

**Acesso e Qualidade na Rede de Saúde- AQUARES
Coleta de Dados Eletrônica em
Grandes Inquéritos Epidemiológicos de Base Populacional**

PEREIRA, Rodrigo Lucas
Universidade Federal de Pelotas

FACCHINI, Luiz Augusto
Universidade Federal de Pelotas

1 INTRODUÇÃO

Estudos recentes têm identificado como elevado o acesso e a utilização de serviços de saúde no Brasil, mas o desempenho e a qualidade dos cuidados de saúde oferecidos à população são pouco conhecidos. Os escassos estudos disponíveis sugerem que, mesmo com uma elevada cobertura de ações de programáticas, a atenção básica à saúde (ABS) apresenta sérios problemas de qualidade na gestão e no cuidado da população. A qualidade dos cuidados depende, em parte, dos processos tecnológicos de diagnóstico e terapêutica que variam de acordo com as particularidades do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada região, estado e município. O Projeto teve por objetivo avaliar o acesso e a utilização de serviços de saúde, seu desempenho e qualidade dos cuidados. Em 2008 o estudo AQUARES – Acesso e Qualidade na Rede de Saúde, foi formado por 11 equipes com 55 auxiliares de pesquisa que coletaram dados de 25.000 indivíduos, crianças, adultos e idosos - na zona urbana de 100 municípios de pequeno, médio e grande porte das cinco regiões do Brasil.

2 METODOLOGIA (MATERIAL E MÉTODOS)

Em 2008 o estudo AQUARES – Acesso e Qualidade na Rede de Saúde, foi formado por 11 equipes com 55 auxiliares de pesquisa que coletaram dados de 25.000 indivíduos, crianças, adultos e idosos - na zona urbana de 100 municípios de pequeno, médio e grande porte das cinco regiões do Brasil. A tecnologia informatizada portátil foi utilizada para a coleta dos dados e através do PDA Mio P550B (“Personal Digital Assistant”/Assistente Digital Pessoal). Inicialmente foram definidas as ferramentas para desenvolvimento (linguagens, bancos de dados e componentes de geo-referenciamento). Um conjunto de aplicativos foi desenvolvido, destacando-se um “Editor de Questionários”, para criação do banco modelo e editoração das perguntas, respostas, saltos de contexto e valores aceitáveis; o “Questionário” utilizado no PDA, apresentando as perguntas na tela, validando suas respostas e armazenando-as no banco de dados; o “Conversor” que testa a integridade e reúne vários arquivos de dados em um só e o “Analisador”, que valida e corrige eventuais erros nos dados. Ao finalizar cada setor censitário, os arquivos de dados de cada PDA eram copiados para um *notebook*, renomeados e enviados por correio eletrônico para a coordenação. Cada remessa das equipes era acompanhada de um relatório de alteração dos dados. Os arquivos eram reunidos em lotes de 100 e cada lote era testado em sua integridade e processado. Uma avaliação automatizada verificava se todos os blocos estavam preenchidos corretamente e se não existiam registros em

duplicidade. No total, foram cerca de 1.600 arquivos e mais de 3.000 variáveis que foram produzidos.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Esta tecnologia possibilitou a localização do domicílio do entrevistado através do Sistema de Posicionamento Global (GPS– *Global Positioning System*).

A medida tinha como objetivo acompanhar a realização das entrevistas no local definido para o estudo (setor censitário) e permitiu a visualização da distribuição da amostra em relação a este setor, com vistas a uma maior eficiência no cumprimento do cronograma e no uso otimizado dos recursos financeiros e materiais, a coordenação do estudo optou pela coleta de dados eletrônica, através de um computador do tipo *palmtop* - PDA, dispensando o uso de papel, reduzindo o período do trabalho de campo e agilizando o processamento dos dados.

No total, foram incluídas no estudo 6397 crianças, 12402 adultos e 6624 idosos, dos quais cerca de 8% eram residentes na região Norte, 25% na região Nordeste, 35% na região Sudeste, 22% na região Sul e 10% na região Centro-Oeste. Cerca de 11% dos entrevistados residiam em municípios com menos de 20 mil habitantes, 26% residiam em municípios entre 20 mil e menos de 100 mil, 40% em municípios entre 100 mil a menos de 1,1 milhão de habitantes e 23% em municípios com 1,1 milhão de habitantes ou mais.

4 CONCLUSÕES

Ao utilizar uma metodologia informatizada portátil para a coleta de dados como o modelo do PDA Mio P550B, podemos identificar as dificuldades e potencialidades, desses recursos que podem contribuir para a maior efetividade e eficiência na coleta de dados em estudos de base populacional na área da saúde.

5 REFERÊNCIAS

1. Cairney J, Arnold R. Socioeconomic position, lifestyle and health among Canadians aged 18 to 64: a multi-condition approach. *Canadian Journal of Public Health*. 1998;3:208-12.
2. Case A, Lubotsky D, Paxson C. Economic status and health in childhood: the origins of the gradient. *American Economic Review*. 2002;92(5):1308-34.
3. Currie, Stabile. Socioeconomic status and child health: why is the relationship stronger for older children? *American Economic Review*. 2003;93(5):1813-23.
4. Curtis L. The health status of lone mothers *Canadian Public Policy*. 2001;27(30):334-56.
5. Curtis L, MacMinn WJ. Health care utilization in Canada: 25 years of evidence. Hamilton, Ontario: SEDAP; 2007.
6. Haynes R. Inequalities in health and health service use: evidence from the general household survey. *Soc Sci Med*. 1991;33(4):361-68.

7. Mustard CA, Frohlich N. Socioeconomic status and the health of the population. *Medical Care*. 1995;33(12):DS43-DS54.
8. van Doorslaer E, Masseria C, Koolman X. Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *Canadian Medical Association Journal*. 2006;174(2):177-83.
9. Wagstaff A, van Doorslaer E. Overall versus socioeconomic health inequality: a measurement framework and two empirical illustrations. *Health Economics*. 2004;13:297-301.
10. Fitzpatrick R, Fletcher A, Gore S, Jones D, Spiegelhalter D, Cox D. Quality of life measures in health care. I: Applications and issues in assessment. *Bmj*. 1992 Oct 31;305(6861):1074-7.
11. Chi C. An event count model for studying health services utilization. *Med Care*. 1998 Dec;36(12):1639-59.
12. Andersen R, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Mem Fund Q Health Soc*. 1973 Winter;51(1):95-124.
13. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav*. 1995 Mar;36(1):1-10.
14. Matos DL, Lima Costa MF, Guerra HL, Marcenes W. Projeto Bambuí: estudo de base populacional dos fatores associados com o uso regular de serviços odontológicos em adultos. *Cad Saude Publica*. 2001 May-Jun;17(3):661-8.
15. Sawyer DO, Leite IC, Alexandrino R. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2002;7(4):757-76.
16. Dias da Costa JS, Facchini LA. Utilização de serviços ambulatoriais em Pelotas: onde a população consulta e com que frequência. *Rev Saude Publ*. 1997;31(4):360-69.
17. Mendoza-Sassi R, Béria JU. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cad Saude Publ*. 2001;17(4):819-32.
18. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2002;7(4):687-707.
19. Mendoza-Sassi R, Bria JU, Barros AJD. Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study. *Rev Saude Publica*. 2003;37(3):372-78.

20. Atella V, Brindisi F, Deb P, Rosati FC. Determinants of access to physician services in Italy: a latent class seemingly unrelated probit approach. *Health Economics*. 2004;13:657-68.
21. Hurley J, Grignon M. Income and equity of access to physician services. *Canadian Medical Association Journal*. 2006;174(2):187-88.
22. Lasser KE, Himmelstein DU, Woolhandler S. Access to care, health status, and health disparities in the United States and Canada: results of a cross-national population-based survey. *Am J Public Health*. 2006;96(7):1300-07.
23. Mangalore R. Income, health and health care utilization in the UK *Applied Economics*. 2006;38:605-17.
24. Hart JT. The inverse care law. *Lancet*. 1971;1(7696):405-12.
25. Williamson DL, Fast JE. Poverty and medical treatment: when public policy compromises accessibility. *Can J Public Health*. 1998;89(2):120-24.
26. Travassos C, Viacava F, Pinheiro R, Brito A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Rev Panam Salud Publica*. 2002 May-Jun;11(5-6):365-73.
27. Hurst SA, Forde R, Reiter-Theil S, Slowther AM, Perrier A, Pegoraro R, et al. Physicians' views on resource availability and equity in four European health care systems. *BMC Health Services Research*. 2007;7(1):137.
28. Saxena S, George J, Barber J, Fitzpatrick J, Majeed A. Association of population and practice factors with potentially avoidable admission rates for chronic diseases in London: cross sectional analysis. *J R Soc Med*. 2006 Feb;99(2):81-9.
29. Billings J, Anderson GM, Newman LS. Recent findings on preventable hospitalizations. *Health Aff (Millwood)*. 1996 Fall;15(3):239-49.
30. Booth GL, Hux JE. Relationship between avoidable hospitalizations for diabetes mellitus and income level. *Arch Intern Med*. 2003 Jan 13;163(1):101-6.