

## Qualidade de vida e Atenção Primária em Saúde e seus desdobramentos para a cobertura da Atenção Básica- Um estudo no bairro da Penha, Rio de Janeiro

Janaina Moreno de Siqueira, Ana Inês Sousa, Norma Valéria de Oliveira Dantas Souza, Irma da Silva Brito, Karla Gualberto Silva, Rejane de Fatima Parada Viegas, Sheila Nascimento Pereira de Farias

### RESUMO

**Objetivo:** averiguar a qualidade de vida dos usuários da Estratégia Saúde da Família perante a cobertura da atenção básica no município do Rio de Janeiro. **Método:** estudo transversal de abordagem quantitativa, na área programática de saúde 3.1. Teste binomial exato, valor de p de 0,05%, que resultou na amostra de 93 usuários. Aprovado abril/2020 parecer 3.993. 910. **Resultados:** denota-se nos determinantes da qualidade de vida as menores médias no domínio ambiente relacionando as piores percepções de Qualidade de Vida com condições de saúde associadas à territorialidade. **Conclusão:** a queda na cobertura da atenção básica provocada pela flexibilização do programa nacional de atenção básica 2017 infere na qualidade de vida do usuário. O estudo traz o ineditismo da discussão sobre a qualidade de vida perante as políticas públicas de saúde sob a ótica do usuário da atenção primária.

**Palavras-chave:** Qualidade de Vida; Política Pública; Enfermagem; Atenção Básica; Determinantes de qualidade de vida.

### ABSTRACT

**Objective:** to verify the quality of life of family health strategy users in view of primary care coverage in the city of Rio de Janeiro. **Method:** cross-sectional study of quantitative approach, in the programmatic area of health 3.1. Accurate binomial test, p value of 0.05%, which resulted in the sample of 93 users. Approved April/2020 opinion 3,993. 910. **Results:** the decline in primary care coverage in the period 2018 to 2020 stands out. According to the determinants of quality of life, the lowest averages in the environment domain are denoted, relating the worst perceptions of Quality of Life with health conditions associated with territoriality. **Conclusion:** the fall in the coverage of primary care caused by the flexibilization of the national primary care program 2017 infers in the quality of life of the user. The study brings the novelty of the discussion about quality of life before public health policies from the perspective of the primary care user.

**Keywords:** Quality of Life; Public Policy; Nursing; Primary Care; Determinants of quality of life.

Revista da Rede APS 2022  
Publicada em: 26/12/2022  
DOI:10.14295/aps.v4i3.255

Janaina Moreno de Siqueira  
(Escola de Enfermagem Anna Nery,  
Rio de Janeiro, RJ, Brasil)

Ana Inês Sousa  
(Escola de Enfermagem Anna Nery,  
Rio de Janeiro, RJ, Brasil)

Norma Valéria de Oliveira Dantas  
Souza  
(Universidade do Estado do Rio de  
Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil)

Irma da Silva Brito  
(Escola Superior de Enfermagem  
de Coimbra, Coimbra, Portugal)

Karla Gualberto Silva  
(Escola de Enfermagem Anna Nery,  
Rio de Janeiro, RJ, Brasil)

Rejane de Fatima Parada Viegas  
(Escola de Enfermagem Anna Nery,  
Rio de Janeiro, RJ, Brasil)

Sheila Nascimento Pereira de  
Farias  
(Escola de Enfermagem Anna Nery,  
Rio de Janeiro, RJ, Brasil)

**Correspondência para:**  
Janaina Moreno de Siqueira  
janaina.moreno@ufrj.br

## INTRODUÇÃO

A qualidade de vida encontra-se implícita no Art. 5º da CF, pois trata-se de um direito fundamental, de interesse difuso, e que deve ser alcançado pelo Poder Público e pela coletividade, além de ser protegido e usufruído por todos <sup>(1)</sup>.

Por certo, contextualizar sobre a Qualidade de Vida (QV) dos usuários da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município do Rio de Janeiro, na contemporaneidade, a qual impetra um Estado mínimo, corrobora para asseverar sobre os impactos que as políticas públicas trazem para as condições de vida dos indivíduos na percepção do maior interessado, a população. E, nessa perspectiva, possibilitar a elaboração de estratégias que possam contribuir no processo de desenvolvimento de ações que favoreçam a melhoria da qualidade de vida.

Salienta-se que a ESF é um projeto dinamizador do Sistema Único de Saúde (SUS), condicionado pela evolução histórica e organização do sistema de saúde no Brasil. Sua velocidade de expansão comprova a adesão de gestores estaduais e municipais aos seus princípios. Certa feita, como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, a Estratégia Saúde da Família tem provocado um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS, na perspectiva de maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais, o que tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações atendidas pelas equipes de saúde da família <sup>(2)</sup>.

Sobretudo, a ESF, por sua proximidade com a comunidade, possui um papel relevante, com destaque na prática de atividades de educação em saúde. Enquanto ferramenta, através da educação, é possível conhecer as características da realidade imposta, orientar os moradores e estabelecer vínculos com a comunidade, fundamental na assistência à saúde <sup>(2)</sup>.

Assim, a ESF, visando à produção de novos modos de cuidado, propõe a visita domiciliar (VD) como instrumento central no processo de trabalho das equipes. Contudo, a ampliação da Estratégia tem encontrado limitações para a produção de mudança do modelo assistencial, e

tem perdido a essência de sua formulação, que deveria ter caráter substitutivo à rede tradicional de saúde, bem como atuar com base no território, definido de acordo com o planejamento e diagnóstico situacional <sup>(3-4)</sup>.

Ao estudar a QV de usuários na atenção primária em saúde (APS), é necessário saber que sistemas de saúde com uma APS forte são primordiais para se alcançar a cobertura universal de saúde <sup>(5)</sup>. Geralmente, o primeiro ponto de contato das pessoas com seu sistema de saúde é a APS, a qual, idealmente, deve fornecer cuidados integrados, acessíveis e baseados na comunidade ao longo da vida. De fato, um sistema de saúde baseado em uma APS Forte oferece melhores resultados, eficiência, menores custos e maior qualidade de atendimento em comparação com outros modelos <sup>(6)</sup>.

No caso do Brasil, o relatório “Agenda 30 anos de SUS, que SUS em 2030?” aponta que o principal mecanismo para induzir a expansão da cobertura de atenção primária tem sido a consolidação da ESF. Esse é o modelo que apresenta melhores resultados quanto à ampliação do acesso ao sistema de saúde e em indicadores como diminuição de internações que são evitáveis <sup>(7)</sup>.

No entanto, constata-se que uma emenda constitucional (EC95) aprovada pelo congresso brasileiro em dezembro de 2016 limitou os gastos federais com saúde nos 20 anos seguintes, com perdas acumuladas projetadas no orçamento federal da saúde (atualmente aproximadamente US \$ 29 bilhões por ano) de aproximadamente US \$ 93 bilhões até 2036, segundo projeções do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada <sup>(8)</sup>.

O estudo traz o ineditismo da contribuição do usuário para a discussão sobre a QV, privilegiando o ponto de vista deste protagonista para auxiliar na transformação das ações e de estratégias relevantes para fortalecer o programa de saúde da família, diante da atual realidade. Para tanto, teve como objetivo analisar a qualidade de vida dos usuários da ESF no contexto do atual cenário político, de acordo com os seus determinantes. Além disso, distingue-se para a pesquisa em enfermagem a

oitiva dos usuários como aliado na busca do conhecimento, o que é essencial para o desenvolvimento de teorias e modelos de cuidado centrados no cliente para que a enfermagem, enquanto disciplina atinja seus objetivos humanitários<sup>(9)</sup>, e ainda, pode provocar novas investigações que possam analisar a gravidade de problemas que precisam ser solucionados.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa realizado no segundo semestre de 2020, com os usuários da ESF em uma Unidade Pública de Saúde localizada no bairro da Penha, Rio de Janeiro, RJ.

A amostra foi composta por usuários da ESF no referido campo de pesquisa, arrolados por representatividade de cada equipe da Unidade de Saúde, foi verificada através da estratificação por alocação proporcional.

O estudo foi realizado em uma clínica da família, localizada na região metropolitana do município do Rio de Janeiro. Essa unidade de saúde tem responsabilidade sanitária por cerca de 150.000 habitantes, com cobertura de consultas de atenção primária, exames e quatro equipes de saúde da família, sendo essas equipes responsáveis pela cobertura de 16.357 pessoas<sup>(10)</sup>. A área de Planejamento de Saúde 3.1 (AP 3.1) abrange, de acordo com o último Censo Demográfico do IBGE (2010), uma densidade demográfica de 10.386,46 habitantes/km<sup>2</sup><sup>(10)</sup>. Logo, foi considerado o quantitativo de pessoas cadastradas na Unidade de Saúde da A.P.3.1 de maneira que contemplasse os usuários atendidos pelas 4 equipes da ESF dessa unidade. Os critérios para inclusão no estudo foram ser maior de idade e estar cadastrado junto às equipes da ESF que atendem nesta Clínica da Família, e o de exclusão, não residirem na área de planejamento em saúde 3.1.

Assim, foi realizado o cálculo amostral pelo teste binomial exato, de modo que o poder do teste foi de 90%, tamanho do efeito de 15%, nível de significância de 5% e proporção constante de 50%. Nessa lógica, a representatividade de cada equipe da Unidade

de Saúde foi verificada de maneira que foram coletadas informações de 93 usuários da ESF no período de junho a agosto de 2020.

Como ferramenta de pesquisa, foi escolhida a versão WHO-Quality of life-BREF, que compreende um instrumento de pesquisa geral sobre QV validada para vários países, composta por 26 itens, os quais medem os domínios amplos da saúde física, psicológica, relações sociais e meio ambiente<sup>(9-10)</sup>. Concomitantemente foi aplicado um questionário sociodemográfico com questões que abordam a cobertura da ESF, adaptado da PNS do IBGE.

As análises foram realizadas no programa IBM SPSS Statistics version 24, incluindo análise estatística univariada e bivariada.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em abril de 2020, parecer substanciado 3.993.910. Entregue aos participantes da pesquisa uma cópia do Termo de Consentimento Livre(TCLE), conforme resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 além da Resolução n 580, de 22 de março de 2018 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta o disposto no item XIII.4 da mesma Resolução, que estabelece as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o SUS.

## RESULTADOS

Na amostra estudada, o sexo feminino correspondeu a 72,04% do total, 23,66% dos usuários da ESF tinham idades na faixa de 40 a 49 anos, 50,54% eram da cor/raça branca, 98,92% tinham o seu domicílio cadastrado na unidade de saúde da família e 79,57% tiveram esse cadastro realizado a um ano ou mais; 34,41% receberam de 2 a 4 vezes a visita de agente comunitário ou outro membro da equipe de saúde da família nos últimos 12 meses, 43,01% consideram a sua saúde boa, como se apresenta na tabela 1 (apêndice).

No entanto, este estudo, em 2020, traz a realidade de que apenas 20,43% dos participantes da pesquisa referem que tiveram seu domicílio cadastrado no último ano, concomitantemente somente 34,41% relataram

que receberam 2 a 4 visitas domiciliares (VD) de agente comunitário ou outro membro da equipe da ESF em um intervalo de 12 meses no último ano, em contrapartida, um percentual semelhante, 33,33% não receberam VD e 16,13% relatam somente 01 VD em 12 meses. De certo o baixo índice de VD evidenciado tem relação com a queda sistemática da cobertura da Atenção Básica, como apresentado na tabela 2 (apêndice).

Ao identificar a qualidade de vida percebida pelos usuários da ESF, o determinante domínio físico apresenta diferença significativa para as perguntas: “Faixa etária”, “Em geral como avalia sua saúde?”, assim, os escores medianos referentes ao domínio físico foram maiores para a faixa de 20 a 29 anos (75,00) e de 30 a 39 anos (75,00). As maiores avaliações da saúde foram a boa (75,00) e a muito boa (71,43). Já no domínio psicológico ressalta-se diferença significativa para as perguntas: “Quando o seu domicílio foi cadastrado?”, “Em geral como avalia sua saúde?”. Portanto, quem teve o seu domicílio cadastrado há um ano ou mais obteve maior escore mediano (66,67) do domínio psicológico. A maior avaliação da saúde foi a boa (75,00). Destaca-se ainda o domínio de meio ambiente que apresentou significância para as perguntas: “Em geral como avalia sua saúde?”, onde quem considerou a sua saúde muito boa (62,50) obteve maior escore mediano do domínio de meio ambiente, apresentado na tabela 3 (apêndice).

## DISCUSSÃO

Proposto como um indicador de saúde, a QV é um construto multidimensional da população e sua avaliação é utilizada para estimular ações de promoção da saúde. Nesse sentido, estudos que mensuram a QV avaliam características como capacidade funcional, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, emocionais e saúde mental<sup>(10-15)</sup>

Nesse contexto especificamente, os estudos realizados na AP observaram uma variabilidade de percepção da QV, que apontam o domínio “relações sociais” como aquele com a maior contribuição para uma boa QV, e o domínio “ambiente” com a menor <sup>(11-14)</sup>. Ressalta-se

ainda que a presença de doenças, a baixa adesão ao tratamento e o baixo nível educacional são fatores associados a uma pior percepção da QV em indivíduos atendidos na APS<sup>(15)</sup>.

Nessa lógica, estabelecendo uma comparação, o presente estudo apontou uma diferença significativa entre os escores dos domínios, onde semelhantemente o domínio das relações sociais foi o de maior mediana, seguido do domínio psicológico, físico e por último o domínio de meio ambiente com a menor mediana. O padrão da QV foi semelhante ao estudo transversal realizado no ano de 2017, com 930 usuários adultos e cadastrados nas UBS em Minas Gerais. Nesse, as maiores médias de QV também foram observadas no domínio relações sociais e as menores no domínio ambiente relacionando as piores percepções de QV com piores condições de saúde, habitação, educação e renda, além de problemas nas relações sociais e condições psicológicas<sup>(16)</sup>.

A predominância do sexo feminino na procura do cuidado nos serviços da APS, não implica, para o universo estudado, possíveis vieses nos resultados. Ressalta-se que tal fato pode estimular a abertura de novos estudos para aprofundar a discussão da QV no contexto especificamente junto à população masculina que frequenta a APS.

Os dados deste estudo trazem que 58,06% dos participantes classificaram como boa ou muito boa, no primeiro momento ao autoavaliarem sua saúde apesar do cenário. Neste sentido, salienta-se que a manutenção dos parâmetros referentes aos indicadores de saúde em seu desempenho ao persistirem em sua maioria, corroboram e dão destaque para a potência assistencial da Atenção Primária<sup>(17)</sup>.

## CONCLUSÃO

A queda na cobertura da Atenção Básica provocada pela governança infere de forma comprometedora na qualidade de vida e saúde da população. Sem dúvida, o direito fundamental a saúde que deve ser indeclinável, inclusivo, universal, garantido pela Constituição de 1988 através das ações do SUS, passa por um depauperamento, que repercute na qualidade de vida e saúde dos indivíduos, bem como nas

ações do cuidado pelos profissionais da saúde. Em consonância, o cenário estudado no Rio de Janeiro, apesar das limitações do estudo, parece espelhar a atual realidade brasileira, ao apontar uma conjuntura de crise com consequências graves para a APS.

O estudo apontou que as maiores médias de QV foram observadas no domínio relações sociais e as menores no domínio ambiente relacionando as piores percepções de QV com piores condições de saúde, habitação, educação e renda, o que tem a ver com a territorialidade, consoante à cobertura da Atenção Básica.

Desse modo, é primordial a garantia da oferta das ações básicas de saúde, a fim de potencializar a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos.

## AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

## REFERÊNCIAS

1. Moysés EJW, Chechi BB. **Desenvolvimento sustentável**: uma análise da perspectiva de garantia para gerações futuras. RCGD [Internet]. 16º de novembro de 2018 [citado 28º de fevereiro de 2022];11(1):142-156. DOI: <https://doi.org/10.21680/1982-310X.2018v11n1ID15369>
2. Brito GEG, Mendes ACG, Santos Neto PM. Purpose of work in the Family Health Strategy. **Interface Comun Saúde Educ.** 2018;22(64):77-86. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0672>
3. Cunha MS, Sá MC. Home visits within the family health strategy (estratégia de saúde da família - ESF): the challenges of moving into the territory. **Interface Comun Saúde Educ.** 2013;17(44):61-73. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832013000100006>
4. Massuda A, Hone T, Leles FAG, Castro MC, Atun R. O sistema de saúde brasileiro em uma encruzilhada: avanços, crise e resiliência. **BMJ Global Health.** 2018;3(4):1-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2018-000829>
5. Araújo JL, Oliveira KKD, Freitas RJM. In defense of the Unified Health System in the context of SARS-CoV-2 pandemic. **Rev Bras Enferm.** 2020;73(Suppl 2):1-6. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0247>
6. Almeida AR, Athayde FTS. Health promotion, quality of life and health inequity: reflections for public health. **Tempus.** 2015;9(2):165-172. DOI: <https://doi.org/10.18569/tempus.v9i2.1818>
7. Dutra EB, Gomes VC. Health quality in Brazil: an overview of its performance based on the systemic approach. **Rev Gest Sist Saúde.** 2020;9(3):554-577. DOI: <https://doi.org/10.5585/rgss.v9i3.17257>
8. Ferreira J, Ladeia L. As Implicações da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) na Dinâmica dos Serviços de Saúde. ID on line. **Revista de psicologia** [Internet]. 2018 Out 31; [Citado em 2022 Fev 28]; 12(42): 681-695. DOI: <https://doi.org/10.14295/online.v12i42.1358>
9. Silva GA, Giovanella L, Camargo KR Jr. Brazil's national health care system at risk for losing its universal character. **Am J Public Health.** 2020;110(6):811-812. DOI: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.305649>
10. Rio de Janeiro. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de gestão: área de planejamento 3.1** [Internet]. Rio de Janeiro: SMS; 2016 [citado 2020 ago. 31]. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/6594964/4177981/RGCAP3.1.pdf>
11. Silva WR, Bonafé FSS, Marôco J, Maloa BFS, Campos JADB. Psychometric properties of the World Health Organization Quality of Life Instrument-abbreviated version in portuguese-speaking adults from three different countries. **Trends Psychiatry Psychother.** 2018;40(2):104-113. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2237-6089-2017-0058>
12. Braga MCP, Casella MA, Campos MLN, Paiva SP. Whoqol-bref-assessed quality of life of the elderly of Juiz de Fora/MG. **Rev APS** [Internet]. 2011 [cited 2021 Aug 31];14(1):93-100. Available from: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14649>
13. Azevedo ALS, Silva RA, Tomasi E, Quevedo LA. Chronic diseases and quality of life in primary health care. **Cad Saude Publica.** 2013;29(9):1774-1782. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00134812>
14. Almeida-Brasil CC, Silveira MR, Silva KR, Lima MG, Faria CDCM, Cardoso CL, et al. Quality of life and associated characteristics: application of WHOQOL-BREF in the context of Primary Health Care. **Ciênc Saúde Colet.** 2017;22(5):1705-1716. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.20362015>
15. Marques CF, Roberto NLB, Gonçalves HS, Bernardes AG. What Does Dismantling Mean? Dismantling of What and for Whom? **Psicol Ciênc Prof.** 2019;39(spe. 2):6-18. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703003225552>
16. Noronha JC, Noronha GS, Pereira TR, Costa AM. The future of the Brazilian Health System: a short review of its pathways towards an uncertain and discouraging horizon. **Ciênc Saude Colet.** 2018;23(6):2051-2060. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05732018>

---

17. Brasil. Ministério da Saúde. **e-Gestor atenção básica**: informação e gestão da atenção básica [Internet]. Brasília; 2020 [citado 2020 ago. 31]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/reHistoricoCoberturaA B.shtml/>

## APÊNDICE

**Tabela 1- Descrição sociodemográfica e os dados da ESF (n = 93). Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2020**

		N	%
Sexo	Masculino	26	27,96
	Feminino	67	72,04
Faixa etária	18 a 19 anos	4	4,3
	20 a 29 anos	11	11,83
	30 a 39 anos	15	16,13
	40 a 49 anos	22	23,66
	50 a 59 anos	21	22,58
	60 a 69 anos	15	16,13
	70 a 79 anos	5	5,38
Cor ou raça (autointitulada)	Branca	47	50,54
	Preta	24	25,81
	Parda	22	23,66
O seu domicílio está cadastrado na unidade de saúde da família?	Sim	92	98,92
	Não	0	0
	Não sei	1	1,08
Quando o seu domicílio foi cadastrado?	Há menos de 2 meses	3	3,23
	De 2 a menos de 6 meses	2	2,15
	De 6 meses a menos de um ano	14	15,05
	Há um ano ou mais	74	79,57
Nos últimos 12 meses, com que frequência o seu domicílio recebeu uma visita de agente comunitário ou outro membro da equipe de saúde da família?	Mensalmente	6	6,45
	A cada 2 meses	9	9,68
	De 2 a 4 vezes	32	34,41
	Uma vez	15	16,13
	Nunca recebeu	31	33,33
Em geral como avalia sua saúde?	Muito boa	14	15,05
	Boa	40	43,01
	Regular	30	32,26
	Ruim	9	9,68

Fonte: elaborado pelo autor.

**Tabela 2- Retrospectiva da Cobertura da Atenção Básica nos Primeiros Semestres dos anos de 2018, 2019, 2020 após a PNAB 2017. Rio de Janeiro, RJ. Brasil, 2020**

Mês/ano	Município	População estimada	População estimada coberta	Cobertura Esf	Cobertura AB
jan/18	RJ	6.520.266	<b>4.106.708</b>	<b>62,98%</b>	<b>71,04%</b>
fev/18	RJ	6.520.266	4.071.173	62,44%	70,73%
mar/18	RJ	6.520.266	4.002.690	61,39%	69,52%
abr/18	RJ	6.520.266	3.932.483	60,31%	68,28%
mai/18	RJ	6.520.266	4.023.735	61,71%	69,63%
jun/18	RJ	6.520.266	4.034.775	61,88%	69,73%
jul/18	RJ	6.520.266	3.988.890	61,18%	69,20%
jan/19	RJ	6.688.927	<b>3.705.645</b>	<b>55,40%</b>	<b>62,48%</b>
fev/19	RJ	6.688.927	3.553.328	53,12%	60,76%
mar/19	RJ	6.688.927	3.374.790	50,45%	57,65%
abr/19	RJ	6.688.927	3.356.160	50,17%	57,54%
mai/19	RJ	6.688.927	3.373.238	50,43%	57,13%
jun/19	RJ	6.688.927	3.332.010	49,81%	56,32%
jan/20	RJ	6.718.903	<b>2.962.515</b>	<b>44,09%</b>	<b>49,35%</b>
fev/20	RJ	6.718.903	2.878.853	42,85%	49,08%
mar/20	RJ	6.718.903	2.934.743	43,68%	49,89%
abr/20	RJ	6.718.903	2.752.238	40,96%	47,29%
mai/20	RJ	6.718.903	2.560.245	38,11%	43,53%
jun/20	RJ	6.718.903	2.662.883	39,63%	47,36%
jul/20	RJ	6.718.903	2.721.015	40,50%	47,34%

Fonte:

<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaConsolidado.xhtml>

**Tabela 3- Comparação dos escores dos domínios nas variáveis sociodemográficas (n=93). Rio de Janeiro, RJ, 2020**

		Domínio físico		Domínio psicológico		Domínio de relações sociais		Domínio de meio ambiente	
		Mediana	Valor p	Mediana	Valor p	Mediana	Valor p	Mediana	Valor p*
<b>Sexo</b>	Masculino	71,43	0,226	66,67	0,336	75,00	0,644	53,13	0,640
	Feminino	60,71		62,50		75,00		56,25	
<b>Faixa etária (em anos)</b>	18 a 19	51,79a		58,33		79,17		51,56	
	20 a 29	<b>75,00b</b>		66,67		75,00		62,50	
	30 a 39	<b>75,00b</b>		70,83		75,00		56,25	
	40 a 49	58,93ab	<b>0,002</b>	60,42	0,657	75,00	0,396	50,00	0,077
	50 a 59	50,0a		62,50		66,67		53,13	
	60 a 69	71,43b		66,67		75,00		50,00	
	70 a 79	42,86a		66,67		50,00		62,50	
<b>Cor ou raça (autointitulada)</b>	Branca	64,29		70,83		75,00		56,25	
	Preta	67,86	0,223	66,67	0,621	75,00	0,214	54,69	0,517
	Parda	50,00		56,25		66,67		50,00	
<b>O seu domicílio está cadastrado na unidade de saúde da família?</b>	Sim	60,71		66,67		75,00		56,25	
	Não	-	0,387	-	0,796	-	0,613	-	0,882
	Não sei	78,57		70,83		83,33		53,13	
<b>Quando o seu domicílio foi cadastrado?</b>	Há menos de 2 meses	46,43	0,424	62,50ab	<b>0,032</b>	75,00	0,879	50,00	0,877
	De 2 a menos de 6 meses	64,29		58,33ab		70,83		54,69	

	Domínio físico		Domínio psicológico		Domínio de relações sociais		Domínio de meio ambiente		
	Mediana	Valor p	Mediana	Valor p	Mediana	Valor p	Mediana	Valor p*	
	De 6 meses a menos de um ano	60,71	50,00a		66,67		50,00		
	Há um ano ou mais	64,29	<b>66,67b</b>		75,00		56,25		
Nos últimos 12 meses, com que frequência o seu domicílio recebeu uma visita de agente comunitário ou outro membro da equipe de saúde da família?	Mensalmente	50,00	79,17		79,17		65,63		
	A cada 2 meses	71,43	62,50		58,33		50,00		
	De 2 a 4 vezes	66,07	0,349	66,67	0,251	70,83	0,083	56,25	0,331
	Uma vez	64,29		66,67		75,00		56,25	
	Nunca recebeu	60,71		62,50		75,00		56,25	
Em geral como avalia sua saúde?	Muito boa	<b>71,43b</b>	60,42ab		70,83		<b>62,50b</b>		
	Boa	<b>75,00b</b>	<b>75,00b</b>	<b>0,001</b>	75,00	0,537	59,38ab	<b>0,011</b>	
	Regular	48,21a	60,42ab		66,67		50,00ab		
	Ruim	46,43a	54,17a		66,67		43,75a		

Fonte: elaborado pelo autor.