

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

Ingrid de Souza Costa

**PROPRIEDADES DE MEDIDA DE UM INSTRUMENTO DE
AVALIAÇÃO DE FATORES DETERMINANTES DO USO DE SERVIÇOS
DE SAÚDE POR PESSOAS IDOSAS**

Juiz de Fora

2025

Ingrid de Souza Costa

**PROPRIEDADES DE MEDIDA DE UM INSTRUMENTO DE
AVALIAÇÃO DE FATORES DETERMINANTES DO USO DE SERVIÇOS
DE SAÚDE POR PESSOAS IDOSAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.
Área de concentração: Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Silvia Lanziotti Azevedo da Silva

Juiz de Fora

2025

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração
automática da Biblioteca Universitária da UFJF,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Costa, Ingrid de Souza.

Propriedades de medida de um instrumento de avaliação de
fatores determinantes do uso de serviços de saúde por pessoas
idosas / Ingrid de Souza Costa. – 2025.

94 p. : il.

Orientadora: Silvia Lanzotti Azevedo da Silva
Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz
de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva, 2025.

1. Idoso. 2. Saúde do Idoso. 3. Atenção Primária à Saúde. 4.
Confiabilidade e Validade. 5. Estudo Metodológico. I. Silva, Silvia
Lanzotti Azevedo da , orient. II. Título.

Ingrid de Souza Costa

PROPRIEDADES DE MEDIDA DE UM INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE FATORES DETERMINANTES DO USO DE SERVIÇOS DE SAÚDE POR PESSOAS IDOSAS.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Área de concentração: Saúde Coletiva.

Aprovada em 05 de novembro de 2025.

BANCA EXAMINADORA

Prof.ª Dra. Silvia Lanzotti Azevedo da Silva - Orientadora
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Dr. Geraldo Eduardo Guedes de Brito
Universidade Federal da Paraíba

Prof.º Dr. Marcos Paulo Braz de Oliveira
Universidade Federal de São Carlos

Juiz de Fora, 20/10/2025.



Documento assinado eletronicamente por **SILVIA LANZOTTI AZEVEDO DA SILVA, Professor(a)**, em 05/11/2025, às 15:50, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **GERALDO EDUARDO GUEDES DE BRITO, Usuário Externo**, em 06/11/2025, às 07:27, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Marcos Paulo Braz de Oliveira, Usuário Externo**, em 07/11/2025, às 16:50, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf (www2.ufjf.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **2693886** e o código CRC **C14A86CE**.

AGRADECIMENTOS

A realização desta dissertação só foi possível graças ao apoio e colaboração de muitas pessoas que me acompanharam nesta trajetória. Agradeço imensamente à Professora Silvia Lanzotti Azevedo da Silva, fonte constante de inspiração e admiração, cuja orientação sensível e acolhedora tornou cada etapa do processo leve e estimulante. Sua escuta atenta, confiança e generosidade foram fundamentais para meu crescimento acadêmico e pessoal.

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da UFJF, pela oportunidade de crescimento acadêmico e científico. Estendo meus agradecimentos à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão da bolsa de mestrado (CAPES-DS), que contribuiu para a realização deste trabalho.

Aos colaboradores do Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde (NATES), em especial à Elisângela por toda atenção, disponibilidade e cuidado em todo esse processo.

Registro minha sincera gratidão aos membros da banca de qualificação e de defesa, pela leitura atenta, pelas valiosas contribuições e pelo constante incentivo ao longo desta caminhada.

Aos meus familiares, especialmente meus pais, Maria Lúcia e João Daniel, meus exemplos de força, perseverança e resiliência, meu afeto e reconhecimento. Eu não teria chegado até aqui sem vocês!

Ao meu companheiro de vida, Helbert Rezende, agradeço por toda parceria e pelo apoio essencial no cuidado de nossa filha, o que me permitiu trilhar esse caminho com tranquilidade.

Dedico um agradecimento especial à minha filha, Catarina, cuja presença ilumina meus dias e cuja alegria e carinho renovam minha esperança e determinação, dando novo sentido a cada conquista. Filha, você me dá potência!

Aos colegas de projeto, registro meu reconhecimento, em especial ao amigo Leandro Hermisdorff, pela motivação constante e por me apontar o

caminho, e a Thamires Santana, pela parceria generosa e dedicada durante todo o processo de coleta de dados. De maneira igualmente importante, agradeço aos funcionários das unidades de saúde e a cada pessoa idosa que participou do estudo, pois sua colaboração foi indispensável para este trabalho.

Minha profunda gratidão, de maneira especial, a Deus e à espiritualidade, cuja presença constante inspirou e fortaleceu cada etapa desta jornada.

Meu sincero e emocionado agradecimento a todos.

RESUMO

O envelhecimento populacional, somado à elevada prevalência de doenças crônicas, representa desafio crescente para os sistemas de saúde, especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS). Embora políticas públicas brasileiras tenham avançado, ainda persistem desigualdades no acesso e utilização dos serviços. Nesse contexto, destaca-se a ausência de instrumentos fundamentados teoricamente que permitam avaliar de forma sistematizada os determinantes do uso dos serviços por pessoas idosas. O Modelo Comportamental de Andersen, ao considerar fatores predisponentes, capacitantes e necessidades em saúde, configura-se como referencial adequado para esse tipo de investigação. Frente ao exposto, este estudo teve como objetivo analisar a confiabilidade e validade do “Avaliação dos Fatores Determinantes do Uso dos Serviços de Saúde na APS por idosos (DUSSI)”, fundamentado no Modelo Teórico de Andersen. Foi realizado um estudo metodológico de propriedade de medidas realizado em duas Unidades Básicas de Saúde de Juiz de Fora (MG), com 30 idosos (≥ 60 anos), selecionados aleatoriamente. Foram excluídos aqueles com déficit cognitivo. A coleta ocorreu em domicílio, com aplicação do questionário DUSSI. Foram avaliadas consistência interna, confiabilidade, erro de medição e validade de critério. O questionário apresentou alta consistência interna (α de Cronbach: 0,76 a 0,77), excelente confiabilidade (CCI total: 0,94 a 0,97) e erro de medição aceitável. Não foram observadas evidências de validade de critério. Desta forma, conclui-se que o estudo demonstrou que o DUSSI apresenta evidências sólidas de consistência interna, confiabilidade e erro de medição. Apesar das limitações decorrentes do tamanho amostral e da ausência de padrão-ouro que inviabilizou a confirmação da validade de critério, a pesquisa oferece contribuições originais e inaugura um caminho promissor para futuras investigações em populações maiores.

Palavras-chave: Idoso. Saúde do Idoso. Envelhecimento. Atenção Primária à Saúde. Estudo Metodológico. Confiabilidade e Validade.

ABSTRACT

Population aging, coupled with the high prevalence of chronic diseases, poses an increasing challenge for health systems, particularly within Primary Health Care (PHC). Despite advances in Brazilian public policies, disparities in access to and utilization of services persist. In this context, there is a notable absence of theoretically grounded instruments capable of systematically assessing the determinants of service utilization by older adults. The Andersen Behavioral Model, which considers predisposing, enabling, and need-related factors, stands out as an appropriate framework for this type of investigation. Given these considerations, the aim of this study was to analyze the reliability and validity of the “Determinants of Health Services Use Among Older Adults (DUSSI) ” Questionnaire, theoretically anchored in the Andersen Model. A methodological study of measurement properties was conducted in two Basic Health Units in Juiz de Fora (MG), with 30 randomly selected older adults (≥ 60 years). Participants with cognitive deficits were excluded. Data collection took place in the home setting, utilizing the DUSSI questionnaire. Internal consistency, reliability, measurement error, and criterion validity were assessed. The questionnaire demonstrated high internal consistency (Cronbach's alpha: 0.76 to 0.77), excellent reliability (overall ICC: 0.94 to 0.97), and acceptable measurement error. No evidence supporting criterion validity was observed. Thus, the study demonstrates that DUSSI provides robust evidence of internal consistency, reliability, and measurement error. Despite limitations related to sample size and the absence of a gold standard preventing the confirmation of criterion validity, this research offers original contributions and opens promising avenues for future investigations in larger populations.

Keywords: Aged. Health of the Aged. Aging. Primary Health Care. Methodological Studies. Reproducibility of Results.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Representação do modelo teórico de Andersen (1995)	19
Figura 2 – Questionário “Avaliação dos Fatores Determinantes do Uso de Serviços de Saúde por Idosos”.....	45
Quadro 1 – Apresentação das perguntas Referência para análise de validade de critério	53

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Perfil dos Participantes quanto à Idade, escolaridade, desempenho cognitivo, estado civil, grau de instrução e raça/cor.....	62
Tabela 2 - Confiabilidade e Consistência interna e questionário “Avaliação dos Fatores Determinantes do Uso de Serviços de Saúde na Atenção Primária por Idosos”.....	64
Tabela 3- Validade de critério do questionário em relação às perguntas de referência.....	66
Tabela 4- Análise Descritiva dos Desfechos (N=30)	67

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
AV1	Avaliadora 1
AV1(2)	Segunda avaliação da Avaliadora 1
AV2	Avaliadora 2
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BOAS	Brazil Old Age Schedule
CCI	Coeficiente de Correlação Intraclass
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COSMIN	Consensus-based Standards for the Selection of Health Measurement Instruments
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DP	Desvio Padrão
EPM	Erro Padrão da Medida
EqSF	Equipes de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
FRSAS	Fall Risk Self-Assessment Scale
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICOPE	Integrated Care for Older People
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
MDD	Mínima Diferença Detectável
MEEM	Mini-Exame do Estado Mental
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCATool	Primary Care Assessment Tool
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PROMs	Patient-Reported Outcome Measures
RAS	Rede de Atenção à Saúde

SUS Sistema Único de Saúde
UBS Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
2.1 CONCEITUAÇÕES DE USO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	17
2.2 O modelo de Andersen como substrato teórico para avaliação do uso dos serviços de saúde	19
2.3 Dinâmica do uso dos serviços de Saúde pela população idosa.....	22
2.3.1 Atenção Primária à Saúde e a População Idosa.....	24
2.4 Formas de avaliação de acesso e uso dos serviços de saúde por pessoas idosas e seus resultados	25
2.4.1 Uso do Modelo teórico de Andersen para avaliação dos fatores determinantes do uso dos serviços de saúde.....	30
2.5 PROPRIEDADES DE MEDIDA DE INSTRUMENTOS DE MENSURAÇÃO EM SAÚDE NO AMBITO DO COSMIN (Consensus-based Standards for the selection of health Measurement Instruments).....	34
2.5.1 Análise de Confiabilidade.....	36
2.5.2 Análise de Validade de Critério	37
3 JUSTIFICATIVA.....	39
4 OBJETIVOS.....	42
4.1 Objetivo Geral	42
4.2 Objetivos Específicos	42
5 METODOLOGIA	43
5.1 Desenho do estudo	43
5.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....	43
5.3 DESCRIÇÃO DA AMOSTRA	44
5.4 COLETA DE DADOS	45
5.5 Procedimentos para ANALISE ESTATÍSTICA - confiabilidade e validade do QUESTIONÁRIO.....	54
5.5.1 Confiabilidade.....	54
5.5.1.1 Confiabilidade Inter – avaliador	54
5.5.1. 2 Confiabilidade Intra – avaliador	55
5.5.1. 3 Analise dos dados de consistencia Interna e erro de medição	55
5.5.2 Validação.....	Erro! Indicador não definido.

Quadro 1- Apresentação das perguntas Referência para análise de validade de critério.....	57
5.6 Aspectos éticos	57
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	58
6.1 ARTIGO.....	58
1 Introdução.....	60
4 DISCUSSÃO	71
REFERENCIAS.....	76
CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
REFERÊNCIAS.....	82
APêNDICE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	92
ANEXO - Termo de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	93

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma conquista da humanidade e um dos grandes desafios do século para a saúde pública e previdência social. Estima-se que até 2050, a proporção da população global com 60 anos ou mais quase dobrará em relação a 2015, atingindo 2 bilhões de pessoas nesta faixa etária (OMS, 2018).

Projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2022) sinalizam para mudanças na estrutura etária da população brasileira, com a existência de 172,7 pessoas idosas para cada 100 crianças de 0 a 14 anos, nas próximas três décadas. Essa dinâmica populacional já aponta para um aumento da demanda para os sistemas de saúde. A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), ao descrever o acesso e utilização dos serviços de saúde no Brasil, registrou um aumento de 22% na procura por atendimento, sobretudo por mulheres e pessoas idosas, comparando-se dados de 2013 e 2019 (Malta, *et al.*, 2021).

Na contemporaneidade, uma das maiores preocupações da epidemiologia e das políticas públicas é o crescimento da prevalência de Doenças Crônicas Não – Transmissíveis (DCNT) na população. Dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019 apontam para alta prevalência de DCNT na população idosa, sendo que 58,3% convivem com mais de uma doença crônica e destes, 34,4% (5,5 milhões) tem três ou mais doenças. Apenas 19% das pessoas idosas relataram não terem sido diagnosticadas com nenhuma DCNT investigada pela pesquisa (Romero; Maia, 2022).

Dentre as DCNTs mais prevalentes no processo de envelhecimento, encontram-se a hipertensão arterial sistêmica (56,4%), problema crônico de coluna (31,1%), diabetes (20,8%), artrite ou reumatismo (18,2%), alguma doença do coração como infarto, angina, insuficiência cardíaca (13,1%), depressão (11,8%), câncer (6,8%), acidente vascular cerebral (AVC) (5,6%), asma ou bronquite asmática (4,7%) e alguma doença crônica no pulmão, tais como, enfisema pulmonar, bronquite crônica ou doença pulmonar obstrutiva crônica (3,0%) (Romero; Maia, 2022).

Para responder às estas crescentes demandas da população que envelhece, e garantir a todos os brasileiros com 60 anos ou mais proteção à vida e à saúde, o Ministério da Saúde (MS), em 2003, criou o Estatuto do

Idoso. Em 2006, constituiu o Pacto pela Saúde e aprovou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) que têm como finalidade promover, manter ou recuperar a autonomia e independência da pessoa idosa, através da adoção de medidas coletivas e individuais de saúde, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (Souza; Timmons; Fracolli, 2023; BRASIL, 2013; BRASIL, 2006b; BRASIL, 2006c). Entretanto, apesar dos avanços da legislação brasileira, a assistência e o cuidado à pessoa idosa ainda são insatisfatórios (Martins *et al.*, 2014). A literatura aponta iniquidades no acesso e na utilização dos serviços de saúde, que se acentuam quando os idosos são mais longevos (Oliveira *et al.*, 2023).

O acesso aos serviços de saúde pode ser resumido em quatro dimensões que o caracterizam: disponibilidade, oferta de serviços e demanda da população; aceitabilidade e condições pessoais do indivíduo; capacidade de pagamento; nível de informação. Já a utilização de serviço de saúde é caracterizada pelo uso efetivo do serviço e pela garantia do atendimento, ou seja, é a comprovação de que o acesso foi alcançado (Oliveira *et al.*, 2023; Martins *et al.*, 2014). Tradicionalmente, o acesso e uso dos serviços de saúde tem sido investigado através de dados extraídos da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) e, mais recentemente, avaliados pela Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013 e 2019. Não existe na literatura um questionário validado e confiável, com base em um modelo teórico, que avalie o acesso e uso dos serviços de saúde pela população idosa, sobretudo no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS).

Diante dessa lacuna, este estudo propõe uma abordagem inovadora ao investigar, de forma sistematizada e fundamentada teoricamente, os aspectos que influenciam o uso efetivo dos sistemas de saúde por pessoas idosas na Atenção Primária. Diferentemente de investigações anteriores que se concentram em dados descritivos de acesso, esta pesquisa busca compreender os determinantes que condicionam a utilização dos serviços, por meio de um questionário validado. Assim, a presente proposta avança na produção de evidências que podem subsidiar políticas públicas mais eficazes e adaptadas às necessidades dessa população.

A APS desempenha um papel essencial na promoção da saúde e prevenção de agravos, especialmente na população idosa. Compreender os

fatores que impactam a utilização desses serviços é fundamental para a elaboração de planos de cuidados mais eficientes e personalizados. Estudos indicam que características como renda, escolaridade e barreiras geográficas influenciam significativamente o acesso e a continuidade do cuidado. Segundo Almeida *et al.* (2017), idosos com maior nível socioeconômico apresentam maior frequência de consultas e acompanhamento médico, enquanto aqueles em situação de vulnerabilidade enfrentam barreiras que limitam o acesso e agravam as desigualdades.

Além disso, o planejamento de cuidados deve considerar disparidades regionais e sociais. Alves, Parente e Herkrath (2024) destacam que idosos residentes em áreas rurais têm menos acesso a serviços de saúde, incluindo consultas preventivas e acompanhamento de condições crônicas, em comparação aos residentes em áreas urbanas. Essas diferenças regionais exigem estratégias específicas, como ampliação da Estratégia Saúde da Família e iniciativas que levem serviços diretamente às comunidades mais isoladas.

Outro aspecto crucial é o impacto das barreiras organizacionais, como tempo de espera, disponibilidade de profissionais e custos relacionados à adesão ao tratamento e continuidade do cuidado. Conforme a Organização Pan-Americana da Saúde (2022), abordar essas barreiras exige a integração de políticas de acesso universal e a reorganização dos sistemas de saúde para atender às necessidades específicas da população idosa. Um sistema centrado na pessoa idosa, que considere sua capacidade funcional e as especificidades de cada território, é essencial para melhorar os desfechos de saúde e a satisfação com o cuidado. Diante do exposto, o objetivo deste estudo é analisar a validade e confiabilidade do questionário de avaliação dos fatores determinantes do uso dos serviços de saúde na Atenção Primária entre pessoas idosas, baseado no Modelo Teórico de Andersen.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 CONCEITUAÇÕES DE USO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O uso de serviços de saúde refere-se à interação do usuário com os serviços disponíveis e aos cuidados subsequentes, tanto de forma direta — como consultas médicas e hospitalizações — quanto indireta — como a realização de exames preventivos e diagnósticos. Essa definição abrange também a capacidade dos indivíduos de receberem atendimento, diagnóstico, tratamento e cuidados de saúde adequados às suas necessidades (Andersen; Newman, 1973). Os determinantes dessa utilização são multifatoriais, envolvendo desde a necessidade percebida de cuidado até características individuais, experiências prévias, aspectos relacionados aos prestadores de serviço e a organização e estruturação das políticas de saúde (Travassos; Martins, 2004).

A relação entre o acesso e uso dos serviços de saúde é uma relação entre consumidor e prestador de serviço que vai além da presença ou ausência de morbidades. A interação ocorre dentro de um cenário organizacional, permeado por fatores sociais e culturais que se relacionam. Para entender a complexidade dessas interações torna-se necessário a adoção de modelos teóricos explicativos que possibilitem uma visão mais holística sobre as dinâmicas que regem este processo (Travassos; Martins, 2004).

Os modelos teóricos foram propostos a partir da década de 1950 para explicar os fatores que influenciam a utilização dos serviços de saúde, refletindo uma transformação significativa na forma como entendemos o conceito de saúde ao longo do tempo, evidenciando uma transição de uma perspectiva reducionista para uma abordagem mais integrada. Dentre os principais modelos teóricos, encontram-se: o Modelo de Crenças em Saúde (década de 50); o Modelo de Dutton (1986); o Modelo de Evans & Stoddart (1990) e o modelo Comportamental de Andersen (1960 a 1995). Este último, pioneiro na dimensão do uso dos serviços, é um dos modelos mais completos e de fácil operacionalização (Pavão; Coelli, 2008).

O primeiro modelo, Modelo de Crenças em Saúde, desenvolvido por Becker, destaca que a percepção de risco e a crença na eficácia dos tratamentos são determinantes cruciais para a decisão de buscar cuidados de saúde. Este modelo enfatiza que, além da consciência sobre a gravidade e a suscetibilidade a doenças, as crenças sobre as barreiras e benefícios associados ao acesso aos serviços influenciam a escolha dos indivíduos em buscar ajuda, sendo um modelo que prioriza decisões individuais para o uso dos serviços de saúde (Becker, 1974).

Na sequência, o Modelo de Dutton (1986) introduziu uma perspectiva que considera as interações sociais e o contexto cultural no uso dos serviços de saúde. Dutton argumentou que fatores sociais, como o apoio da família e as normas comunitárias, desempenham um papel significativo nas decisões de saúde, sugerindo que a busca por atendimento é influenciada por questões mais amplas que apenas crenças individuais (Dutton, 1986).

O Modelo de Evans e Stoddart (1990) representou um avanço importante ao integrar determinantes sociais e econômicos na análise do uso dos serviços de saúde. Eles enfatizaram que a utilização de serviços não é apenas uma questão de escolha individual e contexto pessoal, mas também é moldada por fatores como renda, educação e disponibilidade de serviços, mostrando como as condições sociais impactam o uso efetivo e a equidade na saúde (Evans; Stoddart, 1990).

Por fim, o Modelo Teórico de Andersen (1995) consolidou essa abordagem, propondo que o uso dos serviços de saúde é mediado por características pessoais e fatores contextuais que determinam, em interação, comportamentos que levam ao uso. Esse conjunto é dividido em fatores predisponentes, capacitantes e necessidades em saúde. Andersen destacou que as barreiras enfrentadas por diferentes grupos sociais podem afetar a utilização de serviços de saúde, ressaltando a importância da equidade no acesso e as implicações que isso tem para a saúde pública (Andersen, 1995).

A partir dessa base teórica de Andersen, outros autores propuseram adaptações voltadas a contextos específicos e populações em situação de maior vulnerabilidade. É o caso da proposta de Gelberg, Andersen e Leake (2000), elaborada para analisar o uso dos serviços de saúde entre pessoas em situação de rua. Preservando a lógica dos fatores predisponentes,

capacitantes e de necessidade, o modelo incorpora variáveis adicionais, como uso de substâncias entorpecentes, transtornos mentais, histórico de vitimização e condições precárias de moradia, o que amplia sua capacidade explicativa diante das múltiplas vulnerabilidades enfrentadas por essa população. De forma semelhante, Yang e Hwang (2016) desenvolveram um modelo específico para imigrantes, acrescentando ao referencial original determinantes como status legal, barreiras linguísticas e culturais, discriminação e fatores macroestruturais como políticas públicas e redes sociais. Ambas as propostas representam refinamentos importantes do modelo de Andersen, ao adaptarem seus fundamentos às realidades sociais, econômicas e institucionais de grupos historicamente marginalizados (Gelberg; Andersen; Leake, 2000; Yang e Hwang, 2016).

2.2 O MODELO DE ANDERSEN COMO SUBSTRATO TEÓRICO PARA AVALIAÇÃO DO USO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O Modelo de Andersen é uma estrutura teórica amplamente reconhecida para compreender os determinantes do uso dos serviços de saúde, definir e medir o acesso equitativo a esses serviços e auxiliar na formulação de políticas que promovam a equidade no acesso (Andersen, 1995). Desenvolvido por Ronald M. Andersen na década de 1960 e refinado posteriormente (Andersen; Newman, 1973), o modelo passou por quatro fases de elaboração.

Na primeira fase, nos anos 60, identificou-se que o uso dos serviços de saúde é influenciado por três conjuntos principais de fatores:

I- O primeiro conjunto, denominado "fatores predisponentes", abrange características demográficas, sociais, culturais e psicológicas que afetam a disposição dos indivíduos em buscar cuidados. Entre esses fatores, idade e gênero são particularmente significativos; crianças e idosos, por exemplo, costumam utilizar mais serviços de saúde, enquanto as mulheres buscam cuidados preventivos com maior frequência que os homens. Além disso, fatores sociais, como nível educacional e status socioeconômico, são determinantes importantes. Indivíduos com maior escolaridade geralmente têm uma melhor compreensão da importância da saúde, resultando em um

uso mais frequente dos serviços. Por outro lado, pessoas em situações de vulnerabilidade econômica enfrentam barreiras que dificultam a busca por cuidados. As crenças e normas culturais também desempenham um papel crucial nas decisões de saúde; em algumas comunidades, a preferência por tratamentos alternativos pode desencorajar a busca por serviços convencionais. Além disso, a percepção individual da necessidade de cuidados pode variar, levando algumas pessoas a adiar ou evitar a busca por atendimento, mesmo quando sua condição de saúde é grave.

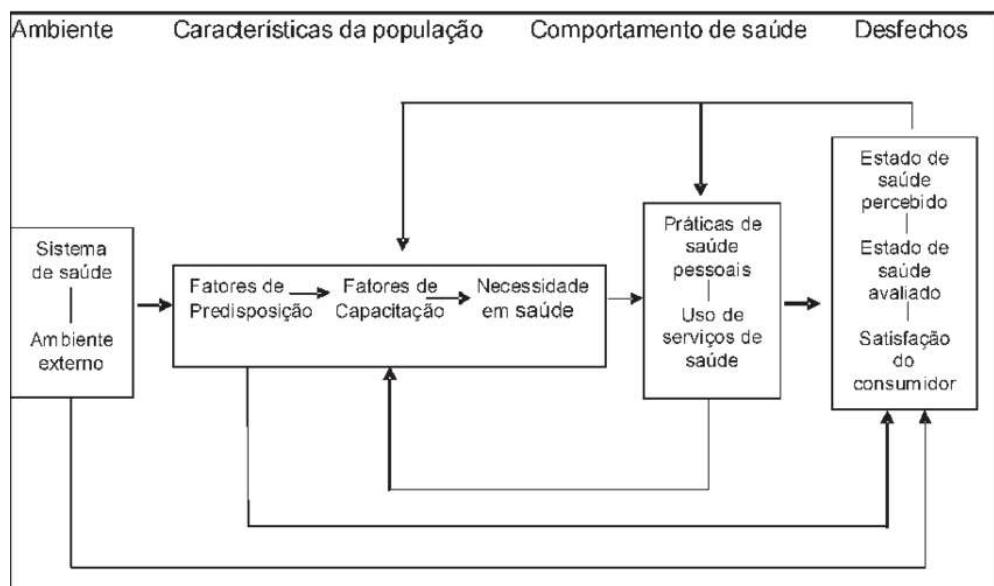
II- O segundo conjunto, conhecido como "fatores de capacidade ou capacitantes", refere-se aos fatores que influenciam a capacidade de uma pessoa de acessar e utilizar serviços de saúde. Isso inclui aspectos financeiros, como renda e seguro de saúde, além de fatores sociais, como o suporte disponível e a proximidade dos serviços. A literatura frequentemente confunde o conceito de acesso com acessibilidade; no entanto, o acesso é melhor entendido como a oportunidade que um indivíduo tem de identificar a necessidade de cuidados, procurar serviços e utilizá-los de forma eficaz e satisfatória (Levesque; Harris; Russell, 2013). Quatro elementos são fundamentais para o acesso: disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade. A disponibilidade refere-se à quantidade de serviços disponíveis em relação à demanda, enquanto a acessibilidade diz respeito a condições igualitárias de acesso. A aceitabilidade relaciona-se à satisfação do usuário em relação aos serviços, e a qualidade envolve a qualificação dos profissionais e as condições dos atendimentos (Dantas *et al.*, 2021). Andersen (1995) descreve o acesso como multidimensional, composto por acesso potencial, que considera fatores individuais e de oferta de serviços, e acesso realizado, que se refere ao uso efetivo dos serviços.

III - O terceiro conjunto, "necessidades em saúde", abrange fatores que se relacionam à percepção e avaliação da necessidade de serviços. Isso inclui a gravidade percebida da condição de saúde e a presença de doenças crônicas ou agudas. Condições crônicas, como diabetes e hipertensão, requerem monitoramento regular, tornando os indivíduos com essas doenças mais propensos a buscar cuidados. Por outro lado, sintomas agudos, como dor intensa ou dificuldade respiratória, podem aumentar a urgência da procura por atendimento.

Na segunda fase, durante os anos 70, o sistema de saúde foi incorporado como um determinante do uso dos serviços, dividido em três dimensões: políticas de saúde, recursos financeiros e aspectos organizacionais. Também foi introduzido o conceito de "satisfação do consumidor", considerado um desfecho final do modelo.

Nas décadas de 80 e 90, o modelo evoluiu para sua terceira fase, na qual os desfechos em saúde, como o estado de saúde percebido pelo indivíduo e avaliado por profissionais, passaram a ser incluídos como resultados finais. Embora as práticas de autocuidado, como dieta e exercícios, influenciem o uso dos serviços, deixaram de ser vistas como determinantes de saúde. Na quarta fase, denominada modelo emergente, Andersen enfatiza a natureza dinâmica da utilização dos serviços de saúde, reconhecendo as múltiplas influências de todos os fatores no uso e, por retroalimentação, destes nos desfechos em saúde. Essa evolução do modelo reflete a complexidade do uso dos serviços de saúde e a necessidade de abordagens integradas para promover a equidade e a eficácia no atendimento à saúde. O modelo completo pode ser visualizado na figura 1 a seguir.

Figura 1- Representação do modelo teórico de Andersen (1995)



Fonte: Andersen, 1995.

Por sua abrangência, o Modelo Teórico de Andersen é fundamental para entender o uso aos serviços de saúde, especialmente em populações vulneráveis, como as pessoas idosas, pois permite uma compreensão multidimensional deste uso, possibilitando identificar inequidades. O modelo permite a elaboração e implementação de políticas públicas direcionadas para grupos mais vulneráveis através da alocação de recursos, ofertas de serviços adequados e elaboração de intervenções que respondam às barreiras identificadas, promovendo um atendimento mais eficaz aos usuários.

2.3 DINÂMICA DO USO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PELA POPULAÇÃO IDOSA

A utilização de serviços de saúde pela população idosa é influenciada por diversos fatores que podem contribuir significativamente para a promoção da saúde, cuidado e qualidade de vida desses usuários. Entre esses fatores, destacam-se a rede de apoio social, a educação em saúde, a acessibilidade física e geográfica, a cobertura de saúde e os recursos financeiros, além do apoio profissional (Alves; Parente; Herkrath, 2024).

A presença de uma rede de apoio social é um dos aspectos mais impactantes no uso de serviços de saúde pela população idosa. O suporte emocional e prático fornecido por familiares e amigos pode incentivar os idosos a buscar atendimento médico, ajudando a superar a hesitação que frequentemente acompanha essa decisão. Pessoas idosas com redes sociais ativas tendem a relatar melhor saúde mental e física, além de maior adesão a tratamentos e consultas médicas. Redes de apoio social não apenas promovem o acesso aos serviços, mas também oferecem um ambiente de motivação e incentivo, essencial para que os idosos se sintam confortáveis em buscar ajuda quando necessário (Guedes et al., 2017).

Programas de educação em saúde são cruciais para informar a população idosa sobre a importância dos cuidados preventivos e a dinâmica do sistema de saúde. O aumento da conscientização acerca dos serviços disponíveis, direitos dos pacientes e práticas de autocuidado pode levar a

um uso mais eficaz dos serviços de saúde. A educação em saúde pode ser realizada por meio de workshops, palestras e materiais informativos que visem desmistificar o acesso ao sistema. A falta de informação é uma barreira significativa, e, ao capacitar as pessoas idosas com conhecimento, pode-se promover decisões mais informadas e assertivas em relação ao cuidado com a saúde (Mallmann *et al.*, 2015).

A acessibilidade física é um fator determinante para a utilização dos serviços de saúde. Muitas vezes, a infraestrutura das instalações de saúde não é adaptada para atender às necessidades dos usuários acima de 60 anos, que podem enfrentar dificuldades de mobilidade. A implementação de acesso adequado, transporte facilitado e a criação de serviços de saúde em locais estratégicos podem aumentar significativamente a frequência com que buscam atendimento. Em áreas rurais, onde as distâncias até os serviços são maiores, garantir o acesso pode fazer a diferença entre buscar ou não atendimento, tornando a acessibilidade uma prioridade nas políticas de saúde (Ferreira *et al.*, 2020).

O acesso a uma cobertura de saúde adequada e a uma situação financeira estável são fatores que facilitam a utilização dos serviços. Muitas pessoas idosas dependem de aposentadorias que podem não ser suficientes para cobrir despesas médicas, como consultas e medicamentos. Planos de saúde que oferecem uma ampla gama de serviços, juntamente com programas de assistência financeira, podem reduzir as barreiras financeiras que impedem a busca por cuidados. Quando as pessoas idosas têm confiança de que suas necessidades de saúde serão atendidas sem um grande impacto financeiro, é mais provável que busquem e utilizem os serviços necessários (Macinko *et al.*, 2018).

O papel dos profissionais de saúde é fundamental na facilitação do uso dos serviços. Uma abordagem centrada no paciente, onde os profissionais demonstram empatia e disposição para ouvir suas preocupações, pode aumentar a confiança dessa população no sistema de saúde. Profissionais que se comunicam de forma clara e acessível ajudam a desmistificar os processos de saúde, reduzindo a ansiedade associada à busca por atendimento. Além disso, a continuidade do cuidado, onde as pessoas idosas são acompanhadas de forma consistente por profissionais

conhecidos, pode fomentar um relacionamento de confiança e incentivar o uso regular dos serviços (Sandberg *et al.*, 2012).

A interação desses fatores facilitadores é crucial para promover o uso efetivo dos serviços de saúde pela população idosa. Políticas públicas que considerem a criação de redes de apoio social, a promoção da educação em saúde, a melhoria da acessibilidade física, o fortalecimento da cobertura de saúde e o investimento no apoio profissional podem transformar a experiência de saúde das pessoas idosas. A adoção de um modelo de cuidado centrado no paciente não apenas impulsiona o uso efetivo, mas também contribui para uma vida mais saudável e digna.

2.3.1 Atenção Primária à Saúde e a População Idosa

A Atenção Primária à Saúde (APS), executada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), desempenha um papel essencial no cuidado à população idosa, sendo o ponto de entrada preferencial na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Esse nível de atenção tem a missão de articular a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação, promovendo um cuidado integral, contínuo e coordenado, essencial para atender às necessidades específicas da população idosa (Carneiro; Ayres, 2021; Lima *et al.*, 2018).

Conforme a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a saúde e o bem-estar da pessoa idosa envolvem mais do que a simples ausência de doenças, abrangendo uma perspectiva ampla e integral. Para garantir uma assistência à saúde eficaz, é necessário que as intervenções sejam ajustadas às particularidades de cada etapa do envelhecimento. Esse processo exige transformações que promovam um ambiente social e cultural mais inclusivo e adequado às necessidades da pessoa idosa (BRASIL, 2018).

As UBS são responsáveis por implementar políticas de saúde voltadas ao envelhecimento saudável, como a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), que visa a promoção da saúde e a prevenção de agravos. Essas unidades devem ofertar ações que envolvam desde a vigilância da saúde até o manejo de doenças crônicas e condições de fragilidade, promovendo a manutenção da autonomia e da qualidade de vida dos idosos. Além disso, as UBS atuam como mediadoras entre a pessoa

idosa e outros níveis de atenção, garantindo a continuidade do cuidado dentro das Redes de Atenção à Saúde (RAS) (Martins, 2014).

Outro aspecto fundamental da atuação das UBS é a articulação com redes de apoio social e comunitário, especialmente no cuidado à população idosa. Ao identificar e reconhecer as vulnerabilidades socioeconômicas e culturais dessa faixa etária, as Equipes de Saúde da Família (EqSF) têm a oportunidade de implementar práticas que promovam o envelhecimento ativo e incentivem a inclusão social. Nesse contexto, o uso de tecnologias leves, como o fortalecimento do vínculo entre profissionais de saúde e usuários, é indispensável para estabelecer confiança no cuidado e aumentar a adesão às orientações e intervenções em saúde (Wingerter *et al.*, 2021).

Entre as principais ações desenvolvidas pelas EqSF destacam-se as visitas domiciliares, que são essenciais para acompanhar as condições de saúde de pessoas idosas acamadas ou com mobilidade reduzida, e as atividades educativas, voltadas para o fortalecimento da autonomia e a promoção de hábitos saudáveis. Essas equipes também exercem um papel relevante no monitoramento contínuo de doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, focando no controle e na prevenção de complicações. Além disso, a proximidade com a comunidade facilita a identificação precoce de fragilidades e vulnerabilidades sociais, permitindo a articulação com redes de apoio e a elaboração de planos de cuidado individualizados e intersetoriais. Todas essas ações são realizadas por equipes multidisciplinares compostas por médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde e outros profissionais, o que assegura um cuidado integral e humanizado (Tostes *et al.*, 2012; Lima *et al.*, 2018).

A relação entre as pessoas idosas e os profissionais de saúde é um elemento central na promoção da adesão ao cuidado. A autonomia desta população, definida como a capacidade de gerir sua própria saúde, depende diretamente da construção de vínculos de confiança e de uma abordagem que valorize sua individualidade e contexto social (Costa, 2021).

2.4 FORMAS DE AVALIAÇÃO DE ACESSO E USO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE POR PESSOAS IDOSAS E SEUS RESULTADOS

A avaliação da utilização dos serviços de saúde em pesquisas científicas é fundamental para entender as dinâmicas de acesso e as necessidades da população. Entre os principais instrumentos utilizados para coleta de dados que ajudam a avaliar esta temática, encontram-se os inquéritos domiciliares como a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) (Souza; Timmons; Fracolli, 2023) e, em menor uso, o questionário BOAS -Brasil Old Age Schedule (Pilger; Menon; Mathias, 2013).

A PNAD é realizada pelo IBGE desde o final da década de 1960. Com periodicidade trimestral até 1971, a pesquisa passou a ser anual e, em 2016, foi substituída pela PNAD-contínua. Esta nova abordagem introduziu uma metodologia que reúne indicadores socioeconômicos mensais e trimestrais, que fornecem um panorama da situação do mercado de trabalho no Brasil. Os indicadores da PNAD-Contínua ajudam a monitorar flutuações no emprego e desemprego, medem a informalidade e a qualidade dos postos de trabalho e são essenciais para o fomento de políticas públicas de emprego e renda (IBGE, 2021; Travassos; Viacava; Laguardia, 2008).

A PNAD Contínua inclui temas que, periodicamente, aprofundam a coleta de informações sobre assuntos específicos de interesse público. Um dos principais suplementos é o Saúde, que abrange temas como: acesso a serviços de saúde, uso de medicamentos, frequência de consultas médicas, condições de saúde autodeclaradas, hábitos de vida, percepção de saúde e histórico de consultas médicas (BRASIL, 2008).

Para ampliar as informações disponíveis sobre as condições de saúde da população brasileira, em 2013, foi iniciada a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), um inquérito de saúde independente que visa produzir dados sobre a situação de saúde e os estilos de vida da população brasileira, incluindo acesso e uso dos serviços de saúde (IBGE, 2021). A PNS é estruturada em quatro eixos temáticos, a serem avaliados em intervalos regulares de cinco anos: percepção do estado de saúde, acesso e utilização dos serviços, acidentes e violências, e indicadores de saúde e mercado de trabalho. Até o momento, os dados coletados em 2013 e 2019 têm sido amplamente utilizados, tanto por gestores de saúde, quanto pela comunidade científica (IBGE, 2021).

A literatura demonstra a ampla utilização de pesquisas por inquérito domiciliar no Brasil para analisar diversos aspectos do uso dos serviços de saúde, permitindo um entendimento detalhado de como fatores socioeconômicos influenciam o acesso e a utilização desses serviços. Um exemplo disso é o uso dos dados da PNAD 2008 para investigar as desigualdades no acesso aos serviços de saúde entre adultos, conforme destacado por Politi (2014). Segundo o autor, a utilização dos serviços de saúde no Brasil apresenta desigualdade de acordo com as classes de renda familiar, favorecendo os mais ricos. Isso é verificado em sete tipos de serviços analisados. A desigualdade é mais acentuada em procedimentos como cirurgias nos últimos 12 meses, exames de mamografia e consultas médicas. A posse de plano de saúde suplementar é o fator que mais contribui para o aumento da concentração de acesso entre os mais ricos. Em contrapartida, o Programa Saúde da Família (PSF) tem um papel importante na redução dessa concentração, embora seu impacto na redução da desigualdade entre os mais pobres seja ainda modesto quando comparado ao efeito dos planos de saúde suplementares. Esse tipo de análise possibilita a identificação de diferenças nos cuidados de saúde de acordo com variáveis como renda, escolaridade e localização geográfica.

Além disso, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013 avaliou o uso dos serviços de saúde entre os brasileiros, levando em conta fatores sociodemográficos, como faixa etária, gênero e condições socioeconômicas. O estudo de Stopa *et al.* (2017) revelou que entre os indivíduos que procuraram serviços de saúde nas duas semanas anteriores à pesquisa, 95,3% obtiveram atendimento na primeira consulta. As taxas eram ainda mais altas entre pessoas com 60 anos ou mais, com nível superior completo, e residentes das regiões Sul e Sudeste. Além disso, 82,5% dos atendidos que receberam receita médica conseguiram obter todos os medicamentos necessários, sendo um terço deles fornecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, menos da metade da população (44,4%) consultou um dentista nos 12 meses anteriores à pesquisa, com menores índices entre pessoas idosas, pessoas cujo chefe de família tinha baixa escolaridade e residentes no Norte do país. Isso revela que o acesso aos serviços de saúde no Brasil ainda é desigual, sendo mais favorecido nas regiões Sul e Sudeste e entre aqueles com maior nível de instrução e renda.

A comparação dos resultados entre diferentes edições da PNS também oferece *insights* importantes sobre as mudanças nos padrões de utilização de serviços de saúde ao longo do tempo. Szwarcwald *et al.* (2021) analisaram os dados das edições de 2013 e 2019 da PNS para observar como o uso dos serviços de saúde evoluiu. Os resultados apontaram um aumento na prevalência de doenças crônicas de 15,0% para 22,5%. O percentual de busca por atendimento relacionado à saúde subiu de 15,3% para 18,6%, enquanto o percentual de pessoas que realizaram consultas médicas cresceu de 71,2% para 76,2%. Esse crescimento foi mais acentuado nas regiões mais desenvolvidas, como Sudeste e Sul, evidenciando persistentes desigualdades regionais no acesso aos serviços.

Além disso, houve um aumento significativo na utilização de serviços preventivos, cuja proporção dobrou no período analisado (de 1,9% para 3,7%). Apesar do avanço na cobertura de serviços de saúde, o estudo identificou que as desigualdades regionais e socioeconômicas permanecem marcantes. Regiões menos desenvolvidas, como Norte e Nordeste, apresentaram menor utilização de serviços de saúde em comparação com o Sudeste.

Os estudos com base em inquéritos domiciliares contribuem para ampliar a compreensão sobre o uso dos serviços de saúde pela população idosa. Alves, Parente e Herkrath (2024), utilizando dados da PNS 2019, analisaram o uso dos serviços de saúde para pessoas idosas em áreas urbanas e rurais no Brasil. Os resultados revelaram que idosos em áreas rurais apresentam condições de cuidado em saúde mais desfavoráveis em relação aos que vivem em áreas urbanas, evidenciados pelo menor número de atendimentos realizados no mesmo dia e pela menor frequência de monitoramento da pressão arterial e da glicemia.

Outro estudo relevante, realizado por Albernaz *et al.* (2023) com dados da PNAD, avaliou o acesso e o uso dos serviços de saúde entre pessoas idosas segundo a vulnerabilidade social. Áreas de maior vulnerabilidade social têm piores indicadores de acesso aos serviços de saúde, embora utilizem com maior frequência os serviços públicos. Esses estudos sublinham as importantes disparidades na saúde da população idosa e evidenciam a necessidade de mais investigações externas para esse grupo, contribuindo para o desenvolvimento de políticas.

Ainda sobre o uso dos serviços de saúde pelas pessoas idosas, Pilger, Menon e Mathias (2013), utilizando o *Brazil Old Age Schedule* (BOAS), revelaram que os idosos são grandes usuários dos serviços de saúde, com predominância dos serviços públicos. Nos três meses anteriores à pesquisa, as consultas médicas (49,6%) e os exames clínicos (38,4%) foram os serviços mais frequentemente utilizados, especialmente entre as mulheres. O BOAS é um instrumento utilizado para avaliar e mapear as condições de vida e saúde da população idosa no Brasil. Ele coleta dados relacionados à saúde, bem-estar, suporte social, condições econômicas, e outros fatores que influenciam a qualidade de vida dos idosos. O BOAS é frequentemente utilizado em pesquisas e políticas públicas externas para a população idosa, ajudando a identificar as necessidades específicas desse grupo etário e a formular estratégias para a população idosa.

Instrumentos como o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) também vêm sendo amplamente utilizados para uma avaliação mais completa dos serviços de saúde, incluindo o uso. Originalmente desenvolvido com versões para crianças, adultos e profissionais de saúde, o PCATool foi adaptado para o contexto brasileiro, permitindo uma análise detalhada da qualidade dos serviços prestados na Atenção Primária à Saúde (APS). A versão brasileira do PCATool foca em aspectos como estrutura, processos e resultados dos cuidados, proporcionando uma visão abrangente sobre o acesso, a continuidade, a integralidade e a coordenação dos serviços, componentes essenciais para o aprimoramento contínuo da APS no país (Souza; Timmons; Fracolli, 2023).

Cesário *et al.* (2021) usaram o PCATool em sua análise do acesso e utilização dos serviços de saúde por idosos no Brasil entre 2008 e 2019, revelando crescimento de 15,2% no número de domicílios cadastrados na Estratégia Saúde da Família (ESF), aumento de 4,5% na busca por serviços de saúde e um acréscimo de 31,4% na população atendida. No entanto, houve redução na procura pela APS em todas as regiões, especialmente entre mulheres idosas. A pesquisa identificou que os principais motivos para a não realização do atendimento foram a falta de vaga/senha e a ausência de médicos. De forma similar, O estudo de Silva *et al.* (2025) utilizou o instrumento PCATool-Brasil para avaliar a qualidade da Atenção Primária à Saúde (APS) na perspectiva de idosos em Rio Brilhante (MS), classificando

a APS como de alta qualidade. No entanto, o instrumento revelou fragilidades nos serviços prestados. Os piores desempenhos foram observados nos atributos de coordenação dos sistemas de informação, integralidade dos serviços disponíveis e orientação comunitária, indicando limitações na continuidade do cuidado e na abordagem centrada na comunidade.

Como demonstrado, os inquéritos domiciliares e instrumentos de avaliação como o BOAS e o PCATool fornecem dados específicos sobre qualidade, acesso e uso dos serviços de saúde, permitindo identificar pontos críticos. Entretanto, a avaliação dos serviços de saúde por meio de inquéritos enfrenta desafios como viés de resposta, alto custo e tempo necessário para a coleta de dados, além de dificuldades em garantir a representatividade da amostra. A qualidade dos dados pode ser comprometida por erros na coleta e questões mal formuladas, e os dados coletados em um determinado momento podem não refletir as condições atuais (Barros, 2008). A combinação desses dados com outras abordagens e modelos teóricos, como o modelo de Andersen, pode proporcionar uma análise mais abrangente e precisa.

2.4.1 Uso do Modelo teórico de Andersen para avaliação dos fatores determinantes do uso dos serviços de saúde

A revisão de escopo conduzida por Lee et al. (2021) serve de base para a presente explanação ao evidenciar a robustez e a ampla aplicação do Modelo de Andersen na avaliação do uso de serviços de saúde em diferentes contextos e períodos históricos. Os autores analisaram publicações acadêmicas desde 1973 até 2020, demonstrando um aumento expressivo no uso do referido modelo: dois terços dos estudos foram publicados a partir de 2010, e mais da metade após 2013, destacando a relevância e a atualidade do modelo para pesquisas internacionais. Além disso, constatou-se que a aplicação do Modelo de Andersen é majoritariamente observada na América do Norte (70%), seguida por Ásia (13%) e Europa (9%), consolidando sua posição como referência central na investigação dos determinantes do uso de serviços de saúde.

Quanto ao tipo de estudo, os resultados apontaram que 89% das publicações eram quantitativas (n=1680), enquanto 4% eram qualitativas (n=69) e 3% revisões (n=61). Outros tipos de estudos incluíram métodos mistos (n=30; 2%) e reflexões teóricas sem dados empíricos (n=39; 2%). Em relação ao ambiente de cuidado, os cenários mais estudados foram a assistência geral, como a prestada por clínicos gerais (n=471; 25%), cuidados de enfermagem (n=237; 13%) e serviços de saúde mental (n=222; 12%) (Lee *et al.*, 2021).

Além disso, a população-alvo variou significativamente. Cerca de um quarto dos estudos (n=481; 24%) focou em indivíduos com idade igual ou superior a 50 anos, enquanto 17% analisaram migrantes (n=322) e 14% abordaram mulheres (n=256). Quanto às condições de saúde, metade dos estudos (n=936; 50%) não focaram em uma doença específica, mas entre os que o fizeram, os transtornos mentais representaram a categoria mais frequente (n=229; 12%) (Lee *et al.*, 2021).

O modelo de Andersen, oferece uma estrutura para avaliar fatores determinantes do uso dos serviços de saúde, levando em consideração características pessoais, necessidades de saúde e aspectos do sistema de saúde. A análise de Sawyer, Leite e Alexandrino (2002) revela que a utilização de serviços de saúde no Brasil é significativamente influenciada por fatores de predisposição, capacitação e necessidade. Entre os fatores de predisposição, destacam-se idade, gênero e estado civil, com idosos, mulheres e solteiros/viúvos apresentando maior uso dos serviços de saúde. Fatores de capacitação, como acesso a seguro de saúde, condições econômicas e localização geográfica, mostram que indivíduos com maior renda e seguro têm melhor acesso, enquanto áreas urbanas possuem vantagem sobre as rurais. Em termos de necessidade, o estado de saúde e a percepção pessoal da necessidade de cuidados emergem como determinantes cruciais para a utilização dos serviços. A importância dessas dimensões é ilustrada pelo fato de que 14% da população brasileira acima de 14 anos demonstra alta necessidade e predisposição, mas baixa capacitação, refletindo as desigualdades no acesso aos cuidados especializados

Estudos recentes examinam o uso dos serviços de saúde pela população em contextos diversos: entre pessoas idosas em Israel, migrantes

idosos na China e migrantes venezuelanos em Trinidad e Tobago. O primeiro estudo, realizado em Israel, foca na relação entre sintomas depressivos e o uso de serviços de saúde entre pessoas idosas. A pesquisa, com 2.502 participantes acima de 65 anos, revelou que 24% dos entrevistados apresentavam sintomas depressivos significativos, o que aumentou substancialmente o uso de serviços de saúde, incluindo hospitalizações e consultas com médicos de família. Embora o estudo não cite diretamente o Modelo de Andersen, sua abordagem está alinhada a ele, considerando características como idade, gênero, condições de saúde e fatores sociais, como viver sozinho. Esses aspectos, segundo o modelo, funcionam como fatores predisponentes e de necessidade em saúde, influenciando a busca por atendimento. O estudo conclui que a identificação e o tratamento da depressão entre as pessoas idosas são essenciais, não apenas para reduzir o sofrimento individual, mas também para diminuir a carga econômica no sistema de saúde (Bentur; Heymann, 2020).

No contexto chinês, um estudo sobre migrantes internos idosos aplica explicitamente o Modelo de Andersen para explorar como o apoio social influencia o uso de serviços de saúde. Este trabalho identificou que fatores predisponentes, como a duração da migração e o motivo para migrar, em muitos casos para cuidar de familiares, e fatores capacitantes, como redes de amigos e seguro de saúde, são fundamentais para o uso dos cuidados de saúde. Foi constatado que os migrantes com maior apoio social externo – amigos locais e cobertura de saúde – utilizavam mais frequentemente serviços de saúde, especialmente os gratuitos, como exames físicos e acompanhamento de condições crônicas. O estudo demonstra que o apoio social pode mediar a relação entre o tempo de migração e o uso de serviços, destacando a importância das redes sociais para compensar as barreiras que surgem em função da condição de migrante (Long *et al.*, 2020).

O terceiro estudo, focado em migrantes venezuelanos em Trinidad e Tobago, utiliza o Modelo de Andersen para investigar as decisões de busca por atendimento de saúde entre essa população. Com uma amostra de 250 migrantes, os pesquisadores identificaram que fatores predisponentes, como o tempo de permanência no país e o fato de viver com familiares ou amigos, bem como fatores capacitantes, incluindo acesso a informações de saúde e nível de renda, influenciam significativamente o uso de serviços públicos e

privados. Além disso, a presença de condições de saúde física e mental foi um forte indicador da necessidade de atendimento. Os resultados mostraram que os migrantes que possuíam redes de suporte social (família e amigos) e acesso a informações confiáveis eram mais propensos a buscar serviços públicos. Para aqueles que enfrentavam dificuldades no sistema público, o atendimento privado se tornava uma alternativa, ainda que a um custo maior. Este estudo reforça a relevância das redes sociais e dos recursos disponíveis no acesso aos serviços, destacando a necessidade de políticas inclusivas que considerem as barreiras específicas enfrentadas por migrantes (Lyons; Bhagwadeen, 2023).

Em conjunto, esses estudos evidenciam a aplicabilidade do Modelo de Andersen na compreensão das variáveis que afetam o uso de serviços de saúde em populações vulneráveis. A análise integrada dos três contextos – Israel, China e Trinidad e Tobago – destaca como características pessoais, suporte social e necessidades de saúde moldam as decisões de busca por atendimento, reforçando a importância de políticas públicas que considerem esses fatores para melhorar o acesso e a equidade no uso de serviços de saúde.

No Brasil, os estudos que utilizam o modelo teórico de Andersen para análise da Atenção Primária à Saúde (APS) ainda são escassos. Silva *et al.* (2021) examinaram a associação entre a síndrome de fragilidade e a percepção de problemas em indicadores de atributos da APS entre idosos brasileiros. A utilização dos serviços de saúde pelos idosos foi analisada com base em três fatores principais do Modelo de Andersen: características predisponentes, recursos de capacitação e necessidades de saúde. O estudo destacou que os idosos frágeis tinham mais dificuldades de acesso aos serviços de saúde, continuidade do cuidado ao longo do tempo (longitudinalidade) e abrangência dos serviços prestados (integralidade). Esses achados sugeriram a ocorrência de iniquidades na assistência prestada pela APS brasileira aos idosos frágeis.

O serviço de APS foi o mais utilizado pela população em situação de rua na cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais. Gontijo *et al.* (2024) explorou os fatores que influenciam a utilização de serviços de saúde por pessoas em situação de rua, com base no modelo de Andersen. A pesquisa revelou que o público foi predominantemente do sexo masculino, com idade média de

38,8 anos, heterossexuais, de cor parda e sem renda fixa. 60% dos participantes relataram ter procurado algum serviço de saúde nos últimos 30 dias e, destes, 57,5% afirmaram ter procurado o serviço de APS devido a doença, acidentes, lesões e/ou imunização. Fatores como idade, escolaridade, renda e acesso geográfico influenciaram o uso, enquanto barreiras estruturais, como a discriminação, dificultaram o acesso.

Fatores como o uso de crack e medicamentos, a autoavaliação positiva de saúde, a escolha pessoal de viver nas ruas e a participação em movimentos sociais foram identificados como fatores de predisposição e necessidade dentro do modelo de Andersen. Esses elementos estiveram associados ao uso de serviços de saúde pela população em situação de rua, destacando a complexidade do comportamento de busca por cuidados (Gontijo *et al.*, 2024).

Diante da diversidade metodológica e da falta de padronização na operacionalização dos estudos sobre o uso de serviços de saúde pela população idosa torna-se evidente a necessidade de um instrumento que integre os diversos fatores determinantes desse processo. Um questionário estruturado no Modelo Comportamental de Andersen possibilitará a produção de dados comparáveis em diferentes contextos e contribuirá para a formulação de políticas públicas mais eficazes e equitativas. Ao analisar os diversos fatores que determinam o uso dos serviços de saúde por pessoas idosas, esse questionário se torna uma ferramenta essencial para a pesquisa e a gestão em saúde, orientando intervenções mais precisas e baseadas em evidências.

2.5 PROPRIEDADES DE MEDIDA DE INSTRUMENTOS DE MENSURAÇÃO EM SAÚDE NO AMBITO DO COSMIN (CONSENSUS-BASED STANDARDS FOR THE SELECTION OF HEALTH MEASUREMENT INSTRUMENTS)

Nesta seção, as informações sobre as propriedades de medida de instrumentos de saúde foram extraídas dos trabalhos de Mokkink *et al.* (2010, 2016).

As propriedades de medida no âmbito do COSMIN são fundamentais para avaliar a qualidade de instrumentos de mensuração em saúde. Essas propriedades estão organizadas em quatro domínios centrais: confiabilidade, validade, responsividade e interpretabilidade. O domínio da confiabilidade investiga a consistência e a estabilidade dos resultados obtidos ao longo do tempo e entre diferentes avaliadores. A validade refere-se à precisão do instrumento em medir o construto de interesse, abrangendo aspectos como validade de conteúdo, estrutural, de hipóteses, transcultural e de critério. Por fim, a responsividade avalia a capacidade do instrumento de detectar mudanças significativas nos escores ao longo do tempo.

No domínio da confiabilidade, três propriedades principais são consideradas: a consistência interna, a confiabilidade propriamente dita e o erro de medição. Consistência interna refere-se ao grau em que os itens de um instrumento estão relacionados, indicando se medem o mesmo construto. A confiabilidade avalia a estabilidade dos escores em diferentes aplicações ou condições, englobando a reproduzibilidade intra e inter-avaliador. Já o erro de medição descreve a quantidade de variação nas pontuações que não pode ser atribuída a mudanças verdadeiras no construto, sendo estimado por medidas como o Erro Padrão da Medida (EPM) e a Mínima Diferença Detectável (MDD).

O domínio da validade é complexo e multidimensional, englobando diversas propriedades. A validade de conteúdo avalia se o instrumento contempla todos os aspectos relevantes do construto, incluindo a validade de face, que se refere à percepção de que o instrumento mede adequadamente o que se propõe. A validade estrutural investiga se a organização dos itens reflete a estrutura do construto, utilizando análises de fatores e testes de hipóteses. A validade transcultural verifica se o instrumento mantém equivalência ao ser adaptado para diferentes contextos culturais e linguísticos. Por fim, a validade de critério relaciona os escores do instrumento com padrões externos considerados referência, permitindo comparar a medida com critérios já estabelecidos.

A responsividade, terceiro domínio do COSMIN, concentra-se na habilidade do instrumento em identificar alterações reais nos escores ao longo do tempo. Essa propriedade é essencial para monitorar mudanças no estado de saúde de pacientes e avaliar a eficácia de intervenções ou

tratamentos. Instrumentos responsivos fornecem informações sensíveis e confiáveis.

Além desses domínios, o COSMIN destaca outras considerações importantes. A interpretabilidade, embora não seja uma propriedade de medida, é crucial para atribuir significado às pontuações obtidas, facilitando a aplicação prática dos instrumentos. A adaptação transcultural, igualmente não considerada uma propriedade de medida, garante que instrumentos possam ser utilizados em diferentes contextos culturais e linguísticos, assegurando a comparabilidade internacional das avaliações.

2.5.1 Análise de Confiabilidade

A presente subseção apoia-se nas recomendações de Mokkink et al. (2010, 2016) e nas diretrizes COSMIN para propriedades de medida.

No contexto dos instrumentos de resultado relatado pelo paciente (Patient-Reported Outcome Measures – PROMs), a confiabilidade constitui uma propriedade central, expressando o grau de estabilidade e precisão dos escores gerados quando o instrumento é aplicado sob condições semelhantes.

A avaliação da confiabilidade abrange três dimensões principais: consistência interna, estabilidade/concordância e erro de medição. A consistência interna é verificada pelo coeficiente alfa de Cronbach, que revela o nível de homogeneidade dos itens componentes. A estabilidade envolve teste-reteste (aplicação em momentos distintos pelo mesmo avaliador) e análise entre avaliadores (aplicação por diferentes avaliadores), sendo mensurada por estatísticas como índice Kappa e Coeficiente de Correlação Intraclass (CCI), utilizando intervalos de confiança de 95%.

Com vistas à precisão do instrumento, o erro de medição é estimado por indicadores como o erro padrão da medida percentual (EPM%) e a mínima diferença detectável percentual (MDD%). O EPM% é calculado a partir da fórmula: $EPM\% = EPM / \text{média dos escores} \times 100$, onde EPM é o erro padrão da medida, que pode ser obtido por $EPM =$

$SD \times \sqrt{1 - ICC}$; SD representa o desvio padrão dos escores, e ICC o coeficiente de correlação Intraclass do instrumento. Este valor expressa a proporção do erro em relação à média do construto avaliado, permitindo uma interpretação facilitada, sobretudo ao comparar instrumentos distintos.

A MDD%, por sua vez, representa a menor mudança nos escores que pode ser reconhecida como verdadeira variação e não mera oscilação aleatória. Calcula-se inicialmente a MDD absoluta, a partir da expressão: $MDD = EPM \times 1,96 \times \sqrt{2}$, onde 1,96 corresponde ao valor crítico do intervalo de confiança de 95%. Para obter o valor percentual, utiliza-se: $MDD\% = MDD / \text{média dos escores} \times 100$. Esse indicador é imprescindível para avaliar se alterações observadas entre aplicações são clinicamente significativas ou relevantes na prática.

Além desses procedimentos, pode-se analisar correlações internas a partir da divisão em metades e mensurar a contribuição de cada item para o resultado total do instrumento. Após a avaliação dos coeficientes e dos indicadores de erro de medição, instrumentos que registram elevada estabilidade, homogeneidade e baixos erros percentuais são considerados adequados, enquanto resultados insatisfatórios orientam ajustes metodológicos ou reformulação de itens em versões futuras do instrumento.

2.5.2 Análise de Validade de Critério

A validade de critério consiste em avaliar o quanto os escores obtidos por um instrumento de medida se aproximam daqueles observados por meio de um critério externo reconhecido como padrão-ouro para a variável analisada (Polit & Beck, 2011; Mokkink et al., 2010). A seleção apropriada desse critério externo é fundamental, pois ele deve ser amplamente aceito na literatura e apresentar robustez para garantir a relevância da comparação.

A importância da validade de critério reside no fato de que ela assegura a capacidade do instrumento de realmente mensurar o fenômeno para o qual foi desenvolvido, conferindo precisão, aplicabilidade e credibilidade aos resultados. Essa propriedade é essencial na

fundamentação de decisões clínicas, educacionais e em avaliações psicossociais, conforme enfatizado por Pasquali (2010).

A avaliação estatística da validade de critério é realizada por meio da comparação entre os resultados do instrumento e os do critério externo. O método mais utilizado é a análise de correlação, em especial o coeficiente de correlação de Pearson para variáveis quantitativas normalmente distribuídas, ou o coeficiente de Spearman para distribuições não-paramétricas. O valor do coeficiente (varia de -1 a +1) mede a força e o sentido da relação entre os dois instrumentos: valores próximos de +1 indicam associação forte e positiva, enquanto valores negativos ou próximos de zero sugerem ausência de relação significativa. Em contextos específicos, pode-se considerar também o coeficiente de concordância (ex.: Kappa) para variáveis categóricas.

Para aprofundar a análise, métodos de regressão linear ou logística podem ser empregados. Ao ajustar um modelo de regressão, é possível não apenas observar a associação entre os instrumentos, mas também estimar o impacto preditivo dos escores do instrumento em relação ao critério externo. O coeficiente de determinação da regressão revela a proporção da variabilidade explicada pelo critério, tornando a interpretação ainda mais rigorosa e robusta.

Complementarmente, outros indicadores estatísticos podem ser utilizados para fortalecer a análise de validade de critério, como o cálculo da sensibilidade, especificidade e os valores preditivos quando há interesse diagnóstico, ampliando a aplicabilidade para diferentes áreas de investigação.

A obtenção de coeficientes elevados nos testes de correlação e boa performance em modelos de regressão confirma a validade de critério do instrumento avaliado, enquanto valores baixos indicam necessidade de revisão da estrutura, dos itens ou dos conceitos que fundamentam o instrumento de medida, assegurando contínuo aprimoramento das ferramentas utilizadas na prática científica e profissional.

3 JUSTIFICATIVA

A avaliação da utilização dos serviços de saúde e sua acessibilidade é uma ferramenta essencial para medir a equidade em sistemas de saúde, entendida como a capacidade de atender às necessidades específicas da população de forma justa e proporcional. A equidade vai além da igualdade, ao considerar as diferenças sociais, econômicas e regionais que impactam o acesso aos cuidados de saúde. Essa análise é especialmente relevante em sistemas públicos como o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, que busca superar desigualdades históricas e garantir que todos os cidadãos tenham acesso a serviços de qualidade, independentemente de suas condições socioeconômicas (Nascimento *et al.*, 2020).

Para reduzir as desigualdades na atenção à saúde, é fundamental utilizar indicadores que avaliem a probabilidade de indivíduos receberem tratamento adequado e terem acesso a cuidados preventivos. Esses indicadores são cruciais para identificar barreiras, medir disparidades entre grupos populacionais e subsidiar políticas públicas voltadas à justiça social (Pereira *et al.*, 2019).

O envelhecimento populacional no Brasil amplia esses desafios, ao demandar atenção diferenciada para a população idosa. O aumento da expectativa de vida, embora positivo, reflete desigualdades regionais e socioeconômicas. Esse envelhecimento, frequentemente associado a declínios funcionais e vulnerabilidades a condições crônicas, acentua a demanda por serviços de saúde, particularmente no setor público, que enfrenta limitações estruturais e financeiras para atender a essas necessidades crescentes (Silva *et al.*, 2020; Eichenheim; Melo; Lima-Costa, 2018).

Nesse contexto, o desenvolvimento de modelos de atenção que respondam às demandas específicas dos idosos é indispensável. A Estratégia Saúde da Família, principal modelo de assistência no Sistema Único de Saúde (SUS), desempenha um papel central na promoção da saúde, prevenção de doenças e garantia de acesso contínuo aos serviços. Com equipes multiprofissionais e articulação intersetorial, a atenção básica pode oferecer cuidados integrados e centrados nas necessidades individuais, promovendo um envelhecimento saudável e ativo (D'Ávila *et al.*, 2021).

Apesar da relevância desse modelo, existe uma lacuna significativa na literatura e na prática no que se refere a instrumentos específicos baseados em modelos teóricos abrangentes para avaliar os fatores determinantes do uso dos serviços de saúde pela população idosa. Embora os aspectos clínicos do envelhecimento sejam amplamente discutidos, poucos estudos exploram os fatores que determinam a utilização dos serviços por esse grupo. A ausência de ferramentas específicas dificulta a compreensão dos padrões de uso, a identificação de barreiras e a formulação de estratégias mais adequadas.

O desenvolvimento de instrumentos que permitam uma avaliação detalhada do uso dos serviços de saúde pelos idosos é, portanto, uma necessidade urgente. Esses instrumentos podem oferecer dados fundamentais para compreender os desafios enfrentados e identificar estratégias que facilitem a utilização dos cuidados necessários. Com base nessas informações, será possível propor políticas públicas mais inclusivas e eficazes, promovendo um sistema de saúde que atenda, de forma eficiente, às demandas dessa população.

Para além do exposto, minha motivação para realizar esta pesquisa está profundamente vinculada à minha trajetória acadêmica e pessoal, marcada pelo compromisso com a saúde pública e a promoção de um cuidado mais equitativo. Desde os primeiros contatos com a área, reconheci no envelhecimento populacional um dos desafios mais complexos e urgentes, especialmente em países como o Brasil, onde as desigualdades estruturais amplificam as dificuldades enfrentadas pelos idosos. Essa percepção despertou em mim o desejo de contribuir para soluções que respondam a essas demandas, promovendo cuidados de saúde mais acessíveis e integrados.

Acredito que o desenvolvimento de um instrumento específico para avaliar os fatores que determinam o uso dos serviços de saúde pelos idosos preencherá uma lacuna científica e prática relevante. Essa ferramenta permitirá não apenas a coleta de dados detalhados sobre os padrões de uso, mas também a identificação de estratégias que gestores e profissionais de saúde poderão adotar para aprimorar o uso e a qualidade do atendimento. Isso reflete meu objetivo de alinhar a produção acadêmica à aplicação prática, com impacto direto na vida das pessoas.

Por fim, conduzir esta pesquisa representa uma oportunidade de transformar um desafio pessoal em um legado coletivo. A construção de um sistema de saúde mais inclusivo, que garanta a cada idoso acesso a serviços de qualidade e promova um envelhecimento digno e saudável, transcende o campo acadêmico. Esse compromisso ético e social é um motor que impulsiona este trabalho, contribuindo para políticas mais justas e eficazes e para um futuro em que o envelhecimento seja sinônimo de cuidado, respeito e dignidade.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a confiabilidade e a validade do questionário de “Avaliação dos Fatores Determinantes do Uso dos Serviços de Saúde por idosos (DUSSI)”.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever o perfil sociodemográfico e situação de saúde das pessoas idosas participantes do estudo;

Avaliar consistência interna, confiabilidade e erro de medição do questionário.

Avaliar a validade de critério do questionário;

5 METODOLOGIA

5.1 DESENHO DO ESTUDO

A presente pesquisa trata-se de um estudo metodológico de propriedades de medida do Questionário de “Avaliação dos Fatores Determinantes do Uso dos Serviços de Saúde por idosos (DUSSI) ”.

5.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido com usuários de duas unidades Básicas de saúde da região sul do município de Juiz de Fora. A cidade contabiliza de acordo com o último Censo demográfico 540.756 habitantes, sendo que 109.366 deles possuem 60 anos ou mais, o que representa cerca de 20% da população total (IBGE, 2023). Em 2010, a Cidade possuía uma população de 516.247 habitantes, dos quais 13,6% eram idosos (IBGE, 2010). Este dado revela um cenário de transição demográfica avançada, com crescimento proporcional acelerado da população idosa em comparação ao Censo anterior do IBGE.

Juiz de Fora possui atualmente 68 Unidades Básicas de Saúde (UBS) cadastradas e conta com 179 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). A região Sul do município, destaca-se por sua infraestrutura consolidada e diversidade de serviços públicos e privados e se insere em um município com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,778, valor considerado alto no contexto estadual e nacional. Ainda assim, as condições de vida não se distribuem de maneira homogênea entre os territórios intraurbanos, sendo comum a coexistência de zonas de vulnerabilidade social com áreas dotadas de maior infraestrutura e acesso a direitos (PREFEITURA MUNICIPAL DE JUIZ DE FORA, 2025).

5.3 DESCRIÇÃO DA AMOSTRA

O presente estudo foi realizado com pessoas idosas, definidas como indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, residentes na região sul de Juiz de Fora, Minas Gerais, e cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) situadas nos bairros Cruzeiro do Sul e Santa Luzia, área correspondente ao universo da pesquisa. Tal delimitação etária encontra respaldo nas recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e é adotada em países em desenvolvimento, como o Brasil, onde o início da velhice é considerado a partir dos 60 anos, diante das especificidades epidemiológicas e sociais dessas populações (OMS, 2002; Veras, 2003). Para salvaguardar a qualidade e a validade das informações coletadas, foram excluídos participantes que apresentavam déficit cognitivo significativo, avaliado por meio do Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), garantindo maior precisão à análise dos dados e à representatividade do grupo estudado. Os critérios de corte adotados foram 13 pontos para analfabetos, 18 pontos para indivíduos com baixa ou média escolaridade (1 a 8 anos de estudo) e 26 pontos para aqueles com alta escolaridade (mais de 8 anos de estudo), conforme parâmetros estabelecidos por Bertolucci et al. (1994). A seleção dos participantes foi realizada por meio de uma amostragem aleatória, a partir de uma lista de usuários com idade mínima

de 60 anos cadastrados nas unidades. A randomização foi efetuada utilizando o software Microsoft Excel 2010, que gerou uma lista numerada de forma contínua e aleatória. As pessoas idosas sorteadas foram contactadas por telefone, seguindo a ordem progressiva da lista, até que se atingisse o total de 30 participantes. Nos casos de recusa, ausência ou desistência, novos participantes foram recrutados conforme a sequência numérica estabelecida.

A definição do tamanho amostral para esta etapa do estudo considerou os objetivos específicos de análise de confiabilidade e validade do questionário proposto. Optou-se pela inclusão de 30 participantes, número comumente aceito em pesquisas metodológicas de natureza exploratória, conforme apontado por Pasquali (2010, 2013). Esses autores destacam que, para a avaliação preliminar da consistência interna, clareza e aplicabilidade de instrumentos, especialmente por meio do coeficiente alfa de Cronbach e da correlação com critérios externos, amostras entre 20 e 30 sujeitos são consideradas adequadas.

Além disso, DeVellis (2017) argumenta que, em etapas iniciais de validação de instrumentos, o foco está na verificação de padrões e tendências na interpretação dos itens, sendo mais importante a homogeneidade do grupo e a aplicação cuidadosa do questionário do que o tamanho amostral em si. Portanto, a amostra utilizada neste estudo é justificada metodologicamente e permite a identificação de evidências iniciais quanto à confiabilidade e à validade do questionário no contexto da Atenção Primária à Saúde.

5.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada nas residências dos participantes, em uma sala tranquila e reservada, garantindo que o ambiente favorecesse a concentração e o bem-estar dos participantes. Para assegurar a qualidade e a confidencialidade das respostas, a coleta ocorreu na ausência de dispositivos eletrônicos distratores, como celulares, rádios e televisores, preferencialmente na ausência de outras pessoas que pudesse interferir na atenção e nas respostas dos participantes. Após a verificação dos critérios de elegibilidade da amostra, os idosos foram agendados

individualmente para a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – conforme apresentado no Apêndice – e, posteriormente, para a aplicação do Questionário de “Avaliação dos Fatores Determinantes do Uso dos Serviços de Saúde por idosos (DUSSI) ”. O Questionário DUSSI foi desenvolvido e submetido à validação de conteúdo por Leandro Hermisdorff Bernardo e Silvia Lanzotti Azevedo da Silva, em 2024. Trata-se de um instrumento de autorrelato estruturado, composto por 38 itens distribuídos em quatro blocos, organizados conforme as categorias do Modelo Teórico de Andersen. O questionário contempla questões fechadas e abertas, permitindo uma avaliação abrangente dos fatores determinantes do uso de serviços de saúde por idosos.

Este questionário foi criado com o objetivo de avaliar os fatores determinantes do uso dos serviços de saúde na visão dos próprios usuários, especialmente de pessoas idosas na APS. A construção do questionário abrange fatores predisponentes, capacitantes e necessidades em saúde, considerando o uso dos serviços da APS como um desfecho intermediário e a satisfação do usuário como o desfecho final.

A seguir, a estrutura do questionário e a distribuição das perguntas por blocos e tópicos:

1. BLOCO A: FATORES PREDISPONENTES - 10 perguntas:

Neste bloco são investigados dados demográficos do participante (idade e sexo), seguido da estrutura social (estado civil, anos de escolaridade, raça/cor, número de pessoas residentes no domicílio, necessidade de suporte/ajuda de terceiros no dia a dia, pessoa responsável pelo suporte nas tarefas); crenças em saúde (auto percepção da saúde e grau de satisfação com a própria saúde).

Tópico A.1: Dados demográficos - 2 perguntas;

Tópico A.2: Estrutura Social - 6 perguntas;

Tópico A.3: Crenças em Saúde - 2 perguntas;

2. BLOCO B: FATORES CAPACITANTES - 19 perguntas:

São investigados fatores relacionados aos meios disponíveis às pessoas para conseguirem cuidados de saúde. Fatores ligados ao ambiente (acesso físico à UBS); fatores ligados aos aspectos organizacionais dos serviços de saúde (facilidade para conseguir atendimento, resolutividade dos problemas de saúde e encaminhamento para outro profissional ou serviço); questões relacionadas à renda do idoso (faixa de renda, recebimento de aposentadoria); Fatores ligados a plano de saúde (existência de plano de saúde, possibilidade de custeio de serviço de saúde privado); Características de utilização de serviços de saúde (utilização dos serviços da APS, tempo de espera do serviço); fatores relacionados às práticas em saúde (satisfação com autocuidado, necessidade de ajuda para autocuidado em saúde, prática de atividade física, auto percepção da adequação alimentar/nutricional, uso e frequência do consumo de bebida alcoólica, uso e frequência de tabagismo), uso de internet (informações de saúde, tele consultas).

Tópico B.1: Fatores relacionados ao ambiente - 1 pergunta;

Tópico B.2: Aspectos organizacionais - 4 perguntas;

Tópico B.3: Renda - 2 perguntas;

Tópico B.4: Plano de saúde - 2 perguntas;

Tópico B.5: Características de uso de serviços - 1 pergunta;

Tópico B.6: Tempo de espera - 1 pergunta;

Tópico B.7: Práticas em saúde - 8 perguntas;

3. BLOCO C: NECESSIDADES EM SAÚDE - 4 perguntas:

Nesta sessão são investigados fatores ligados às condições percebidas pelos usuários e/ou avaliadas por profissionais de saúde): Auto percepção de problema de saúde.

Tópico C.1: Necessidades percebidas pelo indivíduo - 2 perguntas;

Tópico C.2: Necessidades avaliadas por profissionais - 2 perguntas;

4. BLOCO D: ASPECTOS RELACIONADOS AO USO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE - 5 perguntas (sem subdivisões).

Investigação dos desfechos do modelo de Andersen (uso, efetividade do uso na resolução do problema e satisfação): busca por serviços de saúde nos últimos 6 meses); Necessidades avaliadas por profissionais de saúde

(doenças diagnosticadas, uso de medicamento); satisfação com o serviço/atendimento recebido; resolução do problema de saúde.

Figura 2. Questionário “Avaliação dos Fatores Determinantes do Uso de Serviços de Saúde por Idosos (DUSSI)

QUESTIONÁRIO – USO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE POR IDOSO	
BLOCO A - FATORES PREDISPONENTES	
Tópico A.1 - Dados demográficos	
PERGUNTA 1: “Qual a idade do sr(sra)?”	Resposta: Aberta
PERGUNTA 2: “Qual o sexo do sr(sra)?”	Opções de Resposta: (1) Masculino (2) Feminino
Tópico A.2: Estrutura Social	
PERGUNTA 3: “Qual o estado civil do sr(sra)?”	Opções de resposta: (1) Solteiro (2) Casado/ união estável (3) Divorciado (4) Viúvo (5) Outros (6) Não sabe/ não respondeu
PERGUNTA 4: “Qual o grau de instrução do sr(sra)? Até que série estudou?”	Opções de resposta: (1) Analfabeto/ Fundamental I incompleto (2) Fundamental I completo/ Fundamental II incompleto (3) Fundamental II completo/ médio incompleto (4) Médio completo/ Superior incompleto (5) Superior completo/ pós-graduação INFORMAÇÃO AO ENTREVISTADOR: - Fundamental I: até a 4ª série/ 5º ano. - Fundamental II: até a 8ª série/ 9º ano.
PERGUNTA 5: “Qual a cor/raça do(a) sr(sra)?”	Opções de resposta: (1) Branca (2) Preta (3) Parda (4) Indígena (5) Amarela (6) Outra (7) Não sabe/ não respondeu
PERGUNTA 6: “Quantas pessoas moram na casa do(a) sr(sra), contando com o(a) sr (sra)?”	Resposta: Aberta
PERGUNTA 7: “Caso precise, tem alguém que possa te	Opções de resposta: (1) Sim, sempre (2) Sim, as vezes (3) Não, nunca

ajudar/apoiar com atividades do seu dia a dia, como tarefas domésticas, cuidados pessoais, saúde e/ou apoio emocional?"	(4) Não sabe/ não respondeu
PERGUNTA 8: "Quando o(a) sr(sra) precisa de ajuda/apoio em seu dia a dia, quem geralmente procura? (É possível marcar mais de uma resposta)"	<p>Opções de resposta:</p> <p>(1) Companheiro(a) (2) Filho(a) (3) Outros parentes (4) Amigos(as) (5) Vizinhos(as) (6) Cuidadores Contratados (7) Profissionais de saúde (8) Ninguém (9) Não preciso de ajuda (10) Não sabe/ não respondeu (11) Não se aplica (respondeu "não" na pergunta anterior)</p>
Tópico A.3: Crenças em Saúde	
PERGUNTA 9: "Como o(a) sr(sra) avalia sua saúde?"	<p>Opções de resposta:</p> <p>(1) Péssima (2) Ruim (3) Regular (4) Boa (5) Muito boa (6) Não sabe/ não respondeu</p>
PERGUNTA 10: "O quanto o(a) sr(sra) está satisfeito com a própria saúde?"	<p>Opções de resposta:</p> <p>(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem insatisfeito e nem satisfeito (4) Satisfeito (5) Muito satisfeito (6) sabe/ não respondeu</p>
BLOCO B - FATORES CAPACITANTES	
Tópico B.1: Fatores ligado ao ambiente	
PERGUNTA 11: "Considera a Unidade Básica de Saúde/Posto de saúde fácil de chegar?"	<p>Opções de resposta:</p> <p>(1) Sim (2) Não (3) Não sabe/ não respondeu</p>
Tópico B.2: Fatores ligados aos aspectos organizacionais	
PERGUNTA 12: "Considerando sua experiência nos últimos 12 meses, ao buscar atendimento na Unidade Básica de Saúde/Posto de Saúde, como o(a)	<p>Opções de Resposta:</p> <p>(1) Tive dificuldade para ser atendido(a) (2) Tive facilidade para ser atendido(a) (3) Recebi o atendimento normalmente, sem dificuldades ou facilidades (4) Não sabe/não respondeu (5) Não se aplica (não buscou atendimento na UBS/Posto de Saúde)</p>

sr(a) descreveria sua experiência?"	
PERGUNTA 13: "Considera que a UBS/Posto de saúde resolve os problemas de saúde do(a) sr(sra)?"	Opções de resposta: (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica (4) Não sabe/ não respondeu
PERGUNTA 14: "Após a última consulta realizada na UBS/Posto de saúde, recebeu algum encaminhamento?"	Opções de resposta: (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica (4) Não sabe/ não respondeu
PERGUNTA 15: "Se recebeu encaminhamento, conseguiu ser atendido pelo profissional ou serviço para onde foi encaminhado?"	Opções de resposta: (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica (4) Não sabe/ não respondeu
Tópico B.3: Questões relacionadas à renda	
PERGUNTA 16: "Qual a faixa de renda do(a) sr(sra)?"	Opções de resposta: (1) Até 1 salário mínimo (2) Entre 1 e 2 salários mínimos (3) Entre 2 e 3 salários mínimos (4) Entre 3 e 4 salários mínimos (5) Entre 4 e 6 salários mínimos (6) Entre 6 e 8 salários mínimos (7) Entre 8 e 10 salários mínimos (8) Acima de 10 salários mínimos (9) Não sabe/ não respondeu
PERGUNTA 17: "Recebe aposentadoria?"	Opções de resposta: (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/ não respondeu
Tópico B.4: Fatores ligados a plano de saúde	
PERGUNTA 18: "Possui plano de saúde?"	Opções de resposta: (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/ não respondeu
PERGUNTA 19: "Caso precise,	Opções de resposta: (1) Sim

<p>o(a) sr(sra) se considera capaz de pagar por algum procedimento de saúde? (Exame, medicamentos, consultas, etc)?"</p>	<p>(2) Não (3) Não sabe/ não respondeu</p>
Tópico B.5: Características de utilização de serviços	
<p>PERGUNTA 20: "Utiliza os serviços da UBS/Posto de saúde?"</p>	<p>Opções de resposta: (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/ não respondeu</p>
Tópico B.6: Tempo de espera	
<p>PERGUNTA 21: "Se respondeu que utiliza a UBS/Posto de saúde, como o(a) sr(sra) avalia o tempo de espera para receber os serviços buscados, de forma geral?"</p>	<p>Opções de resposta: (1) Muito tempo de espera. (2) Tempo de espera adequado. (3) Pouco tempo de espera. (4) Não sabe/Não respondeu (5) Não se aplica</p>
Tópico B.7: Fatores relacionados às práticas em saúde	
<p>PERGUNTA 22: "Agora, vamos falar sobre o cuidado do(a) sr(sra) com a própria saúde. Isso inclui coisas como se alimentar bem, fazer exercícios, ir à consultas e tomar medicamentos por exemplo. Então, como classificaria o seu cuidado com a própria saúde?"</p>	<p>Opções de resposta: (1) Muito ruim (2) Ruim (3) Regular (4) Bom (5) Muito bom</p>
<p>PERGUNTA 23: "Quanto o(a) sr(sra) acredita que precisa de ajuda para cuidar da própria saúde?"</p>	<p>Opções de resposta: (1) Muita ajuda (2) Pouca ajuda (3) Não precisa de ajuda (4) Não sabe/ não respondeu</p>
<p>PERGUNTA 24: "Pratica algum tipo de atividade física moderada/vigorosa pelo menos 3 vezes na semana?"</p>	<p>Opções de resposta: (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/ não respondeu</p>
<p>PERGUNTA 25: "Considera sua</p>	<p>Opções de resposta: (1) Sim</p>

alimentação adequada (come frutas, verduras e evita alimentos inadequados)?"	(2) Não (3) Não sabe/ não respondeu
PERGUNTA 26: "Faz uso de bebida alcoólica? Se sim, com qual frequência? "	Opções de resposta: (1) Mais de 3 vezes na semana (2) Menos de 3 vezes na semana (3) Não sabe/não respondeu (4) Não sabe/ não respondeu
PERGUNTA 27: " Sobre o uso de cigarro (tradicional ou eletrônico), o(a) sr(sra)"	Opções de resposta: (1) Nunca fumou; (2) É ex-fumante (parou a mais de 10 anos) (3) É ex-fumante (parou a menos de 10 anos) (4) Fuma – menos de 10 cigarros por dia (5) Fuma - entre 11 e 20 cigarros por dia (6) Fuma – entre 21 e 30 cigarros por dia (7) Fuma – mais de 30 cigarros por dia (8) Não sabe/ não respondeu. Obs.: 1 maço contém cerca de 20 cigarros.
PERGUNTA 28: "Usa a internet para obter informações em saúde?"	Opções de resposta (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/ não respondeu
PERGUNTA 29: "Usa a internet para realizar teleconsultas?"	Opções de resposta: (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/ não respondeu
BLOCO C - NECESSIDADES EM SAÚDE	
Tópico C.1: Necessidades percebidas pelo indivíduo	
PERGUNTA 30: "O(a) sr(sra) sente que tem algum problema de saúde?"	Opções de resposta: (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/ não respondeu
PERGUNTA 31: "Nos últimos 06 meses, o(a) sr(sra) buscou por algum serviço de saúde?"	Opções de resposta: (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/ não respondeu
Tópico C.2: Necessidades avaliadas	
PERGUNTA 32.A: "Algum profissional de saúde já disse que o(a) sr(sra) tem alguma doença/problema de saúde?"	Opções de resposta: (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/ não respondeu
PERGUNTA 32. B: "Algum profissional de	Opções de resposta: (1) Hipertensão arterial (2) Diabetes

<p>sáude já disse que o(a) sr(sra) tem algum dos problema de saúde/doença listado abaixo? (Marcar todas as que se aplicam.)"</p>	<p>(3) Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) (4) Asma (5) Câncer (6) Doença cardíaca (7) Doença cérebro vascular (8) Artrite/ Artrose (9) Osteoporose (10) Depressão (11) Outras (12) Não sabe / não respondeu</p>
<p>PERGUNTA 33: "Utiliza algum medicamento de uso contínuo, prescrito por profissional de saúde?"</p>	<p>Opções de resposta (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/ não respondeu</p>
BLOCO D - ASPECTOS RELACIONADOS AO USO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	
<p>PERGUNTA 34: "Nos últimos 06 meses, o(a) sr(sra) usou algum serviço de saúde?"</p>	<p>Opções de resposta: (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/ não respondeu</p>
<p>PERGUNTA 35: "Com relação aos últimos 6 meses, quantas vezes, aproximadamente, o(a) sr(sra) compareceu a:"</p>	<p>Respostas: Abertas (em números) Consultas médicas: Atendimentos hospitalares: Urgência/Emergência: Exames: Outras especialidades:</p>
<p>PERGUNTA 36: "Se usou algum serviço, qual? (Se houver mais de um uso nos últimos 06 meses, registrar o último)"</p>	<p>Opções de resposta: (1) Consulta médica na UBS; (2) Consulta médica em outro local; (3) Atendimento de outro profissional na UBS; (4) Atendimento de outro profissional em outro local; (5) Atendimento em Urgência/Emergência; (6) Hospitalização (pelo menos 24h); (7) Não se aplica; (8) Não sabe/Não respondeu</p>
<p>PERGUNTA 37: "Caso tenha utilizado, ficou satisfeito com o atendimento que recebeu no serviço que usou, respondido na questão anterior?"</p>	<p>Opções de resposta: (1) Muito insatisfeito; (2) Insatisfeito; (3) Nem satisfeito e nem insatisfeito; (4) Satisfeito; (5) Muito satisfeito; (6) Não se aplica; (7) Não sabe/ não respondeu</p>
<p>PERGUNTA 38: "O(a) sr(sra) considera que no atendimento prestado pelo</p>	<p>Opções de resposta: (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica</p>

<p>profissional de saúde, seu problema foi resolvido? Ainda considerando o atendimento registrado na pergunta 36."</p>	<p>(4) Não sabe/ Não respondeu</p>
---	------------------------------------

5.5 PROCEDIMENTOS PARA ANALISE ESTATÍSTICA - CONFIABILIDADE E VALIDADE DO QUESTIONÁRIO

Para a etapa de análise estatística, foi necessário proceder a adaptações nas variáveis coletadas no questionário a fim de viabilizar sua utilização em formato compatível com o software de processamento dos dados. A variável referente à idade, originalmente registrada em anos completos, foi distribuída em três faixas etárias, a saber: 1 (60 a 74 anos); 2 (75 a 85 anos); 3 (85 anos ou mais). Essa recategorização buscou homogeneizar a distribuição dos participantes.

De modo semelhante, as informações relativas às comorbidades foram reorganizadas. No banco original, cada doença crônica autorreferida era registrada em variáveis nominais (por exemplo, hipertensão, diabetes, artrite, cardiopatias, entre outras). Para a análise estatística, optou-se por somar o número de condições relatadas por cada participante, gerando uma variável numérica de contagem que expressa o total de doenças crônicas autorreferidas. Essa abordagem foi adotada por permitir a utilização do número de comorbidades como indicador da carga de doenças, simplificando a modelagem estatística.

5.5.1 Confiabilidade

5.5.1.1 Confiabilidade Inter – avaliador

A análise Inter-avaliador foi realizada de forma presencial e individual, na residência do (a) participante, por duas avaliadoras independentes e previamente treinadas. Inicialmente, o (a) participante respondeu ao questionário aplicado pela Avaliadora 1, que conduziu a aplicação do

questionário completo. Findada a primeira avaliação, após um intervalo entre cinco e dez minutos, o (a) participante repetiu o procedimento de aplicação completa com a Avaliadora 2.

5.5.1.2 Confiabilidade Intra – avaliador

Após um intervalo de dez dias desde a primeira avaliação, o (a) participante foi reentrevistado (a) em sua residência pela Avaliadora 1. Nessa segunda etapa, o participante respondeu novamente ao questionário relacionado aos fatores determinantes do uso dos serviços de saúde.

5.5.1.3 Analise dos dados de consistência interna e erro de medição

A consistência interna do questionário foi avaliada pelo coeficiente alfa de Cronbach, uma medida amplamente reconhecida por sua utilidade na análise de questionários. Esse coeficiente oferece uma estimativa robusta de consistência com uma única aplicação, eliminando a necessidade de realizar testes repetidos ou de desenvolver formas paralelas para validar os resultados. Sua versatilidade é outra vantagem, pois pode ser aplicado a diferentes tipos de questionários, incluindo escalas de múltipla escolha, dicotômicas e atitudinais com variáveis categóricas. Além disso, o cálculo do alfa de Cronbach é relativamente simples e baseado em conceitos estatísticos básicos, permitindo uma análise eficaz da correlação entre as respostas dos participantes, ao examinar o padrão das respostas em cada item do questionário. Dessa forma, ele se torna uma ferramenta essencial para garantir a consistência das respostas e a confiabilidade dos dados coletados (Hora; Monteiro; Arica, 2010).

A confiabilidade foi determinada pelo Coeficiente de Correlação Intraclass (CCI). Para análise inter-avaliador utilizou-se o ICC 2,1 (*two-way random, agreement, single measurement*) e intra-avaliador foi avaliada utilizando o CCI 1,1 (*one-way random, agreement, single measurement*). Os resultados foram analisados segundo a classificação proposta por Munro, que estabelece os seguintes intervalos: muito baixo (0,00 – 0,25), baixo (0,26 – 0,49), moderado (0,50 – 0,69), alto (0,70 – 0,89) e muito alto (0,90 – 1,00) (Plichta; Kelvin, 2013).

O erro de medição foi verificado por meio do Erro Padrão da Medida (EPM) e da Mínima Diferença Detectável (MDD) calculados com intervalo de confiança de 95%. Já os valores relativos foram expressos em porcentagem, correspondendo ao Erro Padrão da Medida relativo (EPM%) e à Mínima Diferença Detectável relativa (MDD%), ambos a 95% de confiança, calculados pelas expressões: $EPM\% = (EPM / \text{média das medidas}) \times 100$ e $MDD\% = (MDD / \text{média das medidas}) \times 100$ (Weir, 2005). Valores de EPM% $\leq 10\%$ e de MDD% $\leq 30\%$ foram adotados como aceitáveis (Schwenk et al., 2012).

Foi utilizado como ferramenta para análise o Software estatístico R para Windows 4.5.1, com nível de significância de 0,05.

5.5.2 Validade

5.5.2.1 Validade de critério

A validade de critério foi investigada analisando-se as correlações do questionário relacionado aos fatores determinantes do uso dos serviços de saúde com três perguntas “padrões-ouro” sobre informações de saúde oriundas do projeto “*Integrated Care for Older People*” - ICOPE Brasil (Ferrioll et al., 2023). Essas perguntas foram escolhidas por possibilitar uma avaliação genérica do uso dos serviços de saúde a partir da percepção do próprio indivíduo. Para a análise de correlação, utilizou-se o coeficiente de Spearman para os escores dos blocos (Predisponentes, Capacitantes e Necessidade em Saúde), bem como para o escore total. A utilização do coeficiente de Spearman foi fundamentada pelo fato das variáveis analisadas derivarem de escalas do tipo Likert de natureza ordinal, conforme recomendado por Pasquali (2010; 2013).

As três perguntas encontram-se discriminadas no quadro 1:

REFERENCIA	PERGUNTA	OPÇÕES DE RESPOSTA	VALOR ATRIBUÍDO
R1	Se o (a) senhor (a) necessitar de consulta médica na unidade de saúde mais perto da sua casa, como	Muito fácil	5
		Fácil	4
		Difícil	3
		Muito difícil	2
		Impossível	1
		Não sabe	0

	é para conseguir atendimento?		
R2	Como o (a) sr (a) avalia a qualidade dos serviços de saúde próximos do lugar onde o(a) sr(a) mora?	Ótimo	5
		Bom	4
		Regular	3
		Ruim/Péssimo	2
		Inexistente	1
		Não sabe	0
R3	Quão satisfeito (a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	Muito satisfeito (a)	5
		Satisfeito (a)	4
		Nem satisfeito (a) nem insatisfeito (a)	3
		Insatisfeito (a)	2
		Muito insatisfeito (a)	1

QUADRO 1- APRESENTAÇÃO DAS PERGUNTAS REFERÊNCIA PARA ANÁLISE DE VALIDADE DE CRITÉRIO

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora conforme Parecer nº 6.703.082 (ANEXO), em conformidade com a resolução 466 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussões do presente estudo serão apresentados em formato de artigo, a ser publicado em periódico da área de Saúde Coletiva, apresentado na subseção 6.1

6.1 ARTIGO

PROPRIEDADES DE MEDIDA DO QUESTIONÁRIO DUSSI: AVALIAÇÃO DOS DETERMINANTES DO USO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE POR IDOSOS

RESUMO

Introdução: O envelhecimento populacional representa desafio crescente para os sistemas de saúde, especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS). Embora políticas públicas brasileiras tenham avançado, ainda persistem desigualdades no acesso e utilização dos serviços. Destaca-se a ausência de instrumentos validados e fundamentados teoricamente que permitam avaliar de forma sistematizada os determinantes do uso dos serviços por pessoas idosas. **Objetivo:** Analisar a confiabilidade e a validade do questionário “Avaliação dos fatores determinantes do uso dos serviços de saúde por idosos (DUSSI)”, fundamentado no Modelo Teórico de Andersen. **Metodologia:** Estudo metodológico de propriedade de medidas realizado em duas Unidades Básicas de Saúde de Juiz de Fora (MG), com 30 idosos (≥ 60 anos), selecionados aleatoriamente. A coleta ocorreu em domicílio, com aplicação do questionário DUSSI. Foram avaliadas consistência interna, confiabilidade intra e inter-avaliadores, erro de medição e validade de critério. **Resultados:** O questionário apresentou alta consistência interna (α de Cronbach: 0,76 a 0,77) e excelente confiabilidade intra e inter-avaliador (CCI total: 0,94 a 0,97) e erro de medição aceitável. Não foram observadas evidências de validade de critério. **Conclusão:** O estudo demonstrou que o DUSSI apresenta evidências consistentes de confiabilidade. Apesar das limitações decorrentes do

tamanho amostral e da ausência de padrão-ouro que inviabilizou a confirmação da validade de critério, a pesquisa oferece contribuições originais e inaugura um caminho promissor para futuras investigações.

Palavras-chave: Idoso. Saúde do Idoso. Envelhecimento. Atenção Primária à Saúde. Estudo Metodológico. Confiabilidade e Validade.

ABSTRACT

Introduction: Population aging poses a growing challenge for health systems, especially within Primary Health Care (PHC). Despite advances in Brazilian public policies, inequalities in access to and use of health services persist. A key gap is the lack of validated and theoretically grounded instruments capable of systematically assessing the determinants of health service use by older adults. **Objective:** To analyze the reliability and validity of the questionnaire "Assessment of the determinants of health service use by older adults (DUSSI)", grounded in Andersen's Behavioral Model. **Methods:** This methodological study of measurement properties was conducted in two Primary Health Care units in Juiz de Fora, Minas Gerais, Brazil, with a random sample of 30 older adults (≥ 60 years). Data were collected at participants' homes using the DUSSI questionnaire. Internal consistency, intra- and inter-rater reliability, measurement error, and criterion validity were evaluated. **Results:** The questionnaire showed high internal consistency (Cronbach's alpha: 0.76 to 0.77) and excellent intra- and inter-rater reliability (overall ICC: 0.94 to 0.97), with acceptable measurement error. No evidence of criterion validity was observed. **Conclusion:** The study demonstrated that DUSSI provides consistent evidence of reliability. Despite limitations related to sample size and the absence of a gold standard, which prevented confirmation of criterion validity, the research offers original contributions and opens a promising avenue for future investigations.

Keywords: Aged. Health of the Aged. Aging. Primary Health Care. Methodological Studies. Reproducibility of Results.

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional, acompanhado pela elevada prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), tem gerado impacto direto na demanda por serviços de saúde. Esse processo reflete a transição epidemiológica, em que as condições crônicas substituem progressivamente as doenças infectocontagiosas, exigindo cuidados contínuos e de longa duração (OMS, 2018; IBGE, 2022; Malta et al., 2021; Romero; Maia, 2022).

Nesse cenário, a Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha papel essencial como porta de entrada prioritária no Sistema Único de Saúde (SUS), articulando ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação. A APS é fundamental para atender às necessidades da população idosa, mas, apesar dos avanços das políticas públicas, persistem desigualdades que comprometem o acesso e a utilização dos serviços, sobretudo entre as pessoas idosas mais longevas (Souza; Timmons; Fracolli, 2023; BRASIL, 2013; BRASIL, 2006b; BRASIL, 2006c; Martins et al., 2014; Oliveira et al., 2023).

A utilização dos serviços de saúde no Brasil tem sido majoritariamente avaliada por meio de inquéritos domiciliares, como a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) e a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS). Embora forneçam dados relevantes e robustos, esses levantamentos não permitem compreender, de forma sistematizada e fundamentada teoricamente, os determinantes do uso dos serviços por pessoas idosas (Souza; Timmons; Fracolli, 2023).

O Modelo Comportamental de Andersen representa um referencial analítico importante nesse campo, ao integrar fatores predisponentes, capacitantes e necessidades em saúde como determinantes da utilização dos serviços de saúde (Andersen, 1995). Apesar de sua ampla aplicação internacional, ainda são escassos os estudos brasileiros que utilizem esse modelo para compreender o uso de serviços por pessoas idosas na APS. Mesmo estudos que usam o modelo como referencial teórico para seleção de variáveis, o fazem por perguntas criadas para a própria avaliação e não por instrumentos validados especificamente para esta investigação.

Diante dessa lacuna, este estudo tem como objetivo analisar a confiabilidade e a validade do Questionário de Avaliação dos fatores determinantes do uso dos serviços de saúde na APS entre pessoas idosas, fundamentado no Modelo Teórico de Andersen.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo metodológico, voltado à análise das propriedades de medida do questionário de “Avaliação dos Fatores Determinantes do Uso dos Serviços de Saúde por Idosos (DUSSI)”. A amostra foi composta por 30 idosos cadastrados em Unidades Básicas de Saúde (UBS) localizadas no município de Juiz de Fora, Minas Gerais. A seleção dos participantes seguiu uma lista previamente aleatorizada, elaborada a partir do cadastro de usuários acima de 60 anos nas unidades. Foram incluídos indivíduos de ambos os sexos e residentes no território adstrito às unidades. Como critério de exclusão, adotou-se a presença de déficit cognitivo, avaliado por meio do Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), utilizando-se os pontos de corte estabelecidos 13 pontos para analfabetos, 18 pontos para indivíduos com baixa ou média escolaridade (1 a 8 anos de estudo) e 26 pontos para aqueles com alta escolaridade (mais de 8 anos de estudo) (Bertolucci et al., 1994).

A coleta de dados foi realizada presencialmente, mediante agendamento por telefone, nas residências dos participantes, em ambiente reservado e sem interferências externas. Após a verificação dos critérios de elegibilidade e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foi aplicado o DUSSI. Trata-se de um questionário composto por 38 questões, organizadas em quatro blocos que seguem a estrutura do Modelo Comportamental de Andersen: (A) fatores predisponentes, (B) fatores capacitantes, (C) necessidades em saúde e (D) aspectos relacionados ao uso dos serviços de saúde. As questões apresentam formatos distintos: parte delas foi construída como perguntas abertas (por exemplo, idade ou número de pessoas no domicílio), enquanto a maior proporção corresponde a itens estruturados em escala do tipo *Likert* (de cinco a seis pontos, a depender do item).

Para a avaliação da confiabilidade, os dados foram coletados em dois momentos distintos. No primeiro momento, o participante respondeu o questionário duas vezes, para duas avaliadoras (Avaliadora 1 e Avaliadora 2), em intervalo de 5 a 10 minutos. Em momento seguinte, 10 dias após a primeira avaliação, a Avaliadora 1 retornou ao domicílio e aplicou novamente o questionário, respeitando um intervalo considerado adequado na literatura para estudos desta natureza, de modo a preservar a estabilidade clínica dos participantes e permitir a avaliação da confiabilidade das medidas.

Para fins de análise, as respostas foram convertidas em valores numéricos. No caso das escalas *Likert*, cada alternativa recebeu um valor crescente, em que maiores pontuações indicam percepções mais favoráveis sobre o uso dos serviços de saúde, enquanto menores pontuações indicam percepções negativas ou presença de barreiras. Para cada bloco do questionário e no total, as pontuações de cada pergunta foram somadas, criando um escore para cada domínio referente aos fatores predisponentes, capacitantes e necessidades em saúde, e também um escore total, que representava a soma dos escores dos três domínios. As questões abertas foram descritas qualitativamente para caracterizar o perfil dos participantes e os principais desfechos relacionados ao uso dos serviços de saúde.

O sistema de escores foi estabelecido pela soma simples das pontuações atribuídas às respostas, com cálculos realizados tanto por bloco (escores parciais) quanto para o questionário em sua totalidade (escore total). Essa estratégia assegura a mensuração diferenciada de cada dimensão do modelo teórico, ao mesmo tempo em que permite avaliar a confiabilidade e consistência interna do questionário como um todo.

No que se refere às variáveis de caracterização da amostra, algumas passaram por recategorização para fins de análise estatística. A idade foi agrupada em três faixas etárias (60–74, 75–85 e ≥85 anos). As doenças crônicas autorreferidas foram somadas, originando uma variável de contagem que expressa a carga de comorbidades entre os participantes. O estado civil foi analisado em quatro categorias (solteiro, casado/união estável, divorciado, viúvo, outros e não sabe/não respondeu). A escolaridade foi classificada em cinco níveis (analfabeto/fundamental I incompleto; fundamental I completo/fundamental II incompleto; fundamental II completo/médio incompleto; médio completo/superior incompleto; superior

completo/pós-graduação). A variável raça/cor seguiu a classificação do IBGE, agrupada em branca, preta, parda, indígena e amarela, seguida das opções outra e não sabe/não respondeu.

A análise descritiva das variáveis de caracterização foi conduzida mediante cálculo de frequências absolutas e relativas (%) para variáveis categóricas, e de medidas de tendência central (médias) e dispersão (desvio padrão) para variáveis contínuas.

A análise das propriedades de medida do questionário foi realizada por meio da avaliação da confiabilidade, consistência interna, erro de medição e validade de critério (Mokkink et al., 2010). A confiabilidade foi examinada utilizando procedimentos inter e intra-avaliador. Inicialmente, dois avaliadores independentes aplicaram o questionário de forma sequencial, com intervalo de cinco a dez minutos entre as entrevistas, permitindo o cálculo da confiabilidade inter-avaliador. Posteriormente, após dez dias, a Avaliadora 1 reaplicou o instrumento aos mesmos participantes, mantendo as mesmas condições da primeira aplicação, possibilitando a análise da confiabilidade intra-avaliador.

A consistência interna do questionário foi avaliada por meio do Alfa de Cronbach, considerando cada bloco (Predisponentes, Capacitantes e Necessidades em Saúde) e o instrumento integral, incluindo os três momentos de avaliação. A classificação da Confiabilidade do Alfa de Cronbach ocorre da seguinte forma: Muito baixa ($\alpha \leq 0,30$); Baixa ($0,30 < \alpha \leq 0,60$); Moderada ($0,60 < \alpha \leq 0,75$); Alta ($0,75 < \alpha \leq 0,90$) e Muito alta ($\alpha > 0,90$) (Cunha, Almeida Neto e Stackfleth, 2016). Valores entre 0,70 e 0,95 são considerados adequados (Terwee et al., 2007).

A confiabilidade relativa foi analisada pelo Coeficiente de Correlação Intraclasse (CCI), utilizando o modelo CCI (2,1) para avaliação inter-avaliador e CCI (1,1) para avaliação intra-avaliador, seguindo a classificação proposta por Munro, que estabelece os seguintes intervalos: muito baixo (0,00 – 0,25), baixo (0,26 – 0,49), moderado (0,50 – 0,69), alto (0,70 – 0,89) e muito alto (0,90 – 1,00) (Plichta; Kelvin, 2013).

Já a confiabilidade absoluta foi determinada pelo Erro Padrão da Medida (EPM) e pela Mínima Diferença Detectável (MDD), com intervalo de confiança de 95%. Foram considerados aceitáveis valores de $EPM\% \leq 10\%$ e $MDD\% \leq 30\%$, conforme recomendações de Weir (2005) e Schwenk et al. (2012).

A validade de critério foi avaliada por meio da correlação entre os escores dos blocos do questionário — Predisponentes, Capacitantes e Necessidade em Saúde — e o escore total, em relação a três perguntas de referência, previamente selecionadas como indicadoras próximas do construto investigado, adotadas pelo projeto *Integrated Care for Older People – ICOPE* Brasil (Ferrioll et al., 2023), que abordam o acesso, a qualidade percebida e a satisfação com os serviços de saúde. A primeira pergunta investigou a facilidade de obtenção de consulta médica na unidade de saúde mais próxima da residência do participante, sendo as respostas categorizadas e pontuadas da seguinte forma: “Muito fácil” (5), “Fácil” (4), “Difícil” (3), “Muito difícil” (2), “Impossível” (1) e “Não sabe” (0). A segunda pergunta solicitou aos participantes que avaliassem a qualidade dos serviços de saúde próximos à sua residência, com pontuação atribuída a cada opção: “Ótimo” (5), “Bom” (4), “Regular” (3), “Ruim/Péssimo” (2), “Inexistente” (1) e “Não sabe” (0). A terceira pergunta abordou o nível de satisfação com o acesso aos serviços de saúde, com as respostas pontuadas da seguinte forma: “Muito satisfeito (a)” (5), “Satisfeito (a)” (4), “Nem satisfeito (a) nem insatisfeito (a)” (3), “Insatisfeito (a)” (2) e “Muito insatisfeito (a)” (1).

Para a análise de correlação, utilizou-se o coeficiente de Spearman para os escores dos blocos (Predisponentes, Capacitantes e Necessidade em Saúde), bem como para o escore total. A utilização do coeficiente de Spearman foi fundamentada pelo fato das variáveis analisadas derivarem de escalas do tipo Likert de natureza ordinal, conforme recomendado por Pasquali (2010; 2013).

Os desfechos relacionados à utilização de serviços de saúde foram avaliados por meio do bloco D do questionário (perguntas 34 a 38), contemplando frequência de consultas, atendimentos hospitalares, urgência/emergência, exames, outras especialidades, satisfação e percepção de resolução do problema. Os dados foram analisados de forma descritiva (frequências absolutas e relativas).

Todas as análises foram conduzidas no software R, versão 4.5.1, considerando nível de significância de 5%.

3 RESULTADOS

Participaram do estudo 30 idosos, sendo 60% mulheres e 40% homens, com idade média de $68,1 \pm 6,4$ anos, escolaridade média de $6,3 \pm 3,4$ anos e pontuação média no MEEM de $24,9 \pm 2,6$. A maioria concluiu o ensino fundamental. Predominaram idosos casados ou em união estável, e a autodeclaração racial prevalente foi parda (Tabela 1).

Tabela 1 – Perfil dos Participantes quanto à Idade, escolaridade, desempenho cognitivo, estado civil, grau de instrução e raça/cor.

Variável	Total (n=30)
Idade (média ± DP)	$68,11 \pm 6,40$
Escolaridade em anos (média ± DP)	$6,26 \pm 3,44$
MEEM (média ± DP)	$24,95 \pm 2,64$
Estado civil	
- Casado/União estável	20 = (66,67%)
- Solteiro (a)	0 = (0%)
- Viúvo (a)	5 = (16,67%)
- Divorciado/Separado	4 = (13,33%)
- Outros	1 = (3,33%)
- Não sabe/ não respondeu	-
Grau de instrução	
- Analfabeto/Fundamental I incompleto	14 = (46,67%)
- Fundamental I completo / II incompleto	10 = (33,33%)
- Fundamental II completo/ Médio incompleto	2 = (6,67%)
- Ensino Médio completo	1 = (3,33%)
- Superior completo/ Pós-graduação	3= (10,00%)
Raça/cor	
- Branca	9 (30,00%)
- Preta	9 (30,00%)
- Parda	10 (33,33%)
- Amarela	2 (6,67%)
- Outra	-
- Não sabe/ não respondeu	-

DP- Desvio Padrão

Os resultados da análise de consistência interna e confiabilidade do instrumento estão apresentados na Tabela 2. Na análise por blocos (Predisponentes, Capacitantes e Necessidade em Saúde), o alfa de Cronbach variou de baixa a moderada consistência. Já na análise do instrumento integral a consistência foi alta com valores entre 0,762 e 0,771, indicando boa homogeneidade entre os itens.

Para a confiabilidade relativa, os Coeficientes de Correlação Intraclass (CCI) foram, para a maioria das perguntas individuais, altos ou muito altos na análise intra-avaliador (aproximadamente 0,59–1,00), e também elevados na análise inter-avaliador, com exceção de um *outlier*.

Considerando os escores de cada bloco, os CCIs intra-avaliador foram muito altos para o ESCORE 1 ($CCI = 0,981$) e o ESCORE 2 ($CCI = 0,981$), e altos para o ESCORE 3 ($CCI = 0,944$); o escore total apresentou CCI intra = 0,867. Na análise inter-avaliador, os escores também demonstraram elevada concordância para o ESCORE 1 ($CCI = 0,992$), ESCORE 3 ($CCI = 0,957$) e para o escore total ($CCI = 0,968$), enquanto o ESCORE 2 apresentou concordância moderada ($CCI = 0,677$).

Quanto à confiabilidade absoluta, os Erros Padrão da Medida (EPM) e as Mínimas Diferenças Detectáveis (MDD) calculados para as perguntas individuais, para os escores por bloco e para o escore total permaneceram em níveis reduzidos, considerando os critérios de aceitabilidade adotados ($EPM\% \leq 10\%$; $MDD\% \leq 30\%$). A única exceção foi a pergunta 28 (uso da internet para obter informações em saúde), cuja análise inter-avaliador apresentou CCI negativo ($-0,053$) e elevados EPM% ($\approx 36,6\%$) e MDD% ($\approx 101,4\%$), indicando baixa concordância e maior erro absoluto para esse item.

Tabela 2 – Confiabilidade e Consistência interna do questionário “Avaliação dos Fatores Determinantes do Uso de Serviços de Saúde por Idosos (DUSSI) ”.

PERGUNTA	MÉDIA (\pm DP)			INTRA-AVALIADOR					INTER-AVALIADOR				
	AV 1	AV 2	AV1 (2)	CCI	EPM	EPM%	MDD	MDD%	CCI	EPM	EPM%	MDD	MDD%
1	1.20 (0.40)	1.20 (0.40)	1.20 (0.40)	1,000	0,000	0,000	0,000	0,000	1,000	0,000	0,000	0,000	0,000
2	1.67 (0.48)	1.67 (0.48)	1.67 (0.48)	1,000	0,000	0,000	0,000	0,000	1,000	0,000	0,000	0,000	0,000
3	2.57 (0.90)	2.57 (0.90)	2.57 (0.90)	1,000	0,000	0,000	0,000	0,000	1,000	0,000	0,000	0,000	0,000
4	1.97 (1.27)	1.97 (1.27)	1.97 (1.27)	1,000	0,000	0,000	0,000	0,000	1,000	0,000	0,000	0,000	0,000
5	2.23 (1.10)	2.20 (1.00)	2.20 (1.00)	0,925	0,019	0,858	0,054	2,438	0,925	0,019	0,008	0,054	2,438
6	2.83 (1.80)	2.83 (1.80)	2.87 (1.81)	0,995	0,002	0,070	0,005	0,175	1,000	0,000	0,000	0,000	0,000
7	1.30 (0.60)	1.30 (0.60)	1.40 (0.62)	0,866	0,026	1,926	0,072	5,333	1,000	0,000	0,000	0,000	0,000
8	2.07 (1.96)	2.07 (1.96)	2.07 (1.96)	1,000	0,000	0,000	0,000	0,000	1,000	0,000	0,000	0,000	0,000
9	3.47 (0.86)	3.50 (0.90)	3.57 (0.86)	0,887	0,040	1,136	0,110	3,125	0,979	0,003	0,086	0,010	0,287
10	3.80 (0.89)	3.77 (0.90)	3.90 (0.96)	0,942	0,017	0,442	0,047	1,221	0,979	0,003	0,086	0,009	0,238
ESCORE 1*	23,10 (3,80)	23,07 (3,61)	23,40(3,77)	0,981	0,004	0,017	0,012	0,052	0,992	0,011	0,047	0,030	0,130
α	0,363	0,358	0,379										
11	1.10 (0.31)	1.10 (0.31)	1.10 (0.31)	1,000	0,000	0,000	0,000	0,000	1,000	0,000	0,000	0,000	0,000
12	1.13 (0,73)	2.13 (0.73)	2.23 (0.77)	0,912	0,021	1,250	0,058	3,452	1,000	0,000	0,000	0,000	0,000
13	1.40 (0.56)	1.37 (0.56)	1.33 (0.55)	0,784	0,044	3,223	0,122	8,938	0,947	0,005	0,362	0,015	1,083
14	1.43 (0.57)	1.43(0.57)	1.43 (0.57)	1,000	0,000	0,000	0,000	0,000	1,000	0,000	0,000	0,000	0,000
15	2.17 (0.91)	2.17(0.91)	2.17 (0.91)	1,000	0,000	0,000	0,000	0,000	1,000	0,000	0,000	0,000	0,000
16	1.77 (1.50)	1.80(1.49)	1.80 (1.49)	0,993	0,002	0,112	0,006	0,336	0,993	0,002	0,112	0,006	0,336
17	1.23 (0.43)	1.23(0.43)	1.23 (0.43)	1,000	0,000	0,000	0,000	0,000	1,000	0,000	0,000	0,000	0,000
18	1.70 (0.47)	1.73(0.45)	1.67 (0.48)	0,925	0,006	0,356	0,018	1,068	0,761	0,035	2,040	0,096	5,598
19	1.10 (0.31)	1.13(0.35)	1.07 (0.25)	0,788	0,011	1,014	0,030	2,765	0,843	0,009	0,807	0,026	2,332
20	1.03 (0.18)	1.03(0.18)	1.03 (0.18)	1,000	0,000	0,000	0,000	0,000	1,000	0,000	0,000	0,000	0,000
21	2.00 (0.91)	2.00(0.91)	1.93 (0.94)	0,922	0,026	1,323	0,073	3,715	1,000	0,000	0,000	0,000	0,000
22	3.70 (1.15)	3.67(1.09)	3.63 (1.10)	0,947	0,022	0,600	0,060	1,637	0,960	0,014	0,380	0,039	1,058

23	2.63 (0.61)	2.60(0.62)	2.57 (0.63)	0,914	0,014	0,538	0,038	1,461	0,956	0,005	0,191	0,014	0,535
24	1.90 (0.31)	1.90(0.31)	1.90 (0.31)	1,000	0,000	0,000	0,000	0,000	1,000	0,000	0,000	0,000	0,000
25	1.20 (0.41)	1.20(0.41)	1.20 (0.41)	0,594	0,060	5,000	0,166	13,833	0,798	0,021	1,750	0,059	4,916
26	2.70 (0.60)	2.70(0.60)	2.70 (0.53)	0,896	0,015	0,556	0,042	1,555	1,000	0,000	0,000	0,000	0,000
27	2.33 (1.63)	2.33(1.63)	2.33 (1.63)	1,000	0,000	0,000	0,000	0,000	1,000	0,000	0,000	0,000	0,000
28	1.53 (0.51)	2.57(0.50)	1.57 (0.50)	0,935	0,006	0,387	0,017	1,097	-0,053	0,750	36,585	2,078	101,36
29	1.97 (0.18)	1.97(0.18)	1.97 (0.18)	1,000	0,000	0,000	0,000	0,000	1,000	0,000	0,000	0,000	0,000
ESCORE 2**	33,27 (3,09)	36,07(3,00)	33,63 (2,88)	0,981	0,836	2,499	2,317	6,927	0,677	1,741	5,021	4,826	13,92
<i>α</i>	0,615	0,505	0,529										
30	1.20 (0.41)	1.27 (0.45)	1.17 (0.38)	0,892	0,008	0,675	0,021	1,772	0,819	0,020		0,056	
31	1.00 (0.00)	1.00 (0.00)	1.00 (0.00)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
32	1.17 (0.38)	1.17 (0.38)	1.13 (0.35)	0,873	0,008	0,696	0,023	2,000	1,000	0,000	0,000	0,000	0,000
33	1.17 (0.38)	1.13 (0.35)	1.13 (0.35)	0,873	0,008	0,696	0,023	2,000	0,873	0,008		0,023	
ESCORE 3***	7,50 (1,36)	7,60 (1,38)	7,47 (1,48)	0,944	0,337	4,502	0,934	12,478	0,957	0,285	3,808	0,791	10,568
<i>α</i>	0,582	0,552	0,552										
TOTAL	65,66 (4,70)	67,07(4,55)	65,37 (4,69)	0,867	1,677	2,600	4,650	7,098	0,968	0,849	1,296	2,354	3,593
<i>α</i>	0,771	0,762	0,763										

* Escore 1 (Predisponentes); ** Escore 2 (Capacitantes); *** Escore 3 (Necessidades em Saúde); DP = Desvio Padrão; CCI = Coeficiente de Correlação Intraclasso; EPM = Erro Padrão de Medida; MDD = Mínima Diferença Detectável; AV1 = Avaliadora 1; AV2 = Avaliadora 2; AV1(2) = segunda avaliação da Avaliadora 1, realizada após 10 dias; *α* = alfa de Cronbach

Os resultados da validade de critério estão apresentados na Tabela 3 que apresenta os coeficientes de correlação (Pearson ou Spearman) entre os blocos do instrumento (Predisponentes, Capacitantes, Necessidades em Saúde e Escore Total) e três perguntas de referência (R1, R2 e R3), acompanhados dos respectivos valores de p, cálculo amostral necessário e poder estatístico (Power). A análise não evidenciou correlação significativa entre os escores do questionário e as perguntas de referência ($p > 0,05$), indicando que os resultados obtidos pelo instrumento não se alinharam diretamente com os critérios externos considerados como referência para avaliação do uso dos serviços de saúde por pessoas idosas.

Tabela 3 – Validade de critério do instrumento em relação às perguntas de referência

BLOCOS	MÉTODO	PERGUNTA REFERÊNCIA*	R/ Rho	p-valor	Cálculo amostral	Power
Predisponentes	Spearman	R1	0.094	0.620	653 por grupo	0.11
Predisponentes	Spearman	R2	0.036	0.850	16.247 por grupo	0.05
Predisponentes	Spearman	R3	-0.031	0.870	4.064 por grupo	0.06
Capacitantes	Spearman	R1	0.065	0.731	7.223 por grupo	0.05
Capacitantes	Spearman	R2	-0.220	0.242	540 por grupo	0.12
Capacitantes	Spearman	R3	0.172	0.364	903 por grupo	0.09
Necessidades em Saúde	Spearman	R1	0.000	0.902	64.977 por grupo	0.04
Necessidades em Saúde	Spearman	R2	0.154	0.539	2.151 por grupo	0.06
Necessidades em Saúde	Spearman	R3	0.317	0.083	257 por grupo	0.21
Escore Total	Spearman	R1	0.085	0.654	806 por grupo	0.10
Escore Total	Spearman	R2	-0.143	0.448	1.808 por grupo	0.07
Escore Total	Spearman	R3	0.242	0.198	903 por grupo	0.09

*R1- Se o (a) senhor (a) necessitar de consulta médica na unidade de saúde mais perto da sua casa, como é para conseguir atendimento?; R2- Como o (a) sr (a) avalia a qualidade dos serviços de saúde próximos do lugar onde o(a) sr(a) mora?; R3- Quão satisfeito (a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?

Considerando os valores de correlação obtidos no estudo, o cálculo amostral foi realizado a posteriori com o auxílio do G*Power 3.0.1.0. Para este cálculo, foram considerados: nível de significância de 5%, testes bicaudais e poder de 80%. Considerando os coeficientes de correlação obtidos, para atingir o Power adequado seriam necessários entre 257 e 64.977 indivíduos por grupo, o que inviabilizaria o estudo.

A análise dos aspectos relacionados ao uso dos serviços de saúde (Bloco D) do instrumento, referente às perguntas 34 a 38 e sintetizada na Tabela 4, mostrou que 100% dos idosos participantes utilizaram algum serviço de saúde nos últimos seis meses. A Atenção Primária à Saúde foi o local mais citado (43,3%) para o atendimento. Observou-se ainda que 86,7% dos participantes afirmaram satisfação com o atendimento recebido e 86,7% referiram percepção de resolução dos problemas de saúde. Além disso, 50% dos idosos recorreram a serviços de urgência/emergência ao menos uma vez no período analisado.

Tabela 4 – Análise Descritiva dos Desfechos (n=30)

PERGUNTA	n (%)
34. “Nos últimos 06 meses, o(a) sr(sra) usou algum serviço de saúde?”	Sim: 30 (100,0%) Não: 0 (0,0%)
35. “Com relação aos últimos 6 meses, quantas vezes, aproximadamente, o(a) sr(sra) compareceu a CONSULTAS MÉDICAS:	0 (nenhuma vez): 3 (10,0%) 1 vez: 8 (26,7%) 2 vezes: 11 (36,7%) 3 vezes: 1 (3,3%) 4 vezes: 2 (6,7%) 5 vezes: 1 (3,3%) 6 ou mais vezes: 4 (13,3%)
35.B “Com relação aos últimos 6 meses, quantas vezes, aproximadamente, o(a) sr(sra) compareceu a ATENDIMENTOS HOSPITALARES:	0 (nenhuma vez): 27 (90,0%) 1 vez: 2 (6,7%) 2 vezes: 0 (0,0%) 3 vezes: 1 (3,3%) 4 vezes: 0 (0,0%) 5 vezes: 0 (0,0%) 6 ou mais vezes: 0 (0,0%)
35.C “Com relação aos últimos 6 meses, quantas vezes, aproximadamente, o(a) sr(sra) compareceu a URGÊNCIA/EMERGÊNCIA:	0 (nenhuma vez): 15 (50,0%) 1 vez: 8 (26,7%) 2 vezes: 5 (16,7%) 3 vezes: 1 (3,3%) 4 vezes: 0 (0,0%) 5 vezes: 1 (3,3%) 6 ou mais vezes: 0 (0,0%)
35.D “Com relação aos últimos 6 meses, quantas vezes, aproximadamente, o(a) sr(sra) compareceu a SERVIÇOS DE EXAMES:	0 (nenhuma vez): 7 (23,3%) 1 vez: 9 (30,0%) 2 vezes: 8 (26,7%) 3 vezes: 2 (6,7%) 4 vezes: 0 (0,0%) 5 vezes: 2 (6,7%) 6 ou mais vezes: 2 (6,7%)
35.E “Com relação aos últimos 6 meses, quantas vezes, aproximadamente, o(a) sr(sra) compareceu a OUTRAS ESPECIALIDADES:	0 (nenhuma vez): 7 (23,3%) 1 vez: 9 (30,0%) 2 vezes: 8 (26,7%) 3 vezes: 2 (6,7%) 4 vezes: 0 (0,0%) 5 vezes: 2 (6,7%) 6 ou mais vezes: 2 (6,7%)
36. “Se usou algum serviço, qual? (Se houver mais de um uso nos últimos 06 meses, registrar o último)”	Consulta médica na UBS: 13 (43,3%) Consulta Médica em outro local: 10 (33,3%) Atendimento de outro profissional em outro lugar: 2 (6,7%) Atendimento em urgência e Emergência: 5 (16,7%)

37. “Caso tenha utilizado, ficou satisfeito com o atendimento que recebeu no serviço que usou, respondido na questão anterior? ”	Sim: 26 (86,67%) Não: 4 (13,33%)
38: “O(a) sr(sra) considera que no atendimento prestado pelo profissional de saúde, seu problema foi resolvido? Ainda considerando o atendimento registrado na pergunta 36.”	Sim: 26 (86.7%) Não: 4 (13.3%)

4 DISCUSSÃO

Este estudo avaliou as propriedades de medida de um instrumento elaborado para compreender os fatores determinantes do uso de serviços de saúde por pessoas idosas na Atenção Primária à Saúde. Foram analisadas a confiabilidade intra e inter-avaliadores, a consistência interna e a validade de critério. De modo geral, os resultados apontaram evidências satisfatórias de confiabilidade e consistência interna, ainda que a validade de critério não tenha apresentado correlações estatisticamente significativas, refletindo a ausência de um padrão-ouro consolidado na literatura para essa temática.

A confiabilidade intra-avaliador foi elevada, com Coeficiente de Correlação Intraclass (CCI) variando entre 0,944 a 0,981. Isso demonstra estabilidade na aplicação do instrumento pelo mesmo avaliador em momentos distintos. A confiabilidade inter-avaliador também foi satisfatória, com CCI variando de 0,677 a 0,992, destacando a robustez do instrumento quando aplicado por diferentes avaliadores. O escore total apresentou CCI inter-avaliador de 0,968, considerado excelente (Koo; Li, 2016).

Os achados deste estudo estão alinhados ao procedimento metodológico adotado por Wang et al. (2022) na validação da *Fall Risk Self-Assessment Scale* (FRSAS) em idosos da comunidade. Os autores chineses afirmaram excelente confiabilidade inter-avaliador ($CC\bar{I} (2,1) = 0,967$, similar ao CCI total do questionário do presente estudo ($CC\bar{I} (2,1) = 0,968$). Segundo Pasquali (2013), para garantir interpretações válidas e comparações precisas entre instrumentos ou estudos, é fundamental que o mesmo modelo e definição de CCI sejam utilizados. Do ponto de vista prático, a boa confiabilidade desses instrumentos

assegura que os resultados obtidos sejam reproduutíveis, ou seja, capazes de identificar mudanças de comportamento dos avaliados quando estas ocorrem, condição essencial para utilização do questionário em serviços de saúde.

Uma análise detalhada das propriedades de confiabilidade deste estudo evidencia um desempenho globalmente robusto do instrumento, com Erros Padrão da Medida (EPM) e Mínimas Diferenças Detectáveis (MDD) definidos em patamares considerados ideais nos indicadores por bloco e no escore total, segundo os critérios de aceitabilidade propostos na literatura ($EPM\% \leq 10\%$; $MDD\% \leq 30\%$) (Weir; 2005; Schwenk et al. 2012; Chaves et al., 2023). Na prática, quanto menores os valore de MDD e EPM, mais preciso é o instrumento. Tal resultado indica que, variações modestas nas pontuações podem ser interpretadas como modificações reais e não apenas fruto do erro de medida.

Entretanto, ao aprofundar na análise item a item, observa-se que a pergunta 28, relacionada ao uso da internet para obtenção de informações em saúde, apresentou um comportamento estatístico discrepante, revelando CCI negativo, possivelmente por problemas de interpretação. As diferenças nesse item, portanto, podem ser atribuídas à expressiva desigualdade digital que ainda persiste entre a população idosa brasileira. De acordo com levantamento nacional, 72% dos idosos nunca utilizaram aplicativos e 62% nunca acessaram redes sociais, além de 40% apresentarem dificuldades básicas de leitura e escrita. Essas barreiras impactam diretamente tanto o acesso quanto a compreensão de questões tecnológicas em instrumentos de avaliação (SESC SÃO PAULO; FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2020).

A consistência interna do instrumento, medida pelo alfa de Cronbach, foi satisfatória para o escore total ($\alpha=0,762-0,771$), sendo considerada alta para valores entre 0,75 e 0,90 (Terwee et al., 2007). Esse valor indica correlação adequada entre os itens, confirmando que eles medem o mesmo construto (Tavakol; Dennick, 2011). Este resultado está em consonância com achados de outros estudos conduzidos com pessoas idosas brasileiras, como evidenciado por Luft et al. (2007), que validaram a Escala de Estresse Percebido, e por Beleza et al. (2022), na adaptação do Perfil de Avaliação Institucional Geriátrica. Adicionalmente, Teigão, Moser e Fidalski (2024), na validação da versão brasileira do *Short Portable Mental Status Questionnaire para idosos* (SPMSQ-BR), reforçaram a importância de se considerar esse parâmetro na análise de instrumentos em amostras de pessoas idosas.

Apesar do bom desempenho global, ao analisar separadamente os blocos do instrumento, observa-se que estes apresentam consistência interna mais baixa: Predisponentes ($\alpha \approx 0,358\text{--}0,379$), Capacitantes ($\alpha \approx 0,505\text{--}0,615$) e Necessidades em Saúde ($\alpha \approx 0,552\text{--}0,582$). Essas diferenças podem ser explicadas pela quantidade menor de itens em cada bloco, pela heterogeneidade das dimensões avaliadas ou, ainda, pelo tamanho restrito da amostra (Nunnally; Bernstein, 1994).

Estudos metodológicos ressaltam que valores de alfa entre 0,50 e 0,60, como os alcançados pelos blocos capacitantes e necessidades em saúde, podem ser aceitáveis em fases iniciais de validação, especialmente em instrumentos exploratórios aplicados a populações específicas (DeVellis, 2017). Isso sugere que o instrumento globalmente apresenta desempenho consistente.

A validade de critério não apresentou correlações significativas com os desfechos utilizados como referência. Os coeficientes de Pearson e Spearman variaram entre -0,220 e 0,322, sem valores estatisticamente significativos ($p > 0,05$). Esse resultado pode ser atribuído a diferentes fatores: (i) inexistência de padrão-ouro para avaliar determinantes do uso de serviços de saúde em idosos; (ii) possíveis diferenças conceituais entre o instrumento e os indicadores externos utilizados e (iii) tamanho amostral reduzido ($n=30$), que limita o poder estatístico.

A inexistência de um padrão-ouro consensual e robusto para avaliação dos determinantes do uso de serviços de saúde da população idosa configurou-se um dos principais obstáculos à validação de critério. Como destacado por Souza, Alexandre e Guidardello (2017), a ausência de referências consolidadas compromete a comparação entre medidas, dificultando a demonstração de evidências sólidas de validade. Para contornar essas limitações metodológicas, este estudo recorreu às perguntas de referência utilizadas pelo projeto ICOPE Brasil, que abordam aspectos de acesso, qualidade percebida e satisfação com os serviços de saúde (FERRIOLLI et al., 2023).

No entanto, o uso desses indicadores externos, apesar de reconhecidos, refletem avaliações pontuais e unidimensionais, enquanto o instrumento é de natureza multidimensional. Essa diferença conceitual entre instrumentos, conforme observado por Pasquali (2013), tende a resultar em correlações estatísticas mais baixas ou inexistentes, mesmo quando as temáticas se relacionam. Assim, os resultados encontrados neste estudo, refletem, em parte, a

adaptação necessária diante da falta de referência “Padrão ouro” e, evidenciam as limitações inerentes à avaliação da validade de critério.

Em relação ao tamanho amostral, Martin et al. (2017) investigou, por meio de simulações de Monte Carlo, o impacto do tamanho da amostra na validação psicométrica de instrumentos. Os autores destacam que, especialmente em contextos clínicos e ambientais específicos, dificuldades logísticas tornam recorrentes estudos de validação com amostras abaixo do ideal. Essa realidade é compatível com o cenário do presente estudo, desenvolvido com idosos na Atenção Primária à Saúde, onde limitações operacionais dificultam a entrega de grandes amostras.

Nesse sentido, a ausência de evidências robustas não implica necessariamente na invalidação do instrumento. Pelo contrário, esse cenário sinaliza a importância de aprofundar a investigação, utilizando amostras maiores, e, sempre que possível, critérios externos mais bem conhecidos para comparação. Segundo Terwee et al. (2007), o processo de validação é contínuo e depende da busca constante por evidências que sustentam a aplicabilidade e a precisão do instrumento.

Nesta pesquisa, observou-se que todos as pessoas idosas participantes utilizaram algum serviço de saúde nos últimos seis meses, com predominância da Atenção Primária. A alta taxa de satisfação com o atendimento e percepção positiva quanto à resolução dos problemas em saúde foram registradas. Esses resultados estão em consonância com achados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019, que mostrou crescimento no uso e alta satisfação com os serviços, especialmente na Atenção Primária (Malta et al., 2021; Szwarcwald et al., 2021). Entretanto, a elevada proporção de utilização de serviços de urgência/emergência (50% ao menos uma vez no período) sugere fragilidades na coordenação do cuidado e na resolutividade da APS, aspecto também identificado por Cesário et al. (2021).

São limitações do presente estudo a ausência de um padrão-ouro para análise da validade de critério, o que constitui um desafio frequente em pesquisas desse tipo. Ademais, o tamanho reduzido da amostra indica a necessidade de novas aplicações, com amostras ampliadas, capazes de consolidar as evidências de validade aqui apresentadas. Como pontos fortes, ressalta-se a importância do modelo comportamental de Andersen como referencial teórico norteador deste

instrumento, permitindo a construção de um questionário capaz de abranger, de maneira integrada e estruturada, as diversas dimensões que influenciam o uso de serviços de saúde, contemplando fatores predisponentes, capacitantes e necessidades em saúde, bem como, o desfecho do uso dos serviços, incluindo satisfação, percepção de resolutividade e mudanças efetivas na saúde. Esse diferencial metodológico viabiliza estimar a efetividade e equidade dos sistemas de saúde, promovendo um olhar ampliado sobre o fenômeno e estimulando o desenvolvimento de novos instrumentos e pesquisas ancorados em referenciais teóricos reconhecidos na literatura.

5. CONCLUSÃO

O presente estudo analisou as propriedades de medida do questionário de “Avaliação dos Fatores Determinantes do uso dos serviços de saúde na APS por idosos (DUSSI)”, fundamentado no Modelo Comportamental de Andersen. As descobertas apontaram evidências sólidas de confiabilidade, apresentando alta consistência interna, excelente confiabilidade e erro de medição aceitável, o que reforça a potencialidade do instrumento como ferramenta metodológica e de apoio à gestão em saúde. Entretanto, as descobertas inviabilizaram a confirmação da validade, sobretudo a validade de critério.

O instrumento mostra-se inovador ao integrar dimensões predisponentes, capacitantes e de necessidades em saúde, favorecendo a compreensão dos determinantes do uso dos serviços por pessoas idosas. Sua aplicação pode subsidiar diagnósticos situacionais mais precisos e apoiar gestores e profissionais da Atenção Primária na formulação de estratégias para reduzir barreiras de acesso, promover equidade e garantir cuidado integral à pessoa idosa.

Este estudo inaugura uma agenda promissora de investigações sobre mensuração do uso de serviços de saúde por idosos no Brasil. O avanço na validação do instrumento contribuirá não apenas para o campo científico, mas também para o fortalecimento de políticas públicas voltadas ao envelhecimento digno, saudável e equitativo.

REFERENCIAS

- ANDERSEN, R. M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, v. 36, n. 1, p. 1-10, 1995.
- BELEZA, C. M. F.; REIS, I. A.; FREITAS, F. F. Q.; SOARES, S. M. Validação psicométrica da versão brasileira do Perfil de Avaliação Institucional Geriátrica. *Acta Paul Enferm*, v. 35, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/hnVNfLJTGKVrQKvyKRqk33P/?lang=pt>. Acesso em: 20 set. 2025.
- BERTOLUCCI, P. H. F.; BRUCKI, S. M. D.; CAMPACCI, S. R.; JULIANO, Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0004-282X1994000100001>. Acesso em: 23 jan. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Organização Mundial da Saúde.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf. Acesso em: 22 nov. 2025.
- _____. **Ministério da Saúde.** Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, 2006b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em: 08 jun. 2024.
- _____. **Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em defesa do SUS e da Gestão.** Brasília, 2006c.
- _____. **Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso.** 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- CESÁRIO, V. A. C.; SANTOS, M. M.; MENDES, T. C. O.; SOUZA JUNIOR, P. R. B.; LIMA, K. C. Tendências de acesso e utilização dos serviços de saúde na APS entre idosos no Brasil nos anos 2008, 2013 e 2019. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 9, p. 4033-4044, 2021.
- CHAVES, T. C.; LIMA, T. C.; SPAVIERI, J. H. P.; CLÁUDIO, A. C. J.; PEREIRA, R. B. R.; LIRA, M. R. Como determinar a qualidade de um questionário de acordo com o COnsensus-based Standards for the selection of health Measurement INstruments? Um guia simplificado sobre as propriedades de medida de instrumentos de avaliação – Parte II: validade, responsividade, interpretabilidade e checklist para caracterização da qualidade dos instrumentos. *BrJP*, v. 4, pág. 291-298, out./dez. 2023. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/brjp/a/GRFqTGpszXhWL84qNXspjTk/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 set. 2025.

CUNHA, C. M.; ALMEIDA NETO, O. P.; STACKFLETH, R. Main psychometric evaluation methods of measuring instruments reliability. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 14, n. 49, p. 98-103, 2016. DOI: <https://doi.org/10.13037/rbcs.vol14n49.3671>

DEVELLIS, R. F. **Scale Development: Theory and Applications**. 4. ed. Thousand Oaks: SAGE Publications, 2017. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/600986724/TRADUZIDO-DeVellis-Scale-Development-Theory-and-Applications-4ed-2>. Acesso em: 17 set. 2025.

FERRIOLLI, E.; LOURENÇO, R. A.; OLIVEIRA, V. P.; MELLO, R. G. B.; FERRETTI-REBUSTINI, R. E. L.; FILHO, W. J. Project ICOPE Brazil: a Brazilian older people study of the intrinsic capacity and accuracy of the screening tool proposed by the World Health Organization. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, v. 17, e0230003, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.53886/gga.e0230003>. Acesso em: 20 dez. 2024.

IBGE. **Projeções da População: Brasil e Unidades da Federação**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html>

KOO, T. K.; LI, M. Y. A guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research. **Journal of Chiropractic Medicine**, v. 15, n. 2, p. 155-163, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jcm.2016.02.012>.

LUFT, C. D. B.; SANCHES, S. O.; MAZO, G. Z.; ANDRADE, A. Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. **Revista de Saúde Pública**, v. 4, pág. 606-615, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/bgpXDHZXQXNqVS8JLnLdLhr/>. Acesso em: 20 set. 2025.

MALTA, D. C.; BERNAL, R. T. I.; LIMA, M. G.; SILVA, A. G.; SZWARCWALD, C. L.; BARROS, M. B. A. Desigualdades socioeconômicas relacionadas às doenças crônicas não transmissíveis e suas limitações: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, supl. 2, e210011, 2021.

Acesso em: 10 jun. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210011.supl.2>.

MARTINS, A. B.; D'AVILA, O. P.; HILGERT, J. B; HUGO, F. N. Atenção Primária à Saúde voltada às necessidades dos idosos: da teoria à prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3403-3416, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Bm7LDFY7FzzYstFP6pVqYhH/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 jun. 2024.

MARTIN, C. R.; MARTIN HOLLINS, C. J. Minimum Sample Size Requirements for a Validation Study of the Birth Satisfaction Scale-Revised (BSS-R). **Journal of Nursing and Practice**, v. 1, n. 1, 2017. DOI: 10.36959/545/358. Acesso em: 20 set. 2025.

MOKKINK, L. B.; TERWEE, C. B.; PATRICK, D. L.; ALONSO, J.; STRATFORD, P. W.; KNOL, D. L.; BOUTER, L. M.; DE VET, H. C. W. The COSMIN checklist for assessing the methodological quality of studies on measurement properties of health status measurement instruments: an international Delphi study. **Quality of Life Research**, v. 19, n. 4, p. 539–549, 2010. DOI: 10.1007/s11136-010-9606-8. Acesso em: 2 nov. 2024.

NUNNALLY, J. C.; BERNSTEIN, I. H. **Teoria psicométrica**. 3. ed. Nova York: McGraw-Hill, 1994.

OLIVEIRA, E. W.; OLIVEIRA, M. L. C.; PETTER, J.; SILVA, H. S.; MORAES, C. F.; ALVES, V. P. A realidade do acesso aos serviços de saúde pelos idosos longevos pré-pandemia COVID-19. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 28, p. 1, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.22456/2316-2171.123448>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Aging and health**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 5 fev. 2018. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>. Acesso em: 30 abr. 2024.

PASQUALI, L. **Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

PASQUALI, L. **Psicometria: Teoria dos testes na psicologia e na educação**. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

ROMERO, D.; MAIA, L. **A epidemiologia do envelhecimento: novos paradigmas? Textos para Discussão**, n. 90, Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2022

SCHWENK, M.; GOGULLA, S.; ENGLERT, S.; CZEMPIK, A.; HAUER, K. Test-retest reliability and minimal detectable change of repeated sit-to-stand analysis using one body fixed sensor in geriatric patients. **Physiological Measurement**, v. 33, n. 11, p. 1931–1946, 2012. DOI: 10.1088/0967-3334/33/11/1931.

SESC SÃO PAULO; FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. Pesquisa Idosos no Brasil – 2^a edição 2020. Disponível em:
https://portal.sescsp.org.br/online/artigo/14626_PESQUISA+IDOSOS+NO+BRASIL+2+EDICAO+2020 . Acesso em: 20 set. 2025.

SOUZA, A. C.; ALEXANDRE, N. M. C.; GUIRARDELLO, E. B. Propriedades psicométricas em instrumentos de avaliação de confiabilidade e validade. **Epidemiol. Servir. Saúde**. Brasília, v. 3, pág. 649-659, setembro de 2017. Disponível em
http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742017000300649&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 31 de jan. de 2025.
<http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000300022>.

SOUZA, K. O. C.; TIMMONS, S.; FRACOLLI, L. A. A. Elaboração de um índice para avaliação do acesso de pessoas idosas aos serviços de atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** [periódico na internet], 2023. Disponível em:
<http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/elaboracao-de-um-indice-para-avaliacao-do-acesso-de-pessoas-idosas-aos-servicos-de-atencao-primaria-a-saude/19038?id=19038>. Acesso em: 06 abr. 2024.

SZWARCWALD, C. L.; STOPA, S. R.; DAMACENA, G. N.; ALMEIDA, W. S.; SOUZA JUNIOR, P. R. B.; VIEIRA, M. L. F. P.; PEREIRA, C. A.; SARDINHA, L. M. V.; MACÁRIO, E. M. Mudanças no padrão de utilização de serviços de saúde no Brasil entre 2013 e 2019. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, supl. 1, p. 2515-2528, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Bm7LDFY7FzzYstFP6pVqYhH/?lang=pt>. Acesso em: 14 jan. 2025.

TAVAKOL, M.; DENNICK, R. Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*, v. 2, p. 53-55, 2011. DOI: 10.5116/ijme.4dfb.8dfd.

TEIGÃO, F. C. M.; MOSER, A. D. L.; FIDALSKI, S. Z. K. Avaliação das propriedades psicométricas da versão brasileira do Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) de Pfeiffer. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 27, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/78yNtqhYc63mzM4dB63CF6G/>. Acesso em: 20 conjuntos. 2025.

TERWEE, C. B.; BOT, S. D. M.; DE BOER, M. R.; VAN DER WINDT, D. A. W. M.; KNOL, D. L.; DEKKER, J.; BOUTER, L. M.; DE VET, H. C. W. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *Revista de Epidemiología Clínica*, v. 60, n. 1, pág. 34-42, 2007. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2006.03.012

VERAS, Renato. **País jovem com cabelos brancos: a saúde dos idosos no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2003.

WANG, Z.; RONG, Y.; GU, Li; YANG, Y.; DU, X; ZHOU, Mouwang. Reliability and validity of the fall risk self-assessment scale for community-dwelling older people in China: a pilot study. *BMC Geriatrics*, [S1], v. 22, n. 272, 2022. Disponível em: <https://d-nb.info/1260465462/34>

WEIR, J. P. Quantifying test-retest reliability using the intraclass correlation coefficient and the SEM. *Journal of Strength and Conditioning Research*, v. 19, n. 1, p. 231–240, 2005. DOI: 10.1519/15184.1.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento e a análise das propriedades de medida do instrumento de avaliação dos fatores determinantes do uso de serviços de saúde por pessoas idosas representam não apenas um avanço metodológico, mas também um marco relevante para as práticas em saúde. Trata-se de uma ferramenta que pode ser incorporada à rotina dos serviços, auxiliando gestores, profissionais e pesquisadores a compreenderem, de maneira mais sistemática, como aspectos individuais, sociais e estruturais influenciam o acesso e a utilização da Atenção Primária à Saúde (APS).

Ao evidenciar fatores predisponentes, capacitantes e necessidades de saúde, o instrumento permite identificar barreiras e potenciais facilitadores do cuidado, revelando desigualdades muitas vezes invisibilizadas pelas análises tradicionais. Assim, sua utilização pode subsidiar o planejamento de ações locais e regionais, a alocação mais justa de recursos e a formulação de estratégias voltadas à redução das iniquidades no cuidado à população idosa. No cotidiano das Unidades Básicas de Saúde, sua aplicação pode apoiar o diagnóstico situacional, orientar a organização das equipes e fortalecer práticas que ampliem o vínculo, a longitudinalidade e a integralidade da atenção.

No campo da Saúde Coletiva, a contribuição do instrumento é igualmente significativa. Sua fundamentação no Modelo Comportamental de Andersen assegura consistência teórica e possibilita comparações com outros contextos, nacionais e internacionais. Além disso, a ferramenta dialoga diretamente com princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), como a universalidade, a equidade e a integralidade, reforçando a importância de políticas públicas que reconheçam as especificidades do envelhecimento populacional. Ao permitir a produção de dados confiáveis e comparáveis, o instrumento se torna também um aliado da vigilância em saúde e da avaliação de políticas, ampliando a capacidade de resposta dos serviços frente aos desafios demográficos e epidemiológicos.

Outro aspecto a destacar é o potencial inovador da pesquisa. A ausência, até então, de instrumentos validados para avaliar os determinantes do uso de serviços de saúde entre pessoas idosas no Brasil configurava uma lacuna importante. O presente estudo inaugura um caminho promissor, que poderá ser expandido em investigações futuras com amostras mais amplas e diversificadas. Além disso, sua

utilização em diferentes territórios permitirá compreender desigualdades regionais e sociais, possibilitando a construção de estratégias de cuidado mais adequadas a contextos locais.

Por fim, cabe ressaltar o caráter ético e social desta proposta. Em um país em que o envelhecimento populacional ocorre em meio a profundas desigualdades, instrumentos que contribuem para dar visibilidade às barreiras enfrentadas por pessoas idosas são, também, instrumentos de justiça social. Avaliar, compreender e transformar a forma como esse grupo acessa e utiliza os serviços de saúde é um passo fundamental para garantir não apenas maior eficiência do sistema, mas sobretudo a dignidade e o direito à saúde.

Assim, as contribuições deste estudo ultrapassam o campo acadêmico e apontam para possibilidades concretas de transformação nas práticas de cuidado. O instrumento aqui analisado não deve ser visto apenas como uma ferramenta metodológica, mas como uma tecnologia social capaz de fortalecer a APS, orientar políticas públicas e contribuir para a construção de um sistema de saúde mais justo, inclusivo e sensível às necessidades da população idosa.

REFERÊNCIAS

ALBERNAZ CB, AFONSECA KR, SANTOS PH, TAVARES DM, BOLINA AF. Acesso e uso de serviços de saúde por idosos segundo a vulnerabilidade social. *Enferm Foco*. 2023;e-202376. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2023.v14.e-202376>. Acesso em: 18 jun. 2024

ALEXANDRE, L. M.; COLUCI, M. Z. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011.

ALMEIDA, A. P. S. C.; NUNES, B. P.; DURO, S. M. S.; FACCHINI, L. A. Determinantes socioeconômicos do acesso a serviços de saúde em idosos: revisão sistemática. *Revista de Saúde Pública*, v. 51, p. 50, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006661>. Acesso em: 01 fev. 2025.

ALVES, G. S. B.; PARENTE, R. C. P.; HERKRATH, F. J. Uso dos serviços de saúde por pessoas idosas em áreas rurais e urbanas do Brasil. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 27, 2024. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562024027.230121.pt>. Acesso em: 30 nov. 2024.

ALVES, M. M. S. *Vulnerabilidade às IST/AIDS: desenvolvimento e validação de um instrumento de avaliação inspirado nas questões sociocientíficas*. 2019.

Dissertação (Mestrado em Ensino de Ciências e Matemática) – Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, SE, 2019. Disponível em: <https://ri.ufs.br/handle/riufs/11153>. Acesso em: 18 jun. 2024.

ANDERSEN, R.; NEWMAN, J.F. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Mem Fund Q*, v. 51, p. 95-124, 1973.

ANDERSEN, R. M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, v. 36, n. 1, p. 1-10, 1995.

BARROS, M. B. de A. Inquéritos domiciliares de saúde: potencialidades e desafios. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 11, n. supl 1, p. 6-19, maio 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2008000500002>. Acesso em: 2 fev. 2025.

BECKER, M. H. The health belief model and personal health behavior. *Health Education Monographs*, v. 2, n. 4, p. 324-473, 1974.

BELEZA, C. M. F.; REIS, I. A.; FREITAS, F. F. Q.; SOARES, S. M. Validação psicométrica da versão brasileira do Perfil de Avaliação Institucional Geriátrica. *Acta Paul Enferm*, v. 35, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/hnVNfLJTGKvRQKqk33P/?lang=pt>. Acesso em: 20 set. 2025.

BENTUR, N.; HEYMANN, A. D. Depressive symptoms and use of health services among older adults in Israel. *Israel Journal of Health Policy Research*, v. 9, n. 1, p. 15, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13584-020-00374-5>. Acesso em: 2 nov. 2024.

BERTOLUCCI, P. H. F.; BRUCKI, S. M. D.; CAMPACCI, S. R.; JULIANO, Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0004-282X1994000100001>. Acesso em: 23 jan. 2024.

BIBIANO, A.M. B.; MOREIRA, R. S.; TENÓRIO, M. M. G. O.; SILVA, V. L. Fatores associados à utilização dos serviços de saúde por homens idosos: uma revisão sistemática da literatura. *Cien Saude Colet*, v. 24, n. 6, p. 2263-2278, 2019. Acesso em: 28 abr. 2024.

BITTENCOURT, H. R.; CREUTZBERG, M.; RODRIGUES, A. C. M.; CASARTELLI, A. O.; FREITAS, A. L. S. Desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliação de disciplinas na educação superior. *Estudos em Avaliação Educacional*, São Paulo, v. 22, n. 48, p. 91-114, jan./abr. 2011. Disponível em: <https://www.fcc.org.br/pesquisa/publicacoes/eae/arquivos/1630/1630.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2024.

BRASIL. *Diretrizes para o cuidado da pessoa idosa no SUS: proposta de modelo de atenção integral*. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf.

_____. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2008**. Disponível em:
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?pnad2008/pnad.def>. Acesso em: jun. 2024.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n° 2.528**, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, 2006b. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em: 08 jun. 2024.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em defesa do SUS e da Gestão**. Brasília, 2006c.

CARNEIRO, J. L. S.; AYRES, J. R. C. M. Saúde do idoso e atenção primária: autonomia, vulnerabilidades e os desafios do cuidado. **Revista de Saúde Pública**, v. 55, p. 29, 2021. DOI: 10.11606/s1518-8787.2021055002856.

CESÁRIO, V. A. C.; SANTOS, M. M.; MENDES, T. C. O.; SOUZA JUNIOR, P. R. B.; LIMA, K. C. Tendências de acesso e utilização dos serviços de saúde na APS entre idosos no Brasil nos anos 2008, 2013 e 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 9, p. 4033-4044, 2021.

CHAVES, T. C.; LIMA, T. C.; SPAVIERI, J. H. P.; CLÁUDIO, A. C. J.; PEREIRA, R. B. R.; LIRA, M. R. Como determinar a qualidade de um questionário de acordo com o COnsensus-based Standards for the selection of health Measurement INstruments? Um guia simplificado sobre as propriedades de medida de instrumentos de avaliação – Parte II: validade, responsividade, interpretabilidade e checklist para caracterização da qualidade dos instrumentos. BrJP, v. 4, pág. 291-298, out./dez. 2023. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j;brjp/a/GRFqTGpszXhWL84qNXspjTk/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 set. 2025.

COSTA, L. V. F. C. **Cuidado à saúde do idoso na atenção primária: uma proposta de mudança para assistência integral**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2021. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/51915>.

CUNHA, C. M.; ALMEIDA NETO, O. P.; STACKFLETH, R. Main psychometric evaluation methods of measuring instruments reliability. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 14, n. 49, p. 98-103, 2016. DOI:
<https://doi.org/10.13037/rbcs.vol14n49.3671>

DANTAS, M. N. P.; SOUZA, D. L. B.; SOUZA, A. M. G.; AIQUOC, K. M.; SOUZA, T. A. de; BARBOSA, I. R. Fatores associados ao acesso precário aos serviços de

saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210004>. Acesso em: 20 ago. 2024.

D'AVILA, O. P.; CHISINI, L. A.; COSTA, F. S.; CADEMARTORI, M. G.; CLEFF, L. B.; CASTILHOS, E. D. Utilização dos serviços de saúde e Estratégia Saúde da Família: cobertura da população domiciliar no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 9, p. [incluir intervalo de páginas], set. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.1178202>. Acesso em: 12 set. 2024.

DEVELLIS, R. F. **Scale Development: Theory and Applications**. 4. ed. Thousand Oaks: SAGE Publications, 2017. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/600986724/TRADUZIDO-DeVellis-Scale-Development-Theory-and-Applications-4ed-2>. Acesso em: 17 set. 2025.

DUTTON, D. Financial, organizational and professional factors affecting health care utilization. **Social Science & Medicine**, v. 23, p. 721-735, 1986. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(86\)90121-8](https://doi.org/10.1016/0277-9536(86)90121-8). Acesso em: 20 ago. 2024.

EVANS, R. G.; STODDART, G. L. Producing health, consuming health care. **Social Science & Medicine**, v. 31, n. 12, p. 1347-1363, 1990.

EVASHWICK, C.; ROWE, G.; DIEHR, P.; BRANCH, L. Factors explaining the use of health care services by the elderly. **Health Services Research**, v. 19, n. 3, p. 357-382, ago. 1984. PMID: 6746297; PMCID: PMC1068819. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1068819/>. Acesso em: 31 jan. 2025.

FERREIRA, L. S.; MOREIRA, L. R.; PALUDO, S. S.; MEUCCI, R. D. Access to Primary Health Care by older adults from rural areas in Southern Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 149, 2020. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/123456>. Acesso em: 20 nov. 2024.

FERRIOLLI, E.; LOURENÇO, R. A.; OLIVEIRA, V. P.; MELLO, R. G. B.; FERRETTI-REBUSTINI, R. E. L.; FILHO, W. J. Project ICOPE Brazil: a Brazilian older people study of the intrinsic capacity and accuracy of the screening tool proposed by the World Health Organization. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, v. 17, e0230003, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.53886/gga.e0230003>. Acesso em: 20 dez. 2024.

GAGNIER, J. J. *et al.* COSMIN reporting guideline for studies on measurement properties of patient-reported outcome measures: version 2.0. **Quality of Life Research**, [S.I.], v. 34, p. 1–20, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11136-025-03950-x>. Acesso em: 21 abr. 2025.

GONTIJO, T. G.; OLIVEIRA, B. C. V. de; DIAS, A. L. F.; HINO, P.; FREITAS, G. L.; LANA, F. C. F. Pessoas em situação de rua: fatores para utilização de serviços de saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 37, eAPE0000186, set. 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/yVWYY8HQxXN9NFynbTdxThL/?lang=pt>. Acesso em: 16 jan. 2025.

GELBERG, L.; ANDERSEN, R. M.; LEAKE, B. D. The Behavioral Model for Vulnerable Populations: application to medical care use and outcomes for homeless people. **Health Services Research**, v. 34, n. 6, p. 1273–1302, 2000.

GUEDES, M. B. O. G.; LIMA, K. C.; CALDAS, C. P.; VERAS, R. P. Apoio social e o cuidado integral à saúde do idoso. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 124-139, out./dez. 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000400017>>. Acesso em: 10 out. 2024.

HORA, H. R. M.; MONTEIRO, G. T. R.; ARICA, J. Confiabilidade em Questionários para Qualidade: Um estudo com o Coeficiente Alfa de Cronbach. *Produto & Produção*, v. 11, n. 2, p. 85-103, 2010.

IBGE. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2021: características gerais dos domicílios e dos moradores*. Instituto Brasileiro de Geografia <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/17-pnad-continua.html.html>.

IBGE. *Projeções da População: Brasil e Unidades da Federação*. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projicao-da-populacao.html>

JESUS, E. M. S. *Desenvolvimento e validação de conteúdo de um instrumento para avaliação da assistência farmacêutica em hospitais de Sergipe*. 152 p. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão-SE, 2013. Disponível em: https://ri.ufs.br/bitstream/riufs/3950/1/ELISDETE_MARIA_SANTOS_JESUS.pdf. Acesso em: 20 jun. 2024.

KOO, T. K.; LI, M. Y. A guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research. *Journal of Chiropractic Medicine*, v. 15, n. 2, p. 155-163, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jcm.2016.02.012>.

LEE, T. Y.; WILLEMS, S.; VYTERHOVEN, C.; DETOLLENAERE, J. The Andersen model of health service use: a scoping review of the scholarly literature from 1973 to 2020. *BMJ Open*, [S.I.], v. 11, n. 5, p. e045018, 2021. Disponível em: <https://bmjopen.bmjjournals.com/content/11/5/e045018>. Acesso em: 14 jan. 2025.

LEVESQUE, J.F.; HARRIS, M. F.; RUSSELL, G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, v. 12, p. 18, 2013. Disponível em: <http://www.equityhealthj.com/content/12/1/18>. Acesso em: 01 nov. 2024.

LIMA, R. R. T.; COSTA, M. V.; CASTRO, J. L. Identificando necessidades e possíveis soluções: com a palavra, pessoas idosas na Atenção Primária à Saúde. *Saúde em Debate*, v. 42, n. 119, out./dez. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811915>. Acesso em: 17 nov. 2024.

LONG, C.; WANG, R.; FENG, D.; JI, L.; FENG, Z.; TANG, S. Social support and health services use in people aged over 65 years migrating within China: A cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 17, n. 13, p. 4651, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph17134651>. Acesso em: 2 nov. 2024.

LUFT, C. D. B.; SANCHES, S. O.; MAZO, G. Z.; ANDRADE, A. Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. *Revista de Saúde*

Pública, v. 4, pág. 606-615, 2007. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rsp/a/bgpXDHZXQXNqVS8JLnLdLhr/>. Acesso em: 20 set. 2025.

LYONS, N.; BHAGWANDEEN, B. Examining healthcare needs and decisions to seek health services among Venezuelan migrants living in Trinidad and Tobago using Andersen's Behavioral Model. **Frontiers in Public Health**, v. 11, p. 1212825, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1212825>. Acesso em: 2 nov. 2024.

MACINKO, J.; ANDRADE, F. B.; SOUZA JUNIOR, P. R. B.; LIMA-COSTA, M. F. Primary care and healthcare utilization among older Brazilians (ELSI-Brazil). **Revista de Saúde Pública**, v. 52, Suppl. 2, p. 6s, 2018. Disponível em:
<https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000595>. Acesso em: 01 fev. 2025.

MAH, J. C.; STEVENS, S. J.; KEEFE, J. M.; ROCKWOOD, K.; ANDREW, M. K. Social factors influencing utilization of home care in community-dwelling older adults: a scoping review. **BMC Geriatrics**, 2021 Feb 27; v. 21, p. 145. DOI: 10.1186/s12877-021-02069-1. Disponível em:
<https://bmcbiogeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-021-02069-1>

MALLMANN, D. G.; GALINDO NETO, N. M.; SOUSA, J. C.; VASCONCELOS, E. M. R. Educação em saúde como principal alternativa para promover a saúde do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1797-1806, jun. 2015. DOI: 10.1590/1413-81232015206.02382014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.02382014>. Acesso em: 20 nov. 2024.

MALTA, D. C.; BERNAL, R. T. I.; LIMA, M. G.; SILVA, A. G.; SZWARCWALD, C. L.; BARROS, M. B. A. Desigualdades socioeconômicas relacionadas às doenças crônicas não transmissíveis e suas limitações: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, supl. 2, e210011, 2021. Acesso em: 10 jun. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210011.supl.2>.

MARTINS, Y. S.T. O papel da UBS no contexto do envelhecimento. **ARES - Acervo de Recursos Educacionais em Saúde**, 2014. Disponível em:
<https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/24358/1/YAPONIRA%20SOARES%20TORRES%20MARTINS.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2024.

MARTINS, A. B.; D'AVILA, O. P.; HILGERT, J. B; HUGO, F. N. Atenção Primária à Saúde voltada às necessidades dos idosos: da teoria à prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3403-3416, 2014. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csc/a/Bm7LDFY7FzzYstFP6pVqYhH/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 jun. 2024.

MARTIN, C. R.; MARTIN HOLLINS, C. J. Minimum Sample Size Requirements for a Validation Study of the Birth Satisfaction Scale-Revised (BSS-R). **Journal of Nursing and Practice**, v. 1, n. 1, 2017. DOI: 10.36959/545/358. Acesso em: 20 set. 2025.

MEDEIROS, S. G.; MORAIS, F. R. R. Organização dos serviços na atenção à saúde da idosa: percepção de usuárias. **Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, n. 52, p. 109-119, 2015. DOI: 10.1590/1807-57622015.0181.

MOKKINK, L. B.; TERWEE, C. B.; PATRICK, D. L.; ALONSO, J.; STRATFORD, P. W.; KNOL, D. L.; BOUTER, L. M.; DE VET, H. C. W. The COSMIN checklist for assessing the methodological quality of studies on measurement properties of health status measurement instruments: an international Delphi study. **Quality of Life Research**, v. 19, n. 4, p. 539–549, 2010. DOI: 10.1007/s11136-010-9606-8. Acesso em: 2 nov. 2024.

MOKKINK, L. B; PRINSEN, C. A. C; BOUTER, L. M.; de VET, H. V. W; TERWEE, C. B. The Consensus-based Standards for the Selection of Health Measurement Instruments (COSMIN) and how to select an outcome measurement instrument. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, v. 20, n. 2, mar./abr. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/bjpt-rbf.2014.0143>. Acesso em: 2 nov. 2024.

NASCIMENTO, L. C.; VIEGAS, S. M. F.; MENEZES, C.; RIOS, G. R.; SANTOS, T. R. O SUS na vida dos brasileiros: assistência, acessibilidade e equidade no cotidiano de usuários da Atenção Primária à Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 3, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300330>. Acesso em: 02 fev. 2025

NUNNALLY, J. C.; BERNSTEIN, I. H. **Teoria psicométrica**. 3. ed. Nova York: McGraw-Hill, 1994.

OLIVEIRA, E. W.; OLIVEIRA, M. L. C.; PETTER, J.; SILVA, H. S.; MORAES, C. F.; ALVES, V. P. A realidade do acesso aos serviços de saúde pelos idosos longevos pré-pandemia COVID-19. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 28, p. 1, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.22456/2316-2171.123448>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Aging and health**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 5 fev. 2018. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>. Acesso em: 30 abr. 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Portfólio: Programas baseados em evidência para um cuidado integrado e centrado para a pessoa idosa na atenção primária à saúde**. Washington, D.C.: Organização Pan-Americana da Saúde, 2022. ISBN 978-92-75-72581-8 (PDF). Disponível em: <https://www.paho.org>. Acesso em: 30 abr. 2024.

PASQUALI, L. **Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

Pasquali, L. **Psicometria: Teoria dos testes na psicologia e na educação**. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

PAVÃO, A. L. B.; COELI, C. M. Modelos teóricos do uso de serviços de saúde: conceitos e revisão. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 471-482, 2008.

PEREIRA, J. et al. Desigualdade no acesso aos serviços de saúde: uma análise crítica. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, p. 1-10, 2019.

PILLATTI, L. A.; PEDROSO, B.; GUTIERREZ, G. L. Propriedades psicométricas de instrumentos de avaliação: um debate necessário. **R.B.E.C.T.**, v. 3, n. 1, p.81-91, jan-abr. 2010

PILGER; MENON; MATHIAS. Utilização de serviços de saúde por idosos vivendo na comunidade. **Revista Esc. Enferm. USP**, 2013; v. 47, n. 1, p. 213-220. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp/.

PLICHTA, S. B.; KELVIN, E. A. **Munro's statistical methods for health care research**. 6. ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2013.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POLITI, R. Desigualdade na utilização de serviços de saúde entre adultos: uma análise dos fatores de concentração da demanda. **Economia Aplicada**, v. 1, pág. 117-137, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eco/a/4bzscCK7XFtrZxjHjD3xgxR/>. Acesso em: 10 mar. 2024.

PORTNEY, L. G. **Foundations of Clinical Research: Applications to Evidence-Based Practice**. 4. ed. Philadelphia: FA Davis, 2020.

SAWYER, DO; LEITE, IC; ALEXANDRINO, R. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, pág. 757-776, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/KZJdDrXLB9JgxPqhYGtXrzM/>. Acesso em: 20 abr. 2024.

PREFEITURA MUNICIPAL DE JUIZ DE FORA. Página oficial. Juiz de Fora: Prefeitura Municipal, [20--]. Disponível em: <https://www.pjf.mg.gov.br>. Acesso em: 21 abr. 2025.

RAYMUNDO, V.P. Construção e validação de instrumentos. **Letras de Hoje**, Porto Alegre, v. 44, n. 3, p. 86-93, jul./set. 2009.

REICHENHEIM, D. W.; MELO, E. C. P.; LIMA-COSTA, M. F.; et al. Primary care and healthcare utilization among older Brazilians (ELSI-Brazil). **Revista de Saúde Pública**, v. 52, supl. 2, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/MzqWJmcVG3gBXnqgghxvr8c/>. Acesso em: 31 jan. 2025.

ROMERO, D.; MAIA, L. **A epidemiologia do envelhecimento: novos paradigmas? Textos para Discussão**, n. 90, Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2022.

SANDBERG, M.; KRISTENSSON, J.; MIDLÖV, P.; FAGERSTRÖM, C.; JAKOBSSON, U. Prevalence and predictors of healthcare utilization among older people (60+): Focusing on ADL dependency and risk of depression. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 54, n. 3, p. e349-e363, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.archger.2012.02.006>. Acesso em: 20 nov. 2024.

SCHWENK, M.; GOGULLA, S.; ENGLERT, S.; CZEMPIK, A.; HAUER, K. Test-retest reliability and minimal detectable change of repeated sit-to-stand analysis using one body fixed sensor in geriatric patients. **Physiological Measurement**, v. 33, n. 11, p. 1931–1946, 2012. DOI: 10.1088/0967-3334/33/11/1931.

SESC SÃO PAULO; FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. Pesquisa Idosos no Brasil – 2^a edição 2020. Disponível em: https://portal.sescsp.org.br/online/artigo/14626_PESQUISA+IDOSOS+NO+BRASIL+2+EDICAO+2020. Acesso em: 20 set. 2025.

SILVA, L. S.; OLIVEIRA, S. M. A.; BATISTON, A. P.; MEDEIROS, A. A. A qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva da pessoa idosa: a realidade de um município do Brasil Central. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 28, n. e240132, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562024028.230239>. Acesso em: 2 fev. 2025.

SILVA, M. A.; PEREIRA, J. C. Fragilidade entre idosos e percepção de problemas em indicadores de atributos da atenção primária à saúde: resultados do ELSI-Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 39, n. 1, e015121, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00255420>. Acesso em: 02 fev. 2025.

SIM, J.; WRIGHT, C. C. The kappa statistic in reliability studies: use, interpretation, and sample size requirements. **Physical Therapy**, v. 85, n. 3, p. 257-268, 2005. DOI: 10.1093/ptj/85.3.257.

SOUZA, A. C.; ALEXANDRE, N. M. C.; GUIRARDELLO, E. B. Propriedades psicométricas em instrumentos de avaliação de confiabilidade e validade. **Epidemiol. Servir. Saúde**. Brasília, v. 3, pág. 649-659, setembro de 2017. Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742017000300649&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 de jan. de 2025. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000300022>.

SOUZA, K. O. C.; TIMMONS, S.; FRACOLLI, L. A. A. Elaboração de um índice para avaliação do acesso de pessoas idosas aos serviços de atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** [periódico na internet], 2023. Disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/elaboracao-de-um-indice-para-avaliacao-do-acesso-de-pessoas-idosas-aos-servicos-de-atencao-primaria-a-saude/19038?id=19038>. Acesso em: 06 abr. 2024.

SPERLING, S. G.; COSER, J.; CARDOSO, S. M. M. Processo de validação de instrumento de pesquisa: um relato de experiência. In: **MOSTRA DE TRABALHOS DA GRADUAÇÃO E PÓS-GRADUAÇÃO**, 2018, Cruz Alta. **Anais** [...]. Cruz Alta: UNICRUZ, 2018. Disponível em: <https://home.unicruz.edu.br/mercosul/pagina/anais/2018/3%20-Mostra%20de%20Trabalhos%20da%20Gradua%C3%A7%C3%A3o%20e%20P%C3%B3s-Gradua%C3%A7%C3%A3o/Trabalhos%20Completos/PROCESSO%20DE%20VALIDA%C3%87%C3%83O%20DE%20INSTRUMENTO%20DE%20PESQUISA%20UM%20RELATO%20DE%20EXPERI%C3%8ANCIA.pdf>. Acesso em: 31 jan. 2025.

STOPA, S.R.; MALTA, D.C.; MONTEIRO, C. N. SZWARCWALD, C. L; GOLDBAUM, M.; CÉSAR, C. L. G.. Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, supl. 1. <https://doi.org/10.15/S1518-8787.2017051000074>. Acesso em: 14 jan. 2025.

SZWARCWALD, C. L.; STOPA, S. R.; DAMACENA, G. N.; ALMEIDA, W. S.; SOUZA JUNIOR, P. R. B.; VIEIRA, M. L. F. P.; PEREIRA, C. A.; SARDINHA, L. M. V.; MACÁRIO, E. M. Mudanças no padrão de utilização de serviços de saúde no Brasil entre 2013 e 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, supl. 1, p. 2515-2528, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Bm7LDFY7FzzYstFP6pVqYhH/?lang=pt>. Acesso em: 14 jan. 2025.

TAVAKOL, M.; DENNICK, R. Making sense of Cronbach's alpha. **International Journal of Medical Education**, v. 2, p. 53-55, 2011. DOI: 10.5116/ijme.4dfb.8dfd.

TEIGÃO, F. C. M.; MOSER, A. D. L.; FIDALSKI, S. Z. K. Avaliação das propriedades psicométricas da versão brasileira do Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) de Pfeiffer. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 27, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/78yNtqhYc63mzM4dB63CF6G/>. Acesso em: 20 set. 2025.

TERWEE, C. B.; BOT, S. D. M. ; DE BOER, M. R.; VAN DER WINDT, D. A. W. M.; KNOL, D. L.; DEKKER, J.; BOUTER, L. M. ; DE VET, H. C. W. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. **Revista de Epidemiologia Clínica**, v. 60, n. 1, pág. 34-42, 2007. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2006.03.012

TOSTES, M. et al. A pessoa idosa na Atenção Primária à Saúde: desafios e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 8, p. 2117-2126, 2012.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, Sup 2, p. S190-S198, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800014>

WANG, Z.; RONG, Y.; GU, Li; YANG, Y.; DU, X; ZHOU, Mouwang. Reliability and validity of the fall risk self-assessment scale for community-dwelling older people in China: a pilot study. **BMC Geriatrics**, [S1], v. 22, n. 272, 2022. Disponível em: <https://d-nb.info/1260465462/34>

WEIR, J. P. Quantifying test-retest reliability using the intraclass correlation coefficient and the SEM. **Journal of Strength and Conditioning Research**, v. 19, n. 1, p. 231–240, 2005. DOI: 10.1519/15184.1.

WINGERTER, D. G.; BRAGA, B. F.; SANTOS, C. D. P.; SILVA JUNIOR, D. do N.; BRITO, E. W. G.; LYRA, C. de O.; MOURA, L. K. B.; BARBOSA, I. A pessoa idosa na Atenção Primária à Saúde: um estudo bibliométrico da produção científica internacional. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 43, 2021. DOI: 10.5712/rbmfc16(43)2452. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2452>. Acesso em: 14 jan. 2025.

YANG, P.Q.; HWANG, S. H. Explaining Immigrant Health Service Utilization: A Theoretical Framework. **SAGE Open**, v. 2, pág. 1-15, 2016. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2158244016648137>. Acesso em: 20 jun. 2024.

**APÊNDICE - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(TCLE)**



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidar você a participar como voluntário (a) da pesquisa "AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE INTRÍNSECA E USO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA ENTRE IDOSOS". O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é verificar como está a utilização do serviço de saúde pelos idosos e sua relação com a Capacidade Intrínseca dos idosos. Nesta pesquisa pretendemos avaliar pessoas com idade acima de 60 anos atendidos pelas Unidades de Atenção Primária à Saúde, verificando como está o uso desta população aos serviços de saúde, através de um questionário construído pelos pesquisadores e instrumentos validados.

Caso você concorde em participar, vamos fazer as seguintes atividades com você: faremos perguntas que abordem aspectos pessoais, sociais, questões sobre sua saúde, sobre a unidade que você utiliza e satisfação com o uso do serviço de saúde. Também vamos avaliar sua capacidade intrínseca por avaliações simples de seus sentidos, memória e caminhada. Esta pesquisa tem alguns riscos, como por exemplo, a exposição das respostas dadas, que são os mesmos do dia a dia, uma vez que utilizaremos perguntas como aquelas que poderiam ser feitas em exames de rotina em uma visita a um profissional de saúde. Mas, para diminuir a chance desses riscos acontecerem, garantiremos seu anonimato. Todas as respostas e dados serão confidenciais, uma vez que você receberá um número de identificação ao participar do estudo e seu nome nunca será revelado. A pesquisa pode ajudar os profissionais da área de saúde e gestores do sistema público a entender como está a sua capacidade e como utiliza os serviços de saúde e se elas estão associadas, buscando assim contribuir para a saúde da população idosa.

Para participar deste estudo você não vai ter nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, se você tiver algum dano por causadas atividades que fizermos com você nesta pesquisa, você tem direito a buscar indenização. Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Mesmo que você queira participar agora, você pode voltar atrás ou parar de participar a qualquer momento. A sua participação é voluntária e o fato de não querer participar não vai trazer qualquer penalidade ou mudança na forma em que você é atendido (a). O pesquisador não vai divulgar seu nome. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos. Decorrido este tempo, o pesquisador avaliará os documentos para a sua destinação final, de acordo com a legislação vigente. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução N° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Declaro que concordo em participar da pesquisa e que me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 20____

Assinatura do Participante

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

Nome do Pesquisador Responsável: Profª Drª Silvia Lanzotti Azevedo da Silva
 Faculdade/Departamento/Instituto: Faculdade de Medicina/ Departamento de Saúde Coletiva/ Núcleo de Aperfeiçoamento, Treinamento e Estudos em Saúde (NATES)/ Universidade Federal de Juiz de Fora
 Avenida Eugênio do Nascimento s/n, Bairro Dom Bosco, CEP: 36036-600
 Fone: (35)99177-6155
 E-mail: silviafisiol@yahoo.com.br

Rubrica do Participante de pesquisa ou responsável:
 Rubrica do pesquisador:

O CEP avalia protocolos de pesquisa que envolve seres humanos, realizando um trabalho cooperativo que visa, especialmente, a proteção dos participantes de pesquisa do Brasil. Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:
 CEP - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - UFF
 Campus Universitário da UFF
 Pro-Retora de Pós-Graduação e Pesquisa
 CEP 36036-900
 Fone: (32) 2102-3788 / E-mail: cep.prop@uff.br

1

Digitalizado com CamScanner

ANEXO - TERMO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Titulo da Pesquisa: Avaliação da capacidade intrínseca e uso de serviços de saúde na Atenção Primária entre idosos

Pesquisador: Silvia Lanzotti

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 75308823.4.0000.5147

Instituição PropONENTE: NATES - NÚCLEO DE ASSESSORIA, TREINAMENTO E ESTUDOS EM SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.703.082

Apresentação do Projeto:

As informações foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa.

"Estudo epidemiológico observacional, analítico, do tipo transversal, com idosos da região sul da cidade de Juiz de Fora, MG, adscritos à duas Unidades de Atenção Primária à Saúde".

Objetivo da Pesquisa:

As informações foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa.

"Objetivo Primário: Verificar associação entre a Capacidade Intrínseca e a utilização do serviço de saúde da população idosa adscrita a duas Unidades Básicas de Saúde de Juiz de Fora/ MG.

Objetivo Secundário: Construir e validar um instrumento de avaliação do uso dos serviços de saúde pela população idosa, com base no Modelo Teórico de Andersen; Verificar a validade e confiabilidade do questionário elaborado na pesquisa, para avaliação do uso do serviço de saúde por parte da população estudada; Descrever o perfil socioeconômico, demográfico, de condições de saúde e de utilização dos serviços de saúde da população idosa avaliada; Avaliar a capacidade intrínseca e seus componentes em idosos, através da Ferramenta de Triagem do ICOPE; Verificar quais domínios da capacidade intrínseca tem maior relação com a utilização dos serviços de saúde; Verificar possíveis associações entre a capacidade intrínseca e o uso dos serviços de saúde, dentro de um modelo completo de uso dos serviços".

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N	CEP: 36.036-900
Bairro: SAO PEDRO	
UF: MG	Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788	E-mail: cep.prop@ufjf.br



Continuação do Parecer: 6.703.082

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

As informações foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa.

Riscos: A parte da validação com os especialistas será feita de forma remota, também oferecendo riscos mínimos aos participantes. Para garantir o anonimato, todas as respostas e dados serão confidenciais e para isso, o participante receberá um número de identificação e seu nome nunca será revelado. Quando os resultados da pesquisa forem divulgados em qualquer evento ou revista científica, o indivíduo não será identificado, uma vez que os resultados finais serão apresentados de forma agregada, caracterizando o grupo de participantes do estudo. A pesquisa pode ser classificada com risco mínimo também ao idoso, ou seja, ao participar da projeto os participantes estarão sujeitos aos mesmos riscos do dia a dia, uma vez que a proposta para o estudo envolve apenas instrumentos e testes simples, como aqueles que poderiam ser feitos em exames de rotina em uma visita ao médico ou psicólogo. Todos os testes de desempenho físico propostos pelo Icope serão feitos sob supervisão do pesquisador, que ficará próximo ao idoso, oferecendo segurança na realização.

Benefícios: Por se tratar de um estudo de investigação, as informações coletadas podem não gerar benefícios diretos aos participantes da pesquisa, mas podem contribuir para que os profissionais da área de saúde e gestores do sistema público entendam condições de saúde desta população específica, e como esta utiliza os serviços de saúde e se esses dois fatores estão associados, buscando assim contribuir para a melhoria do cuidado em saúde da população idosa".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, apresenta o tipo de estudo, número de participantes, critério de inclusão e exclusão, forma de recrutamento. As referências bibliográficas são atuais, sustentam os objetivos do estudo e seguem uma normatização. O cronograma mostra as diversas etapas da pesquisa, além de mostra que a coleta de dados ocorrerá após aprovação do projeto pelo CEP. O orçamento lista a relação detalhada dos custos da pesquisa que serão financiados com recursos próprios conforme consta no campo apoio financeiro. A pesquisa proposta está de acordo com as normas definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens IV.6, II.11 e XI.2; e e na Norma Operacional CNS 001 de 2013, Itens: 3.4.1-6, 8, 9, 10 e 11; 3.3 - f; combinadas com o Manual Operacional para CEPS Item: VI - c.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO

Endereço:	JOSE LOURENCO KELMER SIN	CEP:	36.036-900
Bairro:	SAO PEDRO		
UF:	MG	Município:	JUIZ DE FORA
Telefone:	(32)2102-3788	E-mail:	cep.propp@ufjf.br



Continuação do Parecer: 6.703.082

devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as disposições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as normas definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a, b, d, e, f, g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com o que prevê o Manual Operacional para CEPs. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com a regulamentação definida na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

Recomendações:

Enviar ao CEP/UFJF Relatório Final da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecidos na Res. 466/12 CNS e Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: 31/12/2028.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJECTO_2212378.pdf	28/02/2024 08:42:23		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado_Ajustado_2.pdf	28/02/2024 08:41:37	Silvia Lanzotti	Aceito

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N	CEP: 36.036-900
Bairro: SAO PEDRO	Município: JUIZ DE FORA
UF: MG	
Telefone: (32)2102-3788	E-mail: cep.prepp@ufjf.br



Continuação do Parecer 6.703.082

Outros	Instrumento_Especialistas.pdf	26/10/2023 13:39:18	Silvia Lanzotti	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto_Aassinada.pdf	26/10/2023 13:38:52	Silvia Lanzotti	Aceito
Outros	ProjetoCOPEBrasil_Instrumento.pdf	26/10/2023 12:30:52	Silvia Lanzotti	Aceito
Outros	Intrumento_UsoServicos_Idosos.pdf	26/10/2023 12:30:16	Silvia Lanzotti	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_Sigilo_Confidentialidade.pdf	26/10/2023 12:29:08	Silvia Lanzotti	Aceito
Outros	Lattes_LeandroBernardo.pdf	27/09/2023 17:04:45	Silvia Lanzotti	Aceito
Outros	Lattes_SilviaLanzotti.pdf	27/09/2023 17:04:10	Silvia Lanzotti	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_Infraestrutura_PJF.pdf	12/09/2023 13:18:46	Silvia Lanzotti	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Idosos.pdf	12/09/2023 13:17:57	Silvia Lanzotti	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Especialistas.pdf	12/09/2023 13:17:45	Silvia Lanzotti	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 14 de Março de 2024

Assinado por:
Patricia Aparecida Baumgratz de Paula
(Coordenador(a))

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N	CEP: 36.006-000
Bairro: SAO PEDRO	Município: JUIZ DE FORA
UF: MG	
Telefone: (32)2102-3788	E-mail: osp.propp@ufjf.br