



Universidade Federal de Juiz de Fora

Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

Mestrado Acadêmico

MANUELLA BARBOSA FEITOSA

**O ACESSO E A UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE
SAÚDE MATERNO-INFANTIS NO MUNICÍPIO DE
JUIZ DE FORA- MG**

JUIZ DE FORA

MARÇO- 2011

O ACESSO E A UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MATERNO-INFANTIS NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA- MG

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre.

ORIENTANDO: MANUELLA BARBOSA FEITOSA

ORIENTADOR: PROF. DR. RONALDO ROCHA BASTOS

CO-ORIENTADOR: PROF^a. DR^a. ESTELA MÁRCIA CAMPOS

JUIZ DE FORA

MARÇO - 2011

Feitosa, Manuella Barbosa.

O acesso e a utilização dos serviços de saúde materno-infantis no município de Juiz de Fora - MG / Manuella Barbosa Feitosa. – 2011.

105 f. : il.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)-Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2011.

1. Serviços de saúde. 2. Assistência à saúde. I. Título.

CDU 614.2

DEDICATÓRIA

**Àqueles com a essência do Amor:
minha mãe, Ilma; meu pai,
Josimilton e minha filhinha, Amélie.**

AGRADECIMENTOS

Nesta página está o reconhecimento e a gratidão àqueles que de alguma forma me ajudaram, apoiaram e torceram pelo meu sucesso e pelo bom desenvolvimento desta dissertação, mas, principalmente que tornaram este caminhar muito mais fácil e feliz.

A Deus, a Jesus e aos amigos espirituais por concederem a execução desta tarefa, por sempre me ajudarem e guiarem mesmo quando eu não entendia...

À minha amada família que sonhando comigo permitiu-me trilhar essa conquista. Ao meu pai pelo incentivo, ajuda, apoio e equilíbrio. À minha mãe pela torcida e pelo brilho no olhar durante toda a caminhada. À irmãzinha querida, Gabi, pela paciência, ajuda incondicional e constante... Ao meu irmão por exercitar meus bons sentimentos nas adversidades.

Ao meu companheiro Estevão pelo despertar da consciência... por incentivar minha força, pelo carinho, risadas, choros e pela bela oportunidade de recebermos nossa filha.

Ao meu orientador Prof. Ronaldo Rocha Bastos pela oportunidade, por todo conhecimento, boa convivência, incentivo constante e principalmente por acreditar no potencial dos meus sonhos. À minha co-orientadora Prof^a. Estela Márcia pela boa vontade, presteza e sabedoria no auxílio preciso da elaboração desta dissertação.

Ao Prof. Luiz Cláudio pelo ombro amigo, por me “presentear” com este tema e reconhecer meu interesse na pesquisa e na demografia antes mesmo de mim. Ao Prof. Márcio (Kiko) pela ajuda paciente em desvendar os mistérios da construção do banco de dados e do SPSS. Ao Prof. Marcel pela boa vontade com as nossas dúvidas e por realizar a amostragem. À Prof^a. Denise da Silveira (UFPel) pela boa vontade, gentil colaboração na banca e pelas orientações e sugestões dadas.

Aos coordenadores do Inquérito (Professores: Teita, Isabel, Luiz Cláudio e Ronaldo) por terem creditado em nossas mãos importante tarefa, experiência única e valioso passo para o PPG.

Às mestrandas: Erica Defillipo e Danielle Teles por compartilharem as angústias, lutas e trabalhos da estruturação e execução do inquérito. Se não fosse com vocês certamente seria mais difícil. Conseguimos!

À toda equipe do Nates/UFJF (Lenir, Vânia, Gabriel, Ricardo, Elisângela e Lucélia) pela valiosa ajuda logística, financeira e estruturação do Inquérito. À equipe do LEES (na pessoa do Alex) pela ajuda inicial na estrutura da amostragem. Ao acadêmico de geografia Carlos Eduardo pela confecção dos mapas e mensuração das distâncias.

Às três equipes de Campo por acreditarem no projeto e realizarem com competência, responsabilidade e boa vontade. Em especial, à “minha equipe” pelo envolvimento, construção coletiva e por terem suado a camisa pelo “meu sonho”. E à Amanda Beloti por ter sido meu braço direito e co-responsável dos reagendamentos. Ao Senhor Zé (Kombi) e Renatinho (ônibus) pelo transporte seguro, redução das distâncias, otimização do processo, ajuda prestimosa e paciente. Aos demais motoristas da instituição por não compreenderem “porque” e “para quem” estávamos à serviço e desta forma nos “forçaram” a contornar os obstáculos ajudando no nosso crescimento pessoal.

À todas as famílias da Zona Norte que nos receberam de braços abertos em seus lares, compartilharam conosco um pouco de suas vidas e experiências. Certamente não somos os mesmos depois desse cintilar de vida real. Esperamos contribuir para a melhoria das condições de vida das crianças e de todas as famílias.

Aos colegas da turma MESC 2009 pelos debates, idéias, construções e desconstruções. Em especial à Rayla e Débora pelo exemplo de fé e esperança que sempre demonstraram, pelos saborosos cafés com conversa... À Cruvis, Andréia e Rosane pelo ombro amigo e boas risadas.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) pela concessão da bolsa, que me permitiu “viver” para o mestrado.

À Cleonice que agüenta pacientemente os meus “dias abafados”, torce por mim e nos ajuda muito. Ao Armando Falconi pelas palavras certas nos momentos difíceis. A todos os amigos e familiares que compreenderam minha ausência.

“Se não conseguimos fazer o melhor
Lutamos para que o melhor fosse feito
Não somos o que queremos ser
Não somos o que iremos ser
Mas, Graças a Deus,
Não somos mais o que éramos”.

Martin L. King

SUMÁRIO

RESUMO	xiv
ABSTRACT	xv
I- INTRODUÇÃO.....	17
II- REFERENCIAL TEÓRICO	19
2.1- Desigualdades Sociais em Saúde	19
2.2- Determinantes do Acesso e Utilização aos Serviços de Saúde	20
2.3- O Acesso e Utilização de Serviços de Saúde Materno-Infantis	24
III- JUSTIFICATIVA.....	29
IV- OBJETIVOS.....	30
V- METODOLOGIA.....	31
5.1- Desenho do estudo.....	31
5.2- Caracterização da área de estudo.....	31
5.3- Seleção dos sujeitos e casuística.....	31
5.3.1- Critérios de Inclusão.....	32
5.3.2- Critérios de Exclusão.....	32
5.3.3- Seleção e cálculo amostral	32
5.4- Variáveis estudadas e conceitos.....	34
5.4.1- Variável Dependente	34
5.4.2- Variáveis Independentes	38
5.4.3- Variável Moderadora	40
5.5- Procedimento para coleta de dados	40
5.5.1- Seleção dos Participantes	40
5.5.2- Instrumento de Coleta de Dados	40

5.5.3- Treinamento da Equipe	41
5.6- Procedimento para Análise dos Dados	41
5.7- Aspectos Éticos	42
VI- RESULTADOS	43
6.1- Caracterização Sócio-Econômica das Famílias	43
6.2- Utilização dos Serviços de Saúde	45
6.3- Acesso na perspectiva da Disponibilidade, Acessibilidade Financeira e Aceitabilidade	50
6.3.1- Análise Fatorial	51
6.3.2- Mapas	55
6.3.3- Modelo de Regressão Linear Múltipla	59
VII- DISCUSSÃO	63
VIII- CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
IX- REFERÊNCIAS	79
ANEXOS	88

LISTA DE ABREVIATURAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas
AMS	Assistência Médico Sanitária
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios
POF	Pesquisa de Orçamentos Familiares
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Perfil socioeconômico e demográfico das mães de crianças menores de 2 anos de idade. Juiz de Fora, MG, 2010. (N= 345)	44
Tabela 2-	Características dos domicílios e perfil sociodemográfico do chefe de família. Juiz de Fora, MG, 2010. (N= 345).....	45
Tabela 3-	Características do acompanhamento de pré-natal das mães de menores de 2 anos. Juiz de Fora, MG, 2010. (N= 315).....	46
Tabela 4-	Características da utilização dos serviços hospitalares no momento do parto Juiz de Fora, MG, 2010. (N=325).....	48
Tabela 5-	Características demográficas das crianças menores de 2 anos. Juiz de Fora, MG. (N= 325).....	49
Tabela 6-	Características das consultas de Puericultura nos anos de 2009-2010. Juiz de Fora, MG. (N=295).....	50
Tabela 7-	Fatores do acesso aos serviços de Pré-natal de mulheres residentes na Zona Norte do município de Juiz de Fora, MG, 2010.....	52
Tabela 8-	Fatores do acesso aos serviços de Parto.....	53
Tabela 9-	Fatores do acesso aos serviços de Puericultura nas crianças menores de 2 anos.....	54
Tabela 10-	Variáveis independentes submetidas ao modelo de regressão linear múltipla para as variáveis dependentes escore Disponibilidade e Aceitabilidade, respectivamente, do Acesso aos serviços de saúde no grupo do Pré-natal.....	60
Tabela 11-	Sumário da regressão linear múltipla para a variável dependente escore da dimensão Disponibilidade do Acesso ao Pré-natal.....	61
Tabela 12-	Sumário da regressão linear múltipla para a variável dependente Score da dimensão Aceitabilidade do Acesso ao Pré-natal.....	62

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1 -	Fluxograma	34
Ilustração 2 -	Mapa da distribuição do escore da dimensão Disponibilidade do Acesso ao Pré-natal por setor censitário da Zona Norte do município de Juiz de Fora, MG.....	56
Ilustração 3 -	Mapa da distribuição do escore da dimensão Acessibilidade Financeira do Acesso ao Parto por setor censitário da Zona Norte do município de Juiz de Fora, MG.....	57
Ilustração 4 -	Mapa da distribuição do escore da dimensão Disponibilidade do Acesso à Puericultura por setor censitário da Zona Norte do município de Juiz de Fora, MG	58

ANEXOS

ANEXO I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	A- 1
ANEXO II - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	A- 3
ANEXO III - QUADRO DE VARIÁVEIS	A- 4
ANEXO IV – QUESTIONÁRIO	A- 5

RESUMO

As desigualdades sociais em saúde podem se manifestar de diversas formas no processo saúde-doença. Isto inclui até mesmo o acesso e a utilização de serviços de saúde. Apesar de inúmeros estudos na literatura nacional apontarem para a existência de iniquidades analisando a utilização dos serviços de saúde existem limitações na interpretação desse enfoque. Desta forma, visando a avaliação da equidade de forma mais abrangente, proponho a diferenciação da utilização e do acesso. A utilização dos serviços foi analisada sob o enfoque do uso, enquanto o conceito de Acesso adotado foi estruturado em três dimensões: Disponibilidade, Acessibilidade Financeira e Aceitabilidade. Portanto os objetivos do estudo foram: descrever e avaliar a utilização e o acesso aos serviços de saúde materno-infantil nos grupos do ciclo gravídico-puerperal (pré-natal, parto e puericultura), investigar as possíveis associações com as condições de vida e verificar a distribuição geográfica na área de estudo. Realizou-se estudo epidemiológico de corte transversal, na forma de inquérito domiciliar com amostra representativa da população do município de Juiz de Fora (MG), obtendo uma visão mais clara de tais iniquidades. Os resultados mostraram elevados percentuais de utilização dos serviços de saúde, sendo: 99,5% no pré-natal, 100% parto hospitalar e 90,3% na puericultura, com predomínio da rede assistencial SUS (65,3% no pré-natal, 76,6% no parto e 58,4% na puericultura). O acesso aos serviços, segundo análise fatorial (método dos componentes principais) foi mais influenciado pelas dimensões: Disponibilidade e Acessibilidade Financeira. A representação gráfica da distribuição espacial dos escores, obtidos na análise fatorial, mostraram áreas com persistência na desvantagem na classificação do Acesso e que as áreas em vantagem possuíam cobertura da Atenção Primária em Saúde. Na análise por regressão linear múltipla para o grupo do pré-natal os fatores associados ($p < 0,05$) reforçam que os fatores socioeconômicos e demográficos são determinantes do acesso. Na dimensão Disponibilidade, as variáveis associadas positivamente foram: maior escolaridade materna (ter no mínimo 2º grau completo), pertencer a grupo social mais alto (A ou B), idade do chefe da família e viver com companheiro. As variáveis: número de gestações, distância aos serviços de saúde (quanto mais próximo às instalações de saúde, ou seja, menores distâncias) e o sexo do chefe da família (ser homem) associaram-se negativamente ao desfecho acesso nessa dimensão. Enquanto na dimensão Aceitabilidade os seguintes fatores associaram-se positivamente: chefe da família ter trabalho atual, distância ao serviço de saúde (quanto maior a distância, maior o escore acesso), escolaridade materna (ter no mínimo 2º grau completo) e sexo do chefe de família (ser homem).

Na dimensão Aceitabilidade a variável número de moradores esteve associada negativamente ao desfecho acesso, ou seja, quanto menor o número de residentes, maior o escore. Portanto, apesar dos avanços apontados pela utilização dos serviços, na perspectiva do acesso aos serviços, ainda persistem iniquidades. Espera-se que tais resultados contribuam para a formulação de políticas públicas mais efetivas na implementação da equidade no acesso.

Palavras chave: Acesso aos serviços de saúde, equidade no acesso, assistência a saúde materno-infantil, avaliação dos serviços, análise multivariada.

ABSTRACT

Health inequalities come to being in many different ways in the health-disease process, be it in the form of access or the utilization of health services. Although many studies undertaken in Brazil have highlighted the existence of inequities in the utilization of health services, there are limitations in the interpretation of such approach. This study analyses the utilization of health services with focus on the actual use, while the theoretical concept of Access adopted here is the one which breaks it down into three dimensions: Availability, Affordability and Acceptability. The objectives of the study are, therefore: to describe and evaluate the utilization of and access to infant-maternal health services during three well-defined moments of the pregnancy-puerperal cycle (antenatal, birth and infant care); to investigate the significance of the potential association of such aspects with living conditions and lifestyle and to assess the influence of geographical location on the utilization of and access to health services. A sharper view of observed inequities in health services provision and utilization was enabled by means of a cross-section household sample-survey epidemiological study undertaken in the city of Juiz de Fora, state of Minas Gerais, Brazil. Results show high percentages of health services utilization: 99.5% for antenatal, 100% for hospital births and 90.3% for infant care, the great majority of which provided by the unified public sector – SUS (65.3% for antenatal, 76.6% for births and 58.4% for infant care). Factor analysis (PCA) shows that for the latent variable access, the dimensions Availability and Affordability are predominant. The geographical distributions of the scores obtained from the first factor of PCA for the three moments show persistently disadvantaged areas in terms of access. Multiple linear regression, undertaken for the antenatal moment, shows that the variables kept in the models stress the importance of socioeconomic and demographic factors in the explanation of the observed variance in access. For the Availability dimension of access the significant covariates ($p < 0.05$) associated positively with the scores are: mother's educational level, mother living with partner, age of partner and belonging to higher social classes. The covariates negatively associated with the scores were: parity, distance to health services and male as head of household. For the Acceptability dimension the following covariates are significant and positively associated with the scores: head of household in full employment, distance to health services, mother's education and male as head of household; the only covariate negatively associated with the scores is: number of residents in the dwelling. Notwithstanding the advances shown by the levels of utilization, the analyses based on access to health services indicate that inequalities remain. We expect the results presented can contribute to the formulation of more effective public policies targeted at the implementation of equity in terms of Access.

Key-words: Access to Health Services, Access Equity, Infant-maternity care, Services Evaluation, Multivariate Analysis.

I- INTRODUÇÃO

Nos dados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD) no ano de 2003 (BRASIL- IBGE, 2005) destaca-se que o número de consultas médicas *per capita* na população foi mais alto no grupo etário com até quatro anos e acima dos 65 anos. O não atendimento da demanda foi baixo para todos os grupos de rendimento mensal familiar, mas apresentou uma tendência clara de declínio com o aumento do rendimento. Entre os mais pobres, o não atendimento da demanda foi de 3,3% e caiu para 0,5% entre aqueles com renda acima de 20 salários mínimos. Em termos relativos, o não atendimento à demanda entre os mais pobres foi 6,5 vezes maior comparado ao do grupo de maior renda. Dos cinco milhões de pessoas que sentiram necessidade, 23,8% não procuraram um serviço por falta de dinheiro, 18,1% não procuraram porque consideravam o atendimento muito demorado, 12,7% por ser o serviço distante ou o acesso/transporte difícil e 12,7% porque o horário do serviço era incompatível com o seu (BRASIL- IBGE, 2005).

Inúmeros estudos avaliam a equidade do acesso através da extrapolação da *proxy* utilização dos serviços de saúde (WATERS, 2000; CASTRO, *et al.* 2002; PINHEIRO, *et al.* 2002; TRAVASSOS, *et al.* 2002; MENDOZA-SASSI, *et al.* 2003; RIBEIRO, *et al.* 2006; TRAVASSOS, *et al.* 2006; COSTA, *et al.* 2008; NORO, *et al.* 2008). Apesar de amplamente aceito e das contribuições das análises tal enfoque é limitado e segundo MCINTYRE, THIEDE & BRICH (2009), interpretar o acesso como uso implica que o indivíduo que não usou os serviços ou utilizou de forma diferente dos outros com as mesmas necessidades, tinha de alguma forma, acesso diferente para a assistência. Mas isso só seria possível se todos os outros aspectos da interação no lado da oferta e da procura, incluindo os valores fundamentais das pessoas, crenças e atitudes em relação à doença e cuidados de saúde fossem os mesmos para os indivíduos.

A utilização dos serviços pode potencialmente fornecer um primeiro ponto de vista em direção aos desafios da equidade, mas não pode ser interpretado como indicador da equidade por si só (THIEDE, AKWEONGO & MCINTYRE, 2007). Aparentemente a baixa utilização dos serviços de saúde observados no sistema podem ser o resultado do uso de outra alternativa de terapia ou provedores fora do sistema formal de saúde e não necessariamente diferenças no acesso a assistência em saúde (PUENTES-MARKIDES, 1992; GODDARD & SMITH, 2001). Ou seja, as desigualdades na frequência de utilização dos serviços podem não caracterizar iniquidades em saúde, podendo ser explicadas por escolhas pessoais e não necessariamente por limitação da assistência em saúde.

Além disso, as pesquisas sobre utilização de serviços de saúde são focalizadas na demanda presente nos serviços, nas características demográficas e nos problemas de saúde com maior prevalência. Esse tipo de pesquisa, portanto, exclui pessoas que não procuram estes serviços e comprometem o real conhecimento em nível populacional (CESAR & TANAKA, 1996).

De maneira geral, as pesquisas centraram-se em certos elementos do sistema de saúde, tais como o efeito de um mecanismo de financiamento sobre a distribuição do uso do serviço pela população. Como resultado, as recomendações e as respostas políticas são muitas vezes limitadas aos métodos de prestação de serviços ou de financiamento dos serviços sem o reconhecimento dado à compreensão da incidência, níveis e tipos de uso, ou, de fato, e talvez mais importante, a não-utilização dos serviços, em termos de como (e se) o sistema de saúde interage com os indivíduos, famílias e comunidades. Raramente são realizadas análises sistêmicas com o objetivo de informar aos gestores a adequação entre as necessidades por cuidados de saúde e o recebimento da assistência (MCINTYRE, THIEDE & BRICH, 2009).

Desta forma, visando a avaliação da equidade de forma mais abrangente, propõe-se o enfoque do acesso na perspectiva do usuário em potencial dos serviços de saúde por meio dos inquéritos populacionais.

Os inquéritos de base populacional são a única fonte que viabiliza informações a respeito da população total: grupos que não percebem suas necessidades, não procuram ajuda, procuram ajuda em local diferente do sistema oficial de saúde ou mesmo que não têm acesso ao sistema de saúde (CAMPOS, 1993; VIACAVA 2002). Ou seja, proporcionam a caracterização sócio-econômica e demográfica da população permitindo caracterizar a forma diferenciada pela qual os distintos grupos populacionais utilizam os serviços de saúde e definir com maior especificidade as diretrizes e estratégias necessárias para a implantação de um sistema de saúde, na busca de maior equidade no atendimento às necessidades de saúde da população.

O conceito de acesso adotado neste estudo é proposto por MCINTYRE, THIEDE & BRICH (2009), baseia-se na interação entre os sistemas de saúde e os indivíduos. Devendo compreender as oportunidades e constrangimentos que influenciam o comportamento de procura por cuidados de saúde por diferentes indivíduos em diferentes contextos de modo sistêmico e integrado. Propõe três dimensões de análise do acesso: Disponibilidade, Acessibilidade financeira e Aceitabilidade (MCINTYRE & MOONEY, 2007; MCINTYRE, THIEDE & BRICH, 2009).

A dimensão disponibilidade avalia se os serviços de saúde apropriados estão ou não disponíveis no local certo e no momento em que são necessários; a acessibilidade financeira é o “grau de adequação” entre o custo de utilização dos serviços de saúde e a habilidade dos indivíduos pagarem. Já a aceitabilidade engloba a natureza da prestação dos serviços e como o mesmo é percebido pelos indivíduos e comunidades.

Diante do exposto acima o objetivo do presente estudo é avaliar o acesso e a utilização dos serviços de saúde e verificar as possíveis associações com as condições de vida e saúde da população materno-infantil.

II- REFERENCIAL TEÓRICO

2.1- Desigualdades Sociais em Saúde

As desigualdades sociais em saúde podem manifestar-se de maneira diversa no que diz respeito ao processo saúde-doença em si, bem como ao acesso e utilização de serviços de saúde. As desigualdades no estado de saúde estão de modo geral fortemente atreladas à organização social e tendem a refletir o grau de iniquidade existente em cada sociedade. O acesso e a utilização dos serviços refletem também essas diferenças, dependendo da forma de organização dos sistemas de saúde (BARATA, 2009).

As diferenças históricas flagrantes entre pobres e ricos, têm, progressivamente, cedido lugar, nas sociedades ocidentais modernas, a formas mais sutis de desigualdades. Nessas sociedades, independente do grau de desenvolvimento, as desigualdades passam a assumir a forma de diferenciais relativos entre indivíduos situados em distintas posições na organização social (WILKINSON, 1996). Evidentemente, nos países muito pobres a pobreza absoluta continua sendo fundamental na determinação dos diferenciais sociais (KAWASHI & KENNEDY, 1997). Entretanto, nos países emergentes, como o Brasil, as desigualdades relativas, não apenas na renda, mas nas demais condições de vida, adquirem importância crescente, sem que as diferenças absolutas deixem de ser importantes. Nesses países o crescimento da economia é marcado pela maior segregação onde convivem situações polares de afluência e pobreza, principalmente nos grandes centros metropolitanos, determinando assim a convivência de dois tipos de desigualdades: o absoluto e o relativo (WAITZMAN & SMITH, 1998).

STARFIELD (2002) defende que a saúde está diretamente associada à vantagem social em termos absolutos. Quanto mais recursos sociais de indivíduos e comunidades, maior a probabilidade de uma saúde melhor. Além disso, a privação social relativa, mais do que a absoluta, também está associada a uma saúde pior. Ou seja, quanto maiores as disparidades na riqueza em qualquer população, maiores as disparidades na saúde.

2.2- Determinantes do Acesso e Utilização aos Serviços de Saúde

No artigo 194 da Constituição Brasileira de 1988, que trata dos direitos relativos à saúde, destaca-se a “universalidade da cobertura e do atendimento” e no artigo 196 encontramos a declaração que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL 1998)”.

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado sob as diretrizes da Universalidade, da Equidade e da Integralidade. Transformou-se no maior projeto público de inclusão social em menos de duas décadas se analisarmos os impressionantes números do ano de 2007, referentes aos procedimentos ambulatoriais (2,7 bilhões), consultas (610 milhões), internações (10,8 milhões), exames ambulatoriais (403 milhões), partos, etc. para a população, em marcante contraste com aproximadamente metade da população excluída antes dos anos oitenta, a não ser pequena fração atendida eventualmente pela caridade das Santas Casas. No entanto estes e outros avanços vêm se respaldando em exaustivos esforços, permeando as graves dificuldades e obstáculos oriundos da estrutura do modelo de gestão acarretando, entre outras conseqüências, pouco ou nenhum avanço nas diretrizes da integralidade e equidade (SANTOS, 2008).

A teoria igualitária presente na Constituição brasileira implica a existência de um sistema com forte participação do setor público, em que os serviços de saúde fossem distribuídos segundo o perfil de necessidades de cada grupo populacional e financiado segundo as possibilidades de cada um (TRAVASSOS, 1997).

A sustentabilidade dos princípios e diretrizes do SUS depende de aportes financeiros que estão além da capacidade de financiamento do setor, o que faz com que indivíduos com maior poder aquisitivo busquem os serviços privados de saúde como forma de garantir o acesso quando necessário (NERI & SOARES, 2002). Preocupante também é que em diversos países o aumento no gasto global em saúde tem ocorrido principalmente por um acréscimo no gasto privado, o que poderá causar uma distorção ainda maior no tocante à equidade do sistema de saúde (BOING & BOING, 2008).

COSTA *et al.* (1996) analisaram dados de duas coortes de nascidos vivos em Pelotas, Rio Grande do Sul, e os resultados indicaram que os serviços de saúde não beneficiam aqueles que mais necessitam de sua atenção, mas sim que concentram esforços nas populações que deles menos dependem. Assim, o seu potencial papel de reduzir mortes e desigualdades fica parcialmente prejudicado.

Dessa forma, o sistema não está a priori conseguindo diminuir as desigualdades existentes. No entanto, em outros países onde a acessibilidade

também é universal como Inglaterra e Canadá, as pessoas de classe baixa tem melhor acesso aos serviços. Nestes casos o sistema funciona como um modificador de efeito e promove a equidade (MENDOZA-SASSI e BÉRIA, 2001).

O conceito de equidade é inerentemente normativo, visto que a desigualdade pode denotar apenas uma diferença, sem qualquer conotação de injustiça. A idéia central da equidade pode ser expressa como a igualdade de oportunidades para ser e permanecer saudável e está na base do direito à saúde. As iniquidades em saúde são injustas se estiverem sistematicamente associadas com as desvantagens sociais, de tal forma que os grupos sociais que já são penalizados devido a situação socioeconômica sofrem desvantagens adicionais na promoção, proteção e recuperação de sua saúde (BRAVEMAN & GRUSKIN, 2003).

TRAVASSOS, em 1997, afirmou que “a universalidade no acesso aos serviços de saúde é condição fundamental para a equidade”. A gratuidade no uso dos serviços evita parte das barreiras econômicas ao acesso e seria a forma de tentar garantir a universalidade no SUS. Entretanto, os custos incorridos no consumo de serviços de saúde incluem, também, aqueles de transporte, de espera para o atendimento, de aquisição de medicamento etc. Esses tendem a ser, em valor relativo, isto é, proporcionalmente à renda, maiores para os grupos de menor renda, que geralmente vivem em áreas onde a disponibilidade de serviços é menor, dificultando o acesso.

Diversos estudos apontam a persistência de iniquidades no país. Destacamos MENDOZA-SASSI e BÉRIA, em 2001, que citaram três estudos brasileiros do final da década de 90, demonstrando a persistência das inequidades apesar das mudanças introduzidas no sistema de saúde.

BAHIA (2009) afirma que o padrão estratificado e iníquo é o que caracteriza a produção, distribuição de ações e cuidados de saúde no Brasil. Ressalta que está suficientemente decantado o conhecimento a respeito da desproporção entre gastos públicos e suas conseqüências para o contingenciamento do acesso e utilização universal dos serviços de saúde.

FRANCO & CAMPOS (1998), afirmam que a iniquidade no acesso, ou seja, acesso diferenciado para diferentes segmentos populacionais ocorre devido às características dos indivíduos na estrutura social ou por características do sistema de saúde. Assim, diante do crescimento populacional, torna-se necessário buscar fórmulas que permitam aos serviços de saúde aumentar sua cobertura para satisfazer necessidades quantitativamente crescentes e, ao mesmo tempo, de maneira mais eqüitativa, eficiente e efetiva.

O acesso aos serviços de saúde é um bom preditor da equidade do sistema. No entanto, existem grandes divergências nos conceitos de acesso. TRAVASSOS & MARTINS (2004), ressaltam que o conceito de acesso é complexo, muitas vezes

empregado de forma imprecisa, e pouco claro na sua relação com o uso de serviços de saúde. O conceito varia entre autores e muda ao longo de tempo e de acordo com o contexto. A terminologia empregada também é variável. Alguns autores, como DONABEDIAN (1973), empregam o substantivo acessibilidade – caráter ou qualidade do que é acessível –, enquanto outros preferem o substantivo acesso – ato de ingressar, entrada – ou ambos os termos para indicar o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde (DONABEDIAN, 2003). Existe também variação em relação ao enfoque do conceito: uns centram-no nas características dos indivíduos; outros focam-no nas características da oferta; alguns em ambas as características ou na relação entre os indivíduos e os serviços (oferta). Há ainda, discordâncias sobre se a avaliação de acesso deve concentrar-se nos resultados ou objetivos finais (*goals*) dos sistemas de saúde ou na relação entre os vários elementos que compõem o sistema para atingir esses objetivos (ADAY & ANDERSEN, 1974).

Inúmeros estudos avaliam o acesso adotando a *proxy* utilização dos serviços (WATERS, 2000; CASTRO, *et al.* 2002; PINHEIRO, *et al.* 2002; TRAVASSOS, *et al.* 2002; MENDOZA-SASSI, *et al.* 2003; RIBEIRO, *et al.* 2006; TRAVASSOS, OLIVEIRA & VIACAVAL, 2006; COSTA, *et al.* 2008; NORO, *et al.* 2008). Por exemplo: TRAVASSOS, OLIVEIRA & VIACAVAL (2006), analisaram dados da PNAD (1998 e 2003) e observaram que o acesso aos serviços de saúde no país é fortemente influenciado pela condição social das pessoas e pelo local onde residem. Em análise de modelos desagregados por estado, Minas Gerais e São Paulo replicavam o padrão do Sudeste, com influência positiva da escolaridade e da renda na chance de uso de serviços de saúde. E as crianças (menores de 10 anos) pertencentes a famílias na maior classe de renda tiveram chance 42,6% maior de uso dos serviços que aquelas de famílias de menor renda, e as de renda na classe intermediária tiveram chance 26,7% maior. A escolaridade da mãe também impactou positivamente o uso dos serviços de saúde.

A utilização dos serviços de saúde representa o centro do funcionamento dos sistemas de saúde. O conceito de uso compreende todo contato direto – consultas, hospitalizações – ou indireto – realização de exames preventivos e diagnósticos – com os serviços de saúde. O processo de utilização dos serviços de saúde é resultante da interação do comportamento do indivíduo que procura cuidados e do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde (TRAVASSOS & MARTINS, 2004).

O que determina a utilização dos serviços de saúde são os fatores relacionados: (a) à necessidade de saúde – morbidade, gravidade e urgência da doença; (b) aos usuários – características demográficas (idade e sexo, estado civil), geográficas (região, bairro), sócio-econômicas (renda, escolaridade, plano de saúde), culturais (religião) e psíquicas; (c) aos prestadores de serviços – características

demográficas (idade e sexo), tempo de graduação, especialidade, características psíquicas, experiência profissional, tipo de prática, forma de pagamento; (d) à organização – recursos disponíveis, características da oferta (disponibilidade de médicos, hospitais, ambulatorios), modo de remuneração, acesso geográfico e social; (e) à política – tipo de sistema de saúde, financiamento, tipo de seguro de saúde, quantidade, tipo de distribuição dos recursos, legislação e regulamentação profissional e do sistema (PINEAULT & DAVELUY, 1986; MENDOZA-SASSI & BÉRIA, 2001; MENDOZA-SASSI, BÉRIA & BARROS, 2003; SAY & RAINE, 2007; CAPILHEIRA & SANTOS, 2006). A influência de cada um dos fatores determinantes do uso dos serviços de saúde varia em função do tipo de serviço (ambulatorio, hospital, assistência domiciliar) e da proposta assistencial (cuidados preventivos ou curativos ou de reabilitação).

Pesquisa feita comparando-se o uso de serviços de saúde entre diferentes áreas geográficas e diferentes grupos sociais no Brasil mostrou que os grupos de mais alta renda consomem mais serviços ambulatoriais, que o consumo de serviços hospitalares tende a aumentar à medida que a renda decresce e que houve um aumento importante na participação do hospital (incluindo internação, pronto-socorro e ambulatorio hospitalar) na cesta de consumo de serviços de saúde no Brasil entre 1989 e 1996 (TRAVASSOS *et al.*, 2000).

O acesso aos serviços de saúde expressa características da oferta que facilitam ou obstruem a capacidade das pessoas usarem serviços de saúde quando deles necessitam. Barreiras de acesso originam-se das características dos sistemas e dos serviços de saúde. A disponibilidade de serviços e sua distribuição geográfica, a disponibilidade e a qualidade dos recursos humanos e tecnológicos, os mecanismos de financiamento, o modelo assistencial e a informação sobre o sistema são características da oferta que afetam o acesso (TRAVASSOS, OLIVEIRA & VIACAVA, 2006).

CAPILHEIRA & SANTOS (2006) reforçam que os fatores individuais associados à utilização e também às características de oferta de serviços, incluindo sua finalidade devem ser conhecidos. E ressalta que novos estudos que avaliem de forma criteriosa as características não apenas dos usuários, mas também dos que buscaram e não obtiveram o cuidado, são necessários para a efetiva prevenção da iniquidade em saúde, assim como as características dos serviços.

Segundo a PNAD realizada em 1998, 5 milhões de pessoas referiram ter necessitado, mas não procuram um serviço de saúde, alegando principalmente falta de recursos financeiros - obstáculos econômicos (BRASIL- IBGE, 2000). Estimativas desse mesmo estudo indicam que 755.521 pessoas que procuraram atendimento não foram atendidas por motivos diversos: ou não conseguiram vaga ou senha -

obstáculos organizacionais ou de oferta, ou não havia serviço especializado (oferta), ou não havia médico atendendo ou esperaram muito e desistiram - obstáculos organizacionais. Além disso, o acesso a consultas médicas aumenta expressivamente com a renda (recursos do poder econômico) (HARTZ & VIEIRA-DA SILVA, 2008).

Assim, políticas destinadas a aumentar o acesso aos cuidados não deveriam ser avaliadas apenas pelo efeito sobre o nível de utilização do serviço, mas pelo acesso aos cuidados de saúde, representando o fortalecimento de um indivíduo para usar os serviços de saúde e refletindo a capacidade de um indivíduo em beneficiar-se dos serviços dada as circunstâncias e experiências em relação ao sistema de saúde. Desta forma, políticas relacionadas com o acesso aos cuidados implicam obrigação para os gestores não apenas para tornar os serviços disponíveis, mas ativamente capacitar os indivíduos a utilizar esses serviços, quando necessário. Isto exige um processo participativo que envolve o intercâmbio de informações entre os gestores do sistema de saúde em vários níveis, por um lado e os membros da comunidade por outro (MCINTYRE, THIEDE & BRICH, 2009).

2.3- O Acesso e a Utilização de Serviços de Saúde Materno-Infantis

PINHEIRO *et al.* (2002) analisaram os dados da PNAD (1998) com o objetivo de descrever o perfil de morbidade referida, acesso e uso dos serviços de saúde por gênero. Destacam que as mulheres referem com mais freqüência do que os homens ter um serviço de saúde que utilizam regularmente (73,6% e 68,7%, respectivamente). Essa prática é mais comum entre as crianças e idosos, decresce com a idade até a pré-adolescência (mulheres) ou adolescência e adultos jovens (homens), tornando a se elevar a partir de então. A prevalência de atendimento, medida pelo uso de serviços de saúde dos que procuraram cuidado médico, é elevada (em torno de 98%), apontando que os que procuram consideram-se atendidos. No entanto, as barreiras de acesso, segundo a PNAD (1998), parecem anteriores à procura, uma vez que uma quantidade considerável (21,3%) de pessoas não procurou os serviços, embora o desejasse, alegando diferentes motivos para a não procura.

MENDOZA-SASSI & BÉRIA (2001) em revisão sistemática sobre a utilização dos serviços de saúde destacam que entre os fatores demográficos as idades extremas e o sexo feminino utilizam mais os serviços de saúde. O efeito é mediado ao menos em parte, por uma maior necessidade de saúde. O tamanho e estrutura familiar estão associados com a utilização, mas a direção do efeito depende do país em estudo. Assim, por exemplo, em países com o sistema de saúde com acesso universal os filhos de mães solteiras consultam mais. Os fatores socioeconômicos determinam a

utilização dos serviços, principalmente através das categorias de necessidade em saúde e características dos serviços. Os grupos mais pobres, que possuem maior carga de enfermidade, tendem a utilizar menos os serviços de saúde se a acessibilidade do sistema não for favorável a eles. Novamente, as diferenças observadas entre os países manifestam a importância das políticas e dos sistemas de saúde.

BARATA *et al.* (2007), utilizando-se dos dados do suplemento saúde da PNAD (1998) analisaram as desigualdades no estado de saúde, uso de consultas médicas e internações hospitalares na população de jovens e adultos brasileiros segundo cor. Constataram que a prevalência de estado de saúde regular ou ruim foi mais alta entre homens e mulheres negros e mulheres brancas. A influência do gênero e da cor permaneceu significativa após ajuste por idade e condições sócio-econômicas. As diferenças entre brancos e negros diminuem com a idade e aumentam com o nível sócio-econômico. A utilização dos serviços de saúde (definida como ao menos uma consulta médica nos 12 meses anteriores) teve frequência 10% maior entre os brancos, mas essa diferença tende a diminuir quando controladas idade e rendimento familiar. Não houve diferença significativa nas taxas de hospitalização.

O'DONNELL (2007) propõe que a preocupação central do acesso sejam os indivíduos que potencialmente se beneficiariam da assistência a saúde eficaz se realmente o fizessem. Por isso, destacamos a saúde materno-infantil por apresentar necessidades de utilização e acesso inerentes ao ciclo gravídico puerperal e grandes possibilidades de se beneficiarem com a assistência recebida. Além disso, não pode-se desconsiderar os achados de WAGSTAFF (2000) ao analisar os dados de óbitos em menores de um ano em nove países em desenvolvimento, que apontou o Brasil como detentor da maior desigualdade social na mortalidade infantil. VICTORA *et al.* (2003) apontam que as lacunas do status sócio-econômico na mortalidade infantil não são simplesmente desigualdades mas também iniquidades. Essas iniquidades assim como as relacionadas ao gênero são cada vez mais reconhecidas pela comunidade internacional.

VICTORA *et al.* (2003) destaca que a pobreza aumenta a exposição das crianças às doenças (condições inadequadas de habitação, aglomerações, alta exposição aos vetores de doenças) e diminui sua resistência (desnutrição, dietas deficitárias, baixo peso ao nascer, infecções na gravidez e parto), uma sinergia que contribui para a grande desigualdade na sobrevivência infantil. As iniquidades socioeconômicas na sobrevivência das crianças existem em cada etapa do processo, desde a exposição e resistência a doenças infecciosas, a procura por serviços, até a probabilidade de receberem tratamento imediato com agentes terapêuticos efetivos. As probabilidades se acumulam contra as crianças mais pobres em cada uma dessas

etapas. Como conseqüência elas são mais prováveis do que seus pares mais ricos de morrer na infância.

Além da evidente importância das condições socioeconômicas para a saúde materno-infantil, inúmeros estudos têm demonstrado que o acesso aos serviços de saúde e a qualidade da assistência também influenciam na evolução favorável de indicadores de saúde infantil, mesmo em situações de crise econômica, de taxas elevadas de desemprego e de condições inadequadas de moradia (PUCCINI, *et al.* 2003).

Na análise realizada por RIBEIRO (2009), com dados do IBGE segundo a pesquisa de Assistência Médico Sanitária (AMS) no período de 1999 a 2002, há uma retração importante nos serviços hospitalares do SUS, o que afeta fortemente setores altamente relevantes, como obstetrícia e clínica médica. Isto se reflete em filas nos hospitais, sobrecarga nos serviços de emergência e pronto-atendimento e agravamento de condições clínicas. No caso da obstetrícia, a falta de garantia ao leito em diversas regiões do país pode agravar as taxas de mortalidade materno-infantil, estimular partos cirúrgicos e enfraquecer as políticas de pré-natal. Em seu conjunto, este processo estimula a migração de usuários para fora do sistema público.

LEAL, GAMA & CUNHA (2005) verificaram que na relação com os serviços de saúde no Rio de Janeiro, as desigualdades se reproduzem tanto no acesso a um pré-natal adequado quanto no momento do parto. No grupo das mulheres negras com menor escolaridade menos de um quinto realizaram pré-natal considerado adequado e mesmo no grupo de maior escolaridade, esse benefício não abrangeu a metade delas. As pardas mostram o mesmo padrão, ligeiramente atenuado. Constatou-se que as desvantagens observadas para as mulheres pretas e pardas extrapolaram os indicadores socioeconômicos e se estenderam para a assistência à sua saúde e do conceito.

HALPERN, BARROS & VICTORA (1998) encontraram na coorte de Pelotas de 1993 que apesar da alta cobertura pré-natal no município, existem desigualdades nos cuidados oferecidos às gestantes. As de maior risco gestacional apresentaram maior proporção de pré-natal classificado como inadequado ou intermediário (25%), quando comparadas com as de menor risco (10%). Aquelas que não receberam nenhum atendimento antes do parto eram mais pobres, adolescentes ou com idade acima de quarenta anos e tiveram uma incidência de baixo peso ao nascer 2,5 vezes maior do que as do grupo de mães que realizaram cinco ou mais consultas.

ALMEIDA & BARROS (2005) compararam durante o ciclo gravídico puerperal a atenção à saúde recebida em Campinas entre dois estratos de renda. E ao contrário, as diferenças sócio-demográficas observadas entre os dois grupos não se reproduziram na mesma intensidade e direção nas variáveis relativas às condições e à

atenção à saúde. Os resultados sugerem que a organização dos serviços públicos de saúde em Campinas tem viabilizado em alguns aspectos a promoção da equidade na saúde.

O sistema de saúde no país ressalta a necessidade de integração entre os três períodos de assistência (pré-natal, parto e puerpério), porém, nunca efetivamente viabilizou essa integração. Esse fato faz com que a assistência no período pré-natal seja feita sem nenhuma retaguarda hospitalar. Além disto, a impossibilidade de acesso às informações, de forma contínua e integral, em qualquer um destes períodos, fragiliza a assistência, expondo a puérpera e o recém-nato a riscos de vida (CESAR & TANAKA, 1996).

SAY & RAINE (2007) realizaram revisão sistemática das evidências de utilização dos serviços de saúde materna nos países em desenvolvimento relacionado ao lugar de residência e *status* socioeconômico das mulheres. Todos os artigos revisados evidenciaram que o uso da assistência materna variou muito tanto dentro quanto entre os 23 países em desenvolvimento (incluindo o Brasil). Em alguns países as mulheres mais ricas tendem a ter parto em instalações de saúde, porém em outros (por exemplo, Guatemala e Tajiquistão), o *status* econômico não afeta tal prática. A associação entre o local de residência e o recebimento de pré-natal não foi consistente. Algumas evidências sugerem que as mulheres mais ricas são mais prováveis de realizarem o acompanhamento pré-natal do que as pobres, mas em outros locais o achado não se sustenta. Os achados sugerem a necessidade de investigação e avaliação das causas específicas do contexto relacionadas a variação do uso dos serviços de saúde materna.

COUTINHO *et al.* (2003) pesquisaram sobre a adequação do pré-natal entre as usuárias do SUS no município de Juiz de Fora e observaram a cobertura da assistência pré-natal (99,04%) compatível com os dados fornecidos pelo SINASC/JF 2001 (99,0%). A metodologia adotada abrange as informações relativas às usuárias de um serviço hospitalar da cidade. Essa alta cobertura de assistência pode ser relativa apenas às usuárias que já tem acesso ao sistema. Segundo os autores, essa alta cobertura foi acompanhada de baixa utilização do pré-natal. Pois houve maior procura pelos cuidados pré-natais apenas no segundo trimestre (61,1%) retratando o baixo nível de sensibilização e conscientização da comunidade acerca da relevância do seu início precoce. Além disso, parcela considerável (33,8%) das gestantes não compareceram ao número mínimo de 6 consultas preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). E a análise das características socioeconômicas e demográficas da amostra estudada revelou porcentagens significativas de adolescentes (20%), de solteiras (45,4%), de multigestas (61,1%) e de pacientes com ensino fundamental incompleto (60,8%). Todas essas condições se relacionam, no

seu conjunto ou isoladamente, com baixa utilização da assistência pré-natal, contribuindo para o aumento da morbimortalidade materno-fetal.

III- JUSTIFICATIVA

Apesar de inúmeros estudos na literatura nacional apontarem para a existência de iniquidades na utilização dos serviços de saúde existem limitações na interpretação desse enfoque. Desta forma, visando à avaliação da equidade de forma mais abrangente, propõe-se o enfoque do acesso na perspectiva do usuário em potencial (população) dos serviços de saúde.

O conhecimento das iniquidades no acesso aos serviços de saúde pode ser ferramenta útil ao planejamento e gestão visando ações direcionadas a evitar a potencialização das desigualdades existentes na organização social. Acredita-se, que este conhecimento é particularmente mais importante nos grupos populacionais que mais necessitam dos serviços de saúde. A literatura sugere maior utilização dos serviços de saúde pelo grupo materno-infantil. Por isso, deste grupo, destacamos as necessidades de saúde advindas no ciclo gravídico-puerperal abrangendo as peculiaridades do pré-natal, parto e puericultura e as conseqüências diretas da assistência ou ausência dela na morbidade e mortalidade materna e infantil.

Destacamos que não existem estudos sobre o acesso aos serviços de saúde na população materno-infantil no município de Juiz de Fora (MG) e os dados de utilização não são analisados sob o enfoque das iniquidades. Além disso, considerando-se a responsabilização dos municípios em prover os serviços de saúde compreende-se que tal avaliação pode ser um método útil para esclarecer a realidade do acesso e da utilização e gerar melhorias nos serviços prestados.

IV- OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GERAL

Avaliar o acesso e a utilização dos serviços infantil e ciclo grávido-puerperal da população residente no município de Juiz de Fora (MG) e verificar as possíveis associações com as condições de vida e saúde.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever a utilização dos serviços de saúde materno-infantil nos períodos do ciclo gravídico-puerperal (pré-natal, parto e puericultura).
- Avaliar o acesso na perspectiva da disponibilidade, da acessibilidade financeira e da aceitabilidade dos serviços de saúde materno-infantil.
- Avaliar três dimensões de acesso: disponibilidade, acessibilidade financeira e aceitabilidade em relação à sua distribuição geográfica na área de estudo.
- Investigar se as condições de vida e saúde da população materno-infantil são fatores influenciadores do acesso e utilização dos serviços de saúde.

V- METODOLOGIA

5.1. Desenho do Estudo

Estudo epidemiológico de corte transversal. Trata-se de inquérito domiciliar de base populacional realizado na região administrativa Norte da cidade de Juiz de Fora (MG) com o apoio financeiro e logístico do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da UFJF. Compõe pesquisa intitulada: *“Inquérito de Saúde no Município de Juiz de Fora, MG”* (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, 2011), que foi supervisionada pelo Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF.

5.2. Caracterização da Área de Estudo

O estudo foi realizado na região administrativa Norte do município de Juiz de Fora (MG). A escolha desta região administrativa foi baseada no fato desta ser a que melhor representa o município de Juiz de Fora, pois, segundo os dados da prefeitura de Juiz de Fora (2004), a zona norte tem o segundo maior contingente populacional do município, com maior disponibilidade territorial na área urbana e maior concentração de assentamentos subnormal (cerca de 1998 domicílios). Além disso, essa região possui grande variabilidade econômica e a maior concentração de crianças do município (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, 2011).

A Região Administrativa Norte abrange 55 bairros, possui um Hospital Militar, uma Unidade Regional Norte (Urgência e emergência), 11 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo 9 atuando com a Estratégia da Saúde da Família (ESF) e 15 bairros fora da área de atuação de qualquer UBS.

5.3. Seleção dos Sujeitos e Casuística

No período de Março de 2010 a Junho de 2010 foram entrevistadas 345 mães ou responsáveis de crianças menores de 2 anos de idade. Os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 1), aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora- UFJF (sob parecer favorável nº277/ 2009 - ANEXO 2). A alocação dos participantes seguiu aos seguintes critérios:

5.3.1. Critérios de inclusão

- Mães ou responsáveis legais de crianças menores de 2 anos, de ambos os sexos residentes na região administrativa Norte do município de Juiz de Fora, Minas Gerais.

5.3.2. Critérios de exclusão

- Crianças institucionalizadas (abrigos, orfanatos, etc.);

5.3.3. Seleção e Cálculo Amostral

Foi realizado um estudo epidemiológico de delineamento transversal, observacional, realizado por meio de inquérito domiciliar, com uma amostra de indivíduos representantes de crianças com até 2 anos de idade, de onde seriam obtidos os dados de suas mães, na Zona Norte da cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais, no ano de 2010.

O tamanho necessário de amostra foi calculado com base nos dados do IBGE - Censo Demográfico de 2000 (BRASIL- IBGE) no qual para toda a Zona Norte a população até dois anos de idade era de 4735. Foi feita uma correção no cálculo do tamanho da amostra (correção para populações finitas) sendo o indicador escolhido para dimensionamento da amostra a prevalência de 75% de pré- natal adequado, conforme verificado na literatura pertinente e considerando erro máximo de seis pontos percentuais para mais ou para menos. Considerou-se nível de confiança de 95%, efeito do plano amostral igual a 1,5 e possíveis perdas por recusa como aproximadamente 30%, obtendo tamanho de amostra necessário de 375 indivíduos.

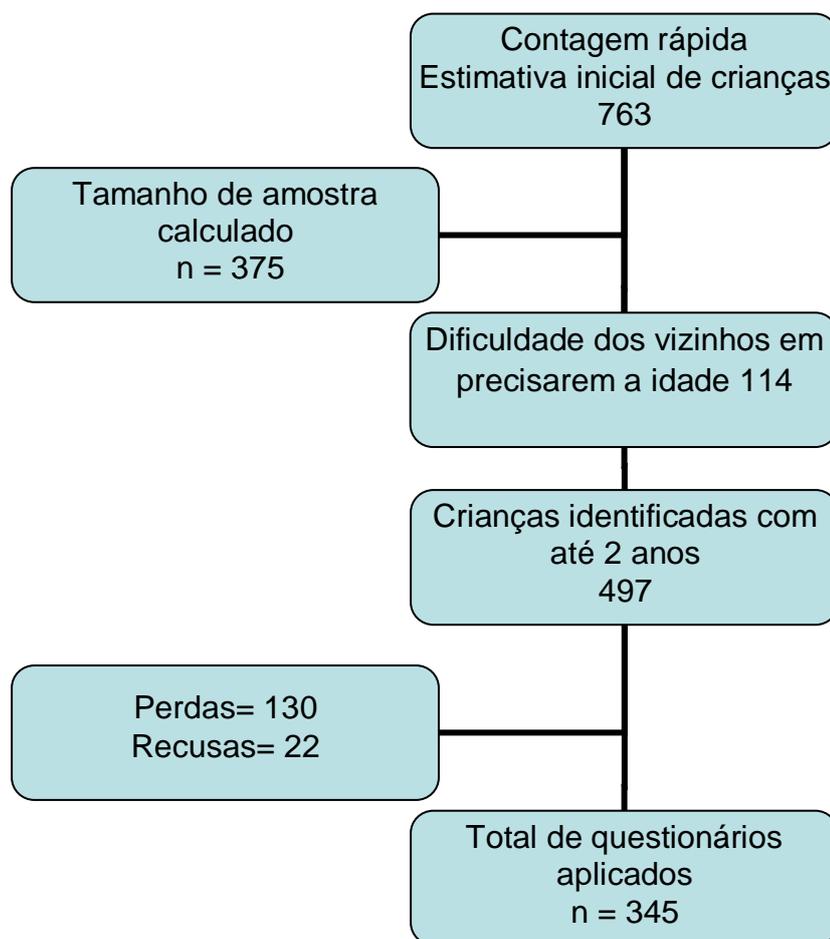
Os participantes da pesquisa foram selecionados por meio de um processo de amostragem aleatória estratificada e por conglomerado em múltiplos estágios. As unidades primárias de amostragem foram os setores censitários. A seleção dos setores censitários foi feita com probabilidades proporcionais ao seu tamanho (população residente seguindo o Censo Demográfico de 2000) de forma independente em cada estrato. Para o sorteio, os setores pertencentes à área de abrangência da Zona Norte foram agrupados em estratos definidos de acordo com as diferentes modalidades de atenção à saúde a qual a população do setor estava adscrita, totalizando três estratos: (i) Atenção Primária (Estratégia de Saúde da Família ou tradicional); (ii) Atenção Secundária e (iii) Área descoberta.

Nos setores censitários sorteados para compor a amostra foi realizado uma estimativa da base populacional existente feita através de uma triagem - contagem rápida, quinze dias antes da aplicação dos questionários. O procedimento de triagem foi realizado por amostragem sistemática, onde em cada cinco domicílios foram selecionados com o objetivo de identificar a existência de residentes pertencentes ao grupo de interesse. Nos domicílios selecionados, levantou-se também informações referentes aos domicílios vizinhos (sendo dois localizados à esquerda e dois localizados à direita).

Esta triagem foi capaz de identificar as residências que possuíam crianças na faixa etária de interesse e dessa forma otimizou a posterior aplicação dos questionários. Com base no método de contagem rápida por amostragem, estimou-se a existência de 763 indivíduos com até 2 anos de idade na região de estudo segundo as informações obtidas em campo, conforme Ilustração 1. No entanto, no momento da aplicação dos questionários foram identificados de fato 497 pessoas pertencentes ao grupo de interesse. A diferença entre esses valores pode ser justificada pela dificuldade dos vizinhos em precisarem a idade das crianças.

Do total de 497 crianças identificadas como elegíveis para o estudo, as recusas correspondem a 22 indivíduos (4,4%) e as perdas perfizeram um total de 130 indivíduos. Destas perdas os motivos foram diversos tais como: mudança de endereço, a criança do domicílio sorteado mudou de idade (completou 24 meses) ou o responsável não foi encontrado em casa. Nos casos de ausência do responsável, somente foi considerado “perda” o domicílio que após 3 tentativas de contato da equipe em horários e dias diferentes não foi possível a aplicação do questionário. O número final de indivíduos na amostra foi de 345 questionários aplicados valor menor ao calculado, porém dentro da margem de erro inicialmente considerada, conforme poderá ser verificado na apresentação dos resultados.

Ilustração 1 - Fluxograma



5.4. Variáveis Estudadas e Conceitos

5.4.1. Variável dependente

- **Utilização dos serviços de saúde:**

A utilização dos serviços foi avaliada sob enfoque do uso nos seguintes grupos: acompanhamento do pré-natal, parto e avaliações de puericultura. Conforme ilustra quadro de variáveis (ANEXO 3).

- **Acesso aos serviços de saúde:**

O acesso foi avaliado, tal como a utilização dos serviços, nos seguintes grupos: pré-natal, parto e avaliações de puericultura. O conceito de acesso baseia-se na interação entre os sistemas de saúde e os indivíduos (MCINTYRE, THIEDE & BRICH, 2009). Engloba três dimensões, que são teoricamente definidas em: Disponibilidade,

Acessibilidade Financeira e Aceitabilidade (THIEDE, AKWEONGO & MCINTYRE, 2007). Esquemáticamente tais dimensões podem ser separadas para facilitar a compreensão, ver quadro de variáveis (ANEXO 3).

- Disponibilidade

Avalia se os serviços de saúde apropriados estão ou não disponíveis no local certo e no momento em que são necessários. Inclui as seguintes questões:

A relação da localização das instalações de assistência à saúde (fator sistema de saúde) com a localização daqueles que precisam desses serviços (distância) e suas opções de transporte (fatores individuais ou domésticos);

- O grau de adequação entre as horas de abertura das instalações de assistência à saúde (e a questão associada se existe ou não um sistema apropriado operando) e o tempo durante o qual é viável freqüentar essas instalações (especialmente para adultos que trabalham) ou o momento em que esses serviços são necessários (como em casos de emergência); e

- A relação entre o tipo, a abrangência, quantidade e qualidade dos serviços de saúde fornecidos (o que é, por sua vez, influenciado pela política sobre pacotes de serviços dentre diferentes tipos de instalações; o número, habilidades, experiência e diversidade da equipe de trabalho dentro de uma instalação em especial; regulamentações quanto ao âmbito da prática; disponibilidade de equipamentos e suprimentos médicos; etc), tanto no momento do primeiro contato bem como nas instalações de referência (com apropriados sistemas de referência) quanto a natureza e extensão das necessidades de saúde da comunidade sendo atendidas.

- Acessibilidade Financeira:

É a dimensão do acesso relacionada ao “grau de adequação” entre o custo de utilização dos serviços de saúde e a habilidade dos indivíduos de pagar. Discussões quanto à acessibilidade dos serviços de saúde tem dominado o debate quanto a equidade na assistência à saúde, especialmente nos últimos tempos. Essa é a dimensão do acesso que está ligada às discussões em torno do risco financeiro da saúde ruim e do uso do serviço de saúde, e o papel do sistema de saúde ao proteger domicílios e comunidades contra esse risco. Essa dimensão do acesso, portanto, amarra a discussão à um campo mais amplo, do custeio da assistência à saúde. A acessibilidade descreve o acesso financeiro das pessoas a serviços de saúde no

sentido mais amplo possível. Assim, por um lado, existe uma gama de custos que seriam incorridos caso se tenha em vista a assistência à saúde, incluindo:

- Custos de assistência à saúde tais como taxas de consultas (compreendendo tanto taxas oficiais quanto, em países com baixa renda ou renda média, taxas extra-oficiais ou 'por fora'), custos de testes diagnósticos, custos com remédios e, para serviços com pacientes em interação, depósitos pré-admissionais, taxas de hospedagens hospitalares, despesas cirúrgicas, etc.;
- Outros custos diretos, tais como o custo com transporte e alimentação especial;
- Custos indiretos tais como perda de renda ou produtividade enquanto em trânsito ou em espera para ser atendido por um provedor de assistência à saúde.

A gama de fatores que influenciam a “capacidade para pagar” ou lado individual da dimensão acessibilidade financeira incluem:

- A elegibilidade dos indivíduos para se beneficiar de diferentes mecanismos de custeio a assistência à saúde que os protegem, no todo ou em parte. Dos gastos com assistência à saúde no momento em que o serviço é utilizado (por exemplo, elegibilidade para se beneficiar de subsídio público – e a questão associada de quem preenche os requisitos para ser isento de pagamentos diretos, a cargo do próprio paciente, e de quem preenche os requisitos para serviços que são totalmente financiados por recursos públicos, a distribuição de beneficiários de seguros-saúde, etc);
- O montante, tempo de ocorrência e frequência de pagamentos de renda em um domicílio específico (tanto provenientes de atividades de trabalho quanto sob a forma de transferências sociais), e até que ponto os membros individuais do domicílio podem ter acesso a essa renda, influenciando na capacidade de realizar contribuições de seguro ou pagamentos a cargo do paciente;
- A quantia de poupança de caixa que pode ser direcionada para pagamentos relativos à assistência à saúde;
- O número e tipo de bens possuídos pelo domicílio e se esses bens podem ser facilmente e rapidamente transformados em caixa;
- A extensão e natureza de redes sociais que capacitaria os domicílios a mobilizar caixa (ou provenientes de presentes ou de empréstimos) de parentes e amigos;

- Acesso a crédito e as condições dos financiamentos (por exemplo, período de reembolso e cobranças de taxas de juros);
- A capacidade do indivíduo de incorrer em custos indiretos.

Uma questão central da 'capacidade-de-pagar' que permeia todos esses fatores é o impacto potencial do sustento doméstico ao utilizar recursos domésticos (renda, economias e bens) ou realização de débito a fim de realizar pagamentos relativos a assistência à saúde.

- Aceitabilidade:

Engloba a natureza da prestação do serviço e como o mesmo é percebido pelos indivíduos e pelas comunidades. O modo pelo qual os serviços de saúde são distribuídos e os pacientes são atendidos para permitir adequação às crenças e impressões dos pacientes ou que possam impedi-los de utilizar o serviço como desejam. O grau de adequação entre as atitudes de prestadores e indivíduos, que são influenciados por idade, sexo, etnia, língua, crenças culturais, status sócio-econômico, etc. define a dimensão da aceitabilidade. Os serviços de saúde oferecidos e o ambiente no qual são oferecidos devem ser sensíveis às necessidades culturais e entendimento daqueles à procura ou que podem vir a procurar assistência à saúde. A aceitabilidade pode variar em resposta a crenças culturais e a natureza da doença.

A interação entre as expectativas de provedores e pacientes também influencia a aceitabilidade dos serviços de saúde. Para o escopo deste estudo abordaremos apenas na perspectiva do usuário.

- As expectativas dos pacientes de que os provedores os tratarão com respeito, ouvirão atentamente sua descrição dos sintomas, realizarão uma avaliação completa, explicarão suas doenças e discutirão tratamentos alternativos, etc, e até que ponto os prestadores atenderão a essas expectativas;
- As expectativas dos pacientes sobre a organização do serviço à saúde, por exemplo, a expectativa de que ao chegarem a uma instalação de atendimento sejam dirigidos ao local apropriado para a obtenção do atendimento necessário, em relação a como os serviços à saúde serão de fato organizados.

5.4.2. Variáveis independentes

Variável	Definição	Tipo de variável
Chefe da família trabalha atualmente	Situação atual de trabalho do chefe de família. Considerado qualquer tipo de trabalho remunerado (formal ou informal).	Dicotômica
Cor da mãe	Cor autodeclarada pela respondente com as seguintes opções de resposta: branca, amarela, parda, morena, indígena, mulata, mestiça, preta. Posteriormente a variável foi agrupada em branca e não branca (todas as opções de resposta exceto branca).	Categórica
Destino do lixo	Questão fechada com 5 opções de respostas (recolhido pelo caminhão; enterrado; queimado; jogado fora do pátio; outro). Posteriormente as respostas foram agrupadas em: recolhido pelo caminhão e outro destino (todas as demais respostas).	Categórica
Distância residência ao serviço	Distância Euclidiana, entre o endereço da respondente e a instalação de saúde utilizada.	Numérica
Domicílio tem água	Questão fechada sobre a existência de água encanada. Possui 3 opções de respostas: não, sim (dentro de casa) e sim (no pátio). No banco de dados, as respostas foram reagrupadas em sim e não.	Dicotômica
Escolaridade materna	Registro da última série e grau concluído com aprovação. Posteriormente as respostas foram agrupadas em: - Nenhuma e primário incompleto (até 3 ^o série) - Primário completo (4 ^a série) ou 1 ^o grau incompleto (até 7 ^a série) - 1 ^o grau completo (8 ^a série) ou 2 ^o grau incompleto (até 2 ^a série) - 2 ^o grau completo (3 ^a série) ou universitário incompleto - Ensino universitário completo	Categórica
Estrato	Não foi questionado ao respondente. É uma classificação do domicílio de acordo com as diferentes modalidades de atenção à saúde a qual a população estava adscrita, subdivididos em Atenção Primária (Estratégia de Saúde da Família ou tradicional); Atenção Secundária e área descoberta.	Categórica
Grupo social ABEP	Critério normatizado pela ABEP (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas, 2010), no qual pontua a posse de itens e o grau de instrução do chefe da família. As respostas foram somadas e os pontos classificados de acordo com o critério.	Categórica

Idade do chefe da família	Idade do chefe da família, em anos completos, obtida pelo relato direto do respondente	Numérica
Idade materna	Idade da mulher na última gestação, em anos completos, obtida pelo relato direto da mãe.	Numérica
Latitude e longitude da residência	A partir do endereço do domicílio da respondente obtivemos as coordenadas geográficas.	Numérica
Mês do início pré-natal	A respondente informava em que “mês” da gestação ela havia procurado o serviço de saúde para iniciar o acompanhamento pré-natal.	Numérica
Número de gestações	Número de vezes que a mulher engravidou.	Numérica
Número de moradores	Número de pessoas que residem no domicílio segundo informações do respondente.	Numérica
Renda total do domicílio	Qualquer tipo de rendimento ou ganho (trabalho, presente, doação, pensão, aluguéis, benefícios governamentais) de todos os membros da família no mês civil passado.	Contínua
Renda per capita do domicílio	Divisão da variável renda total do domicílio pelo número de moradores (segundo informações do respondente sobre pertencimento ao domicílio).	Contínua
Sexo do chefe da família	Chefe da família é o morador (homem ou mulher) que tem a maior renda. Em caso de mesma renda, considerou chefe a pessoa que era consultada para tomar decisões importantes. O sexo foi informado pelo respondente.	Dicotômica
Tipo de casa	Observação do entrevistador sobre o material <u>predominante</u> utilizado na construção da casa. Posteriormente as respostas foram agrupadas em tijolo com reboco ou apartamento e tijolo sem reboco e demais respostas.	Catagórica
Viver com companheiro	Situação atual de convivência em companhia de cônjuge ou companheiro (Respostas: Sim ou não).	Dicotômica

5.4.3. Variável Moderadora

- **Idade da criança**

A idade da criança será considerada variável moderadora visando reduzir as possíveis alterações na necessidade de utilização dos serviços de saúde relacionada as diferentes etapas da infância.

5.5. Procedimento para Coleta de Dados

5.5.1. Seleção dos participantes

Após autorização do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF houve o sorteio dos domicílios seguindo os padrões de estratificação (amostragem probabilística estratificada em múltiplos estágios) e aleatorização (por meio de amostragem seqüencial Poisson, sorteou-se os setores censitários com probabilidade proporcional ao percentual de indivíduos nos estratos de interesse).

Equipes constituídas por duplas de entrevistadores e supervisor de campo foram para os locais sorteados. Caso o domicílio sorteado possuísse crianças menores de 2 anos, as mães ou responsáveis legais recebiam esclarecimentos sobre a pesquisa eram convidados a participarem e a assinarem o TCLE. Havendo autorização, foi realizada a entrevista e preenchido o questionário. Caso o domicílio sorteado não possuísse crianças que atendessem aos critérios deste estudo (por exemplo: crianças que no período completaram 24 meses) foi adotado como padrão a busca do domicílio mais próximo segundo a planilha obtida na triagem de casas que possuíam crianças.

5.5.2- Instrumento de coleta de dados

Foi utilizado questionário adaptado às necessidades deste estudo (ANEXO 4), baseado no instrumento proposto na pesquisa “AQUARES - Acesso e qualidade na rede de atenção a saúde (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS, 2008)”.

O presente questionário possuiu 15 páginas, contendo 153 questões, abrangendo perguntas de identificação, pré-natal, parto, puericultura, morbidade nos últimos 30 dias, pronto socorro e internação hospitalar.

5.5.3. Treinamento da equipe

Foram selecionados entrevistadores com segundo grau completo, estudantes provenientes da Universidade Federal de Juiz de Fora, sem treinamento prévio em saúde, visando a necessidade de registrar as informações prestadas exatamente como relatadas pelos respondentes, evitando-se “traduzi-las” em linguagem técnica. Os entrevistadores receberam treinamento para a realização das entrevistas constando de três etapas: teórica, prática piloto e treinamento prático. Na etapa teórica foram revisados todos os itens do questionário e a forma adequada de preenchimento. A prática piloto constou da aplicação individual de 5 inquéritos por cada entrevistador com subsequente debate em conjunto das principais dificuldades. E a última etapa foi a ida dos entrevistadores ao campo supervisionados pelos responsáveis da pesquisa objetivando esclarecer possíveis dúvidas na execução e preenchimento do instrumento. Os entrevistadores foram acompanhados, avaliados e reciclados durante todo o período da pesquisa. Para controle de qualidade das informações coletadas, 10% da produção foi avaliada por nova entrevista parcial.

5.6. Procedimento para Análise dos Dados

Todos os dados primários resultantes da aplicação dos questionários foram codificados e digitados no programa Epi-info 3.5.1, sendo que estes dados foram posteriormente exportados, após críticas e correções de erros de digitação, para o pacote estatístico SPSS versão 15.0 o que possibilitou a construção do banco de dados possuindo 6 grupos de potencial análise (pré-natal, parto, puericultura, morbidade nos últimos 30 dias, pronto socorro e internação hospitalar). Optamos por trabalhar com apenas 3 grupos (pré-natal, parto e puericultura) objetivando validar a metodologia composta por um conjunto de técnicas utilizadas para compreensão e análise do objeto principal de estudo: o Acesso em suas três dimensões, segundo MCINTYRE, THIEDE & BRICH (2009). Logo, haveria potencialmente pelo menos nove situações a serem compreendidas e avaliadas em termos de Acesso.

Foi realizada análise univariada exploratória dos dados, na qual cada variável quantitativa foi descrita pelas suas medidas de tendência central e de dispersão e cada variável categórica foi descrita pelas frequências observadas, sendo que em ambos os casos foi considerado o peso amostral de cada unidade amostral para obtenção dos valores finais. Para isto foi utilizado o procedimento Analyse/Complex Sample/ Frequencies ou Descriptives, disponível no software SPSS versão 15.0. Técnicas de análise multivariada – Análise Fatorial e Análise de Componentes Principais - foram utilizadas para a identificação dos fatores mais importantes relacionados ao Acesso. A solução final foi obtida através de rotação Varimax dos

fatores principais. Houve interpretação destes fatores à luz dos conceitos de Disponibilidade, Acessibilidade Financeira e Aceitabilidade. Tais fatores foram utilizados para a criação de escores correspondentes ao fator principal extraído. Tais escores foram, inicialmente, mapeados em representações cartográficas temáticas, com a utilização de recursos de sistemas de informação geográfica e de estatística espacial, com o intuito de verificar a variabilidade de suas distribuições para cada dimensão do acesso e para cada grupo focado no estudo. Para a distribuição geográfica dos escores representativos do Acesso da população em suas diferentes dimensões foi utilizado o programa Arc View (ESRI, 1996).

Tais escores, por sua vez, foram também utilizados como variáveis dependentes em modelos de regressão linear múltipla, onde as covariáveis – variáveis independentes não utilizadas na análise fatorial para determinação de fatores representativos das dimensões do Acesso - eram representativas da situação socioeconômica, demográfica e geográfica dos domicílios. De tal maneira, foi possível avaliar a influência de tais variáveis nos escores obtidos.

5.7. Aspectos Éticos

O presente estudo incluído em projeto de pesquisa mais amplo, foi submetido à análise ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora e obteve parecer favorável sob o nº277/ 2009 (ANEXO 2). Utilizou-se instrumento padronizado e que não oferece riscos aos participantes. Esta pesquisa pretende contribuir para o conhecimento dos fatores associados às possíveis iniquidades no acesso e utilização dos serviços materno-infantis da cidade e tem por finalidade ser útil ao planejamento e gestão de ações direcionadas para sanar as possíveis iniquidades de saúde ou barreiras de acesso.

Como toda pesquisa realizada com seres humanos, este estudo estará em conformidade com os seguintes preceitos:

- O anonimato dos sujeitos incluídos será preservado, identificando-os apenas por números;
- O responsável legal concederá consentimento, por escrito, após ter sido convenientemente informado a respeito da pesquisa;
- O estudo será realizado porque o conhecimento que se quer obter não poderá ser conseguido por outros meios.

VI- RESULTADOS

6.1- CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA DAS FAMÍLIAS

Neste capítulo realizamos a análise descritiva da amostra composta por 345 mulheres (sendo 5,7% gestantes no momento da entrevista). Em 315 questionários, a mãe biológica da criança foi a respondente (91,4%); em apenas 7 (1,7%) o mesmo foi respondido por outro responsável (nos casos de ausência definitiva da mãe biológica) e em 23 (6,8%) os informantes-chaves foram adultos responsáveis temporariamente em função da ausência momentânea da mãe. Nos casos de ausência da mãe biológica (temporária ou definitiva) as razões mais apontadas foram: “mãe trabalhando” e “abandono da criança”. A relação familiar dos respondentes, nestes casos, foi: avós, pai biológico, mãe adotiva e outros.

Ressalta-se que as questões sobre pré-natal somente foram aplicadas junto às mães biológicas. Ou seja, no pré-natal houve uma redução no número de respostas para tal desfecho (N= 315), pois essa parte do questionário não era aplicada aos demais respondentes (30). O mesmo ocorreu com as questões referentes ao parto e puericultura (N= 325) que só poderiam ser aplicadas após o nascimento da criança, estando o grupo de gestantes (n= 20) impossibilitado temporariamente de responder às questões.

O perfil materno da amostra, detalhado na Tabela 1, foi: na categoria raça, agrupado em mulheres não-brancas (parda, morena e preta perfazem 60%), casadas (48,9%), com idade atual média de 27,1 anos (EP= 0,48), primigestas, com média de 1,9 filhos nascidos (EP= 0,077) e escolaridade predominante 2º grau completo ou universitário incompleto (40,2%). A idade da mulher na última gestação variou de 13 a 43 anos, sendo que 23,1% eram adolescentes (faixa de 10-19 anos, segundo a OMS), 12,3% engravidaram com idade superior a 35 anos e a faixa etária predominante na amostra foi de 20-29 anos (64,9%).

Tabela 1: Perfil socioeconômico e demográfico das mães de crianças menores de 2 anos de idade. Juiz de Fora, MG, 2010. (N= 345)

Características	N°	%	I.C 95%
<u>Raça/Cor</u>			
Branca	128	37,1	30,9-43,8
Parda	66	19,1	14,3-24,9
Morena	70	20,2	16,3-24,7
Preta	72	20,7	15,1-27,6
Outros	9	3,0	1,5-5,7
<u>Estado Civil</u>			
Solteira	155	45,0	39-51,2
Casada	169	48,9	43-54,9
Separada ou divorciada	13	3,8	2,1-6,5
Viúva	7	2,1	1,0-4,2
Não resposta	1	0,2	-0,61-1,7
<u>Situação Conjugal</u>			
Vive sem companheiro	87	25,4	20,2-31,4
Vive com companheiro	258	74,6	68,6-79,8
<u>Idade Materna atual (anos)</u>			
10-19	42	12,2	7,9-18,3
20-35	259	75,1	70,4-79,3
Maior que 35	44	12,7	9,2-17,2
<u>Escolaridade Materna</u>			
Nenhuma/primário incompleto	8	1,9	0,8-4,4
Primário completo/ 1° grau incompleto	88	25,6	18,9-33,6
1° grau completo/2° grau incompleto	95	27,7	22,4- 33,5
2° grau completo/universitário incompleto	138	40,2	32,3- 48,4
Ensino universitário completo	15	4,5	2,1- 9,1
Não resposta	1	0,3	0-2,5

Legenda: N°= números absolutos na amostra ponderada; % e IC95%= Porcentagens e intervalo de confiança na amostra ponderada;

A Tabela 2 apresenta as características dos domicílios e do chefe da família. A maioria dos domicílios foram classificados segundo a Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas – ABEP (2010) no estrato social C (61,6%). A renda *per capita* domiciliar média foi de R\$378,00 (EP= 30,4). Mas destaca-se que quase metade da amostra (45%) vivia com renda per capita domiciliar inferior a meio salário mínimo. A quase totalidade dos domicílios possuíam água encanada (97,2%), o lixo era recolhido pelo caminhão (99,8%) e o material predominante na construção era tijolo com reboco (69,2%).

Os domicílios se caracterizavam por: média de 4,5 moradores (EP= 0,08), 73% a chefia da família era representada pelo sexo masculino, sendo 61% o marido/companheiro; este com média de idade de 37,2 anos (EP= 0,63), sendo que

38,9% tinham 2º grau completo ou universitário incompleto. Destaca-se que 24,1% dos responsáveis pelas famílias declararam não estarem trabalhando no momento da entrevista e destes 5,5% estavam afastados por problemas de saúde.

Tabela 2: Características dos domicílios e perfil sociodemográfico do chefe de família. Juiz de Fora, MG, 2010. (N= 345)

Características	Nº	%	I.C. 95%
<u>Grupo social ABEP*</u>			
A	3	0,7	0,2-3,1
B	80	23,3	17,1-30,9
C	208	60,3	54,4-66,0
D	46	13,4	8,8-19,9
E	2	0,3	0-2,7
Não resposta	6	1,9	0,8-4,9
<u>Renda per capita domiciliar**</u>			
< R\$127,50	43	12,5	8,1-18,6
R\$128,00 - R\$ 255,00	117	33,7	29-38,8
R\$ 256,00 - R\$ 510,00	95	27,7	23,3-32,5
R\$ 511,00 - R\$ 1020,00	45	13,2	9,6-17,9
> R\$ 1021	12	3,5	1,9-6,2
Não respondido	33	9,5	6,5-13,8
<u>Chefia da Família</u>			
Mãe da criança	47	13,8	11,1-17
Marido/Companheiro	210	61,1	55,7-66,1
Mãe ou pai do entrevistado	55	15,8	12,4-20,1
Outro familiar	33	9,3	5,1-18,3
<u>Escolaridade do Chefe da Família</u>			
Nenhuma /primário incompleto	18	5,3	2,9-9,3
Primário completo/ 1º grau incompleto	108	31,3	24,7-38,8
1º grau completo/2º grau incompleto	67	19,4	15,7-23,7
2º grau completo/ universitário incompleto	131	38,2	31,7-45,1
Ensino universitário completo	14	4,0	2,2-7,2
Não resposta	7	1,9	0,8-4,9

Legenda: N°= números absolutos na amostra ponderada; % e IC95%= Percentagens e intervalo de confiança na amostra ponderada; *Estratos de consumo familiar da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas (ABEP); ** Renda per capita: valores apresentados múltiplos do salário mínimo de referência no valor de R\$510,00.

6.2- UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A categoria utilização dos serviços foi analisada sob o enfoque do uso. Portanto, optamos por trabalhar com os resultados de forma direta através dos números absolutos obtidos, valores estes ponderados pelos pesos amostrais. Os resultados descritivos apurados foram centrados na análise da utilização para os atendimentos do pré-natal (N=315), parto (N=325) e puericultura (N=325).

A área de abrangência da pesquisa possuía a seguinte rede assistencial ligada ao SUS: em relação à Atenção Primária 71% da população era coberta pela Estratégia de Saúde da Família; 7,5% da população era coberta por UBS - modelo Tradicional e 2,8% não possuíam cobertura de UBS. A Policlínica existente na região tinha como área de abrangência toda a Zona Norte, logo, 100% da população possuía acesso ao nível secundário. Em relação ao nível hospitalar este se concentrava na zona sul da cidade.

- Pré-natal

As características do pré-natal estão apresentadas na Tabela 3, este foi realizado por 99,5% das mulheres. Os motivos para a não realização do pré-natal (0,5%) foram: teve medo/não quis e tinha compromissos com a família/trabalho.

Tabela 3: Características do acompanhamento de pré-natal das mães de menores de 2 anos. Juiz de Fora, MG, 2010. (N= 315)

Variáveis	N°	%	I.C.95%
<u>Realizou pré-natal</u>			
Sim	313	99,5	97,7-99,9
Não	2	0,5	0,1-2,3
<u>Fonte pagadora - Pré-natal</u>			
SUS	206	65,3	55,2-74,1
Plano de saúde	73	23,5	16,3-32,6
Particular	9	3,0	1,2-7,0
Misto	25	8,2	5,1-13
<u>Unidades</u>			
UBS	76	24,2	15,8-35,2
Ambulatório	38	12,3	8,8-16,8
Centro de especialidades	113	36,1	26,4-47,1
Consultórios	80	25,3	19-32,9
Outros	6	2,1	0,6-6,7
<u>Início da assistência</u>			
Primeiro trimestre	256	81,6	76,6-85,8
Segundo ou terceiro trimestre	56	18,0	14,0-22,9
Não resposta	1	0,4	0,1-2,9
<u>Número total de consultas</u>			
Abaixo de 6	62	19,8	15,6-24,8
Igual ou maior que 6	248	79,1	74,5-83,1
Não resposta	3	1,1	0,4-3,1

<u>Opinião - Tempo de espera</u>			
Não sabe	-	-	-
Péssimo/Ruim/Regular	97	31,0	26,1-36,4
Bom/Ótimo	216	69,0	63,6-73,9
<u>Opinião - Atendimento</u>			
Não sabe	-	-	-
Péssimo/Ruim/Regular	41	13,3	9,2-18,9
Bom/Ótimo	272	86,7	81,1-90,8

Legenda: N°= números absolutos na amostra ponderada; % e I.C.95%= Porcentagens e intervalo de confiança na amostra ponderada. SUS= Sistema Único de Saúde; Misto= "Mix" SUS e plano de saúde; Primeiro trimestre = considerado os meses: 1°, 2° e 3°; Segundo e terceiro trimestre= 4°, 5°, 6°, 7°, 8° e 9° mês.

Em relação ao financiamento o Sistema Único de Saúde foi mais prevalente, sendo responsável por 65,3% dos atendimentos. Os serviços de saúde mais procurados para a realização do pré-natal foram: centro de especialidades (36,1%); consultórios (25,3%) e UBS (24,2%). Com relação aos gastos próprios (pagamento direto pelo paciente) com o pré-natal, 81,7% das mulheres relataram ausência de gastos e 18,3% afirmaram ter gastos, apresentando média de R\$ 250,85 (EP= 45,31).

Destaca-se que 18% das mulheres entrevistadas declararam iniciar o pré-natal tardiamente (acima do 4° mês) sendo 1,3% apenas com 7 meses ou mais de gestação. A média de consultas no pré-natal por gestante foi de 7,8 consultas (EP= 0,183), mas cerca de 20% das gestantes relataram realizar menos de 6 consultas. O número de consultas realizadas variou de apenas uma até 25, tendo mediana de 8. Este número elevado de consultas foi encontrado apenas em uma observação, o que pode estar relacionado a um pré-natal de gestação de alto risco ou incompreensão da respondente frente à questão.

A opinião das usuárias tanto com relação ao tempo de espera nas consultas quanto sobre o atendimento recebido foram predominantemente avaliados como "BOM/ÓTIMO" (69% e 86,7%, respectivamente).

Com relação aos exames realizados durante o pré-natal destacamos os exames laboratoriais básicos (sangue e urina), o exame ginecológico e a ultra-sonografia obstétrica. O exame de sangue não foi realizado em 9,2% dos pré-natais sendo a média de exames feitos de 2,9 por gestante (EP= 0,113). Os exames de urina não foram realizados em 8,3% de mulheres e a média de foi de 2,3 exames (EP= 0,086). O exame de HIV não foi feito em 8,1% e a média de solicitações foi de 1,5 (EP= 0,038). Com relação à avaliação ginecológica, 39,4% das mulheres não a tiveram e 5,4% não realizou nenhuma ultra-sonografia, sendo que 52,5% relataram mais de 3 ultra-sonografias feitas e a média na amostra foi de 3,7 (EP= 0,142).

- Parto

A Tabela 4 apresenta as características da utilização dos serviços hospitalares no momento do parto. A totalidade dos partos ocorreu em serviço hospitalar sendo que mais da metade teve parto do tipo cesariano (56,4%). O Sistema Único de Saúde foi responsável por 76,6% dos partos, sendo que 55,5% foram parto normal. Nos serviços de plano de saúde e particular quase a totalidade (93,6% e 94,3%, respectivamente) dos partos foram cesarianos. Destaca-se que 11,5% das mulheres relataram gastos próprios com o parto e a média destes foi de R\$1.005,80 (EP= 275,46). Os dados retrospectivos do nascimento dos lactentes mostram, em média, boas condições ao nascimento, com 8,8 meses (EP= 0,044) e peso médio de 3.155g (EP= 34,76).

Em relação ao tempo de espera para a realização do parto a opinião das mulheres foi predominantemente classificada como “BOM/ÓTIMO” (70,5%), mas destaca-se que 27,7% avaliaram como “PÉSSIMO, RUIM e REGULAR”. Com relação ao atendimento recebido durante o parto, 85,5% o classificaram como “BOM/ÓTIMO”.

Tabela 4- Características da utilização dos serviços hospitalares no momento do parto Juiz de Fora, MG, 2010. (N=325)

Variável de Utilização	N°	%	I.C.95%
<u>Tipo de parto</u>			
Normal	141	43,6	35,3-52,2
Cesariana	183	56,4	47,8-64,7
<u>Fonte pagadora - Parto</u>			
SUS	249	76,6	69,5-82,5
Plano de saúde	59	18,3	12,7-25,7
Particular	16	5,1	3,0-8,3
Misto	-	-	-
<u>Opinião - Tempo de espera</u>			
Não sabe	6	1,8	0,8-4,4
Péssimo/Ruim/Regular	90	27,7	21,9-34,2
Bom/Ótimo	229	70,5	63,9-76,4
<u>Opinião - Atendimento</u>			
Não sabe	6	1,8	0,8-4,4
Péssimo/Ruim/Regular	41	12,7	9,0-17,7
Bom/Ótimo	278	85,5	80,2-89,5

Legenda: SUS= Sistema Único de Saúde; Misto= “Mix” SUS e plano de saúde; N°= números absolutos na amostra ponderada; % e I.C.95%= Porcentagens e intervalo de confiança na amostra ponderada.

- Puericultura

As características das crianças no período de realização das entrevistas estão descritas na Tabela 5, destaca-se que 57,4% das crianças apresentavam até 12 meses, tendo média de 11,1 meses (EP= 0,335) e 51,4% eram brancos.

Tabela 5: Características demográficas das crianças menores de 2 anos. Juiz de Fora, MG. (N= 325)

Características	N°	%	IC95%
<u>Idade (meses)</u>			
0-6	96	29,8	23,7-36,7
7-12	89	27,6	22,8-33
13-18	78	24,2	21,1-27,5
19-24	59	18,4	15-22,5
<u>Raça/etnia</u>			
Branca	152	51,7	43,1-60,2
Amarela	1	0,6	0,1-2,7
Parda	52	17,9	13,6-23,2
Morena	55	18,8	13,5-25,6
Mulata	2	0,9	0,2-2,4
Mestiça	2	0,9	0,2-3,9
Preta	27	9,3	6,1-14

Legenda: SUS= Sistema Único de Saúde; Misto= "Mix" SUS e plano de saúde; N°= números absolutos na amostra ponderada; % e I.C.95%= Porcentagens e intervalo de confiança na amostra ponderada.

As consultas de puericultura foram realizadas em 90,3% da amostra. As razões mais prevalentes para a não realização da Puericultura podem ser agrupadas na perspectiva da oferta do serviço (sendo elas: não havia pediatra/mau atendimento; não consegue consulta ou a mãe julga o tempo de funcionamento restrito tendo pouco tempo para procurar o serviço) e na perspectiva do uso do serviço pelo usuário (criança menor de um mês; a mãe não achava necessário).

A Tabela 6 apresenta as características de utilização dos serviços de puericultura. O SUS foi responsável por 58,4% dos atendimentos. E o serviço de saúde mais procurado para realizar a puericultura foram as UBS (47,6%) e os consultórios (32,9%). Houve relato de gastos próprios em 13,3% da amostra, sendo a média de gastos de R\$122,04 (EP= 34,65). Em relação à categoria profissional responsável pela realização das consultas obtivemos predomínio da consulta do médico (90,6%).

As orientações recebidas estão descritas na tabela acima, ressalta-se que mais da metade das mães não tem orientações de como evitar acidentes domiciliares

(52,4%) nem tão pouco sobre o melhor posicionamento para a criança dormir (49,2%); mas 89,8% recebem orientações sobre a importância das vacinas.

Tabela 6: Características das consultas de Puericultura nos anos de 2009-2010. Juiz de Fora, MG. (N=295).

Características	N°	%	IC95%
<u>Fonte Pagadora</u>			
SUS	175	58,4	48,3-67,9
Plano de saúde	97	33,3	23,9-44,2
Particular	7	2,6	1,2-5,5
Misto	15	5,2	3,2-8,3
Não resposta	1	0,5	0,1-3,4
<u>Unidades</u>			
UBS	140	47,6	37-58,4
Ambulatório	10	3,3	1,6-6,8
Centro de especialidades	44	14,4	7,9-24,9
Consultórios	96	32,9	24,5-42,5
Outros	5	1,8	0,7-4,8
<u>Categoria profissional</u>			
Médico	266	90,6	83,4-95,2
Enfermeiro	74	25,2	18,7-33,1
Auxiliar de enfermagem	10	3,6	1,4-9,2
Agente comunitário	18	6,1	2,8-13,1
<u>Orientações recebidas</u>			
Prevenção acidentes domiciliar	139	47,5	41,6-53,6
Posicionamento para a criança dormir	149	50,8	44,4-57,1
Etapas do desenvolvimento	173	59,1	52,2-65,7
Sulfato ferroso para evitar anemia	220	75,1	68,8-80,5
Hábitos de higiene	222	75,8	70,7-80,2
Alimentação	263	88,3	84,0-91,6
Importância da vacinação	259	89,8	86,0-92,6

6.3- ACESSO NA PERSPECTIVA DA DISPONIBILIDADE, ACESSIBILIDADE FINANCEIRA E ACEITABILIDADE

O conceito de Acesso estruturado, segundo MCINTYRE, THIEDE & BRICH (2009), é desdobrado em três dimensões: Disponibilidade, Acessibilidade financeira e Aceitabilidade. O entendimento, definido pela autora para tais dimensões, permite compreender o conceito de Acesso numa perspectiva que possibilita a análise avaliativa da gestão organizacional do sistema de saúde, a percepção dos indivíduos pelo serviço prestado e custos diretos e indiretos por parte do usuário para utilização dos serviços. Para melhor aferir e analisar a interação das 3 dimensões optamos por um conjunto de técnicas estatísticas que permitem tal análise, como: análise fatorial,

regressão linear múltipla e distribuição geográfica, através de mapas temáticos, das dimensões quantificadas.

6.3.1- Análise Fatorial

As variáveis relacionadas ao conceito de Acesso aos Serviços de Saúde foram submetidas à análise fatorial. Objetivando obter informações resumidas das interações entre todas as variáveis ao mesmo tempo, foi utilizado o método de análise fatorial denominado Análise dos Componentes Principais (PCA), com rotação ortogonal Varimax. O PCA é útil quando existem dados de muitas variáveis e deseja-se obter um número menor de variáveis artificiais (componentes principais) as quais serão responsáveis por explicar as variâncias nas variáveis observadas. Neste tipo de análise assume-se que existe alguma redundância nas variáveis coletadas acarretando que algumas variáveis estão correlacionadas com outras e que, possivelmente, estão medindo a mesma coisa. Desta forma, a análise verifica a correlação entre todas as variáveis, gerando os fatores, que são um subconjunto das variáveis com as maiores interrelações (ver, por exemplo, KUMARANAYAKE & VYAS, 2006; HO, 2006). Estes subconjuntos de variáveis (fatores) foram interpretados tendo como referência analítica as dimensões do Acesso (Disponibilidade, Aceitabilidade e Acessibilidade Financeira).

Os resultados da análise fatorial serão apresentados por grupo de atendimento (pré-natal, parto e puericultura), em tabelas que apresentarão as variáveis contidas nos fatores, as cargas e a dimensão predominante do conceito Acesso. Foram usadas medidas de ajuste do modelo de análise fatorial (critério de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) para a adequação da amostra e teste de esfericidade de *Bartlett* para a adequação da matriz de correlação, de acordo com HO, 2006). Os valores do KMO variam de 0 a 1 e quanto mais próximo do maior valor melhor; no estudo foram obtidos os valores: 0,65; 0,55 e 0,7 (pré-natal, parto e puericultura respectivamente).

Os efeitos de planos amostrais complexos, como o realizado no inquérito aqui avaliado, sobre técnicas de análise multivariada, são descritos na literatura (ver, por exemplo, O'DONNELL, WAGSTAFF & LINDELOW, 2008, cap. 10). No caso de PCA, os efeitos de amostragens complexas e a recomendação de utilização dos pesos amostrais foram primeiramente descritas em SKINNER, HOLMES & SMITH (1986). No entanto, os pacotes estatísticos comerciais para PCA disponíveis no mercado, não apresentam a possibilidade de tal correção. Logo, nesta sessão, os resultados de análise multivariada por PCA não levam em consideração os pesos amostrais.

- Pré-natal

O grupo pré-natal possuía, inicialmente, 22 variáveis, sendo que a análise (pelo PCA) reduziu-as para 11 variáveis, que possibilitaram a explicação da variável latente Acesso em dois fatores principais não correlacionados, conforme apresentado na Tabela 7.

Tabela 7: Fatores do acesso aos serviços de Pré-natal de mulheres residentes na Zona Norte do município de Juiz de Fora, MG, 2010.

Fator	% Variância explicada	Dimensão do Acesso	Variáveis no Fator	Carga
1°	21,45	Disponibilidade	Mesinioprenatal	-,491
			Numerodeconsultas	,636
			Examedesangue	,676
			Examedeurina	,667
			ExamedeHIV	,456
			Ultrassonografia	,546
2°	13,63	Aceitabilidade	Redeprenatal	-,550
			Opiniaotempoprenatal	,668
			Opiniaootendimentoprenatal	,749

O primeiro fator, representativo do maior valor de variância explicada, corresponde a 21,45% da variância do pré-natal e foi interpretado na dimensão Disponibilidade. Tal fator foi composto pelas variáveis: mês do início (de 1 a 8); número de consultas (de 1 até 25) e exames realizados (de 0 a 15). Essas variáveis são números inteiros, seguem ordem crescente, mas no fator possuíram sinais contrários. Por exemplo: quanto mais tardio foi o início do pré-natal, menor o número de consultas e exames.

O segundo fator foi interpretado para a dimensão Aceitabilidade, com variância explicada de 13,63%, e caracterizado pelas variáveis: tipo de rede de serviços, opinião sobre o tempo de espera e a qualidade do atendimento recebido. O tipo de rede de serviços foi classificado de 1 a 4, em ordem crescente, da seguinte forma: plano de saúde (1), particular (2), Sistema Único de Saúde (3) e misto (plano de saúde e SUS - 4). Para as variáveis de opinião (perspectiva do usuário) foram utilizadas escalas do tipo *Likert*, sendo classificadas de 1 a 5, atribuindo péssimo ao menor e ótimo ao maior valor. Tais variáveis na análise fatorial obtiveram carga de sinais opostos, quanto menor o número de classificação do tipo de rede melhor é a opinião sobre o tempo de espera e atendimento recebido. Por exemplo: número 1, que é a menor classificação do tipo de rede está oposto ao maior número de opinião, ou seja, o atendimento em plano de saúde tende a ser considerado com o melhor tempo de espera e atendimento recebido. Quanto maior for o número da rede, isto indica utilização da rede "mista" (SUS e Plano de saúde), menores são os valores para as opiniões (péssimo/ruim).

- Parto

Na tabela 8, apresentam-se os fatores relacionados ao parto.

Tabela 8: Fatores do acesso aos serviços de Parto.

Fator	% Variância explicada	Dimensão do Acesso	Variáveis no Fator	Carga
1°	28,11	Acessibilidade Financeira	Tipoparto Redeparto Gastosparto	,751 -,810 ,697
2°	20,53	Aceitabilidade	Opiniaotempoparto Opiniaoatendimentoparto	,892 ,864

O primeiro fator respondeu por 28,11% da variância explicada e insere-se na dimensão Acessibilidade Financeira do Acesso. Neste fator o tipo de rede de serviços de saúde possuiu carga de sinal oposto ao tipo de parto e aos gastos. O tipo de parto foi classificado em: um para normal e dois para cesariana. A variável tipo de rede foi classificada na seguinte ordem: plano de saúde (1), particular (2), Sistema Único de Saúde (3) e misto (plano de saúde e SUS- 4). E a variável gastos é dicotômica “Não” (1) e “Sim” (2). Ou seja: a rede plano de saúde está associada a mais cesarianas e mais gastos para o usuário e a rede SUS a mais partos não cirúrgicos e menor gasto para os usuários.

O 2° fator referente ao parto interpretou-se na dimensão Aceitabilidade, explicou 20,53% da interação das variáveis e pode ser compreendido em relação direta, quanto melhor a classificação do tempo de espera para realizar o parto, melhor foi a opinião sobre o atendimento do parto e o inverso também é verdadeiro.

- Puericultura

A Puericultura teve variância explicada de 19,95% pelo primeiro fator e dimensão interpretada como Disponibilidade do acesso, apresentado na Tabela 9. Este foi composto pelas variáveis do calendário vacinal, sendo que as respostas foram baseadas na conferência das vacinas realizadas segundo cartão de vacinação, através do registro das doses por meio de números de zero a quatro. Todas as variáveis “vacinas” possuíram o mesmo sinal nas cargas do fator, sugerindo o cumprimento do protocolo, pois se um tipo de vacina é realizada as outras também foram. Ressaltamos que as menores cargas encontradas na análise fatorial para as vacinas tríplice bacteriana e viral ocorrem por influência do perfil etário encontrado na amostra, sugerindo que um menor número de doses seria esperado como adequado,

pois um elevado percentual de crianças ainda não tinha idade para receber tais vacinas.

Tabela 9: Fatores do acesso aos serviços de Puericultura nas crianças menores de 2 anos.

Fator	% Variância explicada	Dimensão do Acesso	Variáveis no Fator	Carga
1°	19,95	Disponibilidade	Vacinas recebidas:	
			HepatiteB	,870
			Antipolio	,947
			Tetraivalente	,886
			Triplícebacteriana	,598
			Triplíceviral	,683
2°	12,52	Aceitabilidade	Orientações de Puericultura:	
			Posicionamentodormir	,690
			Higienecomcrianca	,758
			Alimentacaocomcrianca	,675
			Importanciavacinas	,667
			Evitaracidentes	,626
			Etapasdesenvolvimentocrianca	,676

O segundo fator teve variância explicada de 12,52%, foi interpretado na dimensão Aceitabilidade e composto pelas variáveis orientações recebidas dos profissionais e o reconhecimento por parte dos pais de sua ocorrência, apresentada na Tabela 9. Essas variáveis são dicotômicas (“Não”/“Sim”) e no fator apresentaram sinal positivo nas cargas. A variação na carga indica que algumas orientações foram mais frequentemente lembradas pelos pais.

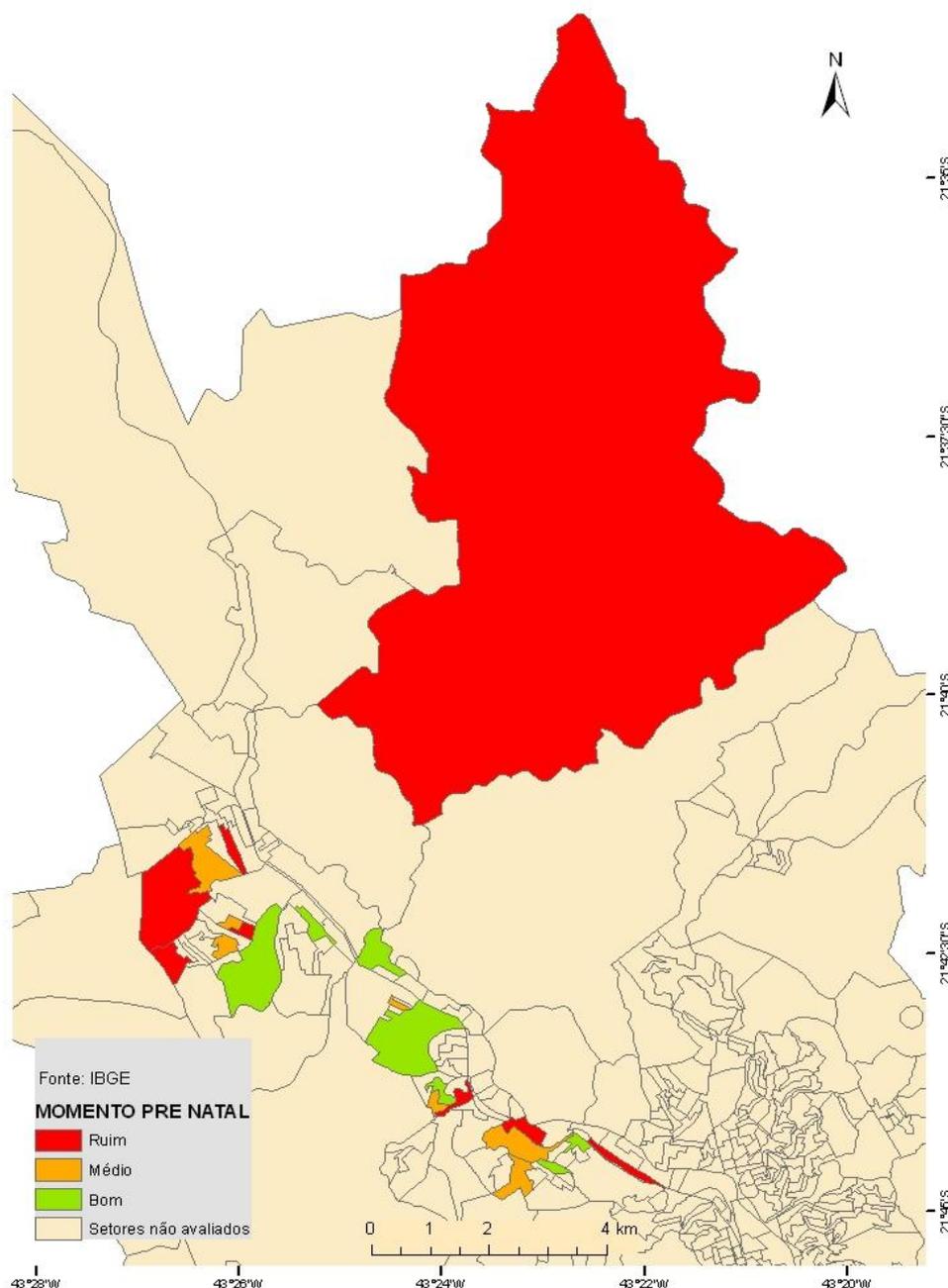
Após análise fatorial selecionou-se o fator mais explicativo (primeiro fator) nos 3 grupos de atendimento para obtenção do escore do acesso. A escolha da utilização apenas do primeiro fator ocorreu por duas razões: é o fator mais explicativo e devido às nossas limitações com relação à metodologia adequada para incorporar mais de um fator no cálculo de um escore único. Este refere-se a uma pontuação relativa a cada indivíduo na dimensão específica que o fator representa, através da interpretação das variáveis que o compõem (Disponibilidade, Aceitabilidade ou Acessibilidade Financeira), sendo o resultado de uma combinação linear das variáveis presentes no fator, representadas pelas suas respectivas cargas, sob o pressuposto de normalidade. Logo, o escore tenta representar, numericamente, a variável latente Acesso, em cada um dos grupos de análise. Com este escore realizamos duas abordagens: representação gráfica através de mapas temáticos e investigação dos fatores sócio-econômicos e demográficos influenciadores do acesso.

6.3.2- Mapas Temáticos

Objetivando a representação gráfica da distribuição espacial dos escores obtidos pela PCA, construiu-se mapas temáticos com áreas que representam as tendências gerais do acesso aos serviços nos três grupos (pré-natal, parto e puericultura) para cada setor censitário. Classificou-se a dimensão do acesso de cada setor censitário segundo a média ponderada pelo peso da unidade amostral do valor do escore obtido pelas mães que participaram do inquérito nas categorias: baixo, médio e alto. Cabe ressaltar que a interpretação das dimensões do acesso nesta representação gráfica considerou as variáveis que compõem o primeiro fator, bem como que a avaliação é do acesso que as mães moradoras nesses setores têm aos serviços de saúde independente destes estarem instalados no setor censitário de referência. Portanto, não foi avaliado se os serviços utilizados foram aqueles situados nas respectivas áreas de abrangência dos serviços de saúde. O que se objetivou aqui foi mostrar as diferenças das dimensões do acesso em determinado momento na área estudada.

A Ilustração 2 apresenta o mapa da distribuição nos setores censitários do escore da dimensão Disponibilidade do Acesso ao pré-natal. O maior peso no fator representativo desta dimensão é dado pelas variáveis: exames realizados, início do pré-natal e número de consultas. Destaca-se que os setores vizinhos à policlínica de Benfica (atenção secundária) apresentam escore em desvantagem (ou seja, menor classificação do escore representado em laranja e vermelho na parte noroeste no mapa), o que pode indicar a não utilização por parte dos usuários desta unidade para a realização de exames ou até mesmo a indisponibilidade da unidade para a oferta dos exames. Além disso, dos setores centrais indicados em vantagem (“bom” em verde), 4 setores estão em áreas de abrangência da Estratégia da Saúde da Família e 1 em área sem cobertura da atenção primária. Entretanto, em uma mesma área de abrangência da ESF existem setores com diferentes classificações de escore (variando entre ruim, médio e bom), o que sugere a influência de fatores relacionados ao comportamento do usuário e da estruturação do serviço e trabalho da equipe. Porém, quase a totalidade (há apenas uma exceção) dos setores em vantagem (escore representado em verde) é coberta por serviços de atenção primária, o que sugere a grande influência destes serviços na obtenção dos cuidados de pré-natal. Outras análises podem ser feitas para melhor compreensão do achado.

Ilustração -2: Mapa da distribuição do escore da dimensão Disponibilidade do Acesso ao Pré-natal¹ por setor censitário da Zona Norte. Juiz de Fora, MG.



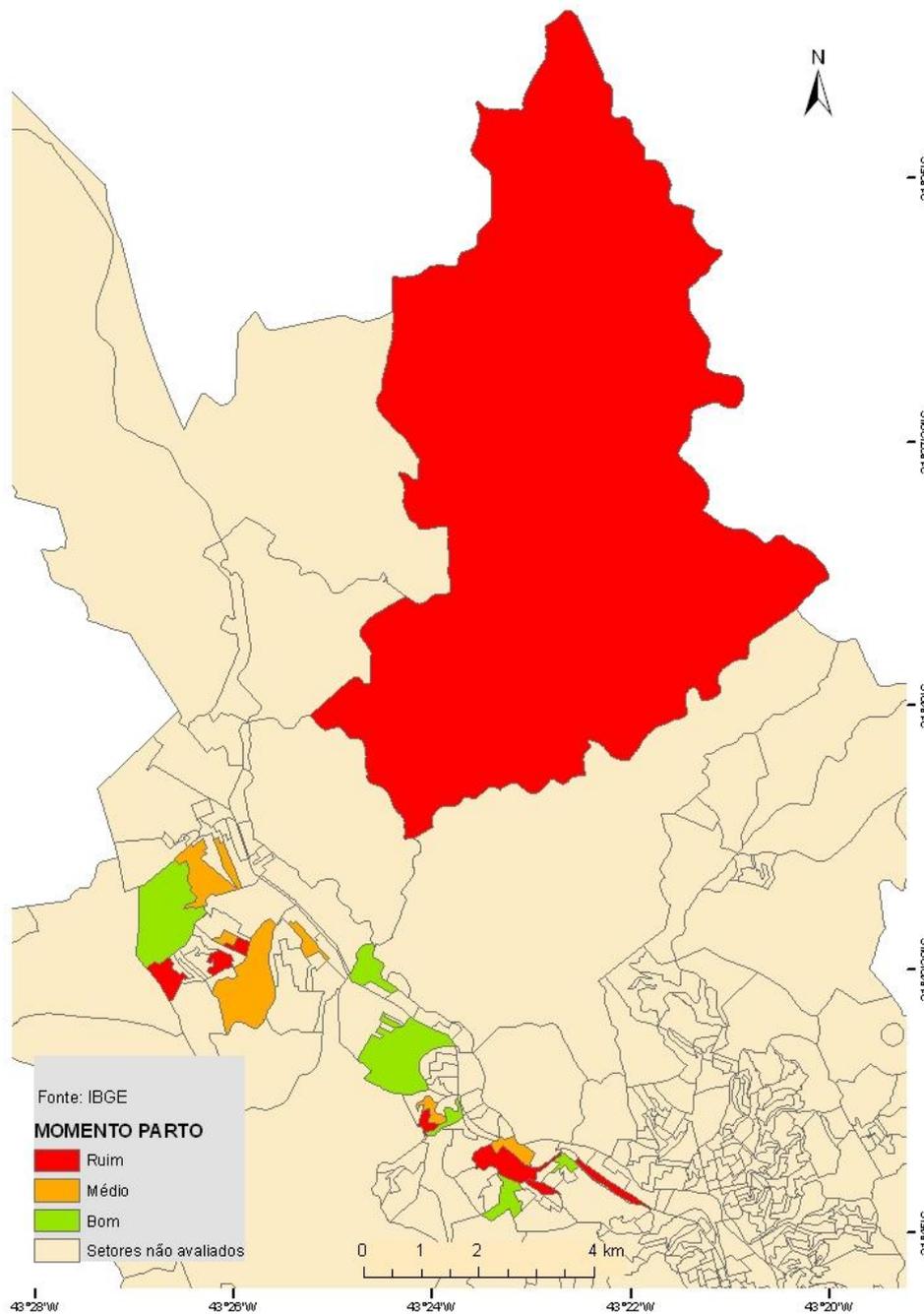
A Ilustração 3 representa o mapa com o escore da dimensão Acessibilidade Financeira do Acesso ao Parto. Ressalta-se que as variáveis que influenciaram esse escore foram: tipo de parto, rede de serviços e gastos. Os escores em desvantagem (em vermelho) sugerem áreas de pior poder aquisitivo.

1

¹ As variáveis que compuseram a dimensão Disponibilidade no pré-natal foram: exames realizados, início do pré-natal e número de consultas realizadas.

Comparando os setores com piores escores do grupo do parto com o grupo do pré-natal, apenas um deles foi “bom” no pré-natal.

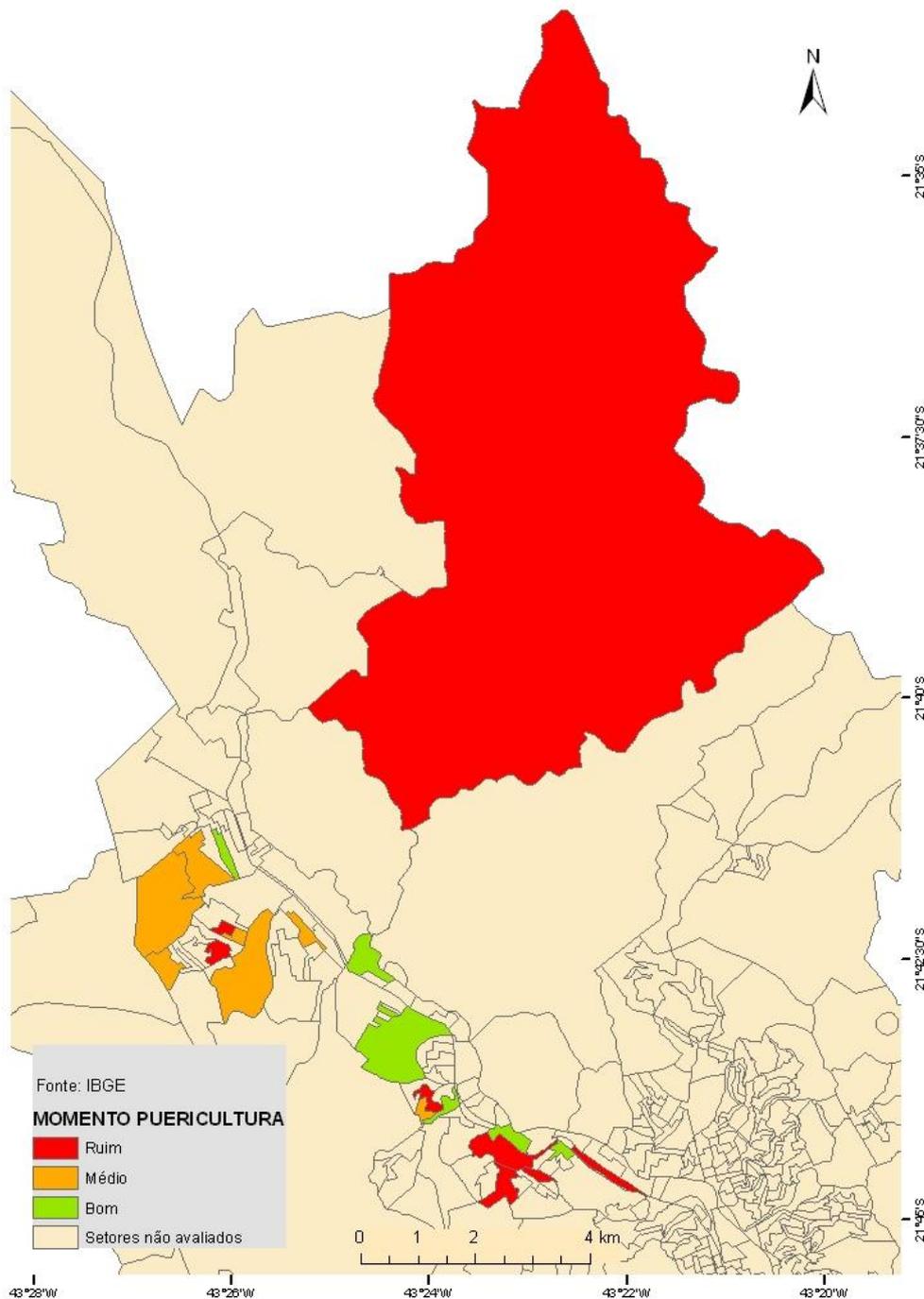
Ilustração 3: Mapa da distribuição do escore da dimensão Acessibilidade Financeira do Acesso ao Parto² por setor censitário da Zona Norte. Juiz de Fora, MG.



² As variáveis que compuseram a dimensão Acessibilidade no parto foram: tipo de parto, rede de serviços e gastos.

A Ilustração 4 representa o mapa do escore da dimensão Disponibilidade do Acesso a Puericultura.

Ilustração- 4: Mapa da distribuição do escore da dimensão Disponibilidade do Acesso à Puericultura³ por setor censitário da Zona Norte. Juiz de Fora, MG.



³ As variáveis que compuseram essa dimensão foram: tipos de vacinas recebidas e número de doses.

Do mapa acima, destacamos que as áreas com classificação “médio” à noroeste, são mais próximas à Policlínica, tiveram melhores classificações do que no pré-natal, sugerindo a utilização desta unidade para vacinação. Analisando todas as áreas em vantagem (“verde”) observamos que existem 2 setores localizados em área sem cobertura da atenção primária, 2 setores cobertos por UBS-Tradicional e 4 setores sob cobertura da UBS-ESF. Além disso, há variação da classificação dos escores nos diferentes setores censitários sob área de abrangência de uma mesma unidade de atenção primária.

Comparando-se os mapas de acesso aos serviços percebe-se áreas com permanência da desvantagem na classificação, o que pode indicar áreas menos favorecidas socioeconomicamente e até mesmo bolsões de exclusão, nas quais os serviços não tem conseguido minimizar tais desvantagens. Em contrapartida, existem setores onde os três grupos foram classificados como “Bom”, onde pode-se destacar a existência de cobertura da atenção primária.

Os resultados ressaltados através dos mapas demonstram as diferenças no acesso aos serviços por dimensão e grupo. Atendendo aos objetivos do estudo e à consistência de metodologia utilizada, as dimensões mais explicativas do acesso por grupo materno infantil foram mais adequados à representação. Por isso, a dimensão Aceitabilidade não foi representada graficamente, pois a mesma não foi primeiro fator em nenhum grupo. Entretanto, em outros estudos, pode-se realizar a representação do acesso decomposto pelas três dimensões para um único grupo, sem levar em consideração o peso explicativo do fator. A decomposição do acesso em 3 dimensões e os mapas permitem a visualização das diferenças na distribuição, indicando pontos convergentes e divergentes para dada região e população. Desta forma, uma abordagem mais detalhada das condições influenciadoras e do próprio acesso se faz possível.

6.3.3- Modelo de Regressão Linear Múltipla

Nesta etapa foi realizada regressão linear múltipla exploratória. Optou-se por verificar as associações entre os escores do primeiro e do segundo fator do Acesso no grupo Pré-natal e as variáveis socioeconômicas e demográficas que podem interferir no desfecho acesso (considerou-se nível de significância de 0,05). Foi realizada regressão múltipla no pacote SPSS, versão 15.0, através da estratégia *backwards*.

Entraram no modelo inicial de regressão linear múltipla as variáveis socioeconômicas e demográficas citadas na Tabela 10. As variáveis dependentes foram: o primeiro e segundo fator, ou seja, o escore para a dimensão Disponibilidade (variáveis

que compõem o primeiro fator: obtenção dos exames, mês do início e número de consultas) e o escore para a dimensão Aceitabilidade (variáveis que compõem o segundo fator: tipo de rede utilizada; opinião tempo de espera e do atendimento recebido).

Tabela 10: Variáveis independentes submetidas ao modelo de regressão linear múltipla para as variáveis dependentes escores da Disponibilidade e Aceitabilidade do Acesso aos serviços de saúde no grupo do Pré-natal.

Modelo Inicial	Variáveis de Entrada
	Chefe da família trabalha atualmente Cor da mãe Destino do lixo Distância residência ao serviço de pré-natal Domicilio tem água Escolaridade materna Estrato Grupo social ABEP Idade do chefe da família Idade da mãe na última gestação Latitude da residência Longitude da residência Mês início do pré-natal Número de gestações Número de moradores Renda total Sexo do chefe da família Tipo de casa Viver com companheiro

No modelo final, do primeiro escore, mantiveram-se significativamente associadas com o desfecho “Acesso ao pré-natal na dimensão disponibilidade” as variáveis socioeconômicas apresentadas na Tabela 11: distância residência ao serviço de saúde, escolaridade materna, grupo social Abep, idade chefe da família, número de gestações, sexo do chefe da família e viver com companheiro.

Os resultados apontam que a distância entre a residência e às instalações de saúde, o número de gestações e o sexo do chefe da família estiveram associados negativamente ao escore de acesso representativo de disponibilidade. Isto significa que as mulheres que residiam mais próximo às instalações de saúde (menor distância percorrida), com menor número de gestações ou com chefia da família masculina tiveram os piores escores, ou seja, as gestantes tendiam a iniciar o pré-natal tardiamente, realizavam menor número de consultas e fizeram menos exames do que as mulheres que residiam mais distantes, com maior número de gestações e com chefia feminina.

Tabela 11 – Sumário da regressão linear múltipla para a variável dependente escore da dimensão Disponibilidade do Acesso ao Pré-natal.

Variáveis	Beta	Erro padrão de beta	p-valor
Distância residência ao serviço	- 0,001	0,000	0,001
Escolaridade materna	0,382	0,131	0,004
Grupo social Abep	0,437	0,152	0,004
Idade chefe da família	0,013	0,005	0,015
Número de gestações	- 0,097	0,043	0,024
Sexo do chefe da família	- 0,440	0,160	0,006
Viver com companheiro	0,473	0,171	0,006
Constante	- 0,463	0,289	0,110

A mãe ter o 2º grau completo/universitário incompleto ou universitário completo em comparação a ter menor escolaridade esteve associado positivamente ao escore representativo de Disponibilidade, ou seja, aumentou o valor do escore para os indivíduos na dimensão disponibilidade do acesso ao pré-natal. Logo, as mães com maior escolaridade iniciaram o pré-natal mais precocemente, tiveram maior número de consultas e realizaram mais exames.

O grupo social segundo a classificação da ABEP esteve associado positivamente ao escore acesso na dimensão Disponibilidade. Isto indica que pertencer aos grupos sociais A ou B, por exemplo, aumenta a dimensão disponibilidade do acesso em relação aos grupos sociais C, D ou E.

O sexo do chefe da família está relacionado negativamente ao escore acesso. Ou seja, a chefia da família ser de um homem indica menor acesso ao pré-natal na dimensão disponibilidade. As mulheres iniciaram o pré-natal mais precocemente, tiveram mais consultas e fizeram mais exames quando elas ocupavam a chefia da família. Porém a idade está relacionada positivamente, indicando que quanto maior a idade do chefe da família em comparação aos mais novos, maior é o escore acesso representado pela dimensão Disponibilidade.

A situação conjugal está relacionada positivamente ao escore representativo de Disponibilidade. Isto indica que as mulheres que vivem com companheiro possuem

maior acesso na dimensão disponibilidade ao pré-natal. Ou seja, o início do pré natal é precoce, o número de consultas e a realização de exames são maiores nessas mulheres do que naquelas que vivem sem os companheiros.

E no modelo final do segundo escore, mantiveram-se associadas com o desfecho “Acesso ao pré-natal na dimensão Aceitabilidade” as variáveis socioeconômicas apresentadas na Tabela 12: Chefe da família ter trabalho atual, distância da residência ao serviço de saúde, escolaridade materna, número de moradores e sexo do chefe de família.

Tabela 12 – Sumário da regressão linear múltipla para a variável dependente Score da dimensão Aceitabilidade do Acesso ao Pré-natal.

Variáveis	Beta	Erro padrão de beta	p-valor
Chefe família trabalha	0,320	0,151	0,035
Distância residência ao serviço	0,001	0,000	0,018
Escolaridade materna	0,346	0,124	0,006
Número de moradores	- 0,076	0,034	0,029
Sexo chefe família	0,348	0,144	0,016
Constante	-0,406	0,231	0,080

As variáveis que estão associadas positivamente aumentam o escore do acesso. Aumentar o escore na dimensão Aceitabilidade significa as melhores avaliações dos usuários sobre tempo de espera e atendimento recebido e a utilização de plano de saúde ou privado. Logo, o chefe da família ter sido homem e possuir trabalho aumentaram o escore aceitabilidade. E ter no mínimo o 2º grau como escolaridade materna e ter utilizado os serviços com as maiores distâncias (entre a residência e o serviço de saúde procurado) indicaram maiores escores do acesso.

A variável número de moradores esteve associada negativamente diminuindo o escore do acesso. Ou seja, famílias maiores diminuem o escore na dimensão aceitabilidade. Se o escore nesta dimensão é caracterizado pela rede de serviços; opinião do tempo de espera e atendimento, logo diminuir o escore significa utilizar os serviços do SUS e ter uma opinião pior sobre tempo de espera e atendimento.

VII- DISCUSSÃO

Com relação às características maternas, a média de idade (27,07 anos), a faixa etária predominante (20-29 anos) e o percentual de mães adolescentes encontrados nesse estudo são semelhantes aos valores obtidos por COUTINHO *et al.* (2003), avaliando a adequação do pré-natal entre as usuárias do SUS no município de Juiz de Fora. No entanto, o percentual de mães adolescente participantes do estudo foi maior que o apresentado no SINASC (2008), que era 15% e indicava tendência à diminuição. Tal fato pode estar associado, a nosso ver, às características socioeconômicas da região estudada no presente trabalho, na qual espera-se, conforme as evidências científicas já apontadas, haver uma maior concentração de mães adolescentes em função da associação entre baixa escolaridade, menor renda familiar e predomínio de grupo social “C”, “D” e “E”.

Considerando a faixa etária acima dos 35 anos, os dados do SINASC mostram uma tendência de ligeiro crescimento. Entretanto, os menores percentuais encontrados na amostra analisada e entre as usuárias do SUS avaliadas por COUTINHO (2006), sugerem que na amostra há menor influência de fatores relacionados à busca pela estabilidade profissional e postergação da maternidade (TEMMERMAN *et al.*, 2004).

Segundo o IBGE, no Censo Demográfico de 2000, o município de Juiz de Fora apresentava 67,53% da chefia da família com o sexo masculino. Neste estudo, valores mais elevados foram obtidos sendo corroborados por outros inquéritos com semelhante população alvo como, por exemplo, o estudo de ROCHA (2006).

O grau de escolaridade dos chefes de família e das mães foi semelhante, apesar de que enquanto 27,7% das mulheres teve 8 anos ou mais de estudo, ou seja, pelo menos o 1º grau completo, para os homens este percentual foi de 19,8%. A parcela de mulheres com ensino médio completo foi de 40,2%, também superior aos homens. Por outro lado, nos grupos de menor escolaridade, a participação dos homens era superior a das mulheres. Segundo PICCINI *et al.* (2007), um marcador de exclusão social comum às periferias urbanas das grandes cidades brasileiras é ter o 1º grau incompleto como escolaridade predominante, destaca-se que quase metade das mães e chefes de família possuem ensino médio completo o que indica a ausência de tal marcador na presente amostra.

Os domicílios incluídos no estudo possuem serviço de abastecimento de água e coleta de lixo acima dos percentuais apresentados no Censo Demográfico de 2000 (BRASIL- IBGE), o que pode indicar melhorias na infraestrutura do município no intervalo de tempo entre a realização dos dois estudos.

Quanto à renda per capita domiciliar, quase um quarto da amostra esta abaixo da linha de pobreza definida para o estado de Minas Gerais, estimada para 2009 como sendo até R\$157,50 (BRASIL- IBGE- IPEA, 2003) de renda domiciliar per capita. Destaca-se que este valor é o mais atual na literatura, porém não é o valor de referência para o ano de realização da pesquisa (2010) o que pode estar subestimando o percentual de pobres na amostra. Este dado é relevante, pois estudos indicam que as necessidades de saúde apresentam gradiente social que tende a ser desfavorável aos indivíduos em posições sociais menos favorecidas (BRASIL- IBGE, 2005; SZWARCOWALD, MENDONÇA & ANDRADE, 2006; BARATA, 2009). Entretanto, tal informação deve ser analisada com parcimônia em função das características inerentes de baixa precisão da variável renda.

O IBGE, no Censo Demográfico de 2000, encontrou média de 3,9 pessoas por domicílio privados para Juiz de Fora. E para o país, os dados do IBGE de 1999 para 2009, indicam que o número médio de pessoas na família caiu de 3,4 para 3,1. Mas entre as famílias mais pobres (renda mensal *per capita* de até ½ salário mínimo), o número médio de pessoas por família chega a 4,2 (BRASIL- IBGE, 2010). A média encontrada no presente estudo foi superior a média de referência e não segue a tendência brasileira (diminuição do tamanho das famílias). O maior valor encontrado pode estar relacionado às condições socioeconômicas, que por sua vez, estão intrinsecamente ligadas às escolhas dos indivíduos sobre co-habitação e formação de famílias, afetando, assim, os casamentos, as separações, as saídas mais ou menos precoces dos filhos da casa dos pais e, finalmente, a co-habitação de filhos adultos e netos com os mais idosos (WAJNMAN, TURRA, & AGOSTINHO, 2006).

Os resultados da análise descritiva da utilização dos serviços de saúde apontaram para o predomínio da população usuária do SUS, independente do grupos avaliados (pré-natal, parto e puericultura. Estes achados têm valor semelhante ao encontrado para a região sudeste no ano de 2006, segundo Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (LAGO & LIMA, 2009).

Entre os indicadores de qualidade da assistência pré-natal, o Ministério da Saúde (MS, 2000) inclui a taxa de cobertura do programa, realização de seis ou mais consultas de pré-natal, início no primeiro trimestre de gestação e realização de exames laboratoriais.

Foi identificada alta cobertura pré-natal, obtendo percentual semelhante aos dados do SINASC para Juiz de Fora (2008) e estudo de COUTINHO *et al.* (2003; 2010) para o município. No entanto tomando como referência a literatura nacional, tal percentual de cobertura mostra-se superior (HALPERN, VICTORA & BARROS, 1998; SILVEIRA, SANTOS & COSTA, 2001; TREVISAN *et al.*, 2002; GOMES *et al.*, 2009; COSTA *et al.*, 2010). No presente estudo, essa alta cobertura foi acompanhada por

maior procura aos cuidados pré-natais ainda no primeiro trimestre superior à outros estudos (COUTINHO *et al.* 2010; COSTA *et al.*, 2010) e retrata uma melhoria nos dados municipais quando comparado com os resultados obtidos por COUTINHO *et al.* (2003), onde grande parcela das mulheres iniciaram o acompanhamento no segundo trimestre. Tais diferenças podem ser explicadas por características da população representada pela amostra estudada, pois o estudo de COUTINHO *et al.* (2003; 2010) é exclusivamente de usuárias do SUS, o que indica a necessidade de maiores investigações a respeito da existência de piores indicadores na população dependente do SUS. A cobertura encontrada no presente estudo é semelhante ao constatado para a região Sudeste (LAGO & LIMA, 2009) e por outros estudos (NEUMANN *et al.* 2003; ROCHA, 2006). Tais melhorias podem ter relação com os 10 anos de cadastramento do município no Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) e à maior escolaridade das mães. Mas, SERRUYA *et al.* (2004) demonstraram em avaliação preliminar, em todo o país, que apenas uma minoria das grávidas cadastradas cumpriram integralmente os critérios preestabelecidos pelo PHPN, tendo predominado uma assistência incompleta e desarticulada.

Tendo como referência o mínimo de 6 consultas de pré-natal, a cobertura foi alta, sendo semelhante aos da literatura nacional (NEUMANN *et al.* 2003; ROCHA, 2006; SZWARCOWALD, MENDONÇA & ANDRADE, 2006; COUTINHO, 2006; LAGO & LIMA, 2009; COUTINHO *et al.*2010). Porém inferiores aos achados da coorte de nascimento em Pelotas (CESAR, *et al.*2008). Entretanto, se compararmos com o estudo de PICCINI, *et al.* (2007), que através de amplo inquérito avaliando o pré-natal e a puericultura nas UBS's das regiões Sul e Nordeste do país, encontraram baixos percentuais (na realização de 6 ou mais consultas as UBS's não ultrapassaram 25% de gestantes) no pré-natal em relação ao presente estudo. O que sugere maiores investigações a cerca da adequação do pré-natal por tipo de instalação que dispõe o serviço de saúde.

Como preconizado pela OMS e pelo PHPN, qualquer número abaixo de seis é considerado como atendimento deficitário (MS, 1988, 2000, 2005; FEBRASGO, 2000). Apesar das melhorias destacadas anteriormente, parcela considerável das gestantes no presente estudo não compareceram ao número mínimo de consultas (20%), dado corroborado com COUTINHO (2006), no qual 25% das gestantes pesquisadas tiveram tal assistência deficiente. Estudos adicionais devem ser realizados para verificar associação entre a variação de tais percentuais e a vinculação ao uso da UBS, além de outros fatores não vinculados ao serviço como, por exemplo, o menor tempo de acompanhamento da gestação por esta não ter sido à termo e a variação no tempo de aceitação até a busca de assistência.

O serviço de saúde mais procurado para a realização do pré-natal foi um serviço de atenção secundária (centro de especialidades) indicando uma fragmentação da rede, onde a própria forma de organização da assistência à mulher facilita/incentiva a entrada no sistema pela atenção secundária ao invés de priorizar a atenção primária. Cabe destacar que a maioria da população reside em área de abrangência da ESF, fato que agrava o dado descrito anteriormente, pois apenas um quarto desta utilizou as UBS's, portanto, isto sugere deficiências na lógica de organização da rede de atenção ao pré-natal e conseqüentemente na captação das gestantes pela UBS. Além disso, COUTINHO *et al.* (2010), identificaram que o atendimento das equipes do SUS/PSF foi o único que na avaliação individualizada dos serviços/equipes municipais diminuiu a adequação final em relação aos critérios do PHPN no município de Juiz de Fora. Este decréscimo na qualidade pode ser uma das razões para a população buscar outros serviços. Tal fato evidencia a necessidade de novas pesquisas que possam confirmar essa tendência e apontar as possíveis causas e as correções a serem adotadas.

ROCHA (2006) aponta que nas consultas de pré-natal do setor público no município de Botucatu, apenas 32% das mães o fizeram no serviço de referência. Nas unidades básicas de saúde somente 3% das mães utilizaram o serviço preconizado. PICCINI, *et al.* (2007) também encontraram baixo percentual de utilização da UBS de referência no pré-natal (um terço entre as mulheres no Sul e aproximadamente 40% no Nordeste) e não houve diferenças significativas entre modelos de atenção (tradicional e ESF). Entretanto, COSTA, *et al.* (2010) encontraram um maior percentual de cobertura de pré-natal nas UBS's do Maranhão. CESAR, *et al.* (2008) apontam que a expansão na rede da atenção primária em Pelotas permitiu o aumento no número de gestantes com acesso ao pré natal, parto (assistido por médico) e acompanhamento à criança especialmente entre os pobres, tornando a cobertura virtualmente universal. GOMES *et al.* (2010), verificaram o impacto positivo da implantação do PSF sobre o número de consultas e a qualidade do pré-natal em município mineiro, contribuindo para a melhoria do acesso das gestantes ao atendimento pré-natal.

FERNANDES, BERTOLDI & BARROS (2009) em estudo sobre utilização dos serviços de saúde, encontraram que metade das pessoas que usaram os serviços optaram por não procurar a unidade do bairro. A percepção das pessoas que não utilizam a atenção primária é apontada por OLIVEIRA, MATTOS & SOUZA (2009), como: os usuários se referem à organização dos serviços básicos de saúde com o significado de barreiras ao acesso e demonstram ter em relação às UBS uma imagem de grande limitação de recursos humanos e materiais. Dado divergente ao encontrado por SANTOS *et al.* (2000), em estudo realizado em Pelotas-RS, onde 50% das mães entrevistadas realizaram o pré-natal em UBS sendo a proximidade o principal critério

atribuído para a escolha do local (47,8%). Outros estudos deveriam ser realizados para melhor compreender as razões de utilização majoritária de serviços fora da área de abrangência, alguns autores sugerem que as mães preferem receber cuidados especializados para si e para seus filhos (RONZANI & SILVA, 2008; OLIVEIRA, MATTOS & SOUZA, 2009).

No pré-natal e parto, o predomínio do serviço público como principal fonte de pagamento pode ser corroborado em diversos estudos de base populacional com a mesma população alvo (NEUMANN *et al.* 2003; ROCHA, 2006; CARVALHO *et al.* 2008; LAGO & LIMA, 2009; COSTA, *et al.* 2010). O percentual da amostra que utilizou plano de saúde é semelhante ao encontrado em outros estudos (BRASIL- IBGE, 2003; COSTA, *et al.* 2010), mas existe um incremento no percentual de utilização do serviço público no grupo do parto em comparação ao pré-natal, em função dos custos adicionais, que são de maior monta, utilizando o SUS no momento do nascimento (NEUMANN *et al.* 2003; COUTINHO, 2006). Em ambos os serviços (pré-natal e parto) houve o predomínio do “não pagamento”. Se considerarmos apenas as mães que declararam usarem o SUS e compararmos ao percentual de não pagamento verificamos uma diferença em torno de 16% indicando o não reconhecimento ou valorização dos usuários dos custos provenientes dos planos de saúde. SILVEIRA, OSÓRIO & PIOLAS (2002) analisando os dados da PNAD e da POF, apontam que o maior peso com os gastos de saúde estão relacionados aos medicamentos e as mensalidades de planos, seguros de saúde.

Os exames laboratoriais básicos segundo orientações do PHPN (2000), são: 2 exames de sangue e urina e 1 teste de HIV. Ao compararmos os exames realizados pelas gestantes com a referência acima, nota-se que no geral, existe uma boa adequação ao número mínimo; entretanto cerca de 10% das gestantes não tiveram algum dos exames básicos realizados (sangue, urina e HIV: 9,2%; 8,3% e 8,1%, respectivamente). Como optamos por não especificar o nome dos exames (tipagem ABO-Rh; Hb/Ht; VDRL; glicemia, etc.) visando uma abordagem e compreensão facilitada para as mães entrevistadas existe uma dificuldade comparativa com os estudos da literatura. Destaca-se que tais valores são inferiores aos apresentados em áreas pobres do Norte e Nordeste (CHRESTANI, *et al.* 2008) e na pesquisa por auditoria no presente município (COUTINHO, *et al.* 2003), principalmente no teste anti-HIV. A PNDS (MS, 2009) aponta para a região Sudeste percentuais mais elevados de exame de sangue e urina (94,1 e 90,5 respectivamente).

Com relação à avaliação ginecológica os valores encontrados são semelhantes ao do estudo de base populacional no Sul do país (NEUMANN, *et al.* 2003; GONÇALVES; CESAR & MENDOZA-SASSI, 2009). Tais achados foram superiores ao encontrado por amplo inquérito com as mães de áreas pobres das regiões Norte e

Nordeste do Brasil, no qual além de ter menores percentuais ainda indicam tendência à redução da realização do exame nas consultas de pré-natal (CHRESTANI, *et al.* 2008). Existe nos estudos citados um menor percentual de realização do exame ginecológico na população com menor renda; este dado deve ser melhor investigado no município de Juiz de Fora. Destaca-se que a pior cobertura entre as mulheres com menor renda torna-se mais preocupante por ser o ciclo gravídico-puerperal o momento ideal – e, às vezes, único – para implementar ou consolidar orientações e práticas preventivas para a saúde feminina. (NEUMANN, *et al.* 2003; COUTINHO, *et al.* 2003; COSTA, *et al.* 2010).

Apesar de mais da metade da população representada pela amostra informar sobre a realização do exame ginecológico, existe ainda um elevado percentual de mulheres sem relato desta avaliação, o que se torna ainda mais evidente quando comparado ao pequeno número de mulheres que não fizeram ultra-sonografia. Diversos estudos sugerem a existência de tendência ao aumento expressivo da realização de ultra-sonografia (COUTINHO, *et al.* 2003; PUCCINI, *et al.* 2003; CHRESTANI *et al.*, 2008; COUTINHO, *et al.* 2010) como demonstrado no estudo de coorte na cidade de Pelotas, onde praticamente todas as mães de 2004 realizaram o exame (VICTORA, *et al.* 2004).

A média de ultra-sonografias realizadas nesse estudo foi três vezes maior do que a obtida no estudo de COUTINHO *et al.* (2003). Entretanto, o percentual de mulheres que realizaram três ou mais exames foi inferior aos encontrados por SZWARCOWALD, MENDONÇA & ANDRADE (2006) avaliando a atenção básica em 4 municípios do estado do Rio de Janeiro. Tais resultados sugerem que existem quantidades extremas de exames realizados, o que aumenta o valor da média, mas não há uma distribuição uniforme das quantidades sugerindo a não realização mediante indicação de protocolo único. Outros estudos demonstram que a ultra-sonografia tem sido realizada mais freqüentemente do que outros exames mais simples e com maior impacto na saúde da criança (SANTOS *et al.*, 2000; TREVISAN *et al.*, 2002; COUTINHO *et al.*, 2003; CHRESTANI *et al.*, 2008). A predileção por este tipo de exame, apesar da sua pouca utilidade na maioria das situações, é algo que precisa ser mais bem estudado, tanto do ponto de vista do médico quanto das usuárias (CHRESTANI *et al.*, 2008).

Relacionando a discussão acima a respeito dos exames de rotina do pré-natal com o segundo nível de avaliação desta pesquisa (o acesso aos serviços), percebe-se uma convergência dos resultados. Pois o fator mais explicativo do pré-natal está relacionado com a dimensão disponibilidade que contém as variáveis: exames, número de consultas e início do pré-natal. COSTA, *et al.* (2010) defendem que a captação precoce das grávidas no pré-natal é um fator de extrema importância para a

saúde das mulheres e de recém-nascidos, pois possibilita a identificação antecipada da gestação de risco, bem como as intervenções necessárias, pois o início tardio e a realização de menor número de consultas podem comprometer um dos principais trabalhos desenvolvidos durante o pré-natal que é a promoção da saúde. Esta dimensão segundo MCINTYRE, THIEDE & BRICH (2009) refere-se a relação entre o tipo, a abrangência, a quantidade e qualidade de serviços de saúde fornecidos. Ou seja, no grupo do pré-natal, tais variáveis influenciaram o acesso com “maior” peso da dimensão disponibilidade. SERRUYA, *et al.*(2004) apontam que apesar das melhorias nos indicadores do pré-natal descritos na literatura, ao se fazer uma leitura vertical dos indicadores, agregando os critérios assistenciais, os percentuais diminuem, indicando que é a realização do conjunto das atividades o maior desafio na atenção pré-natal. COSTA, *et al.* (2010) apontam que apesar da elevada cobertura menos da metade da assistência pré natal é considerada adequada, existindo um descompasso entre assistência e qualidade. Ou seja, o conjunto de atividades preconizadas assim como o encontrado neste estudo diferencia o acesso que as pessoas têm aos serviços. Os achados apresentados no mapa temático (Ilustração 2) demonstram de maneira geral, a complexidade da interação população/serviços, pois áreas semelhantes do ponto de vista socioeconômico e demográfico e da oferta de serviços obtiveram classificações diferentes do acesso, sugerindo que outros fatores são influenciadores.

O acesso diferenciado entre as pessoas aos serviços de saúde foi investigado através da análise de regressão múltipla exploratória no grupo do pré-natal nas dimensões Disponibilidade e Aceitabilidade. Com relação à disponibilidade, os resultados reforçam os achados da literatura sobre a relação positiva entre a escolaridade materna (GAMA, *et al.* 2004; SAY & RAINE, 2007; BARATA, 2009; LAGO & LIMA, 2009; MELO & MATHIAS, 2010), viver com companheiro e pertencer a grupo social mais alto e o pré-natal (GAMA, *et al.* 2004; LEAL, GAMA & CUNHA, 2005; ALMEIDA & BARROS, 2005; LAGO & LIMA, 2009). Tais características, como apontado na literatura, relacionam-se o início precoce, o número de consultas e no geral a qualidade do pré-natal. Outra característica encontrada é a relação inversa entre o número de gestações (MELO & MATHIAS, 2010) e a distância da residência ao serviço com os cuidados preventivos. Uma característica inesperada foi a chefia da família feminina ter melhores condições, no caso maior acesso, o que não é corroborado pela literatura (ASSIS, *et al.* 2007). Entretanto, BARATA (2009) defende que a utilização de serviços preventivos tem diferenciais mais acentuados segundo a escolaridade e ocupação. Conforme visto anteriormente, as mulheres apresentaram percentual de alta escolaridade superior ao dos homens; por isso acreditamos que este fato possa ter relações com a chefia da família ou então porque as mulheres que

possuem a responsabilidade da família têm maior comprometimento com a gestação e realização do pré-natal, porém maiores investigações devem ser feitas.

Com relação a dimensão Aceitabilidade, os resultados da análise de regressão corroboram a influência dos fatores socioeconômicos e demográficos na percepção das mães sobre o pré-natal. A literatura referenda distância ao serviço de saúde (quanto maior a distância, maior o escore acesso), escolaridade materna (ter no mínimo 2º grau completo) (SAY & RAINE, 2007; BARATA, 2009), número de moradores, chefia da família masculina e trabalhando aumentam a Aceitabilidade e por consequência de suas variáveis melhoram a opinião sobre tempo de espera e atendimento recebido.

Destaca-se que as variáveis: maiores distâncias entre residência e serviço, escolaridade materna alta, chefe da família ter trabalho e sexo do chefe da família são indicadores da posição social, esta característica amplamente corroborada na literatura (LEAL *et al.*, 2004; ALMEIDA & BARROS, 2005; LAGO & LIMA, 2009; BARATA, 2009), o que podem indicar diferenciação na rede assistencial utilizada e diferentes opiniões a cerca do tempo de espera e atendimento recebido.

As características ressaltadas acima analisadas em conjunto mostram que se as melhores condições socioeconômicas e demográficas melhoram o escore do acesso o contrário também é verdadeiro e podem estar reforçando as disparidades no município. Diversos estudos (COSTA, *et al.* 1996; SILVEIRA, SANTOS & COSTA, 2001; NEUMANN, *et al.* 2003; MELO & MATHIAS, 2010) recorrem a Lei dos Cuidados Inversos descrita por Hart (1971) para compreenderem os resultados encontrados, no qual reforçam a idéia de que populações marginalizadas são as que menos recebem atendimento dos serviços de saúde. Assim, estes serviços ao “invés de corrigir, acentuam os diferenciais, através de uma discriminação contra as mães e crianças mais pobres”.

BARATA (2009) defende que as desigualdades sociais em saúde são manifestações de determinantes sociais do processo saúde-doença. Os desfechos de saúde não são específicos a nenhuma causa em particular, mas o resultado de processos sociais nos quais interferem inúmeras mediações. Portanto, o enfrentamento das desigualdades sociais em saúde depende de políticas públicas capazes de modificar os determinantes sociais, melhorar a distribuição dos benefícios ou minorar os efeitos da distribuição desigual de poder e propriedade nas sociedades modernas.

Seguindo a tendência de outros municípios, Juiz de Fora apresenta elevadas taxas de parto do tipo cesáreo, sendo que no ano de 2008 atingiu o maior percentual médio da última década (58,6%) segundo o SINASC. Este valor é superior ao obtido para a região Sudeste no ano de 2006 (51,7%) segundo dados LAGO & LIMA (2009).

Os resultados do presente estudo confirmam os números acima, emprego excessivo desta técnica e ressaltam as diferenças encontradas entre tipo de parto e fonte pagadora. Diversos estudos apontam para tais diferenças (YAZLLE, *et al.* 2001; PUCCINI, *et al.*, 2003; MONTEIRO *et al.* 2000; LEAL, *et al.* 2004; FREITAS, *et al.* 2005; ROCHA, 2006; SZWARCOWALD, MENDONÇA & ANDRADE, 2006; OLIVEIRA, *et al.* 2008; CESAR, *et al.* 2008; LAGO & LIMA, 2009; MANDARINO, *et al.* 2009; MELO & MATHIAS, 2010).

Mas, cabe destacar, que quase a totalidade dos partos, realizados nos planos de saúde e particular foram do tipo cesáreo. FREITAS, *et al.* (2005) sugerem que, em grupos nos quais são esperadas melhores condições de saúde materna e menor risco obstétrico, o abuso desta tecnologia médica no atendimento ao parto gera equidade inversa. YAZLLE, *et al.* (2001), acreditam que a elevação dessas taxas pode ser explicada por fatores extratécnicos, pois a cesárea responderia ao desejo da paciente e/ou da família de um parto com resolução “segura” e sem sofrimento, como é culturalmente difundido no Brasil. Nesse caso a resolução ao parto, equivale a um recurso técnico a ser incorporado por quem o deseja e tem poder de custeá-lo, transformando-se em objeto de consumo acessível segundo o padrão de renda, o que explica ser mais incidente nos grupos de maior renda, embora de menor risco obstétrico.

Com relação aos achados da análise fatorial, o primeiro fator explicativo do parto está relacionado à dimensão Acessibilidade Financeira e refere-se à adequação entre os custos dos serviços e a habilidade individual de pagar (MCINTYRE, THIEDE & BRICH, 2009). As variáveis contidas nesse fator retomam as discussões realizadas no parágrafo anterior a respeito das diferenças de renda influenciando o tipo de rede assistencial a ser utilizada no parto e o tipo de serviço a ser prestado. Os achados apresentados na Ilustração 3 sugerem áreas com piores características socioeconômicas e demográficas e a persistência de desvantagem no acesso nos dois grupos (setores em desvantagem tanto no pré-natal quanto no parto). O que nos leva a questionar as razões para que nem sempre o acesso a um pré-natal com escore em vantagem garanta o mesmo escore de vantagem no acesso parto. Tal fato sugere uma análise a cerca da organização da rede de assistência materno-infantil de modo a compreender o resultado quantitativo da relação pré-natal/parto.

A literatura sugere relação entre a qualidade do pré-natal e o desfecho do parto (SILVEIRA & SANTOS, 2004). LAGO & LIMA (2009) afirmam que o cuidado ao longo da gestação, do parto e do puerpério tem papel fundamental na redução da morbimortalidade materna e neonatal. É certo que o contexto social e econômico é determinante para a superação destes riscos, mas a assistência à reprodução tem grande importância para assegurar a saúde e a vida das mulheres no momento da

reprodução, bem como para garantir que as condições que cercam os nascimentos não venham a limitar as novas vidas que aí se iniciam. Entretanto, estudos adicionais devem ser realizados para verificar o contexto dessas áreas.

A opinião a respeito do tempo de espera nas consultas e sobre o atendimento recebido no pré-natal apresentam o predomínio de satisfação dos usuários ("Bom/Ótimo). Destaca-se que parece existir uma relação entre a avaliação satisfatória sobre o tempo de espera com a opinião satisfatória sobre a assistência recebida na consulta. Logo, o tempo de espera seria um dos itens avaliados pelos usuários para julgar a assistência recebida como um todo. O predomínio de avaliações positivas sobre o conjunto do atendimento no parto foi encontrado em outros trabalhos (BOARETTO, 2003; DOMINGUES, SANTOS & LEAL, 2004) e as justificativas levantadas para as opiniões estão relacionadas ao parto rápido, bom tratamento da equipe, pouco sofrimento e o bom estado da mãe e do bebê foram os aspectos mais importantes. Esses autores acreditam que os pacientes, de modo geral, têm dificuldades em criticar o serviço de saúde e os profissionais que o atenderam, principalmente em situações de risco. Dados da PNAD (BRASIL- IBGE, 2005) apontam alto percentual de satisfação dos usuários com os serviços recebidos (não apenas pré-natal e parto), tendo 86% das pessoas considerado o cuidado recebido como muito bom ou bom, tal como em 1998.

Outra análise que pode ser feita a partir das opiniões com o serviço recebido é a respeito da fonte de financiamento. Pois tanto o pré-natal quanto o parto tiveram predominância de utilização do SUS (65,3% e 76,6%, respectivamente). Logo, grande parcela dessas avaliações dizem respeito ao SUS o que sugere haver um bom percentual de avaliações positivas. RIBEIRO, SIQUEIRA & PINTO (2010) obtiveram cerca de 80% de resultados "muito bom" para a qualidade do serviço do ESF de Teresópolis, com os responsáveis de crianças (até 5 anos) que utilizavam a unidade de saúde da família. Mas este dado não é corroborado pelo estudo de GOLDMAN & BARROS (2003), que apontam para um elevado grau de insatisfação, comprometido pelo tipo de atendimento prestado e dificuldades no acesso nas maternidades públicas no município de São Paulo. Comparando esses resultados, percebe-se que parte da avaliação positiva em relação ao serviço consta da obtenção (recebimento) em si da assistência procurada. Maiores aprofundamentos nesta questão ultrapassam os limites esperados nesse estudo.

O segundo fator explicativo obtido pela análise fatorial tanto no grupo do pré-natal quanto no parto apontou as variáveis relacionadas à opinião sobre o tempo de espera e sobre o atendimento recebido. Ou seja, tanto no pré-natal quanto no parto o acesso aos serviços é influenciado pela dimensão Aceitabilidade. MCINTYRE, THIEDE & BRICH (2009) definem a Aceitabilidade como a adequação entre as

expectativas dos pacientes a respeito dos serviços de saúde oferecidos. É o modo no qual os serviços de saúde são prestados e a percepção dos usuários, considerando a acomodação de crenças e sensibilidades dos pacientes e se como isto pode ou não impedi-los de usar os serviços. Esta dimensão, representada pelas variáveis citadas acima, podem influenciar o acesso tanto no momento da escolha por uma instalação de saúde (exemplo: os serviços especializados foram preteridos às UBSs no pré-natal), na escolha por um procedimento (exemplo: crenças prévias da gestante sobre dor, facilidade e benefícios de cada tipo de parto), quanto num exemplo mais extremo podem estar relacionadas a não realização de um procedimento (exemplo: as mulheres que não realizaram o pré-natal por medo e por outros compromissos podem acreditar na ineficácia do pré-natal).

Com relação às consultas preventivas (pré-natal e puericultura), enquanto apenas 0,5% das gestantes não fizeram pré-natal, quase 9,7% das crianças não fazem acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, valor semelhante ao encontrado por PICCINI *et al.* (2007) em comunidades do Sul e Nordeste do país, para o primeiro ano de vida das crianças. Destaca-se que as razões mais prevalentes para a não realização da Puericultura, neste trabalho, podem ser agrupadas na perspectiva da oferta do serviço (não havia pediatra/mau atendimento; não consegue consulta ou não teve tempo) e na perspectiva do uso do serviço pelo usuário (criança menor de um mês; a mãe não acha necessário).

Na perspectiva da oferta do serviço a PNAD de 2003 (BRASIL- IBGE 2005) indica que os principais motivos para o não atendimento das demandas, em geral, numa primeira busca foram indisponibilidade de senha ou vaga (48,9%) e a falta de médico para o atendimento (25,5%). RONZANI & SILVA (2008), em estudo com a população usuária da ESF apontam dentre as principais deficiências relacionadas ao Programa está a falta de médicos especialistas na unidade (75,4%). OLIVEIRA, MATTOS & SOUZA (2009) verificaram a partir da visão do usuário, sobre a UBS, que além da falta de médico especialista, outros pontos são apontados como barreiras ao acesso, incluindo restrição quanto ao horário de funcionamento, restrição quanto ao número de vagas para consulta, sistema de agendamento de consultas inadequado à realidade do usuário, demora para obtenção do atendimento, desorganização do sistema “referência – contra-referência” e as filas de madrugada. Além disso, a alta rotatividade dos profissionais da equipe e o número reduzido de profissionais na equipe são assunto recorrente em diversos municípios e estudos.

Considerando os fatores na perspectiva do uso do serviço pelo usuário destaca-se a falta de percepção desta população sobre a necessidade do atendimento preventivo. Chama atenção a justificativa das mães para o não acompanhamento ser

a idade dos lactentes inferior a 1 mês de idade. Pois conforme recomendação do MS (2005) a primeira procura de serviços de saúde para os cuidados à criança deve acontecer ainda na 1ª semana de vida, quando ocorrem problemas relacionados à amamentação, coto umbilical, entre outros cuidados. Destaca-se que a utilização dos serviços preventivos para as crianças tem menor prevalência do que os serviços preventivos para as gestantes no SUS. Estes fatos corroboram a existência de fragmentação da rede assistencial, pois para àquelas mães que não procuraram o serviço deveria haver visita domiciliar feita pela UBS; ou seja, indica a possível dificuldade da atenção primária em restabelecer e captar essa população depois do parto e após o pré-natal feito na atenção secundária.

ROCHA (2006) encontra dados semelhantes sobre a não procura das mães pelos serviços de saúde em função da crença da não necessidade. Este fato pode estar relacionado à menor difusão dos benefícios do acompanhamento da criança junto às mães quando comparado à importância estabelecida do acompanhamento pré-natal. E também, a nosso ver, pela cultura curativa que privilegia a busca dos serviços de saúde apenas nos eventos de morbidade em detrimento da prevenção (FERNANDES, BERTOLDI & BARROS, 2009). Outros autores como, RIBEIRO, SIQUEIRA & PINTO (2010) apontam que grande parcela da população não utiliza os serviços do posto de saúde por rotina, mas em função de condições agudas e BARATA (2009), ressalta que as desigualdades sociais em saúde podem se manifestar tanto em relação ao estado de saúde quanto em relação ao acesso e uso dos serviços preventivos ou assistenciais.

O primeiro fator resultante da análise fatorial, influenciador do acesso aos serviços de puericultura foi caracterizado pelas vacinas recebidas. É caracterizado pela dimensão Disponibilidade do acesso que relaciona o serviço adequado no momento da necessidade (MCINTYRE, THIEDE & BRICH, 2009). Destaca-se a partir da representação da Ilustração 4 que os melhores escores de Disponibilidade de puericultura (no caso em específico a imunização infantil) ocorreram nos setores sob abrangência da ESF. Resultados semelhantes foram encontrados por PICCINI, *et al.* (2007) ao compararem a atenção primária (tradicional com ESF), onde a puericultura foi mais ofertada nas UBS da ESF. Mas a variabilidade dos escores dentro dos setores censitários sob a mesma área de cobertura de uma unidade da atenção primária sugere a possível influência de outros fatores como cartões desatualizados, fragilidade de processos de captação, baixa cobertura vacinal em áreas de difícil acesso (geográfico). Isto pode indicar novamente a necessidade de estudos específicos para análise das diferenças entre as áreas.

DEL CIAMPO *et al.* (2006), enfatizam a relação entre a puericultura e a atenção primária pois associam os objetivos básicos de promoção da saúde infantil, prevenção de doenças, educação da criança e de seus familiares, por meio de orientações antecipatórias aos riscos de agravos à saúde, com o espaço propício da atenção primária para a compreensão da criança em seu ambiente familiar e social, além de suas relações e interação com o contexto socioeconômico, histórico, político e cultural em que está inserida.

As orientações recebidas pelos pais podem ser um bom indicador da qualidade do atendimento prestado nas consultas de puericultura. Destaca-se que as orientações mais prevalentes de acordo com os resultados obtidos foram aquelas mais consolidadas no senso comum (uso de sulfato ferroso; hábitos de higiene; alimentação e vacinação). Entretanto, a maioria das mães relatou não ter orientações de como evitar acidentes, qual é o melhor posicionamento para a criança dormir e as etapas do desenvolvimento. O elevado percentual de não-orientações pode ter sido influenciado pelo viés de memória, sendo lembradas apenas as orientações que tiveram maior representação para as mães. Porém com relação a este tópico as seguintes reflexões sobre a prática da puericultura devem ser destacadas: as consultas têm atendido as expectativas dos pais sobre o desenvolvimento da criança ou resume-se a um atendimento de “pensar e medir”?

A área de atenção à criança, a nosso ver, sofre atualmente com problemas agudos de subvalorização do processo de avaliação global da criança. O enfoque maior é dado ao calendário de vacinação e ao crescimento pômdero-estatural (CESAR, *et al* (2006), mas até mesmo nesses aspectos encontramos deficiências (CESAR, *et al* (2009). O que pode ser comprovado no estudo de PICCINI *et al.* (2007) onde apenas 52% da amostra de crianças havia sido pesada e medida na UBS de sua área de abrangência ou pelo estudo de CARVALHO, CESAR & CARANDINA (2008), no qual o acompanhamento do crescimento das crianças menores de 1 ano no Estado de Pernambuco, apresentou desde problemas estruturais (falta de balança para pesagem em 16% das unidades pesquisadas) até problemas técnicos (não compreensão do risco nutricional).

Outro ponto, é que apesar das evidências da literatura estas não são incorporadas à rotina dos serviços. Segundo dados do PNDS (MS, 2009) 37,8% das crianças brasileiras menores de cinco anos, sofreram algum tipo de acidente, 9,7% foram levadas pelas mães a algum serviço de saúde e uma em cada 100 foi internada por causa do acidente. Apesar da relevância do dado, metade das mães deste estudo, relataram não ter informações a respeito das formas de prevenção de acidentes. BLANK (2003) defende que o pediatra deve orientar sobre as técnicas de prevenção de cada tipo específico de injúria e acredita que a maioria dos pais espera receber do

pediatra aconselhamento sobre questões de desenvolvimento, disciplina, segurança e outros assuntos próprios de cada idade.

Com relação a análise do acesso aos serviços de Puericultura, o segundo fator obtido foi caracterizado na dimensão Aceitabilidade que novamente retoma a questão da adequação entre os serviços prestados e as expectativas dos usuários. Neste grupo ganhou destaque as orientações realizadas e a percepção das mesmas pelos pais. Ou seja, tais orientações são marcadores de diferenciação do atendimento prestado e do acesso ao serviço.

VIII- CONSIDERAÇÕES FINAIS

A compreensão de que acesso e utilização dos serviços são conceitos distintos apesar da intrínseca relação existente entre si possibilitou verificar diferenças entre eles e as associações com as condições de vida e saúde da população. Na perspectiva do Acesso, as dimensões que mais o influenciaram nos 3 grupos de utilização dos serviços de saúde materno-infantis considerados no estudo foram: Disponibilidade (Pré-natal); Acessibilidade Financeira (Parto) e Disponibilidade (Puericultura). Apesar da ampla utilização dos serviços de saúde o acesso na dimensão Disponibilidade no Pré-natal mostrou-se correlacionado ($p < 0,05$) com as seguintes condições de vida: escolaridade materna, número de gestações, distância ao serviço de saúde, pertencer a grupo social mais alto, viver com companheiro, idade do chefe da família e chefia da família feminina. Já na dimensão Aceitabilidade no Pré-natal destacaram-se: chefe da família ter trabalho atual, distância ao serviço de saúde, escolaridade materna, sexo do chefe de família e número de moradores.

Os percentuais de utilização dos serviços de saúde foram elevados ocorreram nos três grupos de utilização dos serviços de saúde materno-infantis considerados no estudo, sendo eles: 99,5% no pré-natal, 100% parto hospitalar e 90,3% na puericultura. Tais percentuais elevados comprovam a importância da existência de uma política pública de acesso universal, pois há o predomínio da rede assistencial SUS (65,3% no pré-natal, 76,6% no parto e 58,4% na puericultura).

Comparando-se os mapas das dimensões do acesso aos serviços percebe-se áreas com permanência da desvantagem na classificação, o que pode indicar áreas menos favorecidas socioeconomicamente e até mesmo bolsões de exclusão, nas quais os serviços não tem conseguido minimizar tais desvantagens. Em contrapartida, existem setores onde os três grupos (pré-natal, parto e puericultura) foram classificados como “Bom”, onde pode-se destacar a existência de cobertura da atenção primária. Os resultados ressaltados através dos mapas demonstram as diferenças no acesso aos serviços por dimensão e grupo de utilização dos serviços de saúde materno-infantis considerados no estudo.

Como limitação do estudo destaca-se a não adequação do questionário frente à baixa percepção da população sobre gastos com os serviços de saúde o que acarretou menor frequência de informações coletadas, o que pode estar subestimando os resultados na dimensão Acessibilidade Financeira. As informações sobre o pré-natal (exames) podem ter sido influenciadas pelo viés de recordatório.

A metodologia proposta de avaliação do acesso parece adequada para discriminar e decompor o complexo conceito do Acesso. Estudos adicionais devem ser realizados para verificar as diferenças entre grupos de mulheres com diferentes escores de acesso e identificar as características daquelas com as piores classificações. Além disso, espera-se que tais resultados contribuam para a formulação de políticas públicas mais efetivas na implementação da equidade no acesso.

IX- REFERÊNCIAS

ABEP Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas. Critério de classificação econômica Brasil. São Paulo: 2003. Disponível em: http://www.abep.org/codigosguias/ABEP_CCEB.pdf. [2010 dez]

ADAY, L.A.; ANDERSEN, R. A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res*; 9:208-20, 1974. In: TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, 20 (Sup 2): 190-198, 2004

ALMEIDA, S.D. M.; BARROS, M.B.A. Equidade e atenção à saúde da gestante em Campinas (SP), Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, 17(1): 15–25, 2005

ASSIS, A.M.O; BARRETO, M.L.; SANTOS, N.S; OLIVEIRA, L.P.M.; SANTOS, S.M.C; PINHEIRO, S.M.C. Desigualdade, pobreza e condições de saúde e nutrição na infância no Nordeste brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, 23(10):2337-2350, 2007

BAHIA, L. O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: universalização mitigada e estratificação subsidiada. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(3): 753-762, 2009

BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009

BARATA, R. B.; ALMEIDA, M.F.; MONTERO, C. V.; SILVA, Z.P. Health inequalities based on ethnicity in individuals aged 15 to 64, Brazil, 1998. **Cad. Saúde Pública**, 23(2): 305-313, 2007

BARROS, F.C.; VICTORA, C.G.; BARROS, A.J.; SANTOS, I.S.; ALBERNAZ, E.; MATIJASEVICH, A.; et al. The challenge of reducing neonatal mortality in middle-income countries: findings from three Brazilian birth cohorts in 1982, 1993 and 2004. **Lancet**, 365:847- 854, 2005

BOARETTO, M.C. **Avaliação da Política de Humanização ao Parto e Nascimento no Município do Rio de Janeiro**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)- Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003

BOING, A. F.; BOING, A. C. Mortalidade infantil por causas evitáveis no Brasil: um estudo ecológico no período 2000-2002. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(2): 447-455, fev, 2008

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil – 1988**: texto constitucional de 5 de outubro de 1988 com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais n. 1/92 a 19/98 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão n.1 a 6/94. 10 ed. Brasília: Câmara dos Deputados/Coordenação de Publicações, 1998. (Série Textos Básicos, 16).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN)**. Brasília, 2000b.

_____. Ministério da Saúde. **Pré-natal e Puerpério – Atenção qualificada e humanizada**: Manual técnico. Brasília, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. **Anexo II da Portaria nº 493 de 13/05/2006**. Pacto de indicadores da atenção básica, 2006. Nota técnica.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2007. **Uma análise da situação de saúde**. Brasília – DF, 2008. 641p.

_____. DATASUS. **Cadernos de informações de saúde** [on line] Disponível em <URL: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cadernos/sp.htm>> Acessado em: 14 novembro 2009.

_____. IBGE. **Pesquisa Nacional por amostra de domicílios**. Acesso e utilização de serviços de saúde: 1998. Rio de Janeiro: IBGE: 96. 2000. In: HARTZ, Z. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L.M. Avaliação em saúde: Dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador/Rio de Janeiro: Editora da Universidade Federal da Bahia/Editora Fiocruz, 2008

_____. IBGE. **Acesso e utilização de serviços de saúde**: 2003. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Brasil / Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, 2005

_____. IBGE - IPEA 2003. Mapa de pobreza e desigualdade 2003. Brasil / Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Disponível em <URL:http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1293&id_pagina=1>. Acessado em 14 fev 2011

_____. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. IBGE. **Síntese de Indicadores Sociais**: Uma análise das condições de vida da população Brasileira - 2010. Brasil / Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores sociais. 2010

BRAVEMAN, P.; GRUSKIN, S. Defining equity in health. **J Epidemiol Community Health**, 57: 254–258, 2003

CAMPOS, C.E.A. Os inquéritos de saúde sob a perspectiva do planejamento. **Cad Saúde Pública**, 9(2): 190–200, 1993

CASTRO, M. S. M.; TRAVASSOS, C.; CARVALHO, M. S. Fatores associados às internações hospitalares no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 7(4): 795-811, 2002

CAPILHEIRA, M. F.; SANTOS, I. S. Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos. **Rev Saúde Pública**, 40(3): 436-43, 2006

CARVALHO, M.F.; LIRA, P.I.C.; ROMANI, S.A.M.; SANTOS, I.S.; VERAS, A.A.C.; BATISTA FILHO, M. Acompanhamento do crescimento em crianças menores de um ano: situação nos serviços de saúde em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 24(3):675-685, 2008

CARVALHO, W.O.; CESAR, C.L.G.; CARANDINA, L.; BARROS, M.B.A.; ALVES, M.C.G.P.; GOLDBAUM, M. Inquéritos de saúde e uso de serviços materno-infantis em

três municípios da Grande São Paulo. **Rev Panam Salud Publica**, 24(5): 314–23, 2008

CESAR, C.L.G.; TANAKA, O. Y. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990. **Cad. Saúde Publ**, 12 (Supl.2): 59-70, 1996

CESAR, J.A.; CHRESTANI, M.A.D.; FANTINEL, E.J.; GONCALVES, T.S.; NEUMANN, N.A. Saúde infantil em áreas pobres: resultados de um estudo de base populacional nos municípios de Caracol, Piauí, e Garrafão do Norte, Pará, Brasil **Cad. Saúde Pública**, 25(4):809-818, 2009

CESAR, J.A.; MATIJASEVICH, A.; SANTOS, I.S.; BARROS, A.J.D.; DIAS-DA-COSTA, J.S.; BARROS, F.C.; VICTORA, C.G. The use of maternal and child health services in three population-based cohorts in Southern Brazil, 1982-2004. **Cad. Saúde Pública**, 24 Sup 3:S427-S436, 2008

CESAR, J.A.; MENDOZA-SASSI, R.; HORTA, B.L.; RIBEIRO, P.R.P; AVILA, A.C.D.; SANTOS, F.M.; MARTINS, P.B.; BRANDOLT, R.R. Indicadores básicos de saúde infantil em área urbana no extremo sul do Brasil: estimando prevalências e avaliando diferenciais. **J Pediatr**, 82(6):437-44, 2006

CHRESTANI, M.A.D.; SANTOS, I.S.; CESAR, J.A.; WINCKLER, L.S.; GONÇALVES, T.S.; NEUMANN, N.A. Assistência à gestação e ao parto: resultados de dois estudos transversais em áreas pobres das regiões Norte e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 24(7): 1609-1618, 2008

COSTA, J.S.D.; VICTORA, C.G.; BARROS, F.C.; HALPERN, R.; HORTA, B.L.; MANZOLLI, P. Assistência médica materno-infantil em duas coortes de base populacional no Sul do Brasil: tendências e diferenciais. **Cad Saúde Pública**; 12 (Supl 1): 59-66, 1996

COSTA, J.S.D.; GIGANTE, D.P.; HORTA, B. L.; BARROS, F.C.; VICTORA, C.G. Utilização de serviços de saúde por adultos da coorte de nascimentos de 1982 a 2004-5, Pelotas, RS. **Rev Saúde Pública**; 42(Supl.2): 51-9, 2008

COUTINHO, T. **Evolução da adequação da assistência pré-natal prestada às usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora- MG: análise do processo.** Rio de Janeiro. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006

COUTINHO, T.; TEIXEIRA, M.T.B; DAIN, S.; SAYD, J.D.; COUTINHO, L.M. Adequação do Processo de assistência Pré-natal entre as Usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG. **Rev Bras Ginecol Obstet**, 25(10): 717-724, 2003

COUTINHO, T.; MONTEIRO, M.F.G.; SAYD, J.D.; TEIXEIRA, M.T.B.; COUTINHO, C.M.; COUTINHO, L.M. Monitoramento do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em município do Sudeste brasileiro. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 32(11):563-9, 2010

DEL CIAMPO, L.A.; RICCO, R.G.; DANELUZZI, J.C.; DEL CIAMPO, I.R.; FERRAZ, I.S.; ALMEIDA, C.A.N. O Programa de Saúde da Família e a Puericultura. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(3):739-743, 2006

- DOMINGUES, R.M.S.; SANTOS, E.M.; LEAL, M.C. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. **Cad. Saúde Pública**, 20 (Sup 1): 52-62, 2004
- DONABEDIAN, A. Aspects of medical care administration. Boston: Harvard University Press; 1973. In: TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, 20 (Sup 2): 190-198, 2004
- _____. An introduction to quality assurance in health care. New York: Oxford University Press; 2003. In: TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, 20 (Sup 2): 190-198, 2004
- FEBRASGO. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. Assistência Pré-natal. Manual de Orientação, 2000.
- FERNANDES, L. C. L.; BERTOLDI, A. D.; BARROS, A.J.D. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, 43 (4): 595-603, 2009
- FRANCO, S. C. & CAMPOS, G.W. de S. Acesso a ambulatório pediátrico de um hospital universitário. **Rev. Saúde Pública**, 32 (4): 352-360, 1998
- FREITAS, P.F.; DRACHLER, M.L.; LEITE, J.C.C; GRASSI, P.R. Desigualdade social nas taxas de cesariana em primárias no Rio Grande do Sul. **Rev Saude Publica**, 39(5)761-7, 2005
- GAMA, S.G.N.; SZWARCOWALD, C.L.; SABROZA, A.R; BRANCO, V.C.; LEAL, M.C. Fatores associados à assistência pré-natal precária em uma amostra de puérperas adolescentes em maternidades do Município do Rio de Janeiro, 1999-2000. **Cad. Saúde Pública**, 20 (Sup 1): 101-111, 2004
- GODDARD, M., SMITH. P. Equity of access to health care services: theory and evidence from the UK. **Social Science and Medicine**, 53: 1149-1162, 2001
- GOLDMAN, R.E.& BARROS, S.M.O. O acesso às maternidades públicas no município de São Paulo: procedimentos no pronto-atendimento obstétrico e opinião das mulheres sobre esta assistência. **Acta Paul Enf**, 16(4):9-17, 2003
- GOMES, K.O.; COTTA, R.M.M.; EUCLYDES, M.P.; TARGUETA, C.P.; PRIORE, S.E.; FRANCESCHINI, S.C.C. Avaliação do impacto do Programa Saúde da Família no perfil epidemiológico da população rural de Airões, município de Paula Cândido (MG), 1992-2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(Supl. 1):1473-1482, 2009
- GONÇALVES, C. V.; CESAR, J.A.; MENDOZA-SASSI, R.A. Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 25(11):2507-2516, 2009
- HALPERN, R.; BARROS, F. C.; VICTORA, C. G. & TOMASI, E. Atenção pré-natal em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 1993. **Cadernos de Saúde Pública**, 14: 487-492, 1998

HARTZ, Z. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L.M. **Avaliação em saúde**: Dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador/Rio de Janeiro: Editora da Universidade Federal da Bahia/Editora Fiocruz, 2008

HO, RUBERT. **Handbook of Univariate and Multivariate Data Analysis and Interpretation with SPSS**. Boca Raton: Chapman & Hall/CRC, 2006

JUIZ DE FORA. Prefeitura Municipal. Diretoria de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental. **Plano Municipal de Saúde 2006-2009**. Juiz de Fora, 2006

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria de saúde. **Relatório do Sistema de Informação sobre os Nascidos de Juiz de Fora, 2008**. Juiz de Fora, MG, 2008

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. **Programação Anual de Saúde 2009**. Juiz de Fora, 2009

_____. Prefeitura Municipal . Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento Econômico. **Anuário estatístico**. Disponível em <URL: <http://www.spge.pjf.mg.gov.br/anuario.php>> Acessado em: 28 novembro 2009

KAWASHI, I.; KENNEDY, B. P. The relationship of income inequality to mortality: does the choice of indicator matter? *Social Science & Medicine*, 45(7): 1121- 1127, 1997. In: VIANNA, S.M, NUNES, A., SANTOS, J.R.S.; BARATA, R.B. **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil**: uma proposta de monitoramento. Brasília: OPAS/IPEA; 2001

KUMARANAYAKE, L; VYAS, S. **How to do (or not to do) ... Constructing socio-economic status indices: how to use principal components analysis**. Advance Access Publication 9 October 2006. Oxford University Press in association with The London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2006.

LAGO, T.G; LIMA, L.P. Assistência à gestação, ao parto e ao puerpério: diferenciais regionais e desigualdades socioeconômicas. In: Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS, 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança/ Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

LEAL, M.C.; GAMA, S.G.N; CAMPOS, M.R.C; CAVALINI, L.T.C; GARBAYO, S.; BRASIL, C.L.P. Fatores associados à morbimortalidade perinatal em uma amostra de maternidades públicas e privadas do Município do Rio de Janeiro, 1999-2001. **Cad Saúde Pública**, 20(Sup 1): 20-33, 2004

LEAL, M.C.; GAMA, S.G.N.; CUNHA, C.B. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. **Rev Saúde Pública**, 39(1): 100-7, 2005

MANDARINO, N.R.; CHEIN, M.B.C.; MONTEIRO JÚNIOR, F.C.; BRITO, L.M.O.; LAMY, Z.C.; NINA, V.J.S.; MOCHEL, E;G; FIGUEIREDO NETO, J.A. Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 25(7):1587-1596, 2009

MCINTYRE, D.; MOONEY, G. **The economics of health equity**. Cambridge University Press, New York, 2007

MCINTYRE, D.; THIEDE, M.; BRICH.S. Access as a policy-relevant concept in low- and middle-income countries. **Health Economics, Policy and Law**, 4: 179–193, 2009

MELO, E.C.; MATHIAS, T.A.F. Spatial Distribution and Self-Correlation of Mother and Child Health Indicators in the State of Parana, Brazil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 18(6):1177-1186, 2010

MENDOZA-SASSI, R.; BÉRIA, J.U. Utilización de los servicios de salud: uma revisión sistemática sobre los factores relacionados. **Cad Saúde Pública**, 17:819-32, 2001

MENDOZA-SASSI, R.; BÉRIA, J.U.; BARROS, A.J.D. Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study. **Rev Saúde Pública**, 37(3): 372-8, 2003

MINAS GERAIS. Secretaria do Estado da Saúde. Assessoria de Gestão Regional (AGR). **Relatório do Plano Diretor de Regionalização da Assistência à Saúde**. Belo Horizonte, 2008.

MONTEIRO, C.A.; FRANÇA JÚNIOR, I.; CONDE, W.L. Evolução da assistência materno-infantil na cidade de São Paulo (1984-1996). **Rev Saúde Pública**, 34(6 Supl):19-25, 2000

NEUMANN, N.A.; TANAKA, O.Y., VICTORA C.G; CESAR, J.A. Qualidade e equidade da atenção ao pré-natal e ao parto em Criciúma, Santa Catarina, Sul do Brasil. **Rev Bras Epidemiol**, 16 (4):307-18, 2003

NERI, M.; SOARES, W. Desigualdades sociais e saúde no Brasil. **Cad Saude Publica**, 18 (Suppl): 77-87, 2002

NORO, L. R. A.; RONCALLI, A.G.; MENDES JUNIOR, F.I.R.; LIMA, K.C. A utilização de serviços odontológicos entre crianças e fatores associados em Sobral, Ceará, Brasil. **Cad Saúde Pública**, 24 (7):1509-1516, 2008

O'DONNELL, O. Access to health care in developing countries: breaking down demand side barriers. **Cad Saúde Pública**, 23(12): 2820-2834, 2007

O'DONNELL, O. E.; WAGSTAFF, A. & LINDELOW, M. **Analyzing health equity using Household Survey data – A Guide to Techniques and Their Implementation**. WBI Learning Resources Series. Washington: The World Bank. 2008.

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

OLIVEIRA, M.I.C.; DIAS, M.A.B.; CUNHA, C.B.; LEAL, MC. Qualidade da assistência ao trabalho de parto pelo Sistema Único de Saúde, Rio de Janeiro (RJ), 1999-2001. **Rev Saúde Pública**, 42(5):895-902, 2008

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra, 1996.

PICCINI, R.X.; FACCHINI, L.A.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D.S.; SIQUEIRA, F.V.; RODRIGUES, M.A.; PANIZ, V.V.; TEIXEIRA, V.A. Efetividade da atenção pré-

natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do Sul e do Nordeste do Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, 7 (1): 75-82, 2007

PINEAULT, R.; DAVELUY, C. Les indicateurs d'utilisation des services de santé. In: Pineault R, Daveluy C, editors. La planification de la santé: concepts, méthodes et stratégies. Montréal: Agence d'Arc; 1986. p. 191-202. In: TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad Saúde Pública**, 20 (Sup 2): 190-198, 2004

PINHEIRO, R.S.; VIACAVA, F.; TRAVASSOS, C.; BRITO, A.S. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 7(4): 687-707, 2002

PUCCINI, R.F.; PEDROSO, C.G.; KOGA DA SILVA, E.M.; ARAUJO, N.S.; SILVA, N.N. Equidade na atenção pré-natal e ao parto em área da Região Metropolitana de São Paulo, 1996. **Cad Saude Publica**, 19(1): 35-45, 2003

PUENTES-MARKIDES, C. Woman and access to health care. Social Science and Medicine: 35:619- 626, 1992. In: MCINTYRE, D.; MOONEY, G. **The economics of health equity**. Cambridge University Press, New York, 2007

ROCHA, S. F. B. **Inquérito de saúde: condições de vida e uso de serviços de saúde das mães e crianças de Botucatu- SP, 2001-2002**. Botucatu. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina, Botucatu, 2006

RIBEIRO, J.M. Desenvolvimento do SUS e racionamento de serviços hospitalares. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(3): 771-782, 2009

RIBEIRO, J. M.; SIQUEIRA, S.A.V.; PINTO, L.F.S. Avaliação da atenção à saúde da criança (0-5 anos) no PSF de Teresópolis (RJ) segundo a percepção dos usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(2):517-527, 2010

RIBEIRO, M. C. S.; BARATA, R. B.; ALMEIDA, M.F.; SILVA, Z.P. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS – PNAD 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(4): 1011-1022, 2006

RONZANI, T.M. & SILVA, C.M. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(1):23-34, 2008

SAY, L.; RAINE, R. A systematic review of inequalities in the use of maternal health care in developing countries: examining the scale of the problem and the importance of context. **Bulletin of the World Health Organization**, 85: 812-819, 2007

SANTOS, I.S.; BARONI,R.C.; MINOTTO, I.; KLUMB, A.G. Critérios de escolha de postos de saúde para acompanhamento pré-natal em Pelotas. **Rev. Saúde Pública**, 34 (6): 603-09, 2000

SANTOS, N.R. Política pública de saúde no Brasil: encruzilhada, buscas e escolhas de rumos. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(Sup 2): 2009-2018, 2008

SERRUYA, S.J.; LAGO, T.G.; CECATTI, J.G. Avaliação Preliminar do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no Brasil. **RBGO** - v. 26, nº 7, 2004

SILVEIRA, D.S.; SANTOS, I.S. Fatores associados à cesariana entre mulheres de baixa renda em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 20 (Sup 2): 231-241, 2004

SILVEIRA, D.S.; SANTOS, I.S.; COSTA, J.S.D. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. **Cad Saúde Pública**, 17(1):131-139, 2001

SILVEIRA, F.G.; OSÓRIO, R.G.; PIOLA, S.F. Os gastos das famílias com saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 7(4):719-731, 2002

SKINNER, C.J.; HOLMES, D.J.; SMITH, T.M.F. The Effect of Sample Design of Principal Components Analysis. **Journal of the American statistical Association**, 395 (81): 789-798, 1986.

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

SZWARCWALD, C.L.; MENDONÇA, M.H.M.; ANDRADE, C.L.T. Indicadores de atenção básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(3):643-655, 2006

TEMMERMAN, M.; VERSTRAELEN, H.; MARTENS, G. & BEKAERT, A. Delayed childbearing and maternal mortality. **Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol**, 114(1):19-22, 2004.

THIEDE, M; AKWEONGO, P; MCINTYRE, D. Exploring the dimensions of access. In: MCINTYRE, D.; MOONEY, G. **The economics of health equity**. Cambridge University Press, New York, 2007

TRAVASSOS, C. Eqüidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. **Cad Saúde Pública**, 13: 325-30, 1997

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F.; FERNANDES, C. & ALMEIDA. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, 5(1):133-149, 2000

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F.; PINHEIRO, R.; BRITO, A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, Características familiares e condição social. **Pan Am J Public Health**, 11(5/6), 2002

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, 20 (Sup 2): 190-198, 2004

TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E.X.G; VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(4): 975-986, 2006

TREVISAN, M.R.; DE LORENZI, D.R.S.; ARAUJO, N.M.; ÉSBER, K. Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. **Rev Bras Ginecol Obstet**, 24: 293-299, 2002

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA. Núcleo de Assessoria Treinamento e Estudos em Saúde. **Inquérito de Saúde no Município de Juiz de Fora – MG**: relatório técnico. Juiz de Fora, 2011. Trabalho não publicado

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS. Centro de Pesquisas Epidemiológicas. **Aqu岸es - Manual de Instruções: crianças**. Pelotas, 2008. 76p.

VIACAVA, F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais (debate). **Ciência & Saúde Coletiva**, 7(4): 607-621, 2002

VICTORA, C. G.; WAGSTAFF, A.; SCHELLENBERG, J.A.; GWATKIN, D.; CLAESON, M.; HABICHT, J.P. Applying an equity lens to child health and mortality: more of the same is not enough. **Lancet**, 362: 233-41, 2003

WAJNMAN, S; TURRA, C.; AGOSTINHO, C. Estrutura Domiciliar e Distribuição da Renda Familiar no Brasil. In: Barros, R,P, et al.(org). Desigualdade de Renda no Brasil: uma análise da queda recente. Brasília; IPEA; 2006

WAGSTAFF, A. Socioeconomic inequalities in child mortality: comparisons across nine developing countries. **Bull World Health Org**, 78:19-29, 2000

WAITZMAN, N.J.; SMITH, K.R. Separate but lethal: the effects of economic segregation on mortality in metropolitan America. *The Milbank Quarterly* 76(3):341-373,1998. In: VIANNA, S.M, NUNES, A., SANTOS, J.R.S.; BARATA, R.B. **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil**: uma proposta de monitoramento. Brasília: OPAS/IPEA; 2001.

WATERS, H. R. Measuring equity in access to health care. **Social Science & Medicine**, 51: 599 ± 612, 2000

WILKINSON, R. G. Unhealthy societies. London, Routledge, 1996. In: VIANNA, S.M, NUNES, A., SANTOS, J.R.S.; BARATA, R.B. **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil**: uma proposta de monitoramento. Brasília: OPAS/IPEA; 2001

YAZLLE, M.E.H; ROCHA, J.S, MENDES, MC.; PATTA, M.C., MARCOLIN, A.C.; AZEVEDO, G.D. Incidência de cesáreas segundo fonte de financiamento da assistência ao parto. **Rev Saúde Pública**; 35(2):202-206, 2001

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

NOME DO SERVIÇO DO PESQUISADOR

PESQUISADOR RESPONSÁVEL:

ENDEREÇO:

CEP: – JUIZ DE FORA – MG

FONE: (32)

E-MAIL:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “INQUÉRITO EM SAÚDE DA POPULAÇÃO DE JUIZ DE FORA”. O objetivo deste estudo é avaliar as condições de saúde da população e o seu acesso aos serviços. A importância do estudo é justificada pela necessidade de conhecer as condições de saúde da população e contribuir para a criação de políticas públicas nesta área. O estudo consiste na realização de uma entrevista na qual será aplicado questionários na população residente em Juiz de Fora.

Os riscos relacionados à participação no estudo são mínimos, comparáveis aos riscos das suas atividades de rotina. Participar da pesquisa não implica em custos, remuneração, ou qualquer ganho material (brindes, indenização, etc.). A participação no estudo será voluntária, não havendo nenhum tipo de prejuízo ou penalização. Os danos previsíveis serão evitados. Porém, qualquer tipo de problema ou desconforto detectado será imediatamente sanado pelo pelos pesquisadores, ou por quem de direito, sem qualquer custo para o entrevistado da pesquisa.

É garantido a todos os participantes que se retirem da pesquisa quando assim desejarem, sem qualquer prejuízo financeiro, moral, físico ou social. Todas as informações colhidas serão cuidadosamente guardadas, garantindo o sigilo e a privacidade dos entrevistados, que poderão obter informações sobre a pesquisa quando necessário pelo telefone (32) 3229-3830.

Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O (A) Sr (a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelos pesquisadores responsáveis, no

Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde (NATES) e a outra será fornecida a você.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo “NOME DO ESTUDO”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2009.

Nome	Assinatura participante	Data
------	-------------------------	------

Nome	Assinatura pesquisador	Data
------	------------------------	------

Nome	Assinatura testemunha	Data
------	-----------------------	------

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o

CEP- COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/UFJF

CAMPUS UNIVERSITÁRIO DA UFJF

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA

CEP 36036.900 FONE: 32 3220 3788

Tire suas dúvidas sobre riscos, acesse:
<http://www.ufjf.br/comitedeetica/files/2008/12/risco-em-pesquisa3.doc>

ANEXO 2

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PRO-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF
36036900- JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

Parecer nº 277/2009

Protocolo CEP-UFJF: 1873.217.2009 **FR:** 294358 **CAAE:** 0168.0.180.000-09
Projeto de Pesquisa: INQUÉRITO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA, MG
Versão do Protocolo: 1ª versão
Área Temática: Grupo III
Pesquisador Responsável: Luiz Cláudio Ribeiro
TCLE: 1ª versão
Instituição: PG Saúde Coletiva- UFJF

Sumário/comentários do protocolo:

Justificativa: Os argumentos apresentados na introdução estão devidamente embasados e justificam adequadamente a realização do presente estudo.

Objetivo(s): Neste projeto, pretende-se descrever e analisar morbidade referida, percepção da qualidade de vida e acesso aos serviços de saúde da população de Juiz de Fora (MG), considerando as desigualdades sociais que caracterizam a população brasileira [sic]

Comentário: Os objetivos são coerentes com a justificativa.

Metodologia: Estudo observacional transversal, com aplicação de questionário.

Comentário: A metodologia é adequada para responder a pergunta do estudo.

Revisão e referências: Devidamente citadas no texto, atualizadas e adequadas.

Orçamento: Devidamente apresentado.

Fonte de custeio: Pesquisador.

Cronograma: Adequado.

Data do término: mês = 03 / ano = 2011.

Qualificação do pesquisador: Adequada.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE): Dentro dos padrões exigidos pela Res. CNS 196/96.

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

Situação: Projeto **APROVADO**.
Juiz de Fora, 20 de outubro de 2009.

Prof./Dr. Alfredo Chaoubah
Coordenador em Exercício – CEP/UFJF

RECEBI

DATA: ___/___/2009

ASS: _____

ANEXO 3

QUADRO DE VARIÁVEIS

UTILIZAÇÃO	DISPONIBILIDADE	ACESSIBILIDADE FINANCEIRA	ACEITABILIDADE
<p>- Variáveis que indicam uso:</p> <p>Fezprenatal Localprenatal Mesinioprenatal Numerodeconsultas Redeprenatal</p> <p>Examedesangue Examedeurina Examedefezes ExamedeHIV Ultrassonografia</p> <p>Localnascimento Tipoparto Redeparto</p> <p>Consultaspuericultura Localpuericultura Redepuericultura</p>	<p>-Local adequado no momento que necessitou: Fezprenatal Motivonaoterfeitoprenatal Localprenatal Mesinioprenatal Numerodeconsultas Enderecoconsultaprenatal Distanciapnatal Motivonaoterfeitoprenatal</p> <p>- Exames: Exameginecologicoprenatal Solicitacaoexameprenatal Examedesangue Examedeurina Examedefezes ExamedeHIV Ultrassonografia Outrosexameprenatal Motivosnaofazerexame</p> <p>Localnascimento Tipoparto</p> <p>Consultaspuericultura Naopuericultura Localpuericultura Enderecopuericultura Distanciapuericultura</p> <p>Orientações puericultura: Posicionamentodormir Higienecomcrianca Alimentacaocomcrianca Importanciavacinas Sulfatoferrosoanemia Evitaracidentes Etapasdesenvolvimentocrian</p> <p>Equipe: Médico Enfermeiro AuxiliardeEnfermagem Agentecomunitario Nutricionista Outrosprofissionaisconsulta</p> <p>Vacinas: HepatiteB BCG Antipolio Tetravalente Triplicebacteriana Tripliceviral</p>	<p>- Variáveis relacionadas a gastos</p> <p>Redeprenatal Gastosconsultasprenatal Valorgastosprenatal</p> <p>Redeparto Gastoparto Valorparto</p> <p>Redepuericultura Gastopuericultura Valorpuericultura</p>	<p>- Variáveis de satisfação e percepção do individuo</p> <p>Opniaotempoprenatal Opniaoatendimentoprenatal</p> <p>Opniaotempoparto Opniaoatendimentoparto</p> <p>Orientações puericultura Posicionamentodormir Higienecomcrianca Alimentacaocomcrianca Importanciavacinas Sulfatoferrosoanemia Evitaracidentes Etapasdesenvolvimentocriança</p>

ANEXO 4



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva Inquérito de Saúde no município de Juiz de Fora

1. Setor: _____ Bairro: _____ Domicílio: _____ Entrevistador: _____

2. Indivíduo elegível: _____ (gestante 01/ criança 02)

3. Cartão SUS: _____

4. Endereço: _____

5. Telefone para contato: (____) _____

6. Quem responde a entrevista?

(1) Mãe biológica → PULAR PARA 09

(2) Responsável pela criança por ausência definitiva da mãe biológica → APLICAR AS PERGUNTAS DE 7 a 16 E PULAR PARA A 34

(3) Informante-chave por impossibilidade temporária ou definitiva da mãe biológica de responder a entrevista → APLICAR AS PERGUNTAS DE 7 a 16 E PULAR PARA A 34

7. (!) Assinale o motivo pelo qual o questionário não foi respondido pela mãe biológica: (99) NSA

Óbito materno	(0) Não	(1) Sim
Abandono da criança pela mãe	(0) Não	(1) Sim
Doação da criança para adoção (criança adotada)	(0) Não	(1) Sim
Mãe com demência ou incapacidade mental	(0) Não	(1) Sim
Mãe com incapacidade física grave	(0) Não	(1) Sim
Mãe surda muda	(0) Não	(1) Sim
Hospitalização materna no momento da entrevista	(0) Não	(1) Sim
Viajem da mãe por um período maior do que a permanência da equipe na região	(0) Não	(1) Sim
Mãe alcoolizada no dia da entrevista	(0) Não	(1) Sim
Mãe drogada no dia da entrevista	(0) Não	(1) Sim
Outro _____		

8. **** Qual a sua relação familiar com a criança?

(1) Mãe adotiva

(2) Pai biológico

(3) Avós

(4) Outro. Qual? _____

(99) NSA

9. Qual é o seu nome? _____

10. Qual é o nome da criança? _____

11. Qual a sua idade [Qual a idade da mãe do(a) <NOME DA CRIANÇA>]? _____ anos completos

12. **** Qual é a sua cor [Qual a cor da mãe do(a) <NOME DA CRIANÇA>]? (99) IGN

(1) Branca (branco, clara, pele clara)

(2) Amarela (orientais)

(3) Parda (pardo, pardo claro)

(4) Morena (moreno, moreno claro, moreno escuro, moreno jambo)

(5) Indígena

(6) Mulata (mulato, mulato claro, mulato escuro)

(7) Mestiça (mestiço, miscigenado, caboclo, misto, mameluco, híbrido)

(8) Preta (preto, pele escura, negro, africano)

13. A Sra sabe ler e escrever [A mãe do(a) <NOME DA CRIANÇA> sabe ler ou escrever]?

(0) Não PULAR PARA 15 (1) Sim

14. **** Até que série a(o) Sra(Sr) completou na escola [Até que série a mãe do(a) <NOME DA CRIANÇA> completou na escola]? _____ série do _____ grau

(0 / 0) Sabe ler e escrever e não completou série na escola (99)NSA/ IGN

Obs.: _____

15. Atualmente, a(o) Sra(Sr) vive com companheiro(a) [Atualmente, a mãe do(a) <NOME DA CRIANÇA> vive com companheiro]?
(0) Não (1) Sim (99) IGN

16. **** Qual seu estado civil atual [Qual o estado civil atual da mãe do(a) <NOME DA CRIANÇA>]?
(1) Solteira(o) (2) Casada(o) (3) Separada(o) / divorciada(o) (4) Viúva(o) (99) IGN

AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE SUAS GESTAÇÕES E A GRAVIDEZ DO (a) < NOME DA CRIANÇA>

17. Quantas vezes na sua vida a Sra. ficou grávida? ___ vezes (99) IGN

18. Quantos filhos nasceram? ___ filhos (99) IGN

19. Que idade a Sra tinha quando ficou grávida do(a) <NOME DA CRIANÇA>? ___ anos (99) IGN

20. Com relação à gravidez do(a) <NOME DA CRIANÇA>, a Sra. fez alguma consulta de pré-natal?
(0) Não (1) Sim → PULAR PARA 22 (99) IGN

21. **NÃO FEZ** acompanhamento durante o pré-natal por qual motivo? (marcar apenas 1 opção)

Dificuldade de conseguir ficha ou agendamento pelo SUS	(0) Não	(1) Sim	(99)NSA/ IGN
Não tinha médico para atender onde costuma consultar	(0) Não	(1) Sim	(99) NSA/ IGN
Não tinha como ir marcar a consulta	(0) Não	(1) Sim	(99) NSA/ IGN
Não podia pagar	(0) Não	(1) Sim	(99) NSA/ IGN
Teve medo / não quis	(0) Não	(1) Sim	(99) NSA/ IGN
Tinha compromissos com a família ou no trabalho	(0) Não	(1) Sim	(99) NSA/ IGN
Dificuldade de conciliar com o horário de funcionamento da unidade	(0) Não	(1) Sim	(99) NSA/ IGN
Outro – Qual? _____			

22. Em que mês da gravidez a Sra fez a primeira consulta de pré-natal? ___ mês (99) NSA/ IGN

23. **SE SIM:** Quantas consultas de pré-natal a Sra fez na gravidez do(a) <NOME DA CRIANÇA> no:

	Número consultas	Local/ Endereço
Posto de Saúde		
Ambulatório Hospital		
Ambulatório Faculdade		
Centro de especialidades		
Sindicato ou empresa /Associação de bairro		
Consultório por Convênio / Plano de Saúde		
Consultório Particular		
Pronto-atendimento ou pronto-socorro		
Outro – Qual?		

(99) NSA/ IGN (00) Nenhuma vez

24. As consultas de pré-natal do(a) <NOME DA CRIANÇA> foram por algum convênio, particular ou SUS?
(1) Por convênio (2) Particular (3) SUS (99) NSA/ IGN

25. A Sra gastou algum dinheiro nas consultas de pré-natal da(o) < NOME DA CRIANÇA>?
(0) Não→ PULAR PARA 27 (1) Sim (99) NSA /IGN

26. **SE SIM:** Quanto? R\$ _____ (9999) NSA/ IGN

27. Em alguma consulta do pré-natal do(a) <NOME DA CRIANÇA> a Sra fez exame ginecológico (por baixo)?
(0) Não (1) Sim (99) NSA/ IGN

28. Durante o pré-natal do(a) <NOME DA CRIANÇA> o médico solicitou algum exame para a Sr(a)?
(0) Não→ PULAR PARA 32 (1) Sim (99) NSA/ IGN

29. Agora vou lhe dizer uma lista de exames e gostaria que a Sr(a) me dissesse quais foram solicitados durante o pré-natal do (a) <NOME DA

CRIANÇA>

Exame de sangue	(0) Não	(1) Sim n° _____	() Não sei a quantidade () NSA
Exame de urina	(0) Não	(1) Sim n° _____	() Não sei a quantidade () NSA
Exame de fezes	(0) Não	(1) Sim n° _____	() Não sei a quantidade () NSA
Exame de HIV/AIDS	(0) Não	(1) Sim n° _____	() Não sei a quantidade () NSA
Ultrassonografia	(0) Não	(1) Sim n° _____	() Não sei a quantidade () NSA
Outros: _____	(0) Não	(1) Sim n° _____	() Não sei a quantidade () NSA

Total de exames: ___

30. SE FOI SOLICITADO ALGUM EXAME: Quantos dos exames a Sra fez? ___ exames (00 = nenhum) (99) NSA

31. Se a Sra deixou de fazer algum do(s) exame(s) solicitado(s), qual(is) o(s) motivo(s)? (marcar apenas 1 opção)

Não conseguiu pelo SUS e não podia pagar	(0) Não	(1) Sim
Não achou que precisava	(0) Não	(1) Sim
Não quis	(0) Não	(1) Sim
Não tinha como ir marcar/ fazer	(0) Não	(1) Sim
Não tinha na cidade	(0) Não	(1) Sim
Outro- Qual? _____	(0) Não	(1) Sim

(99) NSA/ IGN

32. Qual sua opinião sobre o tempo de espera para as consultas de pré-natal?



(1) Péssimo (2) Ruim (3) Regular (4) Bom (5) Ótimo (99) NSA/ IGN

33. Qual sua opinião sobre o atendimento que a Sra recebeu durante as consultas de pré-natal?



(1) Péssimo (2) Ruim (3) Regular (4) Bom (5) Ótimo (99) NSA/ IGN

AGORA NÓS VAMOS FALAR SOBRE O (A) <NOME DA CRIANÇA>

34. Qual a idade do(a) <NOME DA CRIANÇA>? ___ mês(es) (00 = menos de 1 mês)

35. **** Qual é a cor do(a) <NOME DA CRIANÇA>?

- (1) Branca (branco, clara, pele clara)
- (2) Amarela (orientais)
- (3) Parda (pardo, pardo claro)
- (4) Morena (moreno, moreno claro, moreno escuro, moreno jambo)
- (5) Indígena
- (6) Mulata (mulato, mulato claro, mulato escuro)
- (7) Mestiça (mestiço, miscigenado, caboclo, misto, mameluco, híbrido)
- (8) Preta (preto, pele escura, negro, africano)

(99) IGN

36. (!) SEXO DA CRIANÇA (observar): (1) Masculino (2) Feminino

37. O(A) <NOME DA CRIANÇA> nasceu em hospital, em casa ou em outro lugar?

(1) Hospital (2) Em casa (3) Outro local (99) NSA/ IGN

38. O parto do(a) <NOME DA CRIANÇA> foi normal ou cesariana?

(1) Normal (2) Cesariana

39. Este parto do(a) <NOME DA CRIANÇA> foi por algum convênio, particular ou SUS?

(1) Por algum convênio (2) Particular (3) SUS (99) NSA/ IGN

40. Qual sua opinião sobre o tempo de espera para ser atendida para realizar o parto?



(1) Péssimo (2) Ruim (3) Regular (4) Bom (5) Ótimo (99) NSA/ IGN

41. Qual sua opinião sobre o atendimento que a Sra recebeu durante o parto?



(1) Péssimo



(2) Ruim



(3) Regular



(4) Bom



(5) Ótimo

(99) NSA / IGN

42. **** A Sr(a) gastou algum dinheiro no atendimento do parto da(o) <NOME DA CRIANÇA>?

(0) Não → PULAR PARA 44

(1) Sim

(99) NSA / IGN

43. SE SIM: Quanto?

R\$ _____

(9999) NSA/ IGN

44. Com quantos meses a <NOME DA CRIANÇA> nasceu?

_____ meses (referido)

(99) NSA

45. Qual foi o peso do(a) <NOME DA CRIANÇA> ao nascer?

_____ g (referido)

(99) NSA

46. **** Depois de nascimento até agora o(a) <NOME DA CRIANÇA> tem sido levado(a) a algum serviço de saúde para pesar, medir e acompanhar o crescimento?

(0) Não → PULAR PARA 52

(1) Sim

(99) NSA/ IGN

47. Onde faz a(s) consulta(s) de acompanhamento do crescimento?

(99) NSA/ IGN (00) Nenhuma vez

	Local/endereço
Posto de Saúde	
Ambulatório Hospital	
Ambulatório Faculdade	
Centro de especialidades	
Sindicato ou empresa /Associação de bairro	
Consultório por Convênio / Plano de Saúde	
Consultório Particular	
Em casa	
Outro – Qual?	

48. Quem faz as consultas?

Médico

(0) Não (1) Sim

Enfermeiro

(0) Não (1) Sim

Auxiliar de enfermagem

(0) Não (1) Sim

Agente Comunitário de Saúde

(0) Não (1) Sim

Nutricionista

(0) Não (1) Sim

Outro - Quem? _____

(0) Não (1) Sim

(99) NSA/ IGN

49. A Sr(a) gastou algum dinheiro no atendimento do(a) <NOME DA CRIANÇA> nas consultas?

(0) Não → PULAR PARA 51

(1) Sim

(99) NSA/ IGN

50. SE SIM: Quanto?

R\$ _____

(99) NSA/ IGN

51. Em alguma consulta foi conversado com a Sra [com a mãe do(a) <NOME DA CRIANÇA>] sobre:

A melhor posição para colocar a criança para dormir
criança (0) Não (1) Sim

(0) Não (1) Sim

(99) NSA/ IGN

Os cuidados de higiene com a

(0) Não (1) Sim

(99) NSA/ IGN

A alimentação da criança

(0) Não (1) Sim

(99) NSA/ IGN

A importância das vacinas que a criança precisa fazer

(0) Não (1) Sim

(99) NSA/ IGN

Dar sulfato ferroso para evitar anemia

(0) Não (1) Sim

(99) NSA/ IGN

Como evitar acidentes em casa

(0) Não (1) Sim

(99) NSA/IGN

As etapas do desenvolvimento da criança

(0) Não (1) Sim

(99) NSA/IGN

52. SE NÃO: Por que o(a) <NOME DA CRIANÇA> não consultou?

(marcar apenas 1 opção)

O(a) <NOME DA CRIANÇA> ficou internado(a) no hospital

(0) Não (1) Sim

Não conseguiu a consulta para o(a) <NOME DA CRIANÇA>
 Não achou necessário levar o(a) <NOME DA CRIANÇA> para consultar
 Não teve tempo de levar o(a) <NOME DA CRIANÇA> para consultar
 Outro- Qual? _____

(0) Não (1) Sim
 (0) Não (1) Sim
 (0) Não (1) Sim
 (0) Não (1) Sim
 (99)NSA/ IGN

53. A Sr(a) Pode me mostrar o **cartão de vacinações?** [Entrevistador: **marque com um X estritamente de acordo com o preenchimento do cartão para as vacinas abaixo relacionadas.**]

VACINAS	1ª dose	2ª dose	3ª dose	Reforço
Hepatite B				
BCG				
Anti-pólio (VOP)				
Tetraivalente (DTP+HIB)				
Tríplice bacteriana (DTP)				
Tríplice Viral				

(00) Não possui cartão de vacinação

AGORA VAMOS FALAR SOBRE ALGUNS PROBLEMAS DE SAÚDE

54. O(A) <NOME DA CRIANÇA> **teve algum destes problemas desde <TRINTA DIAS ATRÁS>?** (99) NSA/ IGN

Tosse, falta de ar ou dificuldade para respirar (0) Não (1) Sim → SEGUE 55
 Diarréia, desarranjo ou piriuri (0) Não (1) Sim → SEGUE 55
 Febre (0) Não (1) Sim → SEGUE 55
 Dor de ouvido (0) Não (1) Sim → SEGUE 55
 Outro- Qual? _____ (0) Não (1) Sim → SEGUE 55

*Se houver alguma resposta **sim** aplicar as questões que seguem. Se **TODAS** forem **NÃO** PULAR PARA 86

55. **SE SIM: Na última vez que o(a) <NOME DA CRIANÇA> teve algum desses problemas, a Sr(a) buscou atendimento médico?**

(0) Não → APLICAR 56, 59 e PULAR 86 (1) Sim → PULAR PARA 57 (99) NSA/ IGN

56. **SE NÃO BUSCOU: por qual motivo não buscou atendimento?** (marcar apenas 1 opção) (99) NSA/ IGN

Dificuldade de conseguir ficha ou agendamento pelo SUS (0) Não (1) Sim
 Não tinha médico para atender onde costuma consultar (0) Não (1) Sim
 Não tinha como ir marcar a consulta (0) Não (1) Sim
 Não podia pagar (0) Não (1) Sim
 Teve medo / não quis (0) Não (1) Sim
 Tinha compromissos com a família ou no trabalho (0) Não (1) Sim
 Porque melhorou (0) Não (1) Sim
 Achou que não precisava (0) Não (1) Sim

57. **SE SIM: O Sr(a) conseguiu o atendimento médico para o(a) <NOME DA CRIANÇA> nesta última vez?**

(0) Não → APLICAR 58, 59 e PULAR 86 (1) Sim → PULAR PARA 60 (99) NSA/ IGN

58. **Por qual motivo o(a) <NOME DA CRIANÇA>, NÃO foi atendido?** (marcar apenas 1 opção)

Não tinha médico (0) Não (1) Sim
 Não tinha ficha (0) Não (1) Sim
 Estava fechado no momento que procurei (0) Não (1) Sim
 Não podia pagar (0) Não (1) Sim
 Outro- Qual? _____ (0) Não (1) Sim
 (99) NSA/ IGN

59. **(#) O que aconteceu com o(a) <NOME DA CRIANÇA> se precisou ser atendido por algum médico e não consultou?**

(0) Piorou (1) Continua como antes (2) Melhorou um pouco
 (3) Melhorou bastante (4) Curou / resolveu (99) NSA/ IGN

60. **SE SIM: Onde o(a) <NOME DA CRIANÇA> foi atendido(a) na última vez que teve algum desses problemas?**

	Local/endereço
Posto de Saúde	
Ambulatório do Hospital	
Ambulatório da Faculdade	

Centro de especialidades	
Sindicato ou empresa /Associação de bairro	
Consultório por Convênio / Plano de Saúde	
Consultório Particular	
Pronto-atendimento ou pronto-socorro	
Outro – Qual?	

(99) NSA/ IGN (00) Nenhuma vez

61. O atendimento do(a) <NOME DA CRIANÇA> com o médico foi por algum convênio, particular ou SUS?
 (1) Por algum convênio (2) Particular (3) SUS (99) NSA/ IGN

62. A Sr(a) gastou algum dinheiro no atendimento do(a) < NOME DA CRIANÇA> nesta consulta?
 (0) Não→ PULAR PARA 64 (1) Sim (99) NSA/IGN

63. SE SIM: Quanto? R\$ _____ (9999)NSA/ IGN

64. Qual sua opinião sobre o tempo de espera para o(a) <NOME DA CRIANÇA> ser atendido pelo médico?



(1) Péssimo

(2) Ruim

(3) Regular

(4) Bom

(5) Ótimo

(99) NSA/ IGN

65. Qual sua opinião sobre o atendimento médico que o(a) <NOME DA CRIANÇA> recebeu?



(1) Péssimo

(2) Ruim

(3) Regular

(4) Bom

(5) Ótimo

(99) NSA/IGN

66. Como o Sr(a) foi até o local onde o(a) <NOME DA CRIANÇA> foi atendido pelo médico? (99) NSA/IGN

Caminhando

(0) Não (1) Sim

De bicicleta

(0) Não (1) Sim

De carroça

(0) Não (1) Sim

De ônibus / lotação / Van / Kombi

(0) Não (1) Sim

De ambulância / SAMU

(0) Não (1) Sim

De carro particular

(0) Não (1) Sim

De táxi

(0) Não (1) Sim

De moto

(0) Não (1) Sim

Outro- Qual? _____

(0) Não (1) Sim

67. Foi necessário gastar algum dinheiro em transporte para levar o(a) <NOME DA CRIANÇA> até o consultório do médico?

(0) Não→ PULAR PARA 69

(1) Sim

(99)NSA/ IGN

68. SE SIM, quem pagou para o Sr(a) levar o(a) <NOME DA CRIANÇA> até o consultório médico? (99) NSA/ IGN

Eu mesmo

(0) Não (1) Sim

Prefeitura

(0) Não (1) Sim

Comunidade / associação de moradores

(0) Não (1) Si

Políticos

(0) Não (1) Sim

Igreja

(0) Não (1) Sim

Parentes, vizinhos ou amigos

(0) Não (1) Sim

69.(#) Ao sair do atendimento médico o Sr(a) considera que o problema do(a) <NOME DA CRIANÇA>:

(0) Piorou

(1) Continua como antes

(2) Melhorou um pouco

(3) Melhorou bastante

(4) Curou / resolveu

(99) NSA/ IGN

70. O médico lhe explicou o motivo pelo qual o(a) <NOME DA CRIANÇA> foi atendido desta última vez?

(0) Não

(1) Sim

(99) NSA/ IGN

71. O Sr(a) saiu do atendimento médico com alguma receita de remédio(s) para o(a) <NOME DA CRIANÇA>?
 (0) Não→ PULAR PARA 75 (1) Sim (99) NSA/ IGN

72. SE SIM: O(A) Sr(a) conseguiu todos o(s) remédio(s) da receita pelo SUS?
 (0) Não→ APLICAR 73 (1) Sim→ PULAR PARA 75 (99) NSA/ IGN

73. SE NÃO conseguiu todos os remédios da receita pelo SUS, comprou algum?
 (0) Não→ PULAR PARA 75 (1) Algum (2) Todos (99) NSA/ IGN

74. SE COMPROU ALGUM OU TODOS: Quanto gastou? R\$ _____ (9999) NSA/IGN

75. O Sr(a) saiu do atendimento com o médico com pedido de algum exame para o(a) <NOME DA CRIANÇA>?
 (0) Não→ PULAR PARA 82 (1) Sim (99) NSA/IGN

76. SE SIM, agora vou lhe dizer uma lista de exames e gostaria que o Sr(a) me dissesse quais foram solicitados para o(a) <NOME DA CRIANÇA> nesta última consulta: (99) NSA/ IGN

Exame de sangue	(0) Não	(1) Sim
Exame de urina	(0) Não	(1) Sim
Exame de fezes	(0) Não	(1) Sim
Raio X	(0) Não	(1) Sim
Ultrassom	(0) Não	(1) Sim
Eletrocardiograma	(0) Não	(1) Sim
Eletroencefalograma	(0) Não	(1) Sim
Tomografia	(0) Não	(1) Sim
Biópsia	(0) Não	(1) Sim
Ressonância	(0) Não	(1) Sim
Outro- Qual? _____	(0) Não	(1) Sim

Total de exames: ___

77. SE FOI SOLICITADO ALGUM EXAME: Quantos dos exames o(a) <NOME DA CRIANÇA> fez? _____ exames
 (00 = nenhum)

78. Se o(a) <NOME DA CRIANÇA> deixou de fazer algum do(s) exame(s) solicitado(s), qual(is) o(s) motivo(s)? (marcar apenas 1 opção)

Não conseguiu pelo SUS e não podia pagar	(0) Não	(1) Sim
Não achou que precisava	(0) Não	(1) Sim
Não quis	(0) Não	(1) Sim
Não tinha como ir marcar/ fazer	(0) Não	(1) Sim
Não tinha na cidade	(0) Não	(1) Sim
Outro- Qual? _____	(0) Não	(1) Sim

(99) NSA/ IGN

79. O Sr(a) gastou algum dinheiro para fazer o(s) exame(s) do(a) <NOME DA CRIANÇA>?
 (0) Não→ PULAR PARA 81 (1) Sim (99) NSA/ IGN

80. SE SIM, quanto gastou? R\$ _____ (9999) NSA/ IGN

81. O(s) exame(s) que o(a) <NOME DA CRIANÇA> fez foi(ram) por algum convênio, particular ou SUS:
 Por algum convênio (0) Não (1) Sim
 Particular (0) Não (1) Sim
 SUS (0) Não (1) Sim (99) NSA/ IGN

82. O(a) <NOME DA CRIANÇA> saiu do atendimento com o médico encaminhado para consulta em outro local?
 (0) Não→ PULAR PARA 86 (1) Sim (99) NSA/ IGN

83. SE SIM, para onde foi encaminhado? (99) NSA/ IGN

	<u>Local/endereço</u>
Posto de Saúde	
Ambulatório do Hospital	
Ambulatório da Faculdade	
Centro de especialidades	
Sindicato ou empresa /Associação de bairro	
Consultório por Convênio / Plano de Saúde	
Consultório Particular	

Pronto-atendimento ou pronto-socorro	
Outro – Qual?	

84. O(A) <NOME DA CRIANÇA> deixou de ter algum atendimento do(s) encaminhamento(s) feitos pelo médico?
 (0) Não → PULAR PARA 86 (1) Sim (99) NSA/ IGN

85. SE SIM: Por que não fez a(s) consulta(s) para a(s) qual(is) foi encaminhado pelo médico? (marcar apenas 1 opção)
 Não conseguiu pelo SUS e a família não podia pagar (0) Não (1) Sim
 A família não achou que era preciso (0) Não (1) Sim
 A família não foi marcar porque não quis (0) Não (1) Sim
 A família não foi marcar por que não tinha como ir (0) Não (1) Sim
 Não tinha o(s) atendimento(s) na cidade (0) Não (1) Sim
 Outro. Qual? _____ (0) Não (1) Sim (99) NSA/ IGN

AGORA VAMOS FALAR SOBRE ATENDIMENTO EM PRONTO-SOCORRO

86. O(A) <NOME DA CRIANÇA> foi atendido em algum pronto-socorro desde <MÊS> do ano passado até agora?
 (0) Não (1) Sim → PULAR PARA 90 (99) IGN

87. SE NÃO: Apesar de não ter sido atendido, o(a) <NOME DA CRIANÇA> precisou de atendimento em pronto-socorro desde <MÊS> do ano passado até agora?

(0) Não → PULAR A QUESTÃO 112

(1) Sim, mas não conseguiu → APLIQUE 88 e 89 E PULE PARA 112

88. SE o(a) <NOME DA CRIANÇA> precisou ser atendido no pronto-socorro e não conseguiu, qual foi o motivo? (marcar apenas 1 opção)

Estava muito cheio (0) Não (1) Sim
 Demorou muito e desistiu (0) Não (1) Sim
 Ausência de transporte (0) Não (1) Sim
 Não tinha o especialista (0) Não (1) Sim
 Não quiseram atender (0) Não (1) Sim
 Outro. Qual? _____ (0) Não (1) Sim (99) NSA/ IGN

89. (#) O que aconteceu com o problema do(a) <NOME DA CRIANÇA> se precisou ser atendido no pronto-socorro e não conseguiu?

(0) Piorou (1) Continua como antes (2) Melhorou um pouco
 (3) Melhorou bastante (4) Curou / resolveu (99) NSA/ IGN

90. SE FOI ATENDIDO: Quantas vezes o(a) <NOME DA CRIANÇA> foi atendido em pronto-socorro desde <MÊS> do ano passado até agora?

Nos últimos 30 dias: ___ vezes

Entre 1 mês e 6 meses atrás: ___ vezes

Mais de 6 meses até 1 ano atrás: ___ vezes (99) NSA/ IGN (00) Nenhuma vez

AGORA VAMOS FALAR DA ÚLTIMA VEZ QUE A CRIANÇA FOI ATENDIDA NO PRONTO-SOCORRO

91. Por qual problema o(a) <NOME DA CRIANÇA> foi atendido no pronto-socorro desta última vez?

_____ (99) NSA/ IGN

92. O(A) <NOME DA CRIANÇA> foi encaminhado(a) para o atendimento no pronto-socorro por algum serviço de saúde, foi levado por conta do(a) Sr(a) ou foi levado por outros?

(1) Encaminhado(a) por serviço de saúde

(2) Levado(a) por conta própria

(3) Levado(a) por outros

(99) NSA/ IGN

93. O Sr(a) gastou algum dinheiro no atendimento do(a) <NOME DA CRIANÇA> no pronto-socorro?

(0) Não → PULAR PARA 95

(1) Sim

(99) NSA/ IGN

94. **SE SIM: Quanto? R\$** _____ (9999) NSA/IGN
95. **Este atendimento do(a) <NOME DA CRIANÇA> no pronto-socorro foi por algum convênio, particular ou SUS?**
 (1) Por algum convênio (2) Particular (3) SUS (99) NSA/IGN
96. **Quanto tempo demorou desde que chegou com o(a) <NOME DA CRIANÇA> no pronto-socorro até ele(ela) ser atendido?** ____ hora(s) e ____ minutos
 (99 / 99) NSA/IGN
97. **Qual sua opinião sobre o tempo de espera para o(a) <NOME DA CRIANÇA> ser atendido no pronto-socorro?**
- (1) Péssimo (2) Ruim (3) Regular (4) Bom (5) Ótimo (99) NSA/IGN
98. **Qual sua opinião sobre o atendimento que o(a) <NOME DA CRIANÇA> recebeu no pronto-socorro?**
- (1) Péssimo (2) Ruim (3) Regular (4) Bom (5) Ótimo (99) NSA/IGN
99. **Em que tipo de transporte o Sr(a) levou o(a) <NOME DA CRIANÇA> até o pronto-socorro?**
- | | | |
|-----------------------------------|---------|----------------------|
| Caminhando | (0) Não | (1) Sim |
| De bicicleta | (0) Não | (1) Sim |
| De carroça | (0) Não | (1) Sim |
| De ônibus / lotação / Van / Kombi | (0) Não | (1) Sim |
| De ambulância / SAMU | (0) Não | (1) Sim |
| De carro da Polícia/ bombeiros | (0) Não | (1) Sim |
| De carro particular | (0) Não | (1) Sim |
| De táxi | (0) Não | (1) Sim |
| De moto | (0) Não | (1) Sim |
| Outro. Qual? _____ | (0) Não | (1) Sim (99) NSA/IGN |
100. **Foi gasto algum dinheiro em transporte para levar o(a) <NOME DA CRIANÇA> até o pronto-socorro para ser atendido?**
 (0) Não → PULAR PARA 102 (1) Sim (99) NSA/IGN
101. **SE SIM, quem pagou para o Sr(a) levar o(a) <NOME DA CRIANÇA> até o pronto-socorro?**
- | | | |
|--------------------------------------|---------|----------------------|
| Eu mesmo | (0) Não | (1) Sim |
| Prefeitura | (0) Não | (1) Sim |
| Comunidade / associação de moradores | (0) Não | (1) Sim |
| Políticos | (0) Não | (1) Sim |
| Igreja | (0) Não | (1) Sim |
| Parentes, vizinhos ou amigos | (0) Não | (1) Sim (99) NSA/IGN |
102. **Quanto tempo de viagem ou de transporte levou até chegar no pronto-socorro com o(a) <NOME DA CRIANÇA>?** ____ hora(s) e ____ minutos
 (99 / 99) NSA/IGN
103. **(#) Ao sair do atendimento do pronto-socorro o Sr(a) considera que o problema do(a) <NOME DA CRIANÇA>:**
- | | | |
|-----------------------|-------------------------|-----------------------|
| (0) Piorou | (1) Continua como antes | (2) Melhorou um pouco |
| (3) Melhorou bastante | (4) Curou / resolveu | (99) NSA/IGN |
104. **O médico lhe explicou o motivo pelo qual o(a) <NOME DA CRIANÇA> foi atendido no pronto-socorro desta última vez?**
 (0) Não (1) Sim (99) NSA/IGN
105. **Quando o(a) <NOME DA CRIANÇA> saiu do pronto-socorro recebeu algum relatório, documento ou papel explicando o que aconteceu no atendimento?** (0) Não (1) Sim (99) NSA/IGN
106. **O Sr(a) saiu do pronto-socorro com alguma receita de remédio(s) para o(a) <NOME DA CRIANÇA>?**
 (0) Não → PULAR PARA 110 (1) Sim (99) NSA/IGN
107. **SE SIM: O Sr(a) conseguiu todos o(s) remédio(s) da receita pelo SUS?**
 (0) Não (1) Sim → PULAR PARA 110 (99) NSA/IGN

108. **SE NÃO conseguiu todos os remédios da receita pelo SUS, comprou algum?**
(0) Não→ PULAR PARA 110 (1) Algum (2) Todos (99) NSA/ IGN

109. **SE COMPROU ALGUM OU TODOS: Quanto gastou? R\$ _____** (9999) NSA/ IGN

110. **Após este atendimento no pronto-socorro, o(a) Sr(a) tratou o(a) <NOME DA CRIANÇA> de alguma outra forma além do que lhe foi receitado no pronto-socorro?**
(0) Não→ PULAR PARA 112 (1) Sim (99) NSA/ IGN

111. **SE SIM, o que fez para tratar o(a) <NOME DA CRIANÇA>?**

Deu outro remédio por conta própria	(0) Não	(1) Sim	
Deu algum chá	(0) Não	(1) Sim	
Mandou benzer	(0) Não	(1) Sim	
Buscou apoio na religião	(0) Não	(1) Sim	
Buscou curandeiro	(0) Não	(1) Sim	
Deu homeopatia	(0) Não	(1) Sim	
Deu florais	(0) Não	(1) Sim	
Outro. Qual? _____	(0) Não	(1) Sim	(99) NSA/ IGN

AGORA VAMOS FALAR SOBRE INTERNAÇÃO NO HOSPITAL

112. **Desde <MÊS> do ano passado até agora, o(a) <NOME DA CRIANÇA> esteve internado(a) em algum hospital?**

(0) Não (1) Sim → APLICAR 114 E PULAR PARA 117 (99) IGN

113. **SE NÃO: Apesar de o(a) <NOME DA CRIANÇA> não ter internado, houve indicação médica para internar desde <MÊS> do ano passado até agora?**

(0) Não→ PULAR PARA 139

(1) Sim, houve indicação, mas não internou→ APLICAR 114 até 116 (99) NSA/ IGN

114. **Por qual motivo o médico indicou para o(a) <NOME DA CRIANÇA> a internação no hospital?**

(01) Para fazer cirurgia ou operação de urgência

(02) Para fazer cirurgia ou operação que não era de urgência

(03) Para fazer o tratamento clínico de uma doença

(04) Somente para fazer exames

(05) Outro. Qual? _____ (99) NSA/ IGN

115. **** **Por que o(a) <NOME DA CRIANÇA> não internou no hospital, se teve indicação? (marcar apenas 1 opção)**

Falta de leito	(0) Não	(1) Sim
Ausência de transporte	(0) Não	(1) Sim
Não pode pagar	(0) Não	(1) Sim
Achou que a criança não precisava	(0) Não	(1) Sim
Por medo	(0) Não	(1) Sim
Por compromissos com a família ou no trabalho	(0) Não	(1) Sim
Outro. Qual? _____	(0) Não	(1) Sim

(99) NSA/ IGN

116. **(#) O que aconteceu com o(a) <NOME DA CRIANÇA> se teve indicação para internar no hospital e não internou?**

(0) Piorou (1) Continua como antes (2) Melhorou um pouco

(3) Melhorou bastante (4) Curou / resolveu (99) NSA/ IGN

117. **SE INTERNOU: Quantas vezes o(a) <NOME DA CRIANÇA> foi internado em hospital desde <MÊS> do ano passado até agora?** Nos últimos 30 dias: ___ vezes
 Entre 1 mês e 6 meses atrás: ___ vezes
 Entre 6 meses até 1 ano atrás: ___ vezes (99) NSA/IGN (00) Nenhuma vez

AGORA VAMOS FALAR DA ÚLTIMA INTERNAÇÃO NO HOSPITAL

118. **Qual foi o motivo da internação do (a) <NOME DA CRIANÇA> nesta última vez?** (99) NSA/IGN

119. **Que serviço encaminhou o(a) <NOME DA CRIANÇA> para a internação?** (99) NSA/IGN

	<u>Local/endereço</u>
Posto de Saúde	
Pronto-socorro do SUS	
Pronto atendimento por Convênio / Plano de Saúde	
Ambulatório da Faculdade	
Centro de especialidades	
Consultório por convênio ou plano de saúde	
Consultório Particular	
Outro hospital	
Outro – Qual?	

120. **O Sr(a) gastou algum dinheiro nesta última internação do(a) <NOME DA CRIANÇA>?**
 (0) Não → PULAR PARA 122 (1) Sim (99) NSA/IGN

121. **SE SIM, quanto gastou?** R\$ _____ (9999) NSA/IGN

122. **A internação foi por algum convênio, particular ou SUS?**
 (1) Por algum convênio (2) Particular (3) SUS (99) NSA/IGN

123. **Quanto tempo demorou até conseguir internar o(a) <NOME DA CRIANÇA> no hospital?** ___ dias
 (000) No mesmo dia (999) NSA/IGN

124. **Qual sua opinião sobre o tempo de espera para internar o(a) <NOME DA CRIANÇA> no hospital?**



(1) Péssimo

(2) Ruim

(3) Regular

(4) Bom

(5) Ótimo

(99) NSA/IGN

125. Qual sua opinião sobre o atendimento que o(a) <NOME DA CRIANÇA> recebeu nesta internação no hospital?



(1) Péssimo

(2) Ruim

(3) Regular

(4) Bom

(5) Ótimo

(99) NSA/ IGN

126. Em que tipo de transporte o Sr(a) levou o(a) <NOME DA CRIANÇA> até o hospital para internar?

Caminhando

(0) Não (1) Sim

De bicicleta

(0) Não (1) Sim

De carroça

(0) Não (1) Sim

De ônibus / lotação / Van / Kombi

(0) Não (1) Sim

De ambulância / SAMU

(0) Não (1) Sim

De carro da polícia/ bombeiros

(0) Não (1) Sim

De carro particular

(0) Não (1) Sim

De táxi

(0) Não (1) Sim

De moto

(0) Não (1) Sim

Outro. Qual? _____

(0) Não (1) Sim

(99) NSA/ IGN

127. Foi necessário gastar algum dinheiro em transporte para levar o(a) <NOME DA CRIANÇA> até o hospital para internar?

(0) Não→ PULAR PARA 129

(1) Sim

(99) NSA/ IGN

128. SE SIM: Quem pagou para levar o(a) <NOME DA CRIANÇA> até o hospital para internar?

Eu mesmo

(0) Não (1) Sim

Prefeitura

(0) Não (1) Sim

Comunidade / associação de moradores

(0) Não (1) Sim

Políticos

(0) Não (1) Sim

Igreja

(0) Não (1) Sim

Parentes, vizinhos ou amigos

(0) Não (1) Sim

(99) NSA/ IGN

129. Quanto tempo de viagem ou de transporte levou para o(a) <NOME DA CRIANÇA> chegar até o hospital?

___ horas e ___ minutos

(99 / 99) NSA/IGN

130. (#) Depois desta internação, após sair do hospital, o Sr(a) acha que o problema do(a) <NOME DA CRIANÇA>:

(0) Piorou

(1) Continua como antes

(2) Melhorou um pouco

(3) Melhorou bastante

(4) Curou / resolveu

(99) NSA/ IGN (0) Piorou

131. O médico lhe explicou o motivo pelo qual o(a) <NOME DA CRIANÇA> internou desta última vez?

(0) Não

(1) Sim

(99) NSA/ IGN

132. Quando o(a) <NOME DA CRIANÇA> saiu do hospital recebeu um relatório ou atestado ou nota de alta ou algum papel explicando o que aconteceu nesta internação?

(0) Não

(1) Sim

(99) NSA/ IGN

133. O(a) <NOME DA CRIANÇA> saiu do hospital com alguma receita de remédio(s)?

(0) Não→ PULAR PARA 137

(1) Sim

(99) NSA/ IGN

134. SE SIM: O(A) Sr(a) conseguiu todos o(s) remédio(s) da receita pelo SUS?

(0) Não

(1) Sim→ PULAR PARA 137

(99) NSA/ IGN

135. SE NÃO conseguiu todos os remédios da receita pelo SUS, comprou algum?

(0) Não→ PULAR PARA 137

(1) Algum

(2) Todos

(99) NSA/ IGN

136. SE COMPROU ALGUM OU TODOS: Quanto gastou? R\$ _____

(9999) NSA/ IGN

137. Após esta internação, o(a) <NOME DA CRIANÇA> foi tratado de alguma outra forma além do que o médico receitou para ele(ela) nesta internação?

(0) Não→ PULAR PARA 139

(1) Sim

(99) NSA/ IGN

138. SE SIM: O que fez para tratar o(a) <NOME DA CRIANÇA>?

Deu outro remédio por conta própria

(0) Não

(1) Sim

Deu algum chá	(0) Não	(1) Sim	
Mandou benzer	(0) Não	(1) Sim	
Buscou apoio na religião	(0) Não	(1) Sim	
Buscou curandeiro	(0) Não	(1) Sim	
Deu homeopatia	(0) Não	(1) Sim	
Deu florais	(0) Não	(1) Sim	
Outro. Qual? _____	(0) Não	(1) Sim	(99) NSA/ IGN

AGORA, VAMOS FALAR SOBRE SUA CASA E OS MORADORES

139. O domicílio tem água encanada?

(0) Não (1) Sim, dentro de casa (2) Sim, no pátio (99) IGN

140. Para onde vai o lixo?

(1) É recolhido pelo caminhão (2) É enterrado (3) É queimado
 (4) É jogado fora do pátio (5) Outro. Qual? _____ (99) NSA/ IGN

141. (!) Tipo de casa (OBSERVAR!):

(01) tijolo c/ reboco (02) tijolo s/ reboco (03) apartamento (04) mista (madeira e tijolo)
 (05) madeira regular (06) madeira irregular (07) papelão ou lata (08) barro
 (09) palha (10) lona () outro: _____

142. Vocês têm em casa?

Televisão em cores	(0)	(1)	(2)	(3)	(4) ou mais
Rádio	(0)	(1)	(2)	(3)	(4) ou mais
Banheiro	(0)	(1)	(2)	(3)	(4) ou mais
Automóvel (carro)	(0)	(1)	(2)	(3)	(4) ou mais
Empregada mensalista	(0)	(1)	(2)	(3)	(4) ou mais
Máquina de lavar	(0)	(1) ou mais			
Vídeo Cassete ou DVD	(0)	(1) ou mais			
Geladeira	(0)	(1) ou mais			
Freezer	(0)	(1) ou mais			(99) IGN

AGORA VAMOS FALAR SOBRE AS PESSOAS QUE MORAM COM A SR(a) E SOBRE A RENDA DA FAMÍLIA

143. No total, quantas pessoas moram nesta casa? ___ __ pessoas (99) IGN

144. No mês passado, algum dos moradores recebeu bolsa família ou algum outro benefício do governo?

Bolsa Família	(0000) Não	R\$ _____ por mês
Aposentadoria por invalidez	(0000) Não	R\$ _____ por mês
Aposentadoria (idade / tempo de serviço)	(0000) Não	R\$ _____ por mês
Auxílio-doença	(0000) Não	R\$ _____ por mês
Seguro-desemprego	(0000) Não	R\$ _____ por mês

145. No mês passado, quanto ganharam as pessoas que moram aqui? Excluindo os benefícios citados acima.

Pessoa 1 R\$ _____
 Pessoa 2 R\$ _____
 Pessoa 3 R\$ _____
 Pessoa 4 R\$ _____ (99999) IGN - não respondeu / não sabe

146. No mês passado, a família teve outra fonte de renda (aluguel ou pensão, etc.) que não foi citada acima?

(0000) Não R\$ _____ por mês

AGORA EU GOSTARIA DE PERGUNTAR ALGUMAS COISAS SOBRE O(A) CHEFE DA FAMÍLIA

147. Quem é o(a) chefe da família?

(1) Próprio(a) entrevistado(a)
 (2) Marido / companheiro da entrevistada
 (3) Esposa / companheira do entrevistado
 (4) Mãe /pai do(a) entrevistado(a)
 (5) Avô / avó do entrevistado(a)
 (6) Filho / filha do(a) entrevistado
 (7) Outro familiar do(a) entrevistado(a)
 (8) Outra pessoa. Qual outra? _____ (99) IGN

- 148. Qual é a escolaridade do(a) <CHEFE DA FAMÍLIA>?**
 (1) nenhuma ou até 3º série (primário incompleto)
 (2) 4ª série (primário completo) ou 1º grau (ginasial) incompleto
 (3) 1º grau (ginasial) completo ou 2º grau (colegial) incompleto
 (4) 2º grau (colegial) completo ou nível superior incompleto
 (5) nível superior completo (99) IGN
- 149. (!) O chefe da família é (OBSERVAR!):** (1) Homem (2) Mulher (99) IGN
- 150. Qual a idade do(a) <CHEFE DA FAMÍLIA>?** ___ __ __ anos (99) IGN
- 151. O <CHEFE DA FAMÍLIA> está trabalhando atualmente?** (99) IGN
 (0) Não→ PULE PARA 153 e APLIQUE AS PERGUNTAS DOS EXAMES PREVENTIVOS
 (1) Sim→ APLIQUE 152 e APLIQUE AS PERGUNTAS DOS EXAMES PREVENTIVOS
- 152. O <CHEFE DA FAMÍLIA> trabalha de empregado, patrão ou conta própria?**
 (1) empregado com carteira assinada
 (2) empregado sem carteira assinada (99) NSA/ IGN
 (3) conta própria
 (4) patrão (empregador)
 (5) não remunerado
 * Que tipo de trabalho faz?
- 153. SE NÃO ESTÁ TRABALHANDO ATUALMENTE: Qual a situação atual de trabalho do <CHEFE DA FAMÍLIA>?**
- | | | | |
|---|---------|---------|---------------|
| Nunca trabalhou | (0) Não | (1) Sim | |
| Não está trabalhando, mas está procurando emprego | (0) Não | (1) Sim | |
| Não está trabalhando nem procurando emprego | (0) Não | (1) Sim | |
| Está aposentado | (0) Não | (1) Sim | |
| Está encostado por problema de saúde | (0) Não | (1) Sim | |
| Está estudando | (0) Não | (1) Sim | |
| Outra situação. Qual? _____ | (0) Não | (1) Sim | (99) NSA/ IGN |