



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DA VITÓRIA

NYCOLLE KERPHANNY DA SILVA

**ANÁLISE DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE DAS POPULAÇÕES
RURAL E URBANA NO ESTADO DE PERNAMBUCO.**

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO
2025

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

CENTRO ACADÊMICO DA VITÓRIA

CURSO DE SAÚDE COLETIVA

NYCOLLE KERPHANNY DA SILVA

**ANÁLISE DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE DAS POPULAÇÕES RURAL
E URBANA NO ESTADO DE PERNAMBUCO**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Saúde
Coletiva da Universidade Federal
de Pernambuco, Centro Acadêmico
da Vitória, como requisito para a
obtenção do título de bacharel em
Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Carlos
Renato dos Santos

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2025

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do programa de geração automática do SIB/UFPE

Silva, Nycolle Kerphanny da.

Análise do acesso aos serviços de saúde das populações rural e urbana no estado de Pernambuco / Nycolle Kerphanny da Silva. - Vitória de Santo Antão, 2025.

49p., tab.

Orientador(a): Carlos Renato dos Santos

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, Saúde Coletiva, 2025.

Inclui referências, apêndices.

1. desigualdade em saúde. 2. acesso aos serviços de saúde. 3. população rural. 4. população urbana. 5. Pernambuco. I. Santos, Carlos Renato dos. (Orientação). II. Título.

310 CDD (22.ed.)

NYCOLLE KERPHANNY DA SILVA

**ANÁLISE DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE DAS POPULAÇÕES RURAL
E URBANA NO ESTADO DE PERNAMBUCO**

TCC apresentado ao Curso de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico da Vitória, como requisito para a obtenção do título de bacharel em Saúde Coletiva.

Aprovado em: 25/07/2025

BANCA EXAMINADORA

Profº. Dr. Carlos Renato dos Santos (Orientador)
Universidade Federal de Pernambuco

Profª. Dra. Maria Eduarda Guerra da Silva Cabral
Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU)

Arianne Karla Ferreira Tavares - Sanitarista
PMI - Prefeitura da Vitória de Santo Antão - PE

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer a Deus, por sua bondade e por ser fiel em todo o tempo, em cada etapa tanto nas mais fáceis quanto nas mais difíceis deste trabalho me concedendo sabedoria e força para concluir essa jornada.

Aos meus pais, Eraldo José e Luciclede de Fátima, que, ao longo de toda a graduação, me apoiaram e incentivaram com amor, paciência e carinho. São exemplos de dedicação e esforço, responsáveis pelo meu crescimento pessoal e acadêmico. Ao meu irmão Levysson, que, mesmo distante fisicamente, sempre torceu por mim e pelo meu futuro.

Aos meus avós, Mãe Zefinha e Pai Seu Bio, que hoje são minhas estrelinhas no céu. Sei que, onde quer que estejam, estão muito felizes com essa conquista. Também não poderia deixar de agradecer à minha avó Nininha, que, com sua bondade, me ensinou a ser essa mulher doce e determinada. A neta de vocês agora tem ensino superior!

Agradeço, ainda, aos demais familiares e amigos que contribuíram para minha formação e estiveram ao meu lado desde o início, oferecendo apoio, incentivo e carinho. À minha amiga Débora Andrade, que sempre me apoiou em cada etapa, tanto acadêmica quanto pessoal, com palavras de encorajamento e companheirismo.

Às minhas amigas Bia, Ma e Dri, que me mostraram o valor do trabalho em equipe feito de forma leve, alegre e com cumplicidade. Agradeço por acreditarem em mim, por tudo que me ensinaram.

Ao meu orientador, Carlos Renato, que me incentivou a acreditar na realização deste trabalho. Agradeço pela dedicação, pela disponibilidade e por ter sido um orientador presente, comprometido e paciente durante todo o processo.

À minha turma de 2021.2, por todos os momentos que compartilhamos, especialmente à Carla, Jammylly, Kleisson, Gabriela, Camille e Éllen. Sem vocês, essa caminhada não teria sido tão leve. Obrigada por dividirem comigo os desafios e alegrias da vida acadêmica.

Por fim, agradeço aos professores do curso de Saúde Coletiva e à banca avaliadora, que contribuíram de forma significativa para o aprimoramento deste trabalho, com sugestões, reflexões e incentivo, colaborando diretamente para minha formação acadêmica e profissional.

RESUMO

O acesso à saúde, integrado a outros fatores, pode ser considerado um determinante da qualidade de vida. Nesse contexto, observam-se diferenças significativas no acesso aos serviços de saúde entre as populações de diferentes estados do país, incluindo Pernambuco, resultando em iniquidades no acesso à atenção à saúde para os usuários do Sistema Único de Saúde. Este estudo analisou as desigualdades no acesso aos serviços de saúde entre populações residentes em áreas rurais e urbanas no estado de Pernambuco, com base em dados do Módulo J da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019. Utilizando abordagem quantitativa e técnicas estatísticas de associação (qui-quadrado) e magnitude (V de Cramer), a pesquisa identificou diferenças marcantes na forma de utilização dos serviços de saúde, no tipo de atendimento, na cobertura por planos de saúde, nas internações hospitalares e no uso de práticas integrativas e complementares. Os resultados apontam que moradores de áreas rurais dependem majoritariamente do Sistema Único de Saúde, possuem menor frequência de consultas médicas e odontológicas regulares, e enfrentam barreiras adicionais relacionadas ao deslocamento e à disponibilidade de profissionais. Em contrapartida, os residentes de zonas urbanas tendem a recorrer mais a serviços privados, contam com maior cobertura de planos de saúde e acesso a terapias complementares. As diferenças observadas revelam desigualdades estruturais que vão além da disponibilidade física dos serviços, refletindo aspectos socioeconômicos, culturais e geográficos que moldam o acesso à saúde no território Pernambucano. O trabalho reforça a necessidade de políticas públicas que considerem essas especificidades territoriais para promover a equidade e garantir a efetividade do direito universal à saúde.

Palavras-chave: desigualdade em saúde; acesso aos serviços de saúde; população rural; população urbana; Pernambuco.

ABSTRACT

Access to health care, integrated with other factors, can be considered a determinant of quality of life. In this context, significant differences in access to health services are observed among populations from different states in Brazil, including Pernambuco, resulting in inequities in access to health care for users of the Unified Health System. This study analyzed inequalities in access to health services between populations living in rural and urban areas in the state of Pernambuco, based on data from Module J of the 2019 National Health Survey. Using a quantitative approach and statistical association techniques (chi-square) and magnitude measures (Cramer's V), the research identified significant differences in the use of health services, type of care, health insurance coverage, hospital admissions, and the use of integrative and complementary practices. The results indicate that residents of rural areas depend mainly on the Unified Health System, have a lower frequency of regular medical and dental consultations, and face additional barriers related to transportation and the availability of health professionals. In contrast, residents of urban areas tend to use private services more frequently, have greater health insurance coverage, and greater access to complementary therapies. The observed differences reveal structural inequalities that go beyond the physical availability of services, reflecting socioeconomic, cultural, and geographic aspects that shape access to health care in Pernambuco. The study reinforces the need for public policies that consider these territorial specificities in order to promote equity and ensure the effectiveness of the universal right to health.

Keywords: health inequality; access to health services; rural population; urban population; Pernambuco.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -Associação entre o tipo de domicílio e a procura por atendimento de saúde (PNS 2019 – Pernambuco).	23
Tabela 2- Associação entre o tipo de domicílio e o acesso aos serviços de saúde (PNS 2019 – Pernambuco).	25
Tabela 3- Associação entre o tipo de domicílio e internações hospitalares (PNS 2019 – Pernambuco).	26
Tabela 4- Associação entre o tipo de domicílio e atendimento de urgência e emergência (PNS 2019 – Pernambuco).	27
Tabela 5- Associação entre o tipo de domicílio e deslocamento para os serviços de saúde (PNS 2019 – Pernambuco).	28
Tabela 6- Associação entre o tipo de domicílio e uso de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNS 2019 – Pernambuco).	30

LISTA DE ABREVIações

PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 REVISÃO DE LITERATURA	12
2.1 Fundamentos teóricos do acesso aos serviços de saúde	12
2.2 Desigualdades no acesso aos serviços de saúde entre as populações urbana e rural no Estado de Pernambuco	13
2.3 pesquisa nacional de saúde como instrumento de análise do acesso aos serviços de saúde.....	15
3 OBJETIVOS	18
3.1 Objetivo Geral	18
3.2 Objetivos Específicos	18
4 METODOLOGIA	19
4.1 Recursos computacionais e de dados	19
4.2 Variáveis.....	19
4.3 Análise de associação e de magnitude	19
4.4 Aspectos éticos	20
5 RESULTADOS	21
5.1 Procura por atendimento de saúde.....	23
5.2 Acesso aos serviços de saúde	25
5.3 Internações hospitalares.....	26
5.4 Atendimento de urgência e emergência.....	27
5.5 Deslocamento para acesso aos serviços.....	28
5.6 Práticas integrativas e complementares.....	28
6 DISCUSSÃO.....	31
7 CONCLUSÃO.....	34
REFERÊNCIAS	35
APÊNDICE A– Descrição das variáveis, categorias, alterações e recategorização do módulo j utilizada na análise.....	37
APÊNDICE B – Descrição das variáveis com associação significativa e força de magnitude por tipo de domicílio	47

1 INTRODUÇÃO

Com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), o acesso à saúde no Brasil tem sido gradualmente ampliado, com o objetivo de promover melhor qualidade de vida à população. O acesso aos serviços de saúde é central para a efetivação do direito à saúde e deve ser compreendido de forma ampla, considerando aspectos como adequação, acessibilidade e a capacidade de resposta às demandas da população (Rosário *et al.*, 2020).

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, estabelece que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988). Esse princípio é reforçado pela Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990), que destaca o acesso como elemento essencial para a consolidação do SUS (Brasil, 1990).

Diante disso, este trabalho tem como objetivo analisar o acesso aos serviços de saúde das populações residentes em domicílios urbanos e rurais no estado de Pernambuco, buscando compreender as desigualdades existentes e seus determinantes, contribuindo assim para reflexões que possam subsidiar melhorias na efetividade e na equidade do SUS.

Para tanto, é fundamental compreender a diferenciação entre os tipos de domicílios presentes nos territórios. Segundo o IBGE (2011), domicílio urbano é aquele localizado dentro do perímetro urbano definido pela lei municipal vigente, ou seja, dentro dos limites administrativos de uma área considerada cidade ou vila. Essa delimitação é fixada por lei e pode variar de município para município. Já o domicílio rural é aquele que está situado fora do perímetro urbano legalmente estabelecido, ou seja, em áreas consideradas como zona rural no município, geralmente caracterizadas por menor densidade populacional, menor infraestrutura urbana e maior predominância de atividades agropecuárias.

Essa distinção é essencial, pois diversos estudos indicam que a desigualdade no acesso aos serviços de saúde entre a população rural e urbana permanece como um desafio no Brasil. A população residente nas zonas rurais enfrentam inúmeras

dificuldades, como escassez de profissionais, infraestrutura precária, longas distâncias até os pontos de atendimento e barreiras socioeconômicas, como baixa renda e transporte inadequado (Barbosa *et al.*, 2022).

A avaliação atual da distribuição populacional no território brasileiro revela que aproximadamente 87,4% da população reside em áreas urbanas, enquanto 12,6% vivem em áreas rurais (IBGE, 2024). No contexto do estado de Pernambuco, segundo dados do Censo Demográfico de 2022, existem 483.038 domicílios localizados em áreas rurais, o que corresponde a aproximadamente 15,17% dos domicílios do estado (IBGE, 2023). Esses dados evidenciam que uma parcela significativa da população do país e da região Nordeste reside na zona rural, o que torna evidente as desigualdades no acesso aos serviços de saúde entre as zonas urbana e rural.

Em Pernambuco, o acesso aos serviços de saúde enfrenta desafios significativos relacionados à distribuição desigual de infraestrutura e de profissionais especializados na área rural. Essa desigualdade gera barreiras financeiras, geográficas e organizacionais, aumentando as disparidades nas populações que residem em domicílios rurais do estado (Soares *et al.*, 2024).

Dessa forma, a análise do acesso aos serviços de saúde nas populações rural e urbana no estado de Pernambuco se mostra como um relevante objeto de estudo em saúde pública, uma vez que tais diferenças se configuram como um desafio para a efetivação do direito democrático à saúde. Destaca-se que o debate sobre este tema poderá contribuir para compreender o desempenho do sistema de saúde, bem como suas fragilidades e potencialidades no atendimento às necessidades da população rural, tendo em vista que ainda há muito a ser explorado sobre esse tema.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Fundamentos Teóricos do Acesso dos Serviços de Saúde

A Constituição Federal brasileira, em seu Art. 196, estabelece que a saúde é um direito de todos os cidadãos, garantido de forma universal e igualitária. Esse direito é assegurado por meio de ações do Estado na formulação de políticas públicas voltadas para a promoção, prevenção e recuperação da saúde (Brasil, 1988).

Posteriormente, com a regulamentação do texto constitucional, através da lei 8080°, de 1990 que implementa o SUS no Brasil, esse direito se concretiza e a saúde passa a ser vista como resultado de uma série de fatores determinantes e condicionantes, incluindo alimentação, moradia e acesso a bens e serviços (Brasil, 1990). Essa regulamentação representou uma importante mudança no padrão de organização dos serviços de saúde no País.

No decorrer do processo de consolidação do SUS, o Decreto nº 7.508/2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90 detalhou a organização e o funcionamento dos serviços de saúde. Entre seus principais avanços destaca-se a estruturação do acesso à saúde por meio da hierarquização dos serviços, categorizados em atenção básica, especializada e de alta complexidade. Essa regulamentação foi um marco na organização dos serviços de saúde no Brasil, promovendo o fortalecimento da atenção básica e a descentralização dos serviços, com o objetivo de ampliar o acesso ao sistema de saúde e intensificar as ações de promoção e prevenção (Brasil, 2011).

A partir dessa organização hierarquizada, institui-se a Rede de Atenção à Saúde (RAS), composta por um conjunto de ações e serviços de diferentes densidades tecnológicas, integrados por critérios técnicos, administrativos e de responsabilidade sanitária. O objetivo central da RAS é garantir uma atenção contínua, articulada e resolutiva, superando a fragmentação do cuidado e promovendo o acesso, o acolhimento e a continuidade do atendimento em todos os pontos da rede (Brasil, 2010).

Nesse arranjo organizacional, a Atenção Primária à Saúde (APS) se configura como a porta de entrada prioritária do sistema e como ordenadora do cuidado em saúde no território. A APS é responsável por fornecer um atendimento contínuo, integral e próximo à população, além de servir como base para a articulação entre os diferentes níveis de atenção. Sua atuação é fundamental para a redução das desigualdades no acesso e para o fortalecimento da equidade no SUS (Brasil, 2011).

Diante dessa estruturação, torna-se fundamental ampliar a compreensão do conceito de acesso, destacando sua dimensão que vai além da simples disponibilidade física dos serviços e que incorpora fatores determinantes como a qualidade do atendimento e a equidade. A VIII Conferência Nacional de Saúde enfatizou a importância de garantir que todos os cidadãos possam acessar um atendimento abrangente e igualitário. Dessa forma, o acesso à saúde é central para a efetivação do direito à saúde, devendo ser entendido de forma ampla, incluindo adequação, acessibilidade e uma resposta eficaz às demandas da população (Rosário *et al.* 2020).

Embora as reformas e políticas públicas de saúde tenham promovido avanços significativos nos padrões de acesso, persistem expressivas desigualdades regionais e socioeconômicas que impactam diretamente nos serviços de saúde. Enquanto algumas regiões do país apresentam melhorias na infraestrutura e na oferta de serviços, outras ainda enfrentam profundas limitações. Essas disparidades se refletem tanto no acesso à atenção básica quanto aos serviços especializados, afetando de forma desproporcional às populações em situação de maior vulnerabilidade (Szwarcwald *et al.*, 2021).

2.2 Desigualdade no acesso aos serviços de saúde população rural e urbana no estado de Pernambuco

Aproximadamente 12,6% da população brasileira reside em áreas rurais (IBGE, 2024) e enfrenta dificuldades no acesso aos serviços de saúde, devido à escassez de profissionais, infraestrutura precária, longas distâncias até os pontos de atendimento e barreiras socioeconômicas, como baixa renda e transporte inadequado. Essas limitações comprometem a continuidade do cuidado, resultando em uma maior busca por atendimentos emergenciais em detrimento de ações preventivas e promocionais (Barbosa *et al.*, 2022).

No estado de Pernambuco, essa realidade não é diferente. Cerca de 15,17% dos domicílios estão situados em áreas rurais (IBGE, 2023), o que reforça a importância de analisar as desigualdades territoriais no acesso à saúde, especialmente em um contexto marcado por desafios estruturais semelhantes aos observados em outras regiões do país.

Nesse contexto, a desigualdade no acesso aos serviços de saúde entre as populações rurais e urbanas em Pernambuco se expressa, sobretudo, nas diferenças de cobertura da Atenção Primária à Saúde (APS). De modo geral, observa-se uma priorização da APS em áreas rurais, como forma de suprir carências históricas relacionadas à dificuldade de fixação de profissionais, à dispersão geográfica e à escassez de infraestrutura. Em contrapartida, nos centros urbanos, a elevada demanda por serviços de média e alta complexidade tende a reduzir o investimento e a atenção voltados à APS, afetando principalmente as populações mais vulneráveis (Soares *et al.*, 2024).

O cenário observado em Pernambuco reflete uma realidade comum a várias regiões do Brasil, onde desigualdades no acesso à saúde também se manifestam de formas variadas, dependendo das características geográficas e sociais de cada estado (Dimenstein *et al.*, 2021). Embora existam muitos estudos sobre o acesso à saúde em um contexto mais amplo e em outras regiões do Brasil, ao investigar especificamente o acesso aos serviços de saúde no estado de Pernambuco, particularmente no que diz respeito às populações rural e urbana, encontramos uma limitação notável de estudos detalhados.

Essa lacuna é especialmente evidente no que diz respeito às particularidades regionais, como as diferenças na infraestrutura de saúde, nas barreiras geográficas e nos desafios socioeconômicos enfrentados por essas populações. Desse modo, a ausência de estudos específicos limita a compreensão aprofundada do acesso aos serviços de saúde no estado.

2.3 A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2019 como Instrumento de Análise do Acesso aos Serviços de Saúde

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) surgiu como uma subamostra da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), que abordava o tema saúde. A partir de 2013, passou a ser realizada de forma independente, com o objetivo de aprofundar a investigação nesta área. Prevista para ocorrer a cada cinco anos, a edição de 2018 foi adiada, sendo efetivamente realizada em 2019 (IBGE, 2020).

A PNS 2019, conduzida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em parceria com o Ministério da Saúde, é uma das principais ferramentas para avaliar as condições de saúde da população brasileira e o desempenho do sistema de saúde. Com o objetivo de aprofundar e produzir informações sobre as condições de saúde da população brasileira foi aplicado um questionário que inclui o Módulo J – Utilização de Serviços de Saúde (IBGE, 2020).

O Módulo J é voltado para investigar o acesso, a utilização e as barreiras enfrentadas pela população brasileira na busca por serviços de saúde. As perguntas desse módulo foram estruturadas de modo a abarcar diferentes eixos temáticos, que refletem as múltiplas dimensões do acesso aos serviços de saúde (IBGE, 2020). Entre esses eixos, destacam-se: autopercepção do estado de saúde, procura por atendimento de saúde, acesso e obtenção de medicamentos, internações hospitalares, atendimento de urgência e emergência, deslocamento para acesso aos serviços e uso de Práticas Integrativas e Complementares (PICs) (IBGE, 2020).

Na PNS 2019, a autopercepção do estado de saúde é investigada a partir da análise da busca por atendimento nos últimos 15 dias, considerando a frequência, os motivos dessa procura e a efetividade na obtenção do serviço, o que permite identificar a demanda por cuidados e as barreiras enfrentadas no acesso aos serviços de saúde (IBGE, 2020).

No que se refere à procura por atendimento de saúde, o Módulo J da PNS 2019 investiga se o indivíduo procurou algum serviço nas duas semanas anteriores à entrevista, independentemente do resultado do atendimento. Esse eixo contempla questões relacionadas aos motivos que levaram à busca por cuidados, se o atendimento foi efetivamente realizado, o tipo de serviço procurado (público ou privado), o local onde foi prestado o atendimento e as dificuldades enfrentadas durante esse processo. Esses dados permitem avaliar não apenas o nível de

demanda espontânea por serviços, mas também evidenciar barreiras no acesso, como filas, indisponibilidade de profissionais ou horários inadequados (IBGE, 2020).

Ao tratar de acesso e obtenção de medicamentos, a PNS 2019 analisa a capacidade dos indivíduos de obter os medicamentos prescritos, especialmente aqueles fornecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), além de identificar possíveis desigualdades no fornecimento gratuito desses medicamentos (IBGE, 2020).

No eixo de internações hospitalares a pesquisa analisa a necessidade e a realização de internações hospitalares nos últimos 12 meses, considerando também aspectos relacionados às condições de acesso a esses serviços e ao seu financiamento, seja pelo Sistema Único de Saúde (SUS) ou pelo setor privado. A análise permite compreender a frequência das internações e os desafios enfrentados pela população para utilizar esses recursos (IBGE, 2020).

O atendimento de urgência e emergência é avaliado pelo o uso dos serviços de pronto atendimento e emergência, proporcionando uma visão sobre os padrões de acesso da população em situações de urgência e crises agudas de saúde. Esse monitoramento é fundamental para identificar possíveis lacunas e melhorar a organização desses serviços (IBGE, 2020).

Na PNS 2019 investiga-se o deslocamento para acesso aos serviços por meio de condições de mobilidade da população para acessar os serviços de saúde, considerando o tempo gasto no deslocamento, os meios de transporte utilizados e as dificuldades enfrentadas durante esse processo. Esse aspecto é especialmente relevante para comunidades rurais e áreas de difícil acesso, onde as barreiras geográficas podem impactar diretamente o uso dos serviços (IBGE, 2020).

Por fim, no eixo de uso de Práticas Integrativas e Complementares (PICs) inclui perguntas sobre a utilização de práticas como acupuntura, fitoterapia, homeopatia, entre outras. A inclusão dessas práticas reflete a ampliação e diversificação da abordagem terapêutica no SUS, valorizando alternativas complementares e integrativas para o cuidado da saúde da população. (IBGE, 2020).

Em suma, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2019, por meio do Módulo J, oferece um instrumento abrangente e detalhado para analisar o acesso e a utilização dos serviços de saúde pela população brasileira, permitindo identificar demandas, barreiras e desigualdades que influenciam a efetividade do sistema de saúde (IBGE, 2020).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Identificar e avaliar os fatores determinantes do acesso aos serviços de saúde entre a população rural e urbana no estado de Pernambuco.

3.2 Objetivos Específicos

1. Identificar variáveis com associação pelo menos moderada com a situação do domicílio.
2. Descrever as diferenças de acesso entre domicílios urbanos e rurais.

4 METODOLOGIA

Para responder aos objetivos propostos, este trabalho utilizou uma abordagem quantitativa, estruturada a partir da análise estatística dos dados provenientes da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2019. O delineamento do estudo é observacional, transversal e descritivo, permitindo investigar as associações entre o tipo de domicílio (urbano ou rural) e diferentes variáveis relacionadas ao acesso aos serviços de saúde, conforme coletadas no Módulo J do questionário da pesquisa. A seguir, apresentam-se em maiores detalhes os procedimentos, recursos e critérios metodológicos adotados para a condução desta análise.

4.1 Recursos computacionais e de dados

Os dados utilizados foram obtidos diretamente no site da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2019, disponibilizados pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) no endereço eletrônico <https://www.pns.iciet.fiocruz.br/questionarios/>. Os arquivos estavam no formato RData, compatível com a linguagem de programação R, ambiente no qual também foram realizadas todas as análises estatísticas, utilizando a versão 4.4.2.

4.2 Variáveis

Foram analisadas 65 variáveis do Módulo J, visando identificar aquelas que apresentaram associação de, no mínimo, magnitude moderada com o tipo de domicílio. Essa etapa teve como objetivo compreender a estrutura dos dados e detectar eventuais distorções. Também foi verificada a necessidade de recategorização de variáveis, a fim de reduzir o número de categorias em situações de distribuições excessivamente fragmentadas, tornando mais viável e robusta a aplicação dos testes estatísticos. Detalhamentos adicionais sobre este procedimento encontram-se no Apêndice A.

4.3 Análise de associação e Análise de magnitude do efeito

A análise de associação entre variáveis é ponto relevante para nortear uma

diversidade de pesquisas no campo da saúde. Neste trabalho ela foi conduzida em duas etapas. Inicialmente, foi aplicado o teste do Qui-quadrado para verificar a existência de associação estatisticamente significativa entre o tipo de domicílio (urbano e rural) e cada uma das variáveis do Módulo J. Os testes com *p-valor* abaixo de 0,05 indicam a existência de associação entre a específica variável do Módulo J e o tipo de domicílio

Em seguida, a magnitude das associações será avaliada por meio da medida V de Cramer, considerando-se para o estudo apenas aquelas cuja associação com o tipo de domicílio apresentou, no mínimo, magnitude moderada.

4.4 Considerações éticas

O referido projeto não consiste em pesquisa clínica, epidemiológica ou experimental com seres humanos e/ou animais, sendo voltado à análise de informações públicas e agregadas a nível domiciliar da Pesquisa Nacional de Saúde em 2019.

Conforme Resolução 510/2016 do CONEP em seu Artigo I, Parágrafo Único, itens II e V, não serão registradas nem avaliadas pelo sistema CEP/CONEP:

II- pesquisa que utilize informações de acesso público, nos termos da Lei n o 12.527, de 18 de novembro de 2011;

V - pesquisa com bancos de dados, cujas informações são agregadas, sem possibilidade de identificação individual;

5 RESULTADOS

Nesta seção apresentaremos os principais resultados com enfoque nos objetivos específicos de caracterizar o acesso aos serviços de saúde entre domicílios urbanos e rurais a partir da análise de associações e sua força dentro das perspectivas procura por atendimento, acesso, internações, atendimento de urgência e emergência, deslocamento até os serviços e práticas integrativas e complementares.

Das 65 variáveis do Módulo J, 38 apresentaram associação significativa com a situação domiciliar (urbano ou rural), destas, 24 apresentaram força de magnitude da associação pelo menos moderada (Apêndice B). Adotou-se o teste qui-quadrado de Pearson, seguido da medida V de Cramer. O nível de significância adotado foi de 5%. Diante disso, com o intuito de facilitar a interpretação dos dados e permitir uma análise mais estruturada, optou-se por agrupar essas variáveis em seis subgrupos temáticos. Essa categorização foi baseada na natureza e no conteúdo das perguntas do Módulo J (Quadro 1).

Quadro 1- Subgrupos de variáveis com associação significativa com o tipo de domicílio (urbano e rural) – PNS 2019, Pernambuco

Subgrupo Temático	Variáveis associadas (códigos)
Procura por atendimento de saúde	J01002 - Quando está doente ou precisando de atendimento de saúde costuma procurar (UPA, pronto-socorro ou emergência de hospital público; Ambulatório de hospital público; Consultório particular, clínica privada ou ambulatório de hospital privado e outros)
	J01101 - Quando consultou um médico pela última vez (Até 1 ano; Mais de 1 ano a 2 anos; Mais de 2 anos a 3 anos; Mais de 3 anos; Nunca foi ao médico)
	J01301 - Quando consultou um dentista pela última vez (Até 1 ano; Mais de 1 ano a 2 anos; Mais de 2 anos a 3 anos; Mais de 3 anos; Nunca foi ao médico)
	J01502 - Qual foi o motivo principal pelo qual procurou atendimento relacionado à própria saúde nas duas últimas semanas (Doença ou continuação de tratamento de doença; Prevenção, check-up médico ou puericultura)
	J01602 - Onde procurou o primeiro atendimento de saúde (Unidade básica de saúde; UPA, pronto-socorro ou emergência de hospital público; Ambulatório de hospital público; Consultório particular, clínica privada ou ambulatório de hospital privado e outros)

Acesso aos serviços de saúde	J023 - Este serviço de saúde onde foi atendido era (Público; Privado; Não sabe/Não lembra)
	J024 - Este atendimento de saúde de foi coberto por algum plano de saúde (Sim; Não)
	J026 - O atendimento de foi feito pelo SUS (Sim; Não; Não sabe/Não lembra)
Internações hospitalares	J039 - Qual foi o principal atendimento de saúde que recebeu quando esteve internado(a) (pela última vez) nos doze últimos meses (Tratamento clínico; Cirurgia)
	J041 - O estabelecimento de saúde em que esteve internado(a) pela última vez nos últimos 12 meses era (Público; Privado; Não sabe/Não lembra)
	J042 - A última internação de nos últimos 12 meses foi coberta por algum plano de saúde (Sim; Não)
	J044 - Esta última internação de foi feita através do Sistema Único de Saúde (SUS) (Sim; Não; Não sabe/Não lembra)
Atendimento de urgência e emergência	J047 - Este atendimento foi coberto por algum plano de saúde (Sim; Não)
	J049 - Este atendimento foi feito através do Sistema Único de Saúde (SUS) (Sim; Não; Não sabe/Não lembra)
Deslocamento para acesso aos serviços	J051 - Neste atendimento, foi transportado por ambulância para um serviço de saúde (Sim; Não)
	J052 - O transporte foi feito por (Ambulância de serviço público de saúde)
Práticas Integrativas e Complementares	J05402 - Qual tratamento fez uso Acupuntura (Sim; Não)
	J05403 - Qual tratamento fez uso Homeopatia (Sim; Não)
	J05404 - Qual tratamento fez uso plantas medicinais e fitoterapia (Sim; Não)
	J05405 -Qual tratamento fez uso auriculoterapia (Sim; Não)

	J05406- Qual tratamento fez uso meditação (Sim; Não)
	J05407 - Qual tratamento fez uso Yoga (Sim; Não)
	J056- Pagou algum valor por este(s) tratamento(s) (Sim, todos; Sim, alguns; Não)
	J057- Este(s) tratamento(s) foi (foram) feito(s) através do Sistema Único de Saúde (SUS): (Sim, todos; Sim, alguns; Não; Não sabe/Não lembra)

Fonte: A autora, (2025).

Um resumo dos resultados referentes aos subgrupos temáticos identificados na análise estatística é apresentado nas subseções a seguir.

5.1 Procura por atendimento de saúde

O subgrupo apresentou associação significativa com o tipo de domicílio, indicando que moradores da zona rural e urbana diferem quanto à frequência e à forma de buscar cuidados médicos e odontológicos, bem como em relação ao local onde normalmente iniciam o atendimento.

Os resultados mostram diferenças marcantes no acesso e uso de serviços de saúde entre domicílios urbanos e rurais em Pernambuco, segundo a PNS 2019. A frequência de consultas médicas e odontológicas recentes é significativamente maior na área urbana, enquanto a população rural concentra maiores proporções de longos intervalos sem consulta ou mesmo de nunca ter se consultado, revelando desigualdades persistentes.

Além disso, os moradores rurais dependem de forma mais intensa das unidades básicas de saúde (UBS) tanto como serviço habitual quanto como primeiro local de atendimento, ao passo que a população urbana recorre com maior frequência a serviços privados e de pronto atendimento.

Tabela 1- Associação entre o tipo de domicílio e a procura por atendimento de saúde (PNS 2019 – Pernambuco)

Variável	Categorias	Qui-quadrado (p-valor)	V de Cramer (força)	Padrão nos resíduos (interpretação)
J01101 – Última consulta médica	1=Até 1 ano; 2=1–2 anos; 3=2–3 anos; 4=3+ anos; 5=Nunca	$X^2=178,6$ ($p<0,0001$)	0,1223 (moderada)	Excesso de consultas recentes em domicílios urbanos; excesso de longos períodos ou nunca teve consulta em domicílios rurais → desigualdade de acesso médico
J01301 – Última consulta dentista	1=Até 1 ano; 2=1–2 anos; 3=2–3 anos; 4=3+ anos; 5=Nunca	$X^2=355,4$ ($p<0,0001$)	0,1726 (forte)	Excesso de consultas odontológicas recentes em domicílios urbanos; excesso em nunca ter ido ao dentista ou longos intervalos em domicílios rurais → desigualdade de acesso odontológico
J01002 – Local onde costuma procurar atendimento	1=Farmácia; 2=UBS; 3=Policlínica pública; 4=UPA; 5=Ambulatório hospital público; 6=Clínica privada; 7=Pronto atendimento privado	$X^2=1071,5$ ($p<0,0001$)	0,3451 (muito forte)	Maior uso de UBS em domicílios rurais, maior uso de clínicas privadas e UPA em domicílios urbanos; padrão consistente de maior dependência do SUS em domicílio rural e maior acesso ao privado em domicílio urbano
J01502 – Motivo do atendimento	1=Acidente/lesão; 2=Doença aguda; 3=Problema odontológico; 4=Reabilitação; 5=Pré-natal; 7=Exame complementar; 8=Vacinação; 9=Acompanhamento crônico; 11=Outro	$X^2=38,991$ ($p<0,00001$)	0,14 (moderada)	Distribuição diferenciada: em domicílios urbanos busca mais exames e acompanhamento de crônico; em domicílios rurais mais concentrado em doenças agudas e pré-natal → diferenças de necessidade
J01602 – Primeiro local de atendimento	2=UBS; 3=Policlínica pública; 4=UPA; 5=Ambulatório hospital público; 6=Clínica privada; 7=Pronto atendimento privado	$X^2=171,3$ ($p<0,0001$)	0,2939 (muito forte)	Maior dependência de UBS em domicílios rurais como primeiro atendimento; maior uso de clínicas privadas e pronto atendimento em domicílios urbanos, evidenciando desigualdades de acesso inicial

Fonte: A autora, (2025)

5.2 Acesso aos serviços de saúde

Nesse eixo, observou-se uma associação forte com o domicílio, sugerindo que moradores da área urbana tendem a acessar serviços diferentes dos disponíveis na zona rural, seja em termos de estrutura (pública ou privada), cobertura por plano de saúde ou uso do SUS.

Verifica-se que moradores de áreas rurais utilizam predominantemente serviços públicos (J023), com significativa cobertura do Sistema Único de Saúde (SUS) (J026), enquanto o uso de serviços privados e a cobertura por planos de saúde (J024) concentram-se em domicílios urbanos, indicando desigualdade no modelo de acesso e na capacidade de custeio dos atendimentos.

Tabela 2- Associação entre o tipo de domicílio e o acesso aos serviços de saúde (PNS 2019 – Pernambuco)

Variável	Categorias	Qui - quadrado (p-valor)	V de Cramer (força)	Padrão nos resíduos (interpretação)
J023 – Tipo de serviço	1=Público; 2=Privado	$X^2=94,91$ ($p<0,0001$)	0,2388 (forte)	Proporção significativamente maior de atendimento público em domicílios rurais e maior uso do privado em domicílios urbanos
J024 – Atendimento com plano de saúde	1=Sim; 2=Não	$X^2=93,31$ ($p<0,0001$)	0,2368 (forte)	Plano de saúde muito mais frequente em domicílios urbanos; domicílios rurais dependente do atendimento sem plano
J026 – Atendimento feito pelo SUS	1=Sim; 2=Não	$X^2=87,36$ ($p<0,0001$)	0,2291 (forte)	Maior cobertura SUS em domicílios rurais, padrão em domicílios urbanos com maior proporção de atendimentos fora do sistema público

Fonte: A autora, (2025).

5.3 Internações hospitalares

No contexto das internações hospitalares há diferenças significativas em três áreas: ao tipo de estabelecimento utilizado, ao vínculo com o SUS e à cobertura por plano de saúde, indicando desigualdades estruturais de acesso entre os dois tipos de domicílio.

Os achados relacionados às internações hospitalares evidenciam que moradores de áreas rurais dependem majoritariamente do Sistema Único de Saúde (SUS), utilizam mais estabelecimentos públicos e têm maior frequência de cirurgias em relação a atendimentos clínicos gerais ou especializados. Além disso, a cobertura de internações por planos de saúde se concentra nos domicílios urbanos, apontando desigualdades no padrão de financiamento e na disponibilidade de recursos para hospitalizações.

Tabela 3- Associação entre o tipo de domicílio e internações hospitalares (PNS 2019 – Pernambuco)

Variável	Categorias	Qui-quadrado (p-valor)	V de Cramer (força)	Síntese dos resíduos ajustados
J039 – Tipo de atendimento na internação	1=Clínico geral, 2=Especialidade, 3=Cirurgia	$X^2=6,8$ (p=0,033)	0,128 (moderada)	Cirurgias mais frequentes em domicílios rurais
J044 – Internação via SUS	1=Sim, 2=Não	$X^2=27,5$ (p<0,001)	0,200 (forte)	Internações SUS prevalece em domicílios rurais
J041 – Estabelecimento de internação	1=Público, 2=Privado	$X^2=29,5$ (p<0,001)	0,207 (forte)	Estabelecimentos públicos predominam em domicílios rurais

J042 – Internação coberta por plano	1=Sim, 2=Não	$X^2=38,3$ ($p<0,001$)	0,236 (forte)	Planos de saúde mais comuns em domicílios urbanos
--	--------------	-----------------------------	---------------	--

Fonte: A autora, (2025).

5.4 Atendimento de urgência e emergência

As associações indicam que a cobertura por planos de saúde ou pelo SUS, para atendimentos de urgência e emergência, varia conforme o local de residência, refletindo a oferta e a logística dos serviços em áreas urbanas e rurais.

Observa-se que a população rural depende majoritariamente do Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto a população urbana apresenta maior proporção de atendimentos não-SUS e também maior cobertura de planos de saúde.

Tabela 4- Associação entre o tipo de domicílio e atendimento de urgência e emergência (PNS 2019 – Pernambuco)

Variável	Categorias	Qui - quadra d o	V de Cra me r	Resíduos padrão (interpretação)
J049 – Atendime nto foi realizado através do SUS	1=Sim, 2=Não	$X^2 =$ 17,4 6 ($p <$ 0,00 01)	0,224 (forte)	Maior proporção de atendimento SUS em domicílios rurais; domicílios urbanos com maior proporção de atendimento privado
J047 – Atendiment o foi coberto por plano de saúde	1=Sim, 2=Não	$X^2 =$ 18,6 1 ($p <$ 0,00 01)	0,232 (forte)	Domicílios urbanos concentram maior cobertura de plano de saúde; domicílios rurais apresentaram maior proporção de atendimento no SUS

Fonte: A autora, (2025).

5.5 Deslocamento para acesso aos serviços

Esse subgrupo revelou uma associação importante com o tipo de transporte utilizado, especialmente no meio rural, onde a dependência de transporte público ou institucional é maior, podendo dificultar o acesso rápido ao atendimento.

Os resultados apontam que o uso de transporte por ambulância (J051) foi significativamente mais relatado em áreas rurais, sugerindo maior necessidade de remoção assistida nesses contextos, ainda que a força da associação tenha sido considerada forte ($V=0,1906$). Já quanto ao tipo de transporte utilizado (J052), houve associação muito forte ($V=0,3307$), evidenciando que serviços como o SAMU ou ambulâncias públicas são predominantes em áreas urbanas, enquanto ambulâncias privadas aparecem de modo mais equilibrado entre os territórios, revelando desigualdades e padrões distintos de acesso à remoção em saúde conforme a localização do domicílio.

Tabela 5- Associação entre o tipo de domicílio e deslocamento para os serviços de saúde (PNS 2019 – Pernambuco)

Variável	Categorias	Qui-quadrado (p-valor)	V de Cramer (força)	Síntese dos resíduos ajustados
J051 – Transporte em ambulância	1=Sim, 2=Não	$X^2=12,6$ ($p<0,001$)	0,1906 (forte)	Uso de transporte por ambulância mais comum em domicílios rurais
J052 – Tipo de transporte	1=SAMU/ambulância pública, 2=Ambulância privada, 5=Outro	$X^2=10,2$ ($p=0,006$)	0,3307 (muito forte)	SAMU/ambulância pública predomina em domicílios urbanos, enquanto ambulância privada se equilibra entre os domicílios

Fonte: A autora, (2025).

5.6 Práticas Integrativas e Complementares

Os resultados evidenciam que práticas integrativas como auriculoterapia (J05405), yoga (J05407), homeopatia (J05403) e meditação (J05406) apresentam maior adesão em domicílios urbanos, ainda que com magnitudes moderadas de associação (V de Cramer entre 0,166 e 0,215), sugerindo que a oferta e a procura por terapias complementares sejam mais urbanas. Já a utilização de acupuntura (J05402) e especialmente o uso de plantas medicinais e fitoterapia (J05404) mostraram maior prevalência em áreas rurais, com associação forte a muito forte ($V=0,375$ e $V=0,490$, respectivamente),

Além disso, a análise do pagamento pelos tratamentos (J056) evidenciou diferenças significativas entre urbano e rural, com maior proporção de gratuidade ou parcialidade no SUS em áreas rurais ($V=0,351$). O tratamento de saúde realizado pelo SUS (J057) também apresentou associação moderada, mostrando-se mais comum no meio rural, o que reforça a dependência do sistema público nestes locais.

Tabela 6- Associação entre o tipo de domicílio e uso de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNS 2019 – Pernambuco)

Variável	Categorias	Qui-quadrado (p-valor)	V de Cramer (força)	Síntese dos resíduos ajustados
J05405 – Auriculoterapia	1=Sim, 2=Não	$X^2=12,5$ ($p<0,001$)	0,166 (moderada)	Baixa realização em em domicílios rurais
J05407 – Yoga	1=Sim, 2=Não	$X^2=15,6$ ($p<0,001$)	0,183 (moderada)	Prática mais frequente em domicílios urbanos
J05403 – Homeopatia	1=Sim, 2=Não	$X^2=19,5$ ($p<0,001$)	0,203 (moderada)	Predomínio em domicílios urbanos no uso da homeopatia

J05402 – Acupuntura	1=Sim, 2=Não	$X^2=70,5$ ($p<0,001$)	0,375 (forte)	Uso em domicílios rurais expressivo em relação a domicílios urbanos
J05404 – Plantas medicinais/fitot erapia	1=Sim, 2=Não	$X^2=121,8$ ($p<0,001$)	0,490 (muito forte)	Alta prevalência em domicílios rurais

Fonte: A autora, (2025).

6 DISCUSSÃO

A avaliação dos resultados mais relevantes desta pesquisa demonstrou uma evidente disparidade no acesso aos serviços de saúde entre residências urbanas e rurais em Pernambuco. Os dados do subgrupo ligado à busca por atendimento de saúde indicaram que a população rural enfrenta períodos mais prolongados entre consultas médicas e odontológicas, e muitos indivíduos nem sequer mencionaram já ter realizado alguma consulta.

Além disso, os moradores rurais demonstraram uma dependência mais intensa das Unidades Básicas de Saúde (UBS), tanto como serviço habitual quanto como porta de entrada no sistema. Essa dependência, entretanto, ocorre em um contexto marcado por fragilidades estruturais e operacionais, o que não significa, necessariamente, acesso efetivo aos serviços de saúde. Conforme apontado por Santos et al. (2023), os residentes das áreas rurais enfrentam menos oportunidades de consulta devido à localização geográfica desfavorável e à concentração da oferta assistencial nas UBS, que, por sua vez, apresentam diversas barreiras: escassez de profissionais, limitação de turnos de atendimento e horários que muitas vezes não se adequam à rotina da população. Tais fatores dificultam a efetividade do cuidado e ampliam as desigualdades no acesso à saúde.

No que tange ao acesso aos serviços de saúde, os resultados deste estudo mostraram que os habitantes de áreas rurais usam principalmente o Sistema Único de Saúde (SUS). Por outro lado, o uso de serviços privados e a cobertura por planos de saúde são mais comuns entre os habitantes de áreas urbanas. Esses resultados estão em consonância com o achado de Souza Júnior et al. (2021), no qual os autores encontraram resultados que demonstram que a cobertura dos planos de saúde no Brasil é distribuída de forma desigual, com maior concentração em áreas urbanas. De acordo com os autores, a população que vive em áreas rurais e em regiões com maior vulnerabilidade socioeconômica depende principalmente do SUS, enquanto o setor privado continua sendo mais acessível para a população urbana de maior renda.

Albuquerque e Machado (2023), ao analisarem as internações no Brasil entre 2015 e 2021, evidenciaram um padrão persistente de desigualdade no acesso hospitalar, que se intensifica com o aumento da cobertura por planos privados de saúde. Enquanto os beneficiários de planos apresentam maior utilização de serviços

hospitalares, a população sem cobertura mantém acesso praticamente estável. No SUS, o monitoramento do acesso é mais preciso quando se considera apenas a população não coberta por planos privados, refletindo com maior fidelidade a realidade do atendimento público.

Esses achados dialogam diretamente com os resultados desta pesquisa, que identificou desigualdades significativas quanto ao tipo de estabelecimento utilizado, ao vínculo com o SUS e à cobertura por planos de saúde em Pernambuco. Moradores de áreas rurais demonstram maior dependência do SUS, recorrem prioritariamente a estabelecimentos públicos e apresentam maior frequência de cirurgias em comparação com atendimentos clínicos gerais ou especializados. Já nas áreas urbanas, observa-se uma presença mais expressiva da saúde suplementar como fonte de cobertura das internações, reforçando as desigualdades no financiamento e na disponibilidade de recursos hospitalares entre diferentes territórios.

No âmbito do atendimento de urgência e emergência, os resultados mostram que a população rural depende principalmente do Sistema Único de Saúde (SUS) para esse tipo de atendimento. Em contrapartida, a população urbana apresenta uma maior quantidade de atendimentos fora do SUS e conta com uma maior cobertura por planos de saúde. Essa diferença evidencia disparidades estruturais no acesso e custeio dos serviços, que refletem as desigualdades geográficas e socioeconômicas existentes no país. Fatores como a distância até as unidades de saúde, a limitada infraestrutura e a menor disponibilidade de recursos humanos e tecnológicos nas áreas rurais contribuem para essas disparidades no acesso e a piora na qualidade do atendimento emergencial, potencializando riscos para essa população (Souza, 2024).

Em relação ao deslocamento para acessar os serviços, os resultados indicam que o transporte por ambulância é significativamente mais frequente em regiões rurais, sugerindo uma demanda maior por remoção assistida. Em relação ao tipo de transporte, serviços como SAMU e ambulâncias públicas predominam nas áreas urbanas, enquanto as ambulâncias privadas apresentam uma distribuição mais equilibrada entre as regiões, indicando padrões de acesso distintos conforme a localização da residência. Essas evidências estão em consonância com Almeida *et al.*, (2022), que analisaram os padrões de desigualdade no deslocamento para acessar diferentes tipos de serviços por moradores de áreas rurais no Brasil, identificando barreiras significativas e uma maior dependência do transporte

institucional, como ambulâncias e o SAMU, especialmente nas regiões mais isoladas, onde a fragilidade da rede de acesso exige remoções assistidas frequentemente complexas.

A oferta do uso de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) no Brasil, como auriculoterapia, yoga, homeopatia e meditação, está concentrada, sobretudo, em municípios com maior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e maior densidade populacional, características marcantes das zonas urbanas (Sumiya et al., 2022). Esses achados estão em consonância com os resultados deste trabalho, uma vez que revelam dados semelhantes, ou até mesmo equivalentes, quanto à prevalência das mesmas PICS em áreas urbanas no estado de Pernambuco.

Em contrapartida, o uso de plantas medicinais e da fitoterapia apresentou alta prevalência na área rural, refletindo prováveis tradições culturais e o acesso diferenciado a recursos naturais. Esse achado complementa a avaliação de Corrêa *et al.*, (2022), que destaca que a maioria dos moradores das áreas rurais desconhece as PICS, embora haja interesse de alguns em utilizá-las, mas sem possibilidade de acesso. Por outro lado, essa população mantém forte vínculo com os saberes populares e práticas tradicionais, detendo maior conhecimento sobre determinadas PICS.

A análise dos modos de financiamento revelou desigualdades territoriais relevantes: tratamentos pagos total ou parcialmente foram mais frequentes nas áreas urbanas, enquanto aqueles realizados de forma gratuita pelo SUS foram predominantes nas zonas rurais, evidenciando a maior dependência das populações rurais em relação ao sistema público de saúde. Essa tendência também foi observada por Marques e Santos (2021), ao analisarem a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPICS) e destacarem o papel central do SUS como principal via de acesso às terapias complementares em contextos com menor infraestrutura privada. Dessa forma, os dados demonstram que o uso das PICS é fortemente mediado por fatores territoriais, socioculturais e estruturais, refletindo desigualdades históricas no acesso aos cuidados integrais em saúde.

7 CONCLUSÃO

O presente trabalho permitiu evidenciar de forma clara as desigualdades no acesso aos serviços de saúde entre as populações rural e urbana no estado de Pernambuco, utilizando como base os dados da PNS 2019. Os achados demonstraram que, embora o Sistema Único de Saúde (SUS) desempenhe papel fundamental para garantir o acesso à saúde, principalmente nas áreas rurais, persistem disparidades marcantes no acesso e disponibilidade dos serviços conforme o território de residência.

As análises revelaram que moradores da zona rural enfrentam maiores dificuldades em relação à frequência de consultas médicas e odontológicas, além de dependerem majoritariamente das Unidades Básicas de Saúde (UBS) como porta de entrada no sistema. A ausência de cobertura por planos de saúde e o menor acesso a serviços privados reforçam a vulnerabilidade dessa população, que é mais afetada por barreiras geográficas, financeiras e estruturais.

Além disso, observou-se que as internações, os atendimentos de urgência, o deslocamento até os serviços e até mesmo o uso de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) são influenciados pelo tipo de domicílio, refletindo desigualdades de infraestrutura e organização da rede de atenção à saúde. Tais disparidades não se referem apenas ao acesso, mas também às necessidades específicas e aos modos de cuidado predominantes em cada contexto.

Diante disso, conclui-se que é fundamental a formulação e fortalecimento de políticas públicas que considerem as especificidades territoriais, priorizando o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde e a ampliação da oferta de serviços em áreas rurais. Somente com ações efetivas voltadas para a equidade será possível avançar na garantia do direito universal à saúde, conforme preconizado pela Constituição Federal e pelos princípios do SUS.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Ceres; MACHADO, Juliana. Internações no Brasil: oferta e utilização no SUS e na saúde suplementar de 2015 a 2021. Rio de Janeiro: **Observatório de Políticas e Gestão Hospitalar**, Fiocruz, 2024.

Almeida, PFd, Santos, AMd, Silva Cabral, LMd *et al.* Água, terra e ar: como moradores de territórios rurais remotos brasileiros se deslocam para acessar serviços de saúde?. *Arch Public Health* **80** , 241 (2022).

BARBOSA, A. C. S. et al. Barreiras no acesso aos serviços de saúde por residentes de comunidades rurais: revisão integrativa. **Nursing: Edição Brasileira**, Campo Grande, v. 25, n. 288, p. 7814–7825, maio 2022.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde e a articulação interfederativa. **Diário Oficial** da União: seção 1, Brasília, DF, 29 jun. 2011.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial** da União: seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial** da União: seção 1, Brasília, DF, 31 dez. 2010.

BRASIL. **Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Base de informações do Censo Demográfico 2010: resultados do universo por setor censitário: documentação do arquivo. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

CORREIA, Carina Suzana Pereira; MOCELIN, Guilherme; REUTER, Cézane Priscila; KRUG, Suzane Beatriz Frantz. Integrative and Complementary Health Practices in the Unified Health System and the use of Medicines in the Rural Population of Municipalities in Rio Grande do Sul. **International Journal of Development Research**, v. 12, n. 09, p. 59205–59209, 2022.

DIMENSTEIN, M. et al. Equidade e acesso aos cuidados em saúde mental em três estados nordestinos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 5, p. 1727–1738, maio 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico 2022: Características da população e dos domicílios. **Rio de Janeiro, 2024**.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2022: 87% da população brasileira vive em áreas urbanas**. Agência de Notícias IBGE, Rio de Janeiro, 21 dez. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2019: Utilização de serviços de saúde**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

MARQUES, Joyce Viana; SANTOS, Marco Antonio Carvalho. A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares: considerações quanto à formação profissional. **Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 15, n. 4, p. 6-31, 2021. Publicado em 2023.

ROSÁRIO, C. A.; BAPTISTA, T. W. de F.; MATTA, G. C. Sentidos da universalidade na VIII Conferência Nacional de Saúde: entre o conceito ampliado de saúde e a ampliação do acesso a serviços de saúde. **Saúde em Debate**, v. 44, n. 124, p. 17–31, 2020.

SANTOS, Edmilson Alves dos et al. E o acesso à saúde primária pela população rural?. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 97, n. 4, e023230, 2023.

SOARES, J. R. H. S., BEZERRA, A. C. V., BITOUN, J. Cobertura da Atenção Primária à Saúde em Pernambuco: os municípios rurais na organização regional da saúde. **Estrabão**, vol. 5, pp. 68–80, 2024.

SOUSA, Francisco Lucas Ferreira. Desafios no atendimento de urgência e emergência em áreas rurais: estratégias para melhoria. In: SILVA FILHO, Paulo Sérgio da Paz; MOTA, Lennara Pereira (org.). **Saúde e vida – uma abordagem multidisciplinar 2**. São Paulo: SCISAUDE, 2024. Capítulo 2.

SOUZA JÚNIOR, Paulo Roberto Borges de et al. Cobertura de plano de saúde no Brasil: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 9, p. 3987-4000, 2021.

SUMIYA, A. et al. Distribuição espacial das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Atenção Básica no Brasil. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 35, p. 1–10, 2022.

Szwarcwald, Célia Landmann et al. 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.

APÊNDICES

APÊNDICE A- DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS, CATEGORIAS, ALTERAÇÕES E RECATEGORIZAÇÃO DO MÓDULO J UTILIZADA NA ANÁLISE

Variáveis	Categorias	Alteração	Recategorização
J001- De um modo geral, como é o estado de saúde de	1- Muito bom	Não	
	2- Bom		
	3- Regular		
	4- Ruim		
	5- Muito ruim		
J00101- Considerando saúde como um estado de bem-estar físico e mental, e não somente a ausência de doenças, como é o estado de saúde de	1- Muito bom	Não	
	2- Bom		
	3- Regular		
	4- Ruim		
	5- Muito ruim		
J002- Nas duas últimas semanas, deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais (trabalhar, ir à escola, brincar, afazeres domésticos etc.) por motivo da própria saúde	1- Sim	Não	
	2- Não		
J003- Nas duas últimas semanas, quantos dias deixou de realizar suas atividades habituais, por motivo da própria saúde	01 a 14 dias	Sim	01 dia
			02 dias
			03 dias
			04 ou mais dias
J00402- Qual foi o principal motivo de saúde que impediu de realizar suas atividades habituais nas duas últimas semanas	1- Problemas nos ossos e articulações (Dor nas costas, problema no pescoço ou na nuca/ Dor nos braços ou nas mãos/ Artrite ou reumatismo)	Sim	
	2- Dor de cabeça ou enxaqueca		
	3- Problemas gineco-obstétricos (Problemas menstruais ou da gravidez e parto)		
	4- Problema odontológico/Dor de dente		
	5- Problemas respiratórios (Resfriado / gripe /sinusite/ asma / bronquite / pneumonia)		1- Problemas nos ossos e articulações (Dor nas costas, problema no pescoço ou na nuca/ Dor nos braços ou nas mãos/ Artrite ou reumatismo)
	6- Problemas gastrointestinais (Diarreia / vômito / náusea / gastrite / dor de barriga)		5- Problemas respiratórios (Resfriado / gripe /sinusite/ asma /

			bronquite / pneumonia)
	7- Dengue, Chikungunya, Zika Vírus ou Febre amarela		3- Outros problemas
	8- Problemas cardiovasculares (Pressão alta / doença do coração / AVC ou derrame)		
	9- Diabetes		
	10- Câncer (inclusive quimioterapia/radioterapia)		
	11- Problemas neurológicos (Alzheimer/Esclerose/Doença de Parkinson/Demência)		
	12-Saúde mental (Depressão/bipolaridade/esquizofrenia/transtorno de ansiedade/outro problema de saúde mental)		
	13- Lesões ou fraturas provocadas (s) por acidentes ou violência		
	14- Outro problema de saúde		
J00404 -Este motivo de saúde estava relacionado ao trabalho	1- Sim	Não	
	2- Não		
	3- Não trabalhava/nunca trabalhou		
J005 - Nas duas últimas semanas esteve acamado (a)	1- Sim	Não	
	2- Não		
J006 -Nas duas últimas semanas, quantos dias esteve acamado (a)	01 a 14 dias	Sim	01 dia
			02 dias
			03 dias
			04 ou mais dias
J007 - Algum médico já deu o diagnóstico de alguma doença crônica, física ou mental, ou doença de longa duração (de mais de 6 meses de duração) a	1- Sim	Não	
	2- Não		
J00801 - Alguma dessas doenças limita de alguma forma suas atividades habituais (trabalhar, ir à escola, brincar, afazeres domésticos, etc.)	1- Sim	Não	
	2- Não		
J009 -Costuma procurar o mesmo lugar, mesmo médico ou mesmo serviço de saúde quando precisa de atendimento de saúde	1- Sim	Não	
	2- Não		
	1- Farmácia		1- Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)
	2- Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)		

J01002 -Quando está doente ou precisando de atendimento de saúde costuma procurar	3- Policlínica pública, PAM (Posto de Assistência Médica) ou Centro de Especialidades público	Sim	2-UPA (Unidade de Pronto Atendimento), outro tipo de pronto atendimento público (24 horas), pronto-socorro ou emergência de hospital público.
	4-UPA (Unidade de Pronto Atendimento), outro tipo de pronto atendimento público (24 horas), pronto-socorro ou emergência de hospital público.		3- Ambulatório de hospital público.
	5- Ambulatório de hospital público.		4-Consultório particular, clínica privada ou ambulatório de hospital privado
	6-Consultório particular, clínica privada ou ambulatório de hospital privado		5- Outros
	7-Pronto atendimento ou emergência de hospital privado.		
	8-Atendimento domiciliar		
	9-Outro serviço		
J01101 - Quando consultou um médico pela última vez	1- Até 1 ano	Não	
	2- Mais de 1 ano a 2 anos		
	3- Mais de 2 anos a 3 anos		
	4- Mais de 3 anos		
	5- Nunca foi ao médico		
J012 - Quantas vezes consultou um médico nos últimos 12 meses	01 a 998 vezes	Sim	01 vezes
			02 vezes
			03 vezes
			04 ou mais vezes
J01301 - Quando consultou um dentista pela última vez	1- Até 1 ano	Não	
	2- Mais de 1 ano a 2 anos		
	3- Mais de 2 anos a 3 anos		
	4- Mais de 3 anos		
	5- Nunca foi ao dentista		
J014 -Nas duas últimas semanas, procurou algum lugar, serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à própria saúde	1- Sim	Não	
	2- Não		
	1- Acidente, lesão ou fratura		
	2-Doença (dor, febre, diarreia etc) ou continuação de tratamento de doença		

J01502- Qual foi o motivo principal pelo qual procurou atendimento relacionado à própria saúde nas duas últimas semanas	3-Problema odontológico, dor de dente ou consulta de rotina ao dentista	Sim	
	4-Reabilitação (fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional etc)		
	5-Pré-natal		
	6- Parto		
	7- Exame complementar de diagnóstico (sangue, urina, imagem, etc)		
	8- Vacinação		
	9- Prevenção, check-up médico ou puericultura		
	10- Solicitação de atestado de saúde		
	11- Acompanhamento com psicólogo, nutricionista, ou outro profissional de saúde		
	12-Outro		
J01602- Onde procurou o primeiro atendimento de saúde por este motivo nas duas últimas semanas	1- Farmácia	Sim	1- Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)
	2- Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)		2-UPA (Unidade de Pronto Atendimento), outro tipo de pronto atendimento público (24 horas), pronto-socorro ou emergência de hospital público.
	3- Policlínica pública, PAM (Posto de Assistência Médica) ou Centro de Especialidades público		3- Ambulatório de hospital público.
	4-UPA (Unidade de Pronto Atendimento), outro tipo de pronto atendimento público (24 horas), pronto-socorro ou emergência de hospital público.		4-Consultório particular, clínica privada ou ambulatório de hospital privado
	5- Ambulatório de hospital público.		5- Outros
	6-Consultório particular, clínica privada ou ambulatório de hospital privado		
	7-Pronto atendimento ou emergência de hospital privado.		
	8-No domiciliar		
	9-Outro serviço		

J01701- Nessa primeira vez que procurou atendimento de saúde por este motivo, nas duas últimas semanas	1-Foi agendado para outro dia/outro local	Não	
	2-Não foi atendido		
	3-Foi atendido		
J01802- Por que motivo não foi atendido(a) na primeira vez que procurou atendimento de saúde nas duas últimas semanas	1- Não conseguiu vaga nem pegar senha	Não	A variável apresentou frequência de respostas insuficiente, o que inviabiliza sua inclusão na análise
	2- Não tinha médico ou dentista atendendo		
	3- Não havia serviço ou profissional de saúde especializado para atender		
	4- Esperou muito e desistiu		
	5- O serviço de saúde não estava funcionando		
	6- Os equipamentos do serviço de saúde não estavam funcionando ou disponíveis para uso		
	7- Não podia pagar pela consulta		
	8- Outro		
J019- Nas duas últimas semanas, quantas vezes voltou a procurar atendimento de saúde por este mesmo motivo	0 a 15 número de vezes	Sim	1- Procurou
			2- Não procurou
J02002- Onde procurou o último atendimento de saúde por este motivo nas duas últimas semanas	1- Farmácia	Sim	1-Unidade básica de saúde
	2- Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)		
	3- Policlínica pública, PAM (Posto de Assistência Médica) ou Centro de Especialidades público		
	4-UPA (Unidade de Pronto Atendimento), outro tipo de pronto atendimento público (24 horas), pronto-socorro ou emergência de hospital público.		
	5- Ambulatório de hospital público.		
	6-Consultório particular, clínica privada ou ambulatório de hospital privado		
	7-Pronto atendimento ou emergência de hospital privado.		
	8-No domiciliar		
	9-Outro serviço		
J021- Nessa última vez que procurou atendimento de saúde por este motivo, nas duas últimas semanas, foi atendido (a)	1- Sim	Não	
	2- Não		

J022010- Por que motivo não foi atendido (a) nessa última vez que procurou atendimento de saúde nas duas últimas semanas	1-Não conseguiu vaga nem pegar senha	Não	
	2-Não tinha médico ou dentista atendendo		
	3-Não havia serviço ou profissional de saúde especializado para atender		
	4-Esperou muito e desistiu		
	5-O serviço de saúde não estava funcionando		
	6-Os equipamentos do serviço de saúde não estavam funcionando ou disponíveis para uso		
	7-Não podia pagar pela consulta		
	8-Outro		
J023- Este serviço de saúde onde foi atendido era	1-Público	Não	
	2-Privado		
	3-Não sabe/Não lembra		
J024- Este atendimento de saúde de foi coberto por algum plano de saúde	1- Sim	Não	
	2- Não		
J025- Pagou algum valor por este atendimento de saúde recebido nas duas últimas semanas	1- Sim	Não	
	2- Não		
J026- O atendimento de foi feito pelo SUS	1- Sim	Não	
	2- Não		
	3- Não sabe/Não lembra		
J02702- Qual foi o principal atendimento de saúde que recebeu?	1-Consulta médica	Sim	1-Consulta médica
	2-Consulta odontológica		
	3-Consulta com outro profissional de saúde (fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo, nutricionista, enfermeiro, etc.)		
	4-Atendimento com agente comunitário de saúde		
	5-Atendimento na farmácia		
	6-Vacinação		
	7-Medicação/aferição de pressão arterial, Injeção, curativo		
	8-Quimioterapia, radioterapia, hemodiálise ou hemoterapia		
	9-Exame complementar de diagnóstico (sangue, urina, imagem, etc)		

	10-Gesso ou imobilização		
	11-Pequena cirurgia em ambulatório		
	12-Internação hospitalar ou cirurgia		
	13-Práticas integrativas e complementares como acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, meditação, yoga, tai chi chuan e liang gong.		
	14-Práticas de promoção de saúde, tais como grupos de atividade física, orientação sobre alimentação saudável, uso abusivo de outras drogas, grupo de cessação de tabagismo.		
	15-Outro atendimento		
J02901- Neste atendimento de foi receitado algum medicamento	1- Sim	Não	
	2- Não		
J03001- Conseguiu obter os medicamentos receitados? (Leia as opções de resposta)	1-Sim, todos	Não	
	2-Sim, alguns		
	3-Não, nenhum		
J03102- Qual o principal motivo de não ter conseguido obter todos os medicamentos receitados	1-Não conseguiu obter no serviço público de saúde	Não	A variável apresentou frequência de respostas insuficiente, o que inviabiliza sua inclusão na análise
	2-Não conseguiu o(s) medicamento(s) no programa Aqui Tem Farmácia Popular		
	3-Não tinha farmácia próxima ou teve dificuldade de transporte		
	4-Não conseguiu encontrar todos os medicamentos na farmácia		
	5-Não tinha dinheiro para comprar		
	6-Não achou necessário		
	7-Desistiu de procurar, pois melhorou		
	8-Outro		
J032- Algum dos medicamentos foi coberto por plano de saúde	1-Sim, todos	Não	
	2-Sim, alguns		
	3-Não, nenhum		
J03301- Algum dos medicamentos foi obtido no programa Aqui Tem Farmácia Popular	1-Sim, todos	Não	
	2-Sim, alguns		
	3-Não, nenhum		

J034- Algum dos medicamentos foi obtido em serviço público de saúde	1-Sim, todos	Não	
	2-Sim, alguns		
	3-Não, nenhum		
J035- Pagou algum valor pelos medicamentos	1- Sim	Não	
	2- Não		
J03602- Nas duas últimas semanas, por que motivo não procurou serviço de saúde	1-Não houve necessidade	Sim	
	2-Não tinha dinheiro		
	3-O local de atendimento era distante ou teve dificuldade de transporte		1- Houve necessidade
	4-Horário incompatível		2- Não houve necessidade
	5-O atendimento é muito demorado		
	6- O estabelecimento não possuía especialista compatível com suas necessidades		
	7-Achou que não tinha direito		
	8-Não tinha quem o(a) acompanhasse		
	9-Não gostava dos profissionais do estabelecimento		
	10-Greve nos serviços de saúde		
	11-Outro motivo		
J037- Nos últimos 12 meses, ficou internado(a) em hospital por 24 horas ou mais	1- Sim	Não	
	2- Não		
J038- Nos últimos 12 meses, quantas vezes esteve internado(a)	01 a 98 vezes	Sim	1- Sim, fui internado
			2- Não, fui internado
J039- Qual foi o principal atendimento de saúde que recebeu quando esteve internado(a) (pela última vez) nos doze últimos meses	1-Parto normal	Sim	
	2-Parto cesáreo		
	3-Tratamento clínico		
	4- Tratamento psiquiátrico		1- Tratamento clínico
	5- Cirurgia		2- Cirurgia
	6- Exames complementares de diagnóstico		
	7-Outros		
J04001- Quanto tempo em meses o morador ficou internado	00 a 12 meses	Sim	1- Sim, fui internado
	88- Morador ainda está internado		2- Não, fui internado
J04002- Quanto tempo em dias o morador ficou internado	00 a 31 dias	Sim	1- 04 a 05 dias
	88- Morador ainda está internado		2- Mais dias

J041- O estabelecimento de saúde em que esteve internado(a) pela última vez nos últimos 12 meses era	1-Público	Não	
	2-Privado		
	3-Não sabe/Não lembra		
J042- A última internação de nos últimos 12 meses foi coberta por algum plano de saúde	1- Sim	Não	
	2- Não		
J043- Pagou algum valor por esta última internação? (Entrevistador: se o(a) entrevistado(a) responder que pagou, mas teve reembolso total, marque a opção 2)	1- Sim	Não	
	2- Não		
J044- Esta última internação de foi feita através do Sistema Único de Saúde (SUS)	1- Sim	Não	
	2- Não		
	3-Não sabe/Não lembra		
J046- Nos últimos 12 meses teve atendimento de urgência ou emergência no domicílio	1- Sim	Não	
	2- Não		
J047- Este atendimento foi coberto por algum plano de saúde	1- Sim	Não	
	2- Não		
J048- Pagou algum valor por este atendimento? (Entrevistador: se o(a) entrevistado(a) responder que pagou, mas teve reembolso total, marque a opção 2)	1- Sim	Não	
	2- Não		
J049- Este atendimento foi feito através do Sistema Único de Saúde (SUS)	1- Sim	Não	
	2- Não		
	3-Não sabe/Não lembra		
J051- Neste atendimento, foi transportado por ambulância para um serviço de saúde	1- Sim	Não	
	2- Não		
J052- O transporte foi feito por	1-SAMU	Sim	1-SAMU
	2-Ambulância de serviço público de saúde		2-Ambulância de serviço público de saúde
	3-Ambulância de serviço de saúde privado/plano de saúde		
	4-Corpo de Bombeiros		
	5-Outro		
J05301- Nos últimos doze meses, utilizou tratamento como acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, meditação, yoga, tai chi chuan, lian gong ou outra prática integrativa e complementar a saúde?	1- Sim	Não	
	2- Não		
J05402- Qual tratamento fez uso Acupuntura	1- Sim	Não	
	2- Não		
J05403- Qual tratamento fez uso Homeopatia	1- Sim	Não	
	2- Não		
J05404- Qual tratamento fez uso plantas medicinais e fitoterapia	1- Sim	Não	
	2- Não		

J05405 -Qual tratamento fez uso auriculoterapia	1- Sim	Não	
	2- Não		
J05406 - Qual tratamento fez uso meditação	1- Sim	Não	
	2- Não		
J05407 - Qual tratamento fez uso Yoga	1- Sim	Não	
	2- Não		
J05408 - Qual tratamento fez uso Tai chi chuan, Lian gong, Qi gong	1- Sim	Não	
	2- Não		
J05409 - Qual tratamento fez uso Terapia comunitária integrativa	1- Sim	Não	
	2- Não		
J054010 - Qual tratamento fez uso outro	1- Sim	Não	
	2- Não		
J056 - Pagou algum valor por este(s) tratamento(s)	1-Sim, todos	Não	
	2-Sim, alguns		
	3-Não		
J057 - Este(s) tratamento(s) foi (foram) feito(s) através do Sistema Único de Saúde (SUS):	1-Sim, todos	Não	
	2-Sim, alguns		
	3-Não		
	4-Não sabe/Não lembra		
J060 -Informante do Módulo J	1-Própria pessoa	Não	
	2-Outro morador		
	3-Pessoa não moradora		

Fonte: A Autora, (2025)

APÊNDICE B – DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS COM ASSOCIAÇÃO SIGNIFICATIVA E FORÇA DE MAGNITUDE POR TIPO DE DOMICÍLIO

Variável	ET	p	V	Associação	Magnitude
J05404	121.822 8	0	0.4859	Associação significativa com V0026	Muito forte
J05402	70.5384	0	0.3697	Associação significativa com V0026	Muito forte
J056	63.6892	0	0.3513	Associação significativa com V0026	Muito forte
J01002	1072.30 09	0	0.3449	Associação significativa com V0026	Muito forte
J052	10.1726	0.0062	0.3307	Associação significativa com V0026	Muito forte
J01602	173.0936	0	0.2941	Associação significativa com V006	Muito forte
J023	94.9127	0	0.2372	Associação significativa com V0026	Forte
J024	93.3062	0	0.235	Associação significativa com V0026	Forte
J042	38.3127	0	0.2321	Associação significativa com V0026	Forte
J026	87.3571	0	0.2276	Associação significativa com V0026	Forte
J047	18.6098	0	0.2228	Associação significativa com V0026	Forte
J049	17.4597	0	0.2161	Associação significativa com V0026	Forte
J05406	21.952	0	0.2063	Associação significativa com V0026	Forte
J041	29.4583	0	0.2035	Associação significativa com V0026	Forte
J044	27.4901	0	0.1968	Associação significativa com V0026	Forte
J05403	19.5368	0	0.1946	Associação significativa com V0026	Forte
J051	12.5831	4.00E-04	0.1832	Associação significativa com V0026	Forte
J05407	15.5791	1.00E-04	0.1738	Associação significativa com V0026	Forte
J01301	355.416 7	0	0.1726	Associação significativa com V0026	Forte
J057	14.9858	6.00E-04	0.1706	Associação significativa com V0026	Forte
J01502	49.7382	0	0.1577	Associação significativa com V0026	Forte

J05405	12.4734	4.00E-04	0.1555	Associação significativa com V0026	Forte
J039	14.8902	0.0211	0.1447	Associação significativa com V0026	Forte
J01101	178.5955	0	0.1223	Associação significativa com V0026	Moderada
J00101	109.5278	0	0.0958	Associação significativa com V0026	Fraca
J001	94.8791	0	0.0892	Associação significativa com V0026	Fraca
J012	63.5589	7.00E-04	0.0859	Associação significativa com V0026	Fraca
J03001	6.7587	0.0341	0.0835	Associação significativa com V0026	Fraca
J03602	54.927	0	0.0744	Associação significativa com V0026	Fraca
J05301	64.7204	0	0.0736	Associação significativa com V0026	Fraca
J014	61.6171	0	0.0719	Associação significativa com V0026	Fraca
J02901	5.0252	0.025	0.0545	Associação significativa com V0026	Fraca
J025	4.9674	0.0258	0.0542	Associação significativa com V0026	Fraca
J060	32.6127	0	0.0523	Associação significativa com V0026	Fraca
J007	25.2258	0	0.046	Associação significativa com V0026	Muito fraca
J00801	7.0839	0.0078	0.0453	Associação significativa com V0026	Muito fraca
J009	21.8864	0	0.0428	Associação significativa com V0026	Muito fraca
J01802	7.4481	0.2814	0.386	Sem associação significativa	
J03102	12.1043	0.0972	0.3075	Sem associação significativa	
J04002	34.9657	0.2852	0.2224	Sem associação significativa	
J022010	2.1099	0.7155	0.219	Sem associação significativa	
J006	16.3792	0.1745	0.2006	Sem associação significativa	
J02002	9.9093	0.1938	0.1905	Sem associação significativa	
J04001	12.2274	0.0571	0.1315	Sem associação significativa	
J00402	17.895	0.1615	0.1282	Sem associação significativa	
J003	17.3649	0.1832	0.1263	Sem associação significativa	
J019	53279	0.14	0.09	Sem associação significativa	
J02702	12.243	0.5868	0.0851	Sem associação significativa	
J048	2.7148	0.0994	0.0851	Sem associação significativa	

J032	5.8647	0.0533	0.0809	Sem associação significativa
J038	4.1913	0.7575	0.0768	Sem associação significativa
J034	4.3187	0.1154	0.073	Sem associação significativa
J05408	2.1058	0.1467	0.0639	Sem associação significativa
J05409	2.1058	0.1467	0.0639	Sem associação significativa
J03301	3.3566	0.1867	0.0618	Sem associação significativa
J021	0.9416	0.3319	0.0587	Sem associação significativa
J00404	1.8932	0.3881	0.0417	Sem associação significativa
J01701	2.7334	0.2549	0.037	Sem associação significativa
J043	0.8557	0.3549	0.0347	Sem associação significativa
J005	0.8891	0.3457	0.0286	Sem associação significativa
J035	0.4444	0.505	0.0223	Sem associação significativa
J054010	0.2345	0.6282	0.0213	Sem associação significativa
J002	2.7115	0.0996	0.0151	Sem associação significativa
J046	2.6918	0.1009	0.015	Sem associação significativa
J037	2.1594	0.1417	0.0135	Sem associação significativa

Fonte: A Autora, (2025)