. Autoavaliação de saúde e limitações físicas decorrentes de problemas de saúde. **Rev Saúde Pública**, v. 42, n. 4, p. 741-9, 2008.

SOUZA, M. C. H. S.; ROSSO, F. W. **Analise da Gestão nos Distritos Sanitários em Goiânia uma Proposta de Descentralização**. Universidade Federal de Goiás. Goiânia, p. 120. 2012.

SOUZA, M. K. B.; TEIXEIRA, C. F. Produção científica sobre gestão de sistemas de saúde: um estudo realizado em espaço web (1987-2009). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 935-944, 2012.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. UNESCO, Ministério da Saúde. Brasília, p. 726. 2002.

SWARCWALD, C. L. et al. Socio-demographic determinants of self-rated health in Brazil. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 21, p. S54-S64, 2005.

SZWARCWALD, C. L. et al. Pesquisa Mundial de Saúde 2003: o Brasil em números. **RADIS**, Rio de Janeiro, n. 23, p. 14-33, 2004.

SZWARCWALD, C. L.; DAMACENA, G. N. Amostras complexas em inquéritos populacionais: planejamento e implicações na análise estatística dos dados. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 11, 2008.

SZWARCWALD, C. L.; MENDONÇA, M. H. M. D.; ANDRADE, C. L. T. D. Indicadores de atenção básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, Set. 2006.

SZWARCWALD, C. L.; VIACAVA, F. Pesquisa Mundial de Saúde: aspectos metodológicos e articulação com a Organização Mundial da Saúde. **Rev. bras. epidemiol. [online]**, São Paulo, v. 11, 2008.

SZWARCWALD, C. L.; VIACAVA, F. Planejamento da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, Feb. 2010.

TAMAKI, E. M. et al. Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avalição da gestão do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 839-849, 2012.

THEME-FILHA, M. M.; SZWARCWALD, C. L.; SOUZA-JÚNIOR, P. R. B. Socio-demographic characteristics, treatment coverage, and self-rated health of individuals who reported six chronic diseases in Brazil, 2003. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, p. Sup:S43-S53, 2005.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS GWS ET AL **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Fiocruz, 2006. p. 531-562.

VIACAVA, F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, 2002.

VIACAVA, F. et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Ciênc saúde coletiva**, v. 9, n. 3, p. 711-24, 2004.

VIACAVA, F.; DACHS, N.; TRAVASSOS, C. Os inquéritos domiciliares e o sistema nacional de informação em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, Dec. 2006.

VIACAVA, F.; SOUZA-JÚNIOR, P. R. B. D.; MOREIRA, R. D. S. Estimates of mammography coverage according. **Rev. Saúde Pública [online]**, v. 43, 2009.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. et al. Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 355-370, 2007.

WALDMAN, E. A. et al. Inquéritos populacionais: aspectos metodológicos, operacionais e éticos. **Rev Bras Epidemiol**, p. 11(supl 1): 168-79, 2008.

WEIRICH, C. F. et al. O trabalho gerencial do enfermeiro na Rede Básica de Saúde. **Rev Texto & Contexto**, v. 18, n. 2, p. 149-57, 2009.

XAVIER, F. P.; NEVES, J. A. B. Estrutura social e transmissão intergeracional de status: uma análise hierárquica. **R. bras. Est. Pop.**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 259-275, Jul/Dez 2012.

ANEXOS

Anexo 1 – Folha de informações sobre setores, domicílios e pessoas a entrevistar

1 - IDENTIFICAÇÃO DO SETOR: Código do setor para o IBGE: 520400305000004

2 – DADOS DO SETOR:

UF: 52 Município: 4003 Distrito: 5 Subdistrito: 0

Bairro:CABECEIRAS (todos os setores) Situação:1 Setor:4

Número de domicílios no setor:198 Pulo: 11 Primeiro domicílio a ser selecionado: 2

3 – PONTO INICIAL E FINAL DO SETOR: "CORREGO TABOQUINHA" COM "AVENIDA PRESIDENTE JUSCELINO KUBISTCHEK"

4 – PERÍMETRO DO SETOR: DO PONTO INICIAL PELA "AVENIDA PRESIDENTE JUSCELINO KUBISTCHEK" ATE "RUA DAS DALIAS" ATE "RUA DOS GIRASSOIS"ATE "RUA MARTINS DE GODOI" ATE "RUA VITORIA REGIA" ATE "RUA DAS CAMELIAS" ATE "AVENIDA TEOTONIO VILELA" ATE "CERCA DE ARAME DA FAZENDA DO SR. ANTONIO MARTINS DE GODOI" "EXCLUSIVE" (NO LIMITE DO PRIMETRO URBANO) ATE "CORREGO TABOQUINHA" SOBE ATE O PONTO INICIAL

5 – SETORES INTERNOS A EXCLUIR: NADA A REGISTRAR.

6 – AGLOMERADOS RURAIS IDENTIFICADOS: NADA A REGISTRAR.

7 – SELEÇÃO DO ADULTO A ENTREVISTAR: A coluna 01 indica o número da pessoa a entrevistar no 1° domicílio selecionado; a coluna 02 indica o número da pessoa a entrevistar no 2° domicílio selecionado; e assim sucessivamente até chegar a coluna 18, que indicará o número da pessoa a entrevistar no 18° domicílio.

Total de adultos no domicílio	Número do(a) adulto(a) a entrevistar no domicílio																	
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18
2	1	2	2	1	1	2	2	1	1	2	1	1	2	2	1	1	2	2
3	3	1	3	3	3	1	2	2	2	2	3	1	3	1	1	1	2	2
4	1	3	1	4	4	2	4	4	4	2	3	1	3	4	4	1	1	3
5	3	3	1	5	1	3	5	4	4	3	2	5	3	2	1	4	1	5
6	4	2	3	5	4	6	6	5	5	2	4	4	1	1	3	3	5	1
7	7	3	3	1	1	2	4	3	1	1	5	1	2	1	7	6	5	6
8	3	8	4	4	8	2	7	3	1	5	3	1	8	4	4	2	8	2
9	5	4	1	3	5	2	7	6	8	7	4	1	8	3	8	9	7	1
10	8	1	8	8	3	10	4	1	9	1	6	1	9	3	8	9	5	4
11	2	4	1	10	8	3	6	9	6	8	1	3	7	10	9	6	6	4
12	2	4	1	10	8	3	6	9	6	8	7	3	5	7	6	8	6	5

Anexo 2 – Questionário individual (Amostra)

A. Características Sócio-Demográficas e Apoio Social

Horário de Início __ __ : __ __

Neste módulo, vamos lhe perguntar sobre as suas características pessoais, como sexo e idade, características socioeconômicas, como grau de escolaridade e situação de trabalho, e relações com família e amigos.

A1	Sexo	**1.** Feminino	**2.** Masculino
A2	Qual a sua idade?	_____anos	
A3	Qual o seu estado conjugal?	**1.** Nunca foi casado(a)	
		2. Casado(a) ou vive com companheiro(a)	
		3. Separado(a) ou divorciado(a)	
		4. Viúvo(a)	
A4	Quantos anos completos de estudo (*com aprovação*) o(a) sr(a) tem?	_____anos	
A5	Qual o seu grau de instrução?	**1.** Analfabeto/Menos de um ano de instrução	
		2. Elementar Incompleto	
		3. Elementar Completo e Fundamental Incompleto	
		4. Fundamental Completo e Ensino Médio Incompleto	

		5. Ensino Médio Completo e Superior Incompleto	
		6. Superior Completo ou mais	
A6	Qual é a sua cor (raça)? *[Entrevistador: Leia as opções para o entrevistado]*	**1.** Branca	
		2. Preta	
		3. Amarela	
		4. Parda	
		5. Indígena	
A7	O(a) sr(a) trabalha ou trabalhava?	**1.** Trabalha e em atividade atualmente	**Se 1: Ir para A10**
		2. Trabalha, mas não em atividade atualmente	
		3. Já trabalhou, mas não trabalha mais	**Se 4: Ir para A17**
		4. Nunca trabalhou	

A14	Em geral, quanto tempo o(a) sr(a) gasta ou gastava no deslocamento para o trabalho?	Ida: _____horas _____minutos	
		Volta : _____horas _____minutos	

A15	O(a) sr(a) trabalha ou trabalhava em algum plantão noturno ou de 24 horas?	**1.** Sim	**2.** Não	**Se 2.: Ir para A17**
A16	Com que freqüência o(a) sr(a) trabalha ou trabalhava em algum plantão noturno ou de 24 horas?	**1.** Menos que 1 vez por mês		
		2. 1 a 3 vezes por mês		
		3. 1 vez por semana		
		4. 2 a 3 vezes por semana		
		5. 4 ou mais vezes por semana		
A17	O(a) sr(a) pode me dizer seu rendimento mensal por fonte de rendimento? *[Para cada fonte de rendimento, preencha com o valor em reais (R$) do rendimento mensal informado]*	**1.** Não tem rendimento		
		2. Trabalho R$_____		
		3. Seguro desemprego R$_____		
		4. Aposentadoria R$_____		
		5. Pensão R$_____		
		6. Renda Mensal Vitalícia R$_____		
		7. Venda de produtos R$_____		
		8. Aluguel R$_____		
		9. Doação de não-morador do domicílio R$_____		
		10. Doação de igrejas/ONG/instituições filantrópicas R$_____		
		11. Rendimentos de aplicações ou cadernetas de poupança R$_____		

		12. Bolsa Família R$_____
		13. Benefício de Prestação Continuada (BPC) R$_____
		14. Cartão alimentação R$_____
		15. Outra fonte (especifique) R$_____
		16. Recusou

As próximas perguntas são sobre aspectos da sua vida com a família, amigos e algumas atividades em grupo

B. Auto-Avaliação do Estado de Saúde

Horário de Início __ __ : __ __

As primeiras perguntas deste módulo são sobre sua saúde em geral, tanto sobre sua saúde física como sua saúde mental.

B1	Em geral, como o(a) sr(a) avalia a sua saúde?	**1.** Muito boa	
		2. Boa	
		3. Regular	
		4. Ruim	
		5. Muito ruim	
B2	Nos últimos 15 dias, por quantos dias o(a) sr(a) deixou de ir ao trabalho ou de realizar as atividades de rotina por motivo de saúde?	_____ dias	**0.** Nenhum dia

J. Desempenho do Sistema de Saúde Horário de Início ___ ___: ___ ___

Neste módulo, vamos fazer perguntas sobre o uso dos serviços de saúde, dificuldades para conseguir o atendimento e sua avaliação sobre o atendimento recebido no serviço de saúde.

J1	Costuma procurar o mesmo lugar, serviço de saúde ou médico quando precisa de assistência de saúde?	**1.** Sim	**2.** Não	**Se 2: Ir para J3**
J2	Onde costuma procurar o atendimento?	**1.** Unidade de saúde pública (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família ou policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica)		
		2. UPA (Unidade de Pronto Atendimento)		
		3. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)		
		4. Pronto-socorro ou emergência de hospital público		
		5. Ambulatório de hospital público		
		6. Consultório particular ou consultório de estabelecimento de saúde privado ou ambulatório de empresa ou sindicato		
		7. Pronto-socorro ou emergência de hospital privado		
		8. Farmácia		
		9. Outro *(especifique):* _____		
J3	Nos últimos 12 meses, consultou um médico?	**1.** Sim	**2.** Não	**Se 2: Ir para J5**

J4	Quantas vezes o(a) sr(a) consultou o médico nos últimos 12 meses?	_____ vezes	**0.** Nenhuma	

J5	Quando foi a última vez que procurou algum serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à sua saúde, sem considerar internação hospitalar por 24 horas ou mais? ***(PODE SER: CONSULTA MÉDICA, ODONTOLÓGICA OU COM OUTRO PROFISSIONAL DE SAÚDE OU QUALQUER ATENDIMENTO AMBULATORIAL)***	**1.** Há menos de 15 dias	**Se 4 ou 5: Ir para J34**
		2. Entre 15 dias e menos de um mês	
		3. Entre um mês e menos de 1 ano atrás	
		4. Há mais de um ano atrás	
		5. Nunca procurou	
J6	Qual destes motivos explica melhor porque procurou atendimento relacionado à sua saúde na última vez?	**1.** Doença ou problema de saúde	
		2. Acidente ou lesão	
		3. Consulta odontológico	
		4. Continuação de tratamento, terapia ou reabilitação	
		5. Pré-natal	
		6. Exames médicos periódicos	
		7. Exames laboratoriais ou exames complementares de diagnóstico	
		8. Vacinação	
		9. Outros atendimentos preventivos	
		10. Solicitação de atestado de saúde	
		11. Outro *(especifique):*	
J7	Onde procurou atendimento por este motivo?	**1.** Unidade de saúde pública (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família ou policlínica pública ou PAM - Posto de Assistência Médica)	
		2. UPA (Unidade de pronto Atendimento)	
		3. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)	
		4. Pronto-socorro ou emergência de hospital público	

		5. Ambulatório de hospital público		
		6. Consultório particular ou consultório de estabelecimento de saúde privado ou ambulatório de empresa ou sindicato		
		7. Pronto-socorro ou emergência de hospital privado		
		8. Laboratório ou clínica para exames complementares		
		9. Outro *(especifique):* _____		
J8	Conseguiu ser atendido?	**1.** Sim	**2.** Não	**Se 1: Ir para J14**
J9	Qual destes motivos explica melhor porque não conseguiu atendimento?	**1.** Não conseguiu pegar senha		
		2. Esperou muito e desistiu		
		3. O serviço de saúde não estava funcionando		
		4. Os equipamentos do serviço de saúde não estavam disponíveis ou não estavam		
		5. Não havia profissional de saúde especializado para atender		
		6. Não podia pagar pela consulta		
		7. Outro *(especifique):*		
J14	O atendimento foi feito pelo SUS?	**1.** Sim	**2.** Não	
J15	O(a) sr(a) pagou pelo atendimento?	**1.** Sim, pagou diretamente sem reembolso		
		2. Sim, mas teve reembolso total através do plano de saúde		
		3. Sim, mas teve reembolso parcial através do plano de saúde		
		4. Não, porque o atendimento foi feito pelo SUS		
		5. Não, porque o plano de saúde cobriu totalmente o serviço		
		6. Não, porque o atendimento foi pago por entidade filantrópica, igreja, ONG		
J16	Onde era localizado o serviço de saúde?	**1.** No mesmo município que o(a) sr(a) mora	**2.** Em outro município	
J17	Quanto tempo levou para chegar lá?	_____horas _____ minutos		

J18	Como chegou ao estabelecimento de saúde?	**1.** Transporte coletivo	
		2. Carro ou motocicleta	
		3. Ambulância	
		4. A pé	
		5. Bicicleta	
		6. Outro *(especifique):* _____	
J19	Qual foi o procedimento para conseguir o atendimento?	**1.** Foi direto ao serviço de saúde, sem marcar consulta	
		2. Agendou a consulta previamente	
		3. Foi encaminhado(a) ou ajudado(a) por equipe de saúde da família	
		4. Foi encaminhado(a) por outro serviço ou profissional de saúde	
		5. Outro *(especifique):* _____	

	b. Classe social	**1.** Sim	**2.** Não
	c. Raça/cor	**1.** Sim	**2.** Não
	d. Tipo de ocupação	**1.** Sim	**2.** Não
	e. Tipo de doença	**1.** Sim	**2.** Não
	f. Preferência sexual	**1.** Sim	**2.** Não
	g. Outro *(especifique):* _____	**1.** Sim	**2.** Não

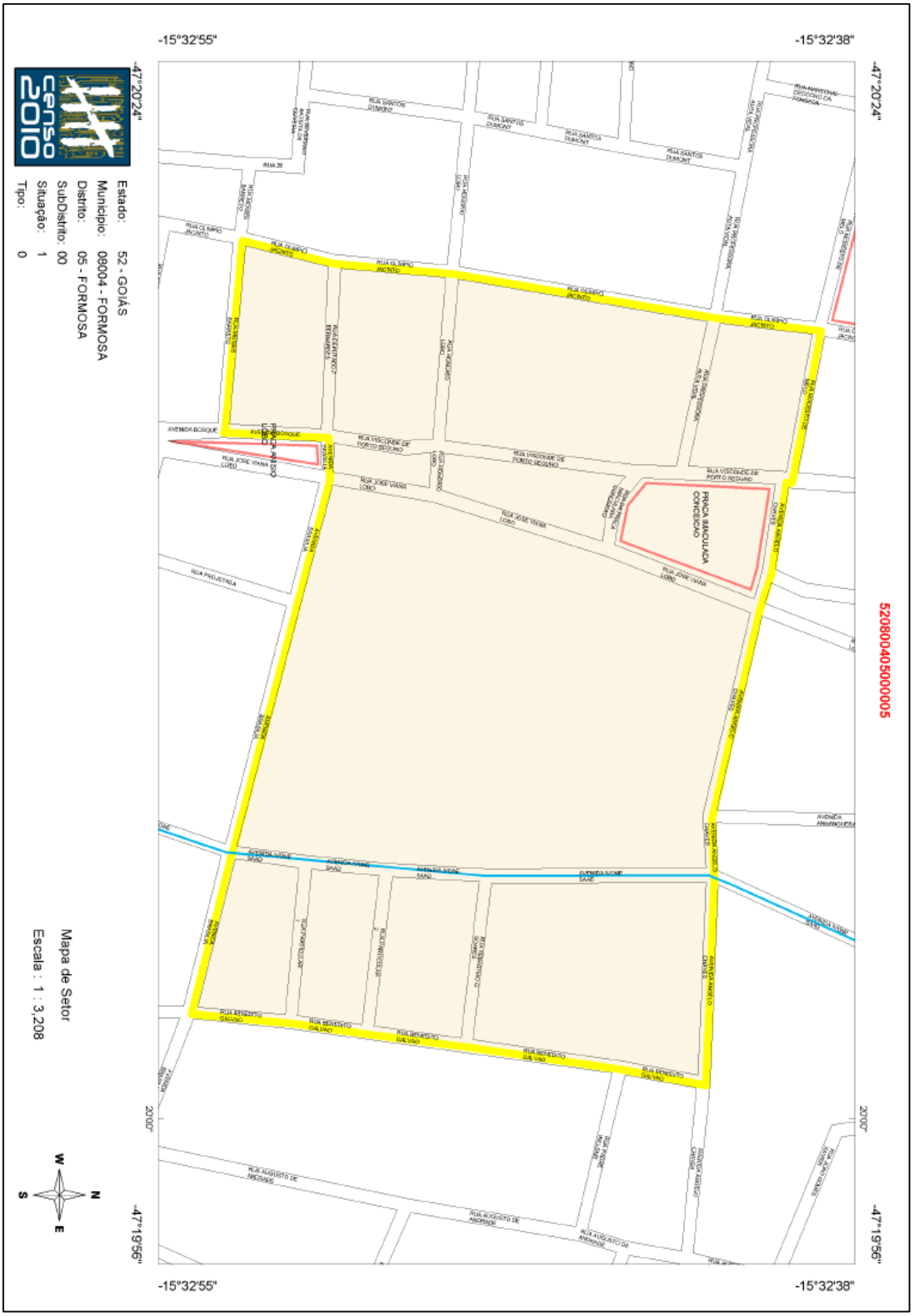
J25	Na última vez que recebeu assistência de saúde, como o(a) sr(a) avalia o atendimento recebido?	**1.** Muito bom		
		2. Bom		
		3. Médio		
		4. Ruim		
		5. Muito ruim		
J31	Conseguiu todos os medicamentos?	**1.** Sim	**2.** Não	**Se 1: Ir para J33**

J34	Nos últimos 12 meses, precisou ser internado(a) em hospital por 24 horas ou mais?	**1.** Sim	**2.** Não	**Se 2: Ir para J46**
J36	Na última vez que o(a) sr(a) esteve internado, a internação foi de emergência?	**1.** Sim	**2.** Não	
J37	Na última vez que o(a) sr(a) esteve internado(a), qual foi o principal motivo da internação?	**1.** Tratamento clínico		
		2. Parto vaginal		
		3. Parto cesáreo		
		4. Cirurgia		
		5. Tratamento psiquiátrico		
		6. Exames		
		7. Outro *(especifique):* _____		

J39	A internação foi feita pelo SUS?	**1.** Sim	**2.** Não
J40	O(a) sr(a) pagou pela internação?	**1.** Sim, pagou diretamente sem reembolso	
		2. Sim, mas teve reembolso total através do plano de saúde	
		3. Sim, mas teve reembolso parcial através do plano de saúde	
		4. Não, porque a internação foi paga pelo SUS	
		5. Não, porque o plano de saúde cobriu totalmente a internação	
		6. Não, porque a internação foi paga por entidade filantrópica, igreja, ONG	
J41	Na sua última internação, onde era localizado o estabelecimento de saúde?	**1.** No mesmo município que o(a) sr(a) mora	**2.** Em outro município
J42	Quanto tempo levou para chegar lá?	_____horas ____ minutos	
J43	Como chegou ao estabelecimento de saúde?	**1.** Transporte público	
		2. Carro ou motocicleta	
		3. Ambulância	
		4. A pé	
		5. Bicicleta	
		6. Outro *(especifique):* _____	

J46	Na última vez que o(a) sr(a) foi internado(a), como o(a) sr(a) avalia o atendimento?	**1.** Muito bom

Anexo 3 – Modelo de mapa censitário de município do entorno



Anexo 4 – Termo de consentimento livre e esclarecido

Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde em municípios selecionados da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno

Estamos convidando vocês a participar de uma pesquisa que será realizada em _____ (nome do município ou Região Administrativa). Os principais objetivos da pesquisa são o de coletar dados que possibilitem o cálculo de indicadores para avaliação do desempenho do sistema de saúde incluindo as condições de saúde e da assistência em saúde nos 19 municípios de Goiás que compõem a Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE-DF) e na Regional de Saúde do Paranoá, do Distrito Federal.

As informações serão colhidas por meio de entrevistas com os moradores dos domicílios sorteados para participar do estudo e ajudarão a melhorar a qualidade de vida da população do seu município e os municípios vezinhos que compõem a RIDE-DF ao identificar os problemas e necessidades de saúde da população, assim como, verificar como estão funcionando os serviços de saúde, para assim planejar ações para melhorar as condições de saúde da população.

O seu domicilio foi sorteado para participar da pesquisa. Caso aceitem em participar o responsável pelo domicilio responderá questões relacionadas ao número de pessoas que moram no domicílio, a idade, sexo, situação conjugal, as relações de parentesco, a situação socioeconômica e se tem plano de saúde privado; as características do domicílio (número de cômodos, bens, abastecimento d'água e destino do lixo); e, se estão cobertos pelo Programa de Saúde da Família, o que levara em torno de uns 20 minutos.

Em seguida, será realizada outra entrevista com um morador maior de 18 anos que levara em torno de 30 minutos. O participante sorteado respondera a perguntas sobre as suas condições de saúde e de doenças que possa estar sofrendo, a disponibilidade de medicamentos para o seu tratamento, se pertinente,

bem como, da disponibilidade de tratamento no dentista e de vacinas. Em caso de ser mulher, questões relacionadas aos cuidados de sua saúde serão feitas e do seu filho menor de dois anos, se tiver.

Será garantido o total sigilo das informações que você fornecer, assim como o seu anonimato. Os dados e entrevistas ficarão sob a guarda do NESP/CEAM/UnB e os resultados da pesquisa serão divulgados por meio de boletins informativos em diferentes meios de comunicação local e oficinas com participação das autoridades de saúde, o conselho de saúde e representantes da comunidade. A entrevista não oferecerá riscos à sua saúde e você tem o direito de deixar de responder as questões em que não se sentir confortável, podendo parar a qualquer momento se desejar. É possível que precisemos retornar para verificar dados ou informações faltantes.

Uma cópia deste documento ficará com vocês. Em caso de dúvida, vocês poderão procurar por _____ (nome do coordenador de campo responsável pela região onde o município se encontra localizado), nos telefones _____, ou pelo coordenador geral da pesquisa, Profa. Maria Margarita Urdaneta Gutiérrez, no telefone (61) 9648-7704 (NESP/UnB – SCLN 496, 2º Andar, Asa Norte, Brasília, DF, CEP:70847-510). Vocês poderão, ainda, consultar o Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade de Brasília no telefone (61) 3107-1947 ou pelo e-mail: CEPFS@UNB.BR.

Portanto, eu _____, responsável pelo domicilio declaro que compreendi o estudo e aceito participar da entrevista.

Assinatura do responsável pelo domicilio: _____

Portanto, eu _____, morador do domicilio maior de 18 anos, declaro que compreendi o estudo e aceito participar da entrevista.

Assinatura do participante maior de 18 anos: _____

Entrevistador: _____

(Nome legível e assinatura)

Supervisor: _____

(Nome legível e assinatura)

Coordenador de Campo: _____

(Nome legível e assinatura)

Local: _____ Data: _____
(Município/Região)

Anexo 5 – Aprovação Comitê de Ética e Pesquisa

Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FS

PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Registro do Projeto no CEP: **074/10**

Título do Projeto: "Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde em municípios selecionados da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno ".
Pesquisadora Responsável: Maria Margarita Urdaneta Gutiérrez
Data de Entrada: 31/05/10

Com base na Resolução 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética em pesquisa com seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu **APROVAR** o projeto **074/10** com o título: "Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde em municípios selecionados da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno ", analisado na 5ª Reunião Ordinária, realizada no dia 17 de junho de 2010.

A pesquisadora responsável fica, desde já, notificada da obrigatoriedade da apresentação de um relatório semestral e relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item VII.13 da Resolução 196/96).

Brasília, 18 de junho de 2010.

Prof. Volnei Garrafa
Coordenador do CEP-FS/UnB

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - Faculdade de Ciências da Saúde
Universidade de Brasília - Campus Universitário Darcy Ribeiro - CEP: 70.910-900
Telefone: (61)-3107-1947 Email: cepfs@unb.br

Anexo 6 – Apoio do Colegiado de Gestão da Saúde da RIDE-DF

SECRETARIA EXECUTIVA
Secretaria Municipal de Saúde de Luziânia – GO
Coordenação da Atenção Básica e Vigilância Epidemiológica
Telefones: (61) 3906.3100 / 3906.3175 /9909.6032
E-mail: felcezario@gmail.com e dobstuzario@gmail.com

Luziânia – GO, 25 de maio de 2010

Termo de Ciência

Declaro, para os devidos fins, estar ciente da realização da pesquisa intitulada "Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde em municípios selecionados da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno, RIDE-DF", que envolve a realização de inquérito domiciliar de base populacional. Informo que a proposta será apresentada na próxima reunião do Colegiado Gestor da Saúde da RIDE-DF prevista para o dia 10 de junho de 2010, em Brasília, para pactuação da sua realização junto aos Secretários de Saúde do Estado de Goiás, Minas Gerais e Distrito Federal, bem como dos Secretários Municipais de Saúde dos 22 municípios envolvidos.

Atenciosamente,

Felipe Alves Cezário
Coordenador da Atenção Básica e Vigilância Epidemiológica de Luziânia
Secretário Executivo Colegiado de Gestão da Saúde da RIDE-DF