Universidade de São Paulo
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
Departamento de Medicina Social

Carolina Brunelli Alvares da Silva

Avaliação da saúde, condições socioeconômicas e utilização da
Estratégia Saúde da Família

RIBEIRÃO PRETO
2008

Carolina Brunelli Alvares da Silva

Avaliação da saúde, condições socioeconômicas e utilização da
Estratégia Saúde da Família

Dissertação apresentada ao Departamento
de Medicina Social da Faculdade de
Medicina de Ribeirão Preto – USP para
obtenção do título de mestre.

Área de concentração: Saúde na
Comunidade

Orientadora: Profa. Dra. Maria da
Conceição Pereira Saraiva

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio, convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Silva, Carolina Brunelli Alvares da
Avaliação da saúde, condições socioeconômicas e utilização da
Estratégia Saúde da Família. Ribeirão Preto, 2008.
111 p: il. ; 30cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de
Medicina de Ribeirão Preto/USP – Área de concentração: Saúde na
Comunidade.

Orientadora: Saraiva, Maria da Conceição Pereira.

1. Saúde da família. 2. Utilização de serviços de saúde. 3.
Condições socioeconômicas.

FOLHA DE APROVAÇÃO

CAROLINA BRUNELLI ALVARES DA SILVA

Avaliação da saúde, condições socioeconômicas e utilização da Estratégia Saúde da Família

Dissertação apresentada ao Departamento de
Medicina Social da Faculdade de Medicina de
Ribeirão Preto – FMRP-USP para obtenção
do título de Mestre.

Área de concentração: Saúde na Comunidade

Aprovado em : ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Quando tentar algo de novo na vida, tente pra valer, mude, arrisque-se, viva intensamente

Quando for amar, ame o mais profundo que puder

Quando for sorrir, procure sorrir com os olhos também

Quando for abraçar um amigo, abrace com carinho e lembre desse abraço por toda vida

Quando for pensar em desistir, lembre-se da luta que foi começar e não desista

Quando for falar, fale somente o necessário

Quando precisar de ajuda, não se envergonhe em pedir socorro

Quando sentir raiva de alguém, ore e peça luz para essa pessoa

Quando for sonhar, sonhe bem alto, bem longe

Quando for partir, não diga "adeus", diga que foi tudo maravilhoso

Dedico esse trabalho
aos meus dois maiores parceiros de vida:

Minha mãe, Tereza, a melhor amiga, cúmplice e companheira

Meu namorado, José Renato meu grande incentivador.

AGRADECIMENTOS

À **Deus**, Pai , Filho e Espírito Santo, pela luz, proteção e força oferecida a mim durante todos os momentos da minha vida.

Ao meu namorado **José Renato** por ter sempre uma palavra de incentivo e por acreditar em mim, muitas vezes, mais do que eu mesma.

À minha preciosa família:

Meus pais **Jayme e Tereza** pelos valores transmitidos para que eu pudesse trilhar meu caminho sempre com dignidade, honestidade e respeito ao próximo. Por proporcionarem que eu estudasse em boas escolas, apesar das dificuldades, fazendo com que eu pudesse chegar até aqui.

Meus irmãos **Carlos e Fernando** pelo apoio aos meus estudos e também pelo amor e carinho que têm por mim.

Minha irmã **Silvia**, por ser uma grande amiga e pela nossa união. Por ter me acolhido em Ribeirão desde quando fui prestar vestibular até hoje, quando concluo o meu mestrado. Sil, à você e sua família: Mau, Gui e Mari obrigada pela hospitalidade.

Meus cunhados: **Heloísa, Maurício e Andréia** pela amizade.

Aos meus amores, os meus sobrinhos: **Marina, Guilherme, Cacá, Mariana e Vitor** pelos momentos de imensa alegria e diversão.

À **Maria Eduarda** pelo seu apoio, orientação e amizade.

À minha orientadora **Profa. Conceição** pela oportunidade que me ofereceu, quando todas as portas pareciam estar fechadas e por todos os conhecimentos científicos transmitidos.

Aos professores: **Ruffino, Aldaísa e Ione** pela colaboração e sugestões no exame geral de qualificação.

À todos os **professores do Departamento de Medicina Social** pela boa convivência e pela partilha de conhecimentos. Em especial agradeço:

Prof. Ruffino pela oportunidade de convivência, pela excelência de suas aulas, pelo relacionamento atencioso e respeitoso que tem com todos a sua volta. Minha imensa admiração como pessoa, professor e pesquisador.

Profa. Aldaísa pela preocupação em ajudar na minha formação, proporcionando a oportunidade de participar do grupo de pesquisa do centro de atenção primária à saúde e pelo apoio nos momentos difíceis.

Prof. Affonso pelas brilhantes aulas ministradas.

Professores Antônio Carlos e Juan pela oportunidade de estagiar no programa de aperfeiçoamento de ensino, sempre solícitos e dispostos em colaborar comigo.

Professores Jair e Antônio Luiz pela atenção que sempre tiveram por mim.

Profa. Maria do Carmo pela atenção e ensinamentos.

À minha querida **turma de mestrado**:

Ana Tereza, Carol, Rosane, Maria Alice, Maria Elvira, Marcelo, Fernanda, Santana, Tiago, Sílvia Sawada, Sílvia, Thaíse, Angélica, Tobias, Bibiana, Sabrina e Joab pela amizade, pelas ricas discussões em aula e pelas conversas tivemos durante o período do mestrado. Em especial agradeço ao **Joab** pelo companheirismo, pela disposição e interesse sempre em colaborar com o grupo tendo um espírito de partilha em tudo que faz.

A **todos os funcionários do DMS**. Em especial: Carol, Regina, Mônica, Tânea, Solange, Rosane, Sr. Antônio, Goreti, Goulart, Olinda e Gilmar pela competência e pelo carinho e atenção que sempre tiveram por mim.

A **toda Equipe do Núcleo 1 de Saúde da Família** por ter colaborado e facilitado com a execução do meu trabalho de campo. Em especial agradeço: a enfermeira Sônia, a Dra. Quitéria, a agente comunitária Vaní e a funcionária Gisele pela receptividade e interesse em meu trabalho.

Às **Famílias do Sumarezinho** que participaram desse estudo por terem me recebido em suas casas com a consciência de ter colaborado com a pesquisa científica.

À **Renata** pela participação dedicada e responsável, nas etapas de: confecção e pré-teste do questionário, amostragem, entrevistas, codificação e inserção de dados.

À **Carla** pela participação nas etapas de: confecção do questionário e pré-teste e amostragem. E também por ter participado como auxiliar nas entrevistas.

À **Mariana** pela participação nas etapas de confecção e pré-teste do questionário.

À **Francine** em primeiro lugar pela sua amizade e também pela participação nas entrevistas, codificação e inserção de dados.

À **Ana Larissa**, por sua amizade e por ter participado como auxiliar nas entrevistas e na codificação e inserção de dados.

Ao **Sidney** por ter me “apresentado” ao programa de mestrado “Saúde na Comunidade” fazendo despertar em mim o interesse por esta pós-graduação. Obrigada também pela sua amizade e por ter sido meu “companheiro da sala de computadores”.

Ao **Henrique** do CEMEQ pela sua paciência e grande auxílio na análise estatística.

Aos meus **companheiros de viagem** Bebedouro-Ribeirão/Ribeirão-Bebedouro: Flávia, Jorge, Aninha, Jú e César pela companhia, pelas boas conversas e risadas que tivemos em nosso percurso diário. Ah, e também por não me deixarem dormindo no ônibus quando chegávamos...

Aos meus queridos padrinhos, tio **Milton** e tia **Elza**, pela presença constante em minha vida, sempre me cobrindo de muito amor e carinho.

À **Laura, Livia e Raquel**, minhas queridas amigas, pela torcida pra que tudo desse certo.

E finalmente agradeço a **Profa. Zezé Bistafa** e o **Prof. Juan**, membros da minha banca examinadora, por terem aceitado o meu convite e pelas sugestões e colaborações, na realização da pré-banca, tão valiosas para o aperfeiçoamento deste trabalho..

RESUMO

SILVA, C. B. A. **Avaliação da saúde, condições socioeconômicas e participação na Estratégia Saúde da Família**. 2008. 111f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008

Atualmente a atenção básica no sistema de saúde pública brasileiro, tem sido reorganizada pela Estratégia Saúde da Família (ESF). Este estudo tem como objetivo principal conhecer as características das famílias que se cadastram na ESF em relação àquelas que numa mesma área não se cadastram, para que, desta forma, possamos avaliar se as famílias cadastradas são realmente as mais necessitadas economicamente e em termos de atenção à saúde. Foi realizado um inquérito populacional na área de abrangência de um dos núcleos de saúde da família (NSF) no bairro Sumarezinho da cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. Participaram do sorteio da amostra a ser estudada todos os domicílios situados em sua a área de abrangência, independente de serem cadastrados ou não na ESF. A amostra foi estratificada pelas cinco microáreas pertencentes à área da unidade. Em cada microárea 15% das famílias cadastradas (C) na ESF e 60% das não cadastradas (NC) foram sorteadas. A coleta de informações foi realizada por meio de um questionário (completo) previamente elaborado, estruturado e pré-testado, aplicado a um membro da família. Foram coletadas informações de 209 famílias, relacionadas: à saúde geral e bucal, cobertura de plano de saúde médico e odontológico, condições socioeconômicas, dentre outras. Além disso, informações sobre o perfil de utilização da ESF pelas famílias C e os motivos para não participação das NC, foram também coletados. A análise descritiva foi seguida de análise bivariada entre os grupos de C e NC. Para variáveis contínuas, comparações de médias (teste t) apropriadas foram realizadas, e para variáveis categóricas, o teste de qui-quadrado foi empregado. Foram construídos dois modelos de maneira hierárquica, para análise multivariável. 30,8% das famílias NC não tinham conhecimento da existência da ESF no bairro. Dentre as que já conheciam a não participação foi justificada pela posse de plano de saúde. Cerca de 28,0% dos membros das famílias C não utilizam a ESF, a razão mais comum para isso é ter um plano de saúde ou não ter problemas de saúde. O principal motivo para utilização da ESF pelas famílias C é para realização de consultas de rotina. As famílias C têm em geral mais doenças diagnosticadas do que as NC, especialmente artrite/artrose, diabetes, hipertensão, problemas cardíacos, asma e problemas de coluna. Com base no modelo construído para todos as famílias participantes do estudo, as variáveis que melhor predisseram estar cadastrado na ESF foram escolaridade e ocupação do chefe da família, o tempo de moradia no bairro, porcentagem de pessoas com convênio de saúde e número de moradores. No modelo para as famílias que responderam questionário completo a classificação de poder de compra (ABEP) foi mais importante do que a escolaridade do chefe da família. A média de idade da família e a porcentagem de indivíduos embora não tenha sido estatisticamente significativa ao ser incluída no modelo ($p= 0.289$), mostra que existe uma tendência de famílias com média de idade maior se cadastrar mais na ESF.

Palavras-chave: Saúde da família, Utilização de serviços de saúde, Condições socioeconômicas.

ABSTRACT

SILVA, C. B. A. **Evaluation of health, socioeconomic context and participation in Family Health Strategy, Ribeirão Preto, Brazil.** 2008. 111f. Dissertation (Master) - College of Medicine of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

Currently, the basic care in Brazilian public health system, has been reorganized by the Family Health Strategy (FHS). This study aims to understand the main characteristics of the families signing up in the FHS for those in the same area not signing up. For that, this way we can assess whether the families are actually registered the most deprived economically and in terms of health care. It was an investigation population in the area of coverage of one of the centers of family health, Sumarezinho neighborhood in the city of Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil. Part of the draw of the sample being studied all homes located in the area of coverage of CFH1, whether they registered or not in FHS. Have been excluded from the draw the buildings used for commercial or institutional and homes without residents. The sample was stratified by the five belonging to the microarea of CFH1. In each microarea 15% of households registered (R) at the FHS and 60% of non-registered (NR) were drawn. The data collection was conducted through a questionnaire (full) previously prepared, structured, pre-tested, applied to a family member. Data were collected from 209 families, related to: the general health and oral, plan for coverage of medical and dental health, socio-economic conditions, among others. In addition, information on the profile to use the FHS by households R and the reasons for non-participation of NR, were also collected. The descriptive analysis was followed by the bivariate analysis between groups of R and NR. For continuous variables, comparisons of means (t test) were made appropriate, and categorical variables, the Chi-square test was used. Two models were constructed on a hierarchical, for multivariate analysis. 30.8% of households NR were not aware of the existence of the FHS in the neighborhood. Among those who already knew the non-participation was justified by the possession of the health plan. About 28.0% of the members of the families R does not use the FHS, the most common reason for this is to have a health plan or not having health problems. The main reason for use of the FHS by households R is to hold consultations routine. R The families generally have more disease than those diagnosed NR, especially arthritis/osteoarthritis, diabetes, hypertension, heart problems, asthma and spine problems. Based on the model built for all the families participating in the study, the variables that best predicted to be registered in the ESF were schooling and occupation of head of household, the time of housing in the neighborhood, percentage of people with agreement on health and number of residents. In the model for the families who answered the questionnaire complete classification of purchasing power (ABEP) was more important than the education of the head of the family. The average age of the family and the percentage of individuals but was not statistically significant to be included in the model, shows that there is a tendency for families with average age is higher registered more at FHS.

Key words: Family health, Utilization of health services, Socioeconomic context

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Distritos de Saúde de Ribeirão Preto – SP	56
Figura 2	Mapa do município de Ribeirão Preto mostrando a localização dos NSF	57
Figura 3	Localização dos NSF e do CSE	58

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Famílias que responderam os questionários: completo e compactado, Núcleo SF, Sumarezinho, Ribeirão Preto, 2006/2007	72
Tabela 2	Motivos que levaram à não obtenção de informações, núcleo SF, Sumarezinho, Ribeirão Preto, 2006/ 2007	72
Tabela 3	Caracterização dos respondentes dos questionários compactados e principais para as famílias cadastradas e não cadastradas, núcleo SF, Sumarezinho, Ribeirão Preto, 2006/2007	75
Tabela 4	Características das famílias que responderam questionários completos e compactados, núcleo SF, Sumarezinho, Ribeirão Preto 2006/2007	76
Tabela 5	Caracterização dos respondentes entre cadastrados e não cadastrados (compactados e completos), núcleo SF, Sumarezinho, Ribeirão Preto 2006/2007	79
Tabela 6	Características das famílias cadastradas e não cadastradas (questionários completos e compactados), núcleo SF, Sumarezinho, Ribeirão Preto 2006/ 2007	80
Tabela 7	Características dos respondente dos questionário completo, núcleo SF, Sumarezinho, Ribeirão Preto, 2006/2007	83
Tabela 8	Características das famílias cadastradas e não cadastradas na Estratégia Saúde da Família que responderam questionários completos, núcleo SF, Sumarezinho, Ribeirão Preto 2006/2007	84
Tabela 9	Doenças mais comuns entre famílias cadastradas e não cadastradas na ESF núcleo SF, Sumarezinho, Ribeirão Preto 2006/2007	86
Tabela 10	Resultado final do modelo para famílias repondentes de questionários completos e compactados (n= 209), núcleo SF, Sumarezinho, Ribeirão Preto 2006/2007	87
Tabela 11	Resultado final do modelo para famílias respondentes de questionários completos (n= 153), Núcleo SF, Sumarezinho, Ribeirão Preto 2006/2007	88
Tabela 12	Utilização de serviços de saúde nos 15 dias precedentes a entrevista entre famílias cadastradas e não cadastradas, Núcleo SF, Sumarezinho, Ribeirão Preto 2006/2007	91

Tabela 13	Informações relativas à Estratégia Saúde da Família pelas famílias não cadastradas no núcleo SF, Sumarezinho, Ribeirão Preto, 2006/2007 (n= 62).....	92
Tabela 14	Características de utilização da Estratégia Saúde da Família pelas famílias cadastradas no núcleo SF, Sumarezinho, Ribeirão Preto, (n= 94) que responderam o questionário completo.....	93

LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
AMQ	Avaliação para Melhoria da Qualidade
APS	Atenção Primária à Saúde
C	Cadastradas
CAA	Coordenação de Acompanhamento e Avaliação
CSE	Centro de saúde escola
DAB	Departamento de Atenção Básica
EP	Erro Padrão
ESF	Estratégia Saúde da Família
FMRP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
M	Microárea
MS	Ministério da Saúde
NC	Não Cadastradas
NSF	Núcleo de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
RP	Razão de Prevalência
SF	Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SPT	Saúde Para Todos
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA	29
2 QUADRO TEÓRICO	35
2.1 Revisão da literatura	35
2.1.1 Um breve histórico sobre os fatos antecedentes à implantação do Programa Saúde da Família no Brasil	35
2.1.2 A Estratégia Saúde da Família.....	37
2.1.3 Avaliação em Saúde	43
2.1.4 Avaliação e a Estratégia Saúde da Família.....	47
3 OBJETIVOS.....	51
3.1 Objetivo Principal.....	51
3.2 Objetivos Secundários.....	51
4 METODOLOGIA	55
4.1 Tipo de estudo	55
4.2 Local do estudo	55
4.3 População de Estudo.....	58
4.4 Amostragem	59
4.5 Abordagem das famílias	60
4.6 Consentimento Livre e Esclarecido	60
4.7 Garantias de Sigilo	61
4.8 Coleta de Dados	61
4.9 Pré-teste do Questionário	61
4.10 Banco de dados.....	62
4.11 Informações do questionário completo	62
4.12 Varáveis analisadas.....	64
4.13 Análise Estatística	66
5 RESULTADOS.....	71
5.1 Participação das famílias no estudo	71

5.2 Comparação das famílias que responderam questionário completo com as que responderam o questionário compactado.	73
5.2.1 Respondentes.....	73
5.2.2 Famílias	74
5.3 Comparação entre famílias cadastradas e não cadastradas que responderam questionário completo ou compactado, para as variáveis comuns a ambos os tipos de questionário.....	78
5.3.1 Respondentes.....	78
5.3.2 Famílias	78
5.4 Comparação entre famílias cadastradas e não cadastradas que responderam o questionário completo.	81
5.4.1 Respondentes.....	81
5.4.2 Famílias	81
6 DISCUSSÃO	97
REFERÊNCIAS	105
APÊNDICES E ANEXOS	111

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O programa saúde da família (PSF) foi estabelecido como estratégia para reorganização da atenção primária à saúde do sistema de saúde pública brasileiro. Desde sua implantação, em 1994, o PSF teve um crescimento expressivo (BRASIL, 2004a). Um levantamento realizado pelo Ministério da Saúde (MS) mostrou que até o ano de 2006, no Brasil haviam sido implantadas 26.729 equipes de Saúde de Família, em 5.106 municípios, cobrindo 46,2% da população, o que corresponde à cerca de 85,7% milhões de pessoas. Os investimentos para o PSF também aumentaram significativamente, de 2003 a 2006, passando de R\$ 1.662,80 bilhões para R\$ 3.248,50 bilhões, respectivamente (BRASIL, 2004b).

Devido à dimensão da expansão do programa e do aumento de investimentos dos recursos públicos, preocupa a maneira como foi implantado o PSF no Brasil. Não foram encontrados trabalhos na literatura que mostrassem a existência de uma avaliação prévia à implantação do programa.

Atualmente, após a implantação da ESF¹, o governo tem se preocupado em avaliar a atenção básica, utilizando-se de diversos recursos: Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB (BRASIL, 2000), Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família - PROESF (BRASIL, 2002a) e Avaliação para Melhoria de Qualidade - AMQ (BRASIL, 2002b).

De maneira geral, as avaliações governamentais e alguns esforços individuais de avaliação (BRASIL, 2004a, CACCIA-BAVA, 2004; CERCI NETO et al., 2003; CEZAR, 2003; CICONI; VENANCIO; ESCUDER, 2004; DUBEUX et al., 2004;

¹ Neste trabalho passaremos a utilizar a denominação Estratégia Saúde da Família (ESF) substituindo a denominação Programa de Saúde da Família (PSF). A explicação da mudança dessa nomenclatura encontra-se na página 37.

FONSECA, 2003; MOURA; HOLANDA JÚNIOR; RODRIGUES, 2003; OLIVEIRA FILHO, 1999; SAMICO, 2003; TRAD; BASTOS, 1998) mostram melhorias de indicadores de saúde nas famílias assistidas pela Estratégia Saúde da Família (ESF). Dentre os indicadores de melhorias encontramos menor ocorrência de hospitalizações, maior integralidade de ações (SAMICO, 2003), maior adesão ao tratamento de hipertensão arterial, melhoria da cobertura de exames preventivos de câncer cérvico-uterino (CACCIA-BAVA, 2004), aumento do número de pré-natais, cobertura vacinal, e captação precoce de gestantes (MOURA; HOLANDA JÚNIOR; RODRIGUES, 2003). Além do mais, um estudo recente mostrou que os usuários da ESF estabelecem maior frequência de vínculos com os profissionais, que as equipes de SF disponibilizam mais recursos para atender a diversidade das necessidades de saúde da população, é mais fácil conseguir uma consulta e também ser atendido em menos de 24 horas na ESF, quando comparada à outros tipos de serviços que oferecem atenção básica à saúde.

Apesar de todos estes esforços avaliativos, um fator em comum a todas estas avaliações é a falta de informação sobre as famílias não cadastradas nas áreas cobertas pela ESF.

Assim, é importante saber se as famílias cadastradas são realmente as mais necessitadas economicamente e em termos de necessidade de atenção à saúde. Pois de acordo com Whitehead (1990) as políticas nacionais de saúde, planejadas para a população como um todo, não podem pretender preocupar-se da mesma forma com a saúde de todos se o impacto mais importante sobre a saúde/doença se faz sentir nos grupos mais vulneráveis da sociedade.

Caso a ESF não esteja atendendo as famílias mais necessitadas, o programa não estaria cumprindo um importante princípio do SUS (Sistema Único de Saúde), o da equidade.

Além do mais, a identificação e a compreensão dos motivos, que levam algumas pessoas a não utilizar um serviço gratuito, que está disponível a todos e ainda promove a busca ativa do usuário, pode trazer subsídios para os processos de planejamento e organização dos serviços oferecidos pela ESF à população.

É preciso, portanto, conhecer as famílias que não estão cadastradas no PSF, suas necessidades de saúde e as razões que as impedem de participar do programa.

QUADRO TEÓRICO

2 QUADRO TEÓRICO

2.1 Revisão da literatura

2.1.1 Um breve histórico sobre os fatos antecedentes à implantação do Programa Saúde da Família no Brasil

Em 1978, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), realizaram em Alma Ata, capital da República Soviética do Cazaquistão, a Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde. Nesta ocasião, foi proposto aos países participantes colocar em prática estratégias globais, nacionais e regionais para alcançar a meta: “Saúde para todos no ano 2000” (SPT 2000). Para que esta meta fosse atingida as ações de saúde deveriam estar centradas em cuidados primários (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978).

A OMS definiu os cuidados primários como:

[...] Cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis, com acesso universal aos indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua participação social e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada estágio do seu desenvolvimento. [...] representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados são oferecidos o mais próximo possível dos lugares onde as pessoas vivem e trabalham (WHO, 1978, p. 1-2).

Desta forma, todos os governos foram convidados a formular políticas nacionais, estratégias e planos de ação para iniciar e sustentar os cuidados primários à saúde como parte do sistema nacional de saúde de seus países (WHO, 1978).

De acordo com Pereira (2008) as formulações da conferência de Alma Ata tornaram-se um marco histórico na organização dos sistemas de saúde de diversos países, os quais vêm buscando atingir qualidade na atenção, ampliação do acesso e promoção da equidade.

Rivero (1999), no entanto, destaca que 23 anos após a realização da assembléia mundial de saúde, apontou que o conceito de APS apresentou múltiplas interpretações ao longo destes anos. Este mesmo autor relata que a APS não deve ser entendida como um programa independente e paralelo aos demais programas de saúde, nem como um pacote de ações mínimas com caráter mais de esmola do que de direito. A APS precisa, dentre outros fatores, ser entendida como:

[...] uma forma conceitual e operativamente orgânica de confronto de fatores causais dos problemas de saúde, orientada a alcançar a meta sócio-política da saúde para todos. Tem origem e base na urgência moral de reduzir as iniquidades, a falta de solidariedade e as injustiças sociais no cuidado da saúde de todos. Deve ser então, o cuidado sem discriminação, frente a um direito de todos os seres humanos e povos (RIVERO, 1999, p. 15).

Schraiber e Mendes-Gonçalves (1996) mostram que muitas vezes a APS é tratada como um serviço simples e de baixa complexidade por utilizar tecnologias de menor densidade nas práticas de saúde, mas alertam que a APS engloba tecnologias de alta complexidade quando tomada a partir da integralidade da assistência.

No Brasil, há uma tendência de utilizar o termo Atenção Básica em Saúde para definir as ações que competem à APS (PEREIRA, 2008). O Ministério da Saúde definiu atenção básica como:

[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. [...] Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa

densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde (BRASIL, 2006, p. 10).

O MS brasileiro apresenta como uma de suas prioridades políticas a expansão e também a qualificação da atenção básica. E define como princípios fundamentais para a orientação da atenção básica no Brasil: a universalidade, a acessibilidade e a coordenação do cuidado, o vínculo e continuidade, a integralidade, a responsabilização, a humanização, a equidade e a participação social (BRASIL, 2006). A AB deve possibilitar o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde funcionando como a porta de entrada ao sistema de saúde (BRASIL, 2006).

Assim, para substituição do modelo de assistência à saúde vigente: tradicional, assistencial, preocupado principalmente com a cura de doenças, o MS institui, no ano de 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF). O PSF deveria atuar como uma estratégia de reorganização da atenção básica no Brasil (BRASIL, 2004a).

Recentemente, foi proposta a alteração do nome “**Programa** Saúde da Família” para “**Estratégia** Saúde da Família”. Pois, segundo o Departamento de Atenção Básica (DAB), a palavra programa pressupõe algo que tem início, meio e fim e, o SF tornou-se uma política de Estado e não mais de governo, pois tem se firmado como estratégia de reorganização da AB e vem se expandindo cada vez mais (BRASIL, 2006; MACHADO, 2004).

2.1.2 A Estratégia Saúde da Família

A proposta do Ministério da Saúde para as ações da ESF é que estas sejam por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a

forma de trabalho em equipes, dirigidas às populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2006).

As equipes da ESF são multiprofissionais compostas por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde, cirurgião-dentista, auxiliar de consultório dentário ou a técnico em higiene dental, entre outros (BRASIL, 2006).

As ações das equipes de SF devem ser de: promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes, e na manutenção da saúde da comunidade em que atua. O trabalho dessas equipes ocorre nas unidades básicas de saúde, nas residências e na comunidade. A operacionalização da ESF, na esfera federal, fica a cargo do Departamento de Atenção Básica (DAB) da Secretaria de Atenção à Saúde, do MS. Os estados e os municípios também devem compartilhar da execução dessa política (BRASIL, 2006).

É necessário que mediante a adscrição de clientela, as equipes de Saúde da Família (SF) estabeleçam vínculo com a população para possibilitar o compromisso e a co-responsabilidade dos profissionais com os usuários e a comunidade (BRASIL, 2006).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006) as práticas de saúde realizadas pelas equipes da ESF devem ser pautadas nos princípios da universalidade, equidade, e integralidade, dentre outros.

A universalidade, um dos princípios que orienta o SUS, previsto na Constituição Federal de 1988, significa que o sistema de saúde deve atender a todos, sem distinções ou restrições, oferecendo toda a atenção necessária, sem qualquer custo (BRASIL, 2004e). O Sistema Único de Saúde (SUS), como ocorre com os sistemas de saúde de vários países europeus, orienta-se pelo princípio de acesso universal e

igualitário (TRAVASSOS; OLIVEIRA; VIACAVA, 2006). No SUS, a universalidade é garantida pela gratuidade no uso de serviços, evitando-se assim que, barreiras econômicas restrinjam o consumo. 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 (TRAVASSOS, 1997).

A integralidade da atenção à saúde também deve ser considerada nas práticas da ESF e tem sido conceituada como “um conjunto de recursos e arranjos que os profissionais dispõem e/ou acessam para possibilitar atender ao máximo as necessidades apresentada pelos usuários” (PEREIRA, 2008, p.76).

A equidade está intimamente relacionada como o princípio constitucional de justiça social. Nos serviços de saúde pode ser traduzido em igualdade no acesso entre indivíduos socialmente distintos (TRAVASSOS; OLIVEIRA; VIACAVA, 2006). Para Whitehead (1990) o termo iniquidade refere-se às diferenças que são desnecessárias e evitáveis, além de serem igualmente consideradas injustas, este termo assume assim, uma dimensão ética e moral. Nessa perspectiva, se determinadas diferenças individuais ou grupais, sobretudo as decorrentes de variações biológicas naturais, não devem ser tomadas como iniquidades, no sentido acima abordado, há um certo consenso de que são desnecessárias e injustas aquelas diferenças em saúde determinadas por exposição a condições de vida e trabalho estressantes e doenças; acesso inadequado a serviços públicos essenciais, entre eles os de saúde; comportamentos que podem causar danos à saúde quando a liberdade de escolha do estilo de vida é restrita, entre outros aspectos, o objetivo

das políticas de equidade seria, assim, reduzir ou eliminar diferenças em saúde resultantes de fatores considerados ao mesmo tempo evitáveis e injustos.

Quanto à equidade no uso de serviços de saúde, é preciso considerar que utilização dos serviços, além de influenciada pelo perfil de necessidades de cada grupo populacional, também está condicionada por inúmeros outros fatores, internos e externos ao setor, relacionados tanto à oferta dos serviços quanto às preferências e possibilidades dos usuários (TRAVASSOS, 1997).

[...] Em linhas gerais, os determinantes da utilização dos serviços de saúde podem ser descritos como aqueles fatores relacionados: (a) à necessidade de saúde — morbidade, gravidade e urgência da doença; (b) aos usuários — características demográficas (idade e sexo), geográficas (região), socioeconômicas (renda, educação), 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; DAVELUY² apud TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Desta forma, percebemos que a utilização de serviços de saúde está intimamente relacionada com as necessidades de saúde demandadas pela população. Assim para podermos compreender melhor o perfil de utilização de serviços de saúde pela população é necessário entender o que são necessidades de saúde. Schraiber e Mendes-Gonçalves (1996) consideram que definir necessidades é uma questão complexa. Estes autores afirmam que necessidade é o resultado das intervenções sobre qualquer “carecimento”. E explicam “carecimento” como algo que um indivíduo entende que deve ser corrigido em seu estado sócio vital. Pode ser

² 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.

uma alteração física, orgânica, que o impede de seguir vivendo em sua rotina de vida, ou um sofrimento ainda não identificado fisicamente, ou até mesmo uma situação que reconhece como uma falta, algo que carece, como, por exemplo, uma informação.

Porto (1995) afirma que não existe um consenso na literatura para definir precisamente o conceito de necessidade. E aponta alguns indicadores e variáveis mais utilizados para operacionalizar o termo e melhor dimensionar as diferenças existentes, em nível regional ou entre grupos populacionais. Esta autora discute os seguintes indicadores: demográfico, epidemiológico e socioeconômico. O perfil demográfico que discrimina a população segundo sexo e grupos etários são pouco explicativos das diferenças de necessidades existentes por expressarem apenas variações biológicas naturais, não incluindo variações intragrupos etários decorrentes de outros fatores, como, por exemplo, os sociais. O perfil epidemiológico, expressado pelas correspondentes taxas de morbidade é outro critério bastante importante para avaliar diferenças nos níveis de necessidades de uma população. E finalmente, o perfil socioeconômico regional inclui o grau de alfabetização, as taxas de desemprego, a porcentagem de habitações ligadas a redes de saneamento básico e o volume de ingressos em cada subgrupo regional.

Cecílio (2001) buscou criar um conceito para as necessidades de saúde aplicável ao cotidiano dos profissionais da área. Este autor reconhece quatro conjuntos de necessidades de saúde: necessidade de possuir boas condições de vida; necessidade de ter acesso a toda a tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida; necessidade de ter vínculo com profissional e equipe de saúde e a necessidade das pessoas obterem graus crescentes de autonomia no cuidado à própria saúde.

As necessidades de saúde distribuem-se desigualmente entre os indivíduos das distintas classes de rendimento familiar mensal e são maiores nas classes de menor rendimento (TRAVASSOS, 2005).

Além das necessidades de saúde, o acesso é também determinante no padrão de utilização dos serviços de saúde e tem sido objeto de estudo por diversos autores. Travassos, Oliveira e Viacava (2006) relatam que acesso refere-se à possibilidade de utilizar serviços de saúde quando necessário. Starfield (2002) distingue os termos acesso e acessibilidade. Para esta autora acesso é o uso efetivo do serviço pelo usuário, enquanto a acessibilidade é a possibilidade das pessoas chegarem aos serviços, e está relacionada à estrutura de um sistema ou unidade de saúde, sendo um aspecto necessário para se atingir a atenção ao primeiro contato. A acessibilidade representa as condições circunscritas à assistência podendo ser de caráter geográfico, organizacional, cultural, dentre outras.

Travassos e Martins (2004) numa revisão sobre conceito de acesso e utilização de serviços em saúde, mostram que apesar das divergências na literatura, predomina a visão de que o acesso relaciona-se a características da oferta de serviços.

Almeida e Macinko³ apud Pereira, 2008 revelam que o acesso envolve: a localização da unidade de saúde próxima da população a qual atende os horários e dias em que está aberta para atender, o grau de tolerância para consultas não-agendadas e o quanto a população percebe a conveniência destes aspectos.

³ ALMEIDA, C.; MACINKO, J. Validação de uma metodologia rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Série Técnica – Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde – 10, Brasília, organização Pan –Americana de saúde, 2006, 215p.

2.1.3 Avaliação em Saúde

O conceito de avaliação de programas públicos foi desenvolvido pelos economistas após a Segunda Guerra Mundial, quando o Estado passa a substituir o mercado, assumindo papel de desempenhar ações nas áreas da educação, do social, da saúde, dentre outros (CONTANDRIOPOULOS et al., 2000).

Neste contexto, os métodos de avaliação foram desenvolvidos para analisar vantagens e custos destes programas públicos. No decorrer da década de 70, com a diminuição do crescimento econômico e o Estado tendo como responsabilidade o financiamento dos sistemas de saúde, tornou-se cada vez mais necessário avaliar as ações sanitárias. Afinal, era preciso controlar os custos sem, no entanto, prejudicar a acessibilidade a serviços de saúde com qualidade (CONTANDRIOPOULOS et al., 2000).

Deste então, países como Canadá, França, Estados Unidos, Austrália, dentre outros, criaram organismos encarregados de avaliar as intervenções na área sanitária (CONTANDRIOPOULOS et al., 2000). Assim, inúmeras definições de avaliação foram surgindo, segundo Contandriopoulos et al. (2000), pode-se dizer que cada avaliador constrói a sua definição. Há uma polissemia conceitual e diversidade de abordagens na literatura especializada sobre avaliação, essa diversidade: “reflete, por um lado, o estágio incipiente de desenvolvimento da avaliação enquanto disciplina científica e a natureza abrangência do campo da avaliação que comporta uma multiplicidade de possibilidades de recorte do real”. (SILVA, 2005, p. 20).

Mas de maneira geral: “avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus

componentes com o objetivo de ajudar na tomada de decisões” (CONTANDRIOPOULOS et al., 2000).

Para o MS avaliação é

um processo participativo de interpretação parcial de cenários pré delimitados (ou construídos) – inserido numa realidade complexa, não linear, permeada por relações de poder e fundamentado em sistematizações formais de análise – que visa explicitar situações para orientar ações e intervenções críticas no contexto sócio-histórico (BRASIL, 2004d).

Os objetivos das avaliações também são inúmeros, dentre eles podemos destacar: ajudar no planejamento e na elaboração de uma intervenção (objetivo estratégico), fornecer informação para melhorar uma intervenção no seu decorrer (objetivo formativo), estimar os efeitos de uma intervenção para decidir se ela deve ser mantida, transformada ou interrompida (objetivo somativo) e contribuir para o progresso dos conhecimentos, para elaboração teórica (objetivo fundamental) (CONTANDRIOPOULOS et al., 2000). Patton⁴ (1997 apud SILVA, 2005, p. 18) para fins práticos apresenta três objetivos primários para avaliação de programas: para fazer julgamentos, para facilitar o seu desenvolvimento, para contribuir com o conhecimento.

Quanto aos tipos de avaliação temos o julgamento que pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento (pesquisa avaliativa). A pesquisa avaliativa pode se decompor em seis tipos de análise, avaliar uma intervenção consistirá, portanto, em fazer uma ou várias destas análises as quais são: análise estratégica*, de intervenção, de produtividade, dos efeitos, do rendimento e da implantação (CONTANDRIOPOULOS

⁴ PATTON, M. Q. **Utilization-focused evaluation. The new century text.** Thousands Oaks- London-New de Delhi; SAGE Publications, 1997.

* Trata-se de analisar a pertinência da intervenção, a adequação estratégica entre a intervenção e a situação problemática que deu origem a intervenção.

et al., 2000). Para Silva (2005) a pesquisa avaliativa corresponde ao julgamento que é feito sobre as práticas sociais a partir da formulação de uma pergunta não respondida ainda na literatura especializada sobre as características destas práticas, em geral, ou em um contexto particular, por meio de metodologias científicas.

Hartz (2002) e Silva (2005) alertam sobre a importância de se distinguir os termos avaliação pontual e monitoramento, pois apesar de serem complementares possuem funções e impactos diferentes, a primeira refere-se ao julgamento sobre algumas características do serviço em um determinado ponto de tempo enquanto que a segunda é um acompanhamento sistemático destas mesmas características.

Para Paim (2005) a fragilidade das instâncias de controle social e o esvaziamento da planificação, na década de 90, retardaram a consolidação da avaliação em saúde no SUS. Diversas iniciativas voltadas para a avaliação em saúde no Brasil vêm sendo desenvolvidas, de forma progressiva, nas últimas três décadas. Na presente década, o interesse pela avaliação não está restrito ao meio acadêmico, o MS tem encomendado estudos por exigência de financiadores externos e também pela crescente responsabilização entre seus dirigentes (PAIM, 2005).

Segundo Novaes (2000), as avaliações apesar de fazerem parte da preocupação dos gestores da saúde pública, ainda participam de forma muito incipiente e marginal nos processos de decisão. O MS confirma esta visão afirmando que a avaliação em saúde no Brasil apresenta-se em um contexto em que os processos ainda são pouco incorporados às práticas e possuem caráter mais prescritivo, burocrático e punitivo que subsidiário do planejamento e da gestão. Além disso, os instrumentos existentes ainda não se constituem ferramentas de suporte

ao processo decisório nem de formação das pessoas nele envolvidas (BRASIL, 2004d).

No sistema de saúde, a avaliação deve subsidiar a identificação de problemas e a reorientação de ações e serviços desenvolvidos, mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população. A institucionalização da avaliação constitui-se em um dos desafios mais importantes para os sistemas de saúde na atualidade (BRASIL, 2004d). Pois assim, a avaliação poderá contribuir na qualificação da atenção à saúde, promovendo-se a construção de processos estruturados e sistemáticos, coerentes com os princípios do Sistema Único de Saúde (universalidade, equidade, integralidade, participação social, resolutividade, acessibilidade) e, abrangentes em suas várias dimensões – da gestão, do cuidado e do impacto sobre o perfil epidemiológico (FELISBERTO, 2004).

Para o MS a institucionalização da avaliação deve estar vinculada à elaboração de uma política de avaliação de políticas e programas no âmbito do SUS, da qual a política de monitoramento e avaliação da atenção básica deve fazer parte, sendo muito importante, em sua formulação, o envolvimento dos diversos atores (profissionais de saúde, usuários do sistema, gestores, técnicos e pesquisadores), a definição clara de suas responsabilidades e, as formas de financiamento dos processos de avaliação (BRASIL, 2004d).

Hartz (2002) julga fundamental para superar os desafios da avaliação na atenção básica: qualificar e institucionalizar a avaliação nos diversos níveis de governo comprometidos com as mudanças do modelo assistencial no SUS. É necessário institucionalizar a avaliação para:

Integrá-la em um sistema organizacional no qual esta seja capaz de influenciar o seu comportamento, ou seja, um modelo orientado para a ação ligando necessariamente as atividades analíticas às de gestão (HARTZ, 2002, p. 419).

2.1.4 Avaliação e a Estratégia Saúde da Família

A Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica (CAA) foi criada num processo de reorganização interna do MS, com a criação do Departamento de Atenção Básica (DAB) em 2000. A CAA/DAB surgiu com o propósito de formular e conduzir os processos avaliativos relacionados à AB (BRASIL, 2000).

Em 2002, o MS implementou também o Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF) financiado pelo Banco Mundial. Fazem parte deste programa os seguintes componentes: I) apoio à conversão do modelo de atenção básica de saúde, II) desenvolvimento de recursos humanos e III) monitoramento e avaliação. O componente III visa dar apoio à estruturação e implementação de metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação de processo e desempenho (BRASIL, 2002a).

Além disso, devido à expansão e a consolidação da ESF, o Ministério da Saúde desenvolveu o projeto Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ) da ESF (BRASIL, 2002b). Esta proposta é dirigida a todos os municípios brasileiros com equipes de Saúde da Família implantadas, independente do tempo de início da estratégia no município. A AMQ é centrada: no estabelecimento de parâmetros de qualidade para a estratégia, na avaliação como instrumento de gestão e tomada de decisão e no compromisso com a qualidade na atenção à saúde. Esta metodologia é composta por cinco instrumentos de auto-avaliação e são dirigidos especificamente: 1) ao gestor municipal de saúde, 2) aos coordenadores municipais da estratégia, 3) aos responsáveis pela gerência da unidade SF, 4) a todos os profissionais da equipe e 5) aos profissionais com nível superior da equipe (BRASIL, 2002b).

Para o MS esses instrumentos possibilitam a identificação dos estágios de implantação, desenvolvimento e qualidade da estratégia em seus diferentes pontos, desde a gestão até as práticas de saúde das equipes junto à população. A partir desse conhecimento os gestores, coordenadores e profissionais poderão elaborar planos de intervenção e propor ações para melhoria da qualidade (BRASIL, 2002b).

A AMQ integra um conjunto de ações contempladas no Componente III (Avaliação e Monitoramento) do PROESF e foi desenvolvida em cooperação técnica com a Organização Pan-americana de Saúde – OPAS (BRASIL, 2002b).

O problema é que a adesão a esta metodologia de avaliação deverá ser uma iniciativa voluntária do gestor municipal e das equipes de Saúde da Família, sendo assim nem todos os municípios com ESF participam desse processo de avaliação.

O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) utilizado pela equipe da ESF disponibiliza indicadores sociais e de saúde aos gestores municipais permitindo monitorar condições sócio-demográficas dos participantes do programa (BRASIL, 2000). No entanto, é preciso estar atento, pois alguns estudos mostram que o SIAB é muitas vezes subutilizado (BARBOSA, 2006; SILVA; LAPREGA, 2005) e apresenta alguns problemas como: dificuldade de identificação de indivíduos no software, número limitado de doenças referidas, pouca utilização para subsidiar o planejamento e a tomada de decisões em nível local (BRASIL, 2004d).

Apesar dos avanços na área de avaliação da Atenção Básica, ainda são observadas limitações importantes relacionadas à coleta de dados, à sistematização e integração de processos e ao dimensionamento do impacto das ações. O MS reconhece que os processos de avaliação a serem desenvolvidos necessitam de maior organicidade institucional (BRASIL, 2004d).

OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Principal

Este estudo tem como objetivo principal conhecer as características das famílias que se cadastram na ESF em relação àquelas que numa mesma área não se cadastram. Para que, desta forma, possamos avaliar se as famílias cadastradas são realmente as mais necessitadas economicamente e em termos de atenção à saúde.

3.2 Objetivos Secundários

1. Descrever os motivos para não participação das famílias na ESF
2. Descrever o padrão de utilização dos serviços da ESF.
3. Comparar a utilização de serviços de saúde entre famílias cadastradas e não cadastradas na ESF.

METODOLOGIA

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo piloto-transversal (inquérito populacional). Foi selecionada esta metodologia, pois os inquéritos populacionais são considerados uma das melhores maneiras de realizar diagnósticos de saúde, já que pode ser capaz de revelar um conjunto de informações mais completo do que aqueles obtidos a partir de registros de serviços e instituições (CÉSAR; TANAKA, 1996). Os inquéritos permitem também avaliar com mais clareza o padrão de utilização de serviços de saúde, identificando, as dificuldades de acesso aos mesmos (GOLDBAUM et al., 2005; VIACAVA; SOUZA-JUNIOR; SZWARCOWALD, 2006).

4.2 Local do estudo

O presente estudo foi realizado na área de abrangência de um dos núcleos de saúde da família (NSF) no bairro Sumarezinho do município de Ribeirão Preto do Estado de São Paulo, Brasil. O município de Ribeirão Preto situa-se na região nordeste do estado de São Paulo e faz parte, segundo a Secretaria Estadual de Saúde, do 13º Departamento Regional de Saúde - DRS-XIII (SÃO PAULO, 2007). A cidade de Ribeirão Preto foi dividida pela secretaria municipal de saúde em cinco áreas (Figura 1) chamadas de distritos de saúde, são elas: norte, leste, oeste, central e sul (RIBEIRÃO PRETO, 2003). O local do estudo está situado no Distrito Oeste e conta com uma população de aproximadamente 130.000 habitantes, sua área básica, onde se incluem também os núcleos de saúde da família (NSF) possui, por sua vez, cerca de 18.000 habitantes.

Fonte: RIBEIRÃO PRETO (2003)

Figura 1. Distritos de Saúde de Ribeirão Preto – SP.

O distrito Oeste conta com cinco NSF (Figura 2), os quais estão vinculados ao Centro de Saúde Escola (CSE) da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP) (BARBOSA, 2006; CACCIA-BAVA, 2004).

Fonte: CODERP – Companhia de Desenvolvimento Econômico de Ribeirão Preto, 2007 – imagem gentilmente cedida pelo Professor Antônio Luiz Rodriguez Júnior do Departamento de Medicina Social da FMRP/USP.

Figura 2. Mapa do município de Ribeirão Preto mostrando a localização dos NSF (área circulada).

A área de atuação do NSF selecionado foi escolhida para o estudo por conveniência em termos de acessibilidade do pesquisador ao núcleo (Figura 3).

Fonte: CODERP - Companhia de Desenvolvimento Econômico de Ribeirão Preto, 2007 – imagem gentilmente cedida pelo Professor Antônio Luiz Rodriguez Júnior do Departamento de Medicina Social da FMRP/USP.

Figura 3. Localização dos NSF e do CSE

4.3 População de Estudo

Participaram do sorteio da amostra a ser estudada todos os domicílios situados na área de abrangência do NSF escolhido, independente de serem cadastrados ou não na ESF. Foram excluídos do sorteio os imóveis utilizados para fins comerciais ou institucionais, igrejas, escolas, casas abandonadas e com placa para alugar.

4.4 Amostragem

A listagem total de famílias cadastradas foi extraída do livro de registros das famílias cadastradas na unidade. Os endereços dos domicílios não cadastrados foram obtidos num outro livro de registro que continha todos os endereços dos domicílios da população adscrita. Esta lista de famílias não cadastradas foi atualizada pelas pesquisadoras por meio de busca ativa de domicílios em toda área do NSF, identificando-se novos domicílios e domicílios não incluídos na lista original. Esta verificação foi necessária, já que o livro de endereços não era atualizado com frequência pela equipe do núcleo.

A amostragem foi estratificada pelas cinco microáreas pertencentes à área do NSF. Em cada microárea procedeu-se o sorteio de 15% das famílias cadastradas na ESF e 60% das não cadastradas. A sobreamostragem das famílias não cadastradas justificou-se pelo pequeno número destas famílias quando comparado ao grupo das cadastradas, e também devido a expectativa de maior porcentagem de recusas de participação no estudo entre estas famílias.

O quadro 1 mostra a quantidade de famílias: da área de abrangência do NSF (1245), sorteadas por grupo de cadastradas e não cadastradas e por sorteio de microárea (M).

Quantidade de famílias	Cadastradas	Não cadastradas	Total
Total da área NSF	938	307	1245
Total sorteada	136	185	321
Sorteadas por microárea			
M1	27	34	
M2	26	42	
M3	26	36	
M4	27	39	
M5	30	34	

Quadro 1. Famílias cadastradas e não cadastradas, Núcleo SF, Sumarezinho, Ribeirão Preto, 2006/2007.

4.5 Abordagem das famílias

Inicialmente, foram enviadas cartas (Apêndice A) às famílias sorteadas convidando-as para participar do estudo. Após alguns dias da entrega das cartas, dois entrevistadores treinados compareciam a cada residência para agendar ou realizar uma entrevista, conforme a disponibilidade do entrevistado.

De cada família sorteada para o estudo, uma pessoa foi escolhida (respondente) para ser entrevistada. O respondente deveria ser capaz de fornecer informações relacionadas à saúde de todos os membros residentes em seu domicílio, geralmente a mãe ou um responsável pela família. Se esta pessoa não pudesse participar da entrevista, então o chefe da família era indicado para ser o respondente. Para este estudo, definimos como chefe da família aquela pessoa que mais contribuía para o orçamento da família. Caso duas ou mais pessoas contribuíssem de igual modo, o chefe era considerado o indivíduo de maior idade.

Foram realizadas, no mínimo, três tentativas, em dias e horários diferentes, para encontrar os moradores, inclusive em finais de semana, se necessário. Quando a família não era encontrada nessas tentativas, tentava-se ainda o contato por telefone. Nos casos em que após todas estas tentativas de contato foram realizadas e não obtiveram sucesso a família era então considerada como perdida.

4.6 Consentimento Livre e Esclarecido

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola, da FMRP-USP, protocolo nº0188/CEP/CSE-FMRP-USP. No termo de consentimento (Apêndice B), o respondente era informado dos propósitos da pesquisa e do sigilo das informações. Além disso, o termo de consentimento informava ao respondente que ele teria liberdade para não responder as questões

que considerar conveniente e que poderia, a qualquer momento, abandonar o estudo mesmo tendo assinado o termo de consentimento.

4.7 Garantias de Sigilo

Os questionários foram numerados de tal forma que apenas os pesquisadores tinham acesso aos códigos de identificação dos participantes. Os questionários foram mantidos em local seguro. Além disso, os dados dos questionários foram digitados em computadores com senha, de acesso apenas aos pesquisadores participantes.

4.8 Coleta de Dados

A coleta de informações foi realizada por meio de um questionário previamente elaborado (Apêndice C), estruturado e pré-testado. O questionário utilizado foi desenvolvido pelas cirurgiãs-dentista: Renata Guskuma, Carla Yoshida e Mariana Farinha, sob orientação da Profa. Maria da Conceição Pereira Saraiva, e posteriormente refinado pela autora do presente trabalho. Três entrevistadoras foram treinadas previamente. As famílias a serem entrevistadas foram aleatoriamente distribuídas entre três entrevistadoras que se revezavam, sempre em duplas, para execução do trabalho. Para facilitar a execução da entrevista foram utilizados cartões de resposta (Apêndice D), que eram mostrados aos respondentes para seleção de suas respostas.

4.9 Pré-teste do Questionário

O questionário presente no Apêndice C foi pré-testado com 10 famílias (cadastradas e não cadastradas) moradoras na área do estudo. As famílias que participaram do pré-teste foram excluídas do sorteio da amostra.

4.10 Banco de dados

Depois do teste do questionário foi elaborado livro de códigos (*code-book*- Apêndice E) contendo informações sobre as variáveis e instruções para confecção da máscara de inserção de dados. A inserção de dados foi realizada utilizando-se o programa Epi-Info 6 (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC), 2002).

4.11 Informações do questionário completo

O questionário consta de 10 seções com as seguintes informações (Quadro 2): 1) informações gerais sobre a ESF (foram elaborados questões específicas para as famílias C e NC), 2) identificação do entrevistado 3) composição da família, 4) cobertura de plano de saúde médico e odontológico pela família, 5) Hábitos de fumar e ingerir bebidas alcoólicas pelos moradores 6) percepção de saúde geral e bucal do respondente, 7) cobertura, acesso e utilização de serviços de saúde pelo respondente, 8) condições de moradia da família, situação socioeconômica, ocupação e escolaridade do chefe da família e/ou respondente, 9) percepção da saúde geral e bucal dos outros membros da família pelo respondente e 10) utilização de serviços por cada indivíduo da família.

Identificação do respondente	Idade, data de nascimento, sexo e posição do entrevistado na família.
Composição da familiar	Número de indivíduos residentes na moradia, sexo, idade e raça de cada componente da família.
Cobertura de plano de saúde médico e odontológico	Número de assistidos e opinião sobre a qualidade desses convênios.
Percepção de alguns hábitos	Percepção de hábitos de fumar dos moradores; hábitos de ingestão de bebidas alcoólicas e excesso de ingestão de bebidas alcoólicas.
Percepção de saúde geral do respondente	Saúde geral, qualidade de saúde física e emocional (SF-36 – ANEXO A), doenças percebidas e diagnosticadas por médicos. Utilização de medicamentos
Percepção de saúde bucal do respondente	Frequência de visita ao dentista, percepção de saúde bucal, impacto da saúde bucal em atividades diárias, história de dor de dente, percepção de necessidade de tratamento odontológico e qualidade de saúde bucal (OHIP-14 – ANEXO B).
Serviços de Saúde	Cobertura, acesso e utilização de serviços de saúde pelo respondente.
Condições de moradia	Número de cômodos, material utilizado na construção e condição do imóvel (próprio, alugado, etc.).
Situação socioeconômica, ocupação e escolaridade do chefe de família.	Número de pessoas que contribuem no orçamento, determinação do chefe de família (pessoa que mais contribui financeiramente para a renda familiar), situação de trabalho atual e escolaridade do chefe de família e do entrevistado, renda (em faixas salariais) e posse de bens materiais (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA, (ABEP), 2003). (ANEXO C).
Saúde individual	Percepção da saúde geral e bucal dos membros da família pelo respondente, presença de doenças identificadas por médicos, necessidade de tratamento odontológico, cobertura, acesso e utilização de serviços de saúde.
Estratégia Saúde da Família para não participantes.	Conhecimento da existência do programa, razões para a não participação.
Estratégia Saúde da Família para participantes	Início da participação, membros da família que estão cadastrados e que utilizam os serviços. Serviços mais utilizados. Visitas domiciliares.

Quadro 2. Composição do questionário completo.

Cabe ressaltar que para este estudo, nem todas as informações coletadas por meio do questionário completo serão analisadas. Alguns dados coletados, por exemplo, referentes apenas à saúde do respondente e não de toda família serão excluídos da análise. As informações não utilizadas neste momento serão analisadas futuramente em novos estudos.

Caso alguma família não quisesse responder o questionário completo (Apêndice C), que levava cerca de 30 a 40 minutos para ser respondido, era oferecida a ela uma segunda opção: responder um questionário compactado, com duração de resposta de apenas 5 minutos (Apêndice F).

Depois de respondido, cada questionário foi levado para a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Os questionários foram codificados duas vezes por dois codificadores diferentes, que ao observar qualquer inconsistência de respostas ou o não preenchimento adequado da entrevista, retornava o questionário ao entrevistador para que o problema pudesse ser solucionado.

Após a codificação, realizou-se a entrada de dados no programa Epi-Info 6. Os dados foram digitados duas vezes, por duas pessoas independentes e posteriormente foram validados para verificação de inconsistências. Depois da validação dos arquivos, os dados foram explorados para verificação de erros (limpeza dos dados) e somente depois os dados foram analisados.

4.12 Varáveis analisadas

A variável de desfecho principal foi o cadastramento na ESF.

As características dos respondentes analisadas neste estudo foram: posição do respondente na família, identificados como pai, mãe, avó, esposa(o) ou filha(o);

sexo (feminino/masculino); cor da pele/raça, categorizada como brancos e não brancos, a categoria não brancos incluiu pardos (ou morenos ou mulatos ou caboclos), negros e outros; percepção de saúde geral e percepção de saúde bucal que foram categorizados como excelente/muito boa, boa e razoável/ruim. Apesar da diferença de sentido da resposta “saúde razoável” e “saúde ruim” foi necessário unir estas duas respostas em uma única categoria devido ao baixo número de respostas, impossibilitando a realização de testes estatísticos.

Dentre as informações sobre as famílias que eram comuns aos questionários completos e compactados estão: número de moradores, condição de moradia, própria ou não própria (alugada ou cedida ou emprestada ou financiada), posição do chefe da família (pai ou esposo, mãe ou esposa, morador único e outros que incluíam avós, filhos, genros, irmão, dentre outros), renda mensal em reais (< R\$ 600,00; R\$ 600,00 a R\$ 1199,00; R\$ 1200 a R\$ 1799,00 e > R\$ 1800,00), número de contribuintes para o orçamento familiar (1, 2, 3, 4 ou mais pessoas), a ocupação do chefe de família foi categorizada como empregado com carteira assinada, empregado sem carteira assinada (incluindo trabalho terceirizado, autônomo ou proprietário), escolaridade do chefe de família foi categorizada como: primário completo ou menor escolaridade, ginásio completo, ensino médio completo e nível superior completo, tempo de moradia no bairro e a idade média dos membros da família. O tempo de moradia no bairro e a idade média dos membros da família foram categorizados em quintis respectivamente (< 4,95; 4,06 a 16,66; 16,67 a 28,98 e > 28,98) e (< 27,6; 27,61 a 34,74; 34,75 a 44,20 e > 54,40). Ainda foram avaliados posse de plano de saúde e plano odontológico por algum membro da família.

Ainda como variáveis socioeconômicas foram avaliadas especificamente para as famílias que responderam os questionários completos, o poder de compra, segundo a ABEP, que utiliza sete categorias (A1, A2, B1, B2, C, D e E) para classificação. Porcentagem de indivíduos com planos de saúde, percepção de saúde dos membros da família. Devido ao pequeno número de indivíduos na classe A2 da classificação da ABEP, esta variável foi categorizada em classes A2/B1, B2, C e D. A partir da percepção de saúde de cada membro da família foi criada uma variável com a porcentagem de indivíduos com saúde razoável ou ruim que foi categorizada em 0%(nenhum membro da família com este estado de saúde); 0,1 a 50% (pelo menos um indivíduo neste estado de saúde) e > 50% (mais da metade dos membros da família com este estado de saúde). Algumas outras informações como presença de fumantes na família, hábito de ingerir bebidas alcoólicas e presença de indivíduos com problemas crônicos de saúde também foram coletadas. Os problemas de saúde referidos foram: diabetes, hipertensão, depressão, artrite/artrose, asma/bronquite asmática, problema cardíaco, dificuldade auditiva, derrame, câncer, febre reumática e problemas de coluna.

4.13 Análise Estatística

Todas as análises neste estudo foram realizadas levando-se em consideração o efeito de desenho do estudo ("*design effect*"), isto é, considerando-se a estratificação e a sobreamostragem das famílias não cadastradas. Para tanto, as análises foram realizadas utilizando-se os programas estatísticos SAS versão 9.1 (SAS/STAT®, 2002-2003) e SUDAAN versão 8.0 (2001).

O cálculo dos pesos neste estudo foi baseado na probabilidade de seleção de cada observação e nas taxas de respostas por grupo e microárea, onde a fórmula para o cálculo pode ser descrita da seguinte forma (KISH, 1990):

$$W_j = 1/p_j r_j$$

Onde p_j representa a probabilidade de seleção e r_j as taxas de respostas.

A análise descritiva foi seguida de análise bivariada entre os grupos de cadastrados e não cadastrados. Para variáveis contínuas, comparações de médias (teste t) apropriadas foram realizadas, e para variáveis categóricas, o teste de qui-quadrado de Wald foi empregado.

A análise multivariável para comparação de características das famílias cadastradas e não cadastradas foi realizada empregando equações de estimação generalizada (GEE) no procedimento “*loglink*” para estimar a Razão de Prevalência (RP). Foram construídos dois modelos, um contendo informações disponíveis para questionários completos e compactados e outro com as informações apenas dos questionários completos. Os dois modelos foram construídos de maneira hierárquica. Primeiro, foram testadas variáveis socioeconômicas ligadas ao chefe da família (educação do chefe de família, trabalho do chefe de família, renda e classificação da ABEP para os questionários completos). Numa segunda etapa, foram testadas variáveis que representavam características individuais das famílias como número de indivíduos e idade média da família. A seguir foram testadas as variáveis referentes à cobertura por plano de saúde (particular ou empresarial ou de órgão público) e por último variáveis que classificassem a saúde da família. Em cada etapa as variáveis que se mantinham significantes ao nível de 0,20 foram incluídas

no modelo final, além das variáveis que já eram conhecidamente importantes na utilização de serviços de saúde.

As variáveis contínuas incluídas nos modelos foram testadas quando a linearidade em relação a variável desfecho para decidir se seriam adicionadas na forma contínua ou categórica. O teste de linearidade foi realizado construindo-se uma variável em decis que foi testada no modelo comparando-se com variáveis dummy (9 variáveis) com os mesmos decis. Como em nenhuma das variáveis contínuas (média de idade da família e tempo de residência no bairro) foi observado linearidade optou-se por categorizar as variáveis em quintis.

RESULTADOS

--	--

5 RESULTADOS

5.1 Participação das famílias no estudo

Neste estudo, foram sorteadas 136 famílias cadastradas (C) e 185 famílias não cadastradas (NC) na ESF (Tabela 1). As taxas de respostas para as famílias C e NC foram respectivamente 69,1% (n= 94) e 33,5% (n= 62) para os questionários completos. A versão compactada do questionário foi respondida por 13,2% (n= 18) das famílias C e 18,9% (n= 35) das NC. Considerando-se a soma das respostas do questionário completo e principal, as taxas de resposta para C e NC foram respectivamente 82,4% (n= 112) e 52,4% (n= 97).

Os motivos das não respostas estão descritos na Tabela 2. A maior parte das perdas (falta informação) de famílias NC ocorreu em decorrência de fatores que não puderam ser controlados pelos pesquisadores como: a inclusão de quatro imóveis que funcionavam como comércio (sem fachada de identificação do mesmo, aparentando ser uma residência), residências que estavam vazias, sem moradores (n= 9) e casas de famílias que foram cadastradas na ESF durante o período de coleta de dados desta (n= 31).

Entre as famílias cadastradas as perdas foram principalmente representadas por residências onde os moradores não foram encontrados mesmo após três tentativas de contato em dias e horários diferentes. A taxa de recusa entre as famílias encontradas foi de 5,1% (n= 6) para famílias cadastradas e de 9,3% (n= 10) entre famílias não cadastradas.

Os dados coletados por meio do questionário principal foram obtidos por 3 entrevistadoras: a entrevistadora A (autora do presente trabalho) realizou 60,3% das entrevistas (n= 94), enquanto que as entrevistadoras B e C realizaram, respectivamente, 29,5% (n= 46) e 10,3% (n= 16).

Os dados foram coletados no período de agosto de 2006 a agosto de 2007.

Tabela 1 - Famílias que responderam os questionários: completo e compactado, Núcleo SF, Sumarezinho, Ribeirão Preto, 2006/2007

Microárea	CADASTRADOS							NÃO CADASTRADOS						
	Completo		Compactado		Perdas [†]			Completo		Compactado		Perdas ^{**}		
	Total*	n	%	n	%	n	%	Total*	n	%	n	%	n	%
M1	27	16	59,3	4	14,8	7	25,9	34	15	44,1	10	29,4	9	26,5
M2	26	17	65,4	4	15,4	5	19,2	42	11	26,8	9	22,0	22	51,2
M3	26	20	76,9	2	7,7	4	76,9	36	14	38,9	2	5,5	20	55,6
M4	27	19	70,4	4	14,8	4	14,8	39	10	25,6	9	23,1	20	51,3
M5	30	22	73,3	4	13,3	4	13,3	34	12	35,3	5	14,7	17	50,0
Total	136	94	69,1	18	13,2	24	16,6	185	62	33,7	35	28,8	88	47,3

* total de residências sorteadas

[†] perdas = recusas + famílias sem informação

Tabela 2 - Motivos que levaram à não obtenção de informações, Núcleo SF, Sumarezinho, Ribeirão Preto, 2006/ 2007

Perdidas	Mudou-se ou vazia	Foi cadastrada	Nº da casa não existe	Comércio (sem fachada)	Não encontrada	TOTAL
<i>Cadastradas</i>						
M1		3	0	0	0	2
M2		1	0	0	0	4
M3		1	0	0	0	2
M4		1	0	0	0	1
M5		1	0	0	0	2
TOTAL		7	0	0	0	11
<i>Não cadastradas</i>						
M1		2	0	0	0	5
M2		2	5	4	1	7
M3		2	6	1	2	7
M4		2	10	2	0	5
M5		1	10	0	1	3
TOTAL		9	31	7	4	27

5.2 Comparação das famílias que responderam questionário completo com as que responderam o questionário compactado.

5.2.1 Respondentes

Os dados da Tabela 3 comparam as características dos respondentes de questionários completos e compactados tanto para famílias C como NC.

Para as famílias cadastradas, as médias de idade entre indivíduos que responderam questionários completos e compactados foram respectivamente 54,9 anos (Erro Padrão, EP = 1,5) e 48,7 (EP= 4,1) ($p = 0,15$). Respectivamente, as médias de idade para os respondentes para questionários completos e compactados de famílias não cadastradas foram de 42,6 anos (EP= 1,8) e 46,8 ($n = 35$, EP= 3,3). A diferenças tanto para famílias cadastradas ($p = 0,15$) e não cadastradas ($p = 0,26$) não foram estatisticamente significantes.

A Tabela 3 mostra que foram poucas as diferenças entre respondentes de questionários completos e compactados. Diferença significativa foi observada para a cor da pele apenas para as famílias cadastradas onde houve predomínio de indivíduos de cor branca entre os que responderam questionários compactados.

Apesar de não estatisticamente significante pôde-se observar que a saúde geral dos respondentes de questionários compactados era melhor do que os respondentes C de questionários completos. Para os NC que responderam o questionário completo 46,6% disseram ter saúde excelente ou muito boa, comparado com 23,1% dos que responderam questionários compactados.

5.2.2 Famílias

As médias de moradores por família entre as C que responderam o questionário completo e compactado foram respectivamente: 3,5 pessoas (EP= 0,2) e 3,2 pessoas (EP= 0,3), $p= 0,43$. Entre as famílias NC, as médias do número de moradores por família, foram de 2,9 ($n= 62$, EP= 0,2) e 2,7 ($n= 35$, EP= 0,2), respectivamente para completos e compactados ($p= 0,52$).

Os dados das comparações das características das famílias que responderam questionários compactados e completos estão na Tabela 4. A diferença mais marcante foi em relação à condição de trabalho do chefe da família. Entre as famílias C, o questionário completo foi respondido principalmente pelas famílias chefiadas por aposentados, enquanto as famílias com chefes com carteira assinada predominaram entre os NC. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes para nenhuma das outras variáveis estudadas (número de moradores, condição da moradia, posição de chefe na família, renda mensal ou escolaridade).

Tabela 3 - Caracterização dos respondentes dos questionários compactados e principais para as famílias cadastradas e não cadastradas, núcleo SF, Sumarezinho, Ribeirão Preto, 2006/2007

	CADASTRADOS							NÃO CADASTRADOS						
	Completo (n= 94)			Compactado (n= 18)			$p^{\ddagger}$	Completo (n= 62)			Compactado (n= 35)			$p^{\ddagger}$
	n	% [*]	EP [†]	n	% [*]	EP [†]		n	% [*]	EP [†]	n	% [*]	EP [†]	
Sexo														
masculino	12	13,2	3,6	1	5,6	5,5	0,257	16	26,7	5,8	15	44,4	8,6	0,094
feminino	82	86,8	3,6	17	94,4	5,5		46	73,3	5,8	20	55,6	8,6	
Posição na família														
Pai	7	7,7	2,8	1	5,6	5,5	0,365	8	13,4	4,5	7	19,0	6,6	0,723
Mãe	52	55,0	5,2	8	46,1	11,8		26	41,1	6,3	11	29,40	7,7	
Avó	10	10,5	3,2	1	5,6	5,5		1	1,1	1,7	0	-	-	
Outro	14	15,2	3,7	1	5,2	5,1		11	17,8	4,9	8	24,4	7,5	
Esposa(o)	7	7,5	2,7	4	21,5	9,6		12	19,6	5,2	6	18,8	6,9	
Filha(o)	4	4,1	2,0	3	15,9	8,5		4	6,3	3,1	3	8,4	3,1	
Cor/etnia														
Branca	53	56,8	5,1	15	88,3	7,8	0,005	41	65,4	6,2	24	69,1	8,2	0,716
Não branca	41	43,2	5,1	2	11,7	7,8		21	34,6	6,2	10	30,9	6,2	
Saúde geral														
Excelente ou muito boa	14	15,2	3,7	2	12,3	8,1	0,686	29	46,6	6,4	9	23,1	7,0	0,062
Boa	37	39,9	5,1	9	51,5	12,2		23	37,1	6,3	18	54,0	8,5	
Razoável ou ruim	42	45,0	5,2	6	36,3	11,8		10	16,3	4,8	8	23,0	7,2	
Saúde bucal														
Excelente ou muito boa	19	20,7	4,3	5	30,3	11,3	0,682	22	34,7	6,1	10	28,1	7,7	0,716
Boa	40	42,8	11,3	6	33,8	11,4		20	30,9	5,9	11	29,6	7,7	
Razoável ou ruim	34	36,5	5,0	6	35,9	11,7		20	34,3	6,2	14	42,3	8,6	

* Porcentagens ponderadas, que levam em consideração o efeito de desenho do estudo.

† EP = Erro padrão ;

‡ Valor de p para teste qui-quadrado;

Nota: o número de indivíduos pode variar devido a não respostas.

Tabela 4 - Características das famílias que responderam questionários completos e compactados, núcleo SF, Sumarezinho, Ribeirão Preto 2007

	CADASTRADOS							NÃO CADASTRADOS						
	Completo			Compactado				Completo			Compactado			
	(n= 94)			(n= 18)				(n= 62)			(n= 35)			
	n	%	EP [†]	n	%	EP [†]	p [‡]	n	%	EP [†]	n	%	EP [†]	p [‡]
Número moradores														
<3	29	24,9	3,9	6	32,1	2,1	0,767	24	39,0	4,5	17	51,7	4,0	0,541
3	30	31,6	4,2	5	28,5	2,0		20	33,3	3,2	8	22,1	7,1	
4	22	23,6	3,8	5	27,7	1,9		11	17,7	3,3	5	13,6	2,2	
5 +	19	19,9	3,5	2	11,8	1,3		7	10,0	2,4	5	12,6	2,0	
Moradia														
Própria	66	70,5	4,7	10	55,5	11,8	0,250	34	61,3	6,4	22	38,4	8,4	0,481
Não própria	28	29,5	4,7	8	44,5	11,8		28	45,3	6,4	13	37,8	8,4	
Chefe da família														
Pai/ esposo	46	48,9	5,2	11	60,3	11,6	0,4245	34	55,3	6,4	19	54,7	8,6	0,784
Mãe/esposa	22	23,4	4,4	2	11,8	7,8		16	25,3	5,6	8	20,9	6,8	
Outro	16	16,9	3,9	4	22,7	10,0		3	4,7	2,7	1	3,4	3,4	
Homem***	2	2,4	1,7	0	0	0		5	8,6	3,7	2	6,3	4,3	
Mulher***	8	8,5	2,9	1	5,2	5,1		4	6,2	3,1	5	14,7	6,1	
Plano de saúde														
não	47	49,9	5,2	6	33,0	11,1	0,184	24	31,8	6,1	19	15,0	6,3	0,059
sim	47	50,1	5,2	12	67,0	11,1		43	68,2	6,1	30	85,0	6,3	
Plano odontológico														
não	67	72,1	4,7	16	89,4	7,1	0,059	34	54,7	6,4	24	67,3	8,1	0,229
sim	26	27,9	4,7	2	10,6	7,1		28	45,3	6,4	11	32,7	8,1	
Ocupação - chefe da família														
Empregado com carteira assinada	21	22,4	4,3	7	39,3	11,6	0,029	32	53,3	6,4	11	31,8	8,0	0,045
Empregado sem carteira assinada [§]	28	29,3	4,7	7	38,5	11,5		19	30,0	5,9	9	23,8	7,2	
Desempregado ou do lar	9	9,6	3,0	0	-	-		5	8,0	3,5	4	12,5	5,6	
Aposentado	36	38,8	5,1	4	22,2	9,8		6	8,7	3,5	11	31,9	8,0	
Escolaridade - chefe da família														
Primário ou <	49	53,1	5,2	5	27,2	10,5	0,246	9	13,5	4,3	7	21,0	7,1	0,808
Ginásio	15	16,6	3,9	5	27,3	10,5		9	15,7	4,8	5	14,9	6,2	
Ensino médio	21	22,5	4,4	6	34,1	11,3		24	38,7	6,3	14	38,6	8,3	
Superior	7	7,9	2,9	2	11,5	7,7		19	32,1	6,1	9	25,6	7,5	

Continuação

Tabela 4 – Características das famílias que responderam questionários completos e compactados, núcleo SF, Sumarezinho, Ribeirão Preto 2007

	CADASTRADOS							NÃO CADASTRADOS						
	Completo (n= 94)			Compactado (n= 18)				Completo (n= 62)			Compactado (n= 35)			
	n	%	EP [†]	n	%	EP [†]	p [‡]	n	%	EP [†]	n	%	EP [†]	p [‡]
Renda mensal (R\$)														
< 599,00	14	16,3	3,5	2	13,8	9,1	0,332	5	8,8	2,6	5	3,4	3,5	0,321
600,00 - 1199,00	33	38,5	3,9	4	29,0	12,2		15	25,2	5,7	9	13,4	6,2	
1200,00 - R\$ 1799,00	15	17,2	5,3	6	43,4	13,3		11	17,3	4,9	7	25,4	8,2	
1800,00 +	24	28,0	4,0	2	13,9	9,1		30	48,7	6,5	19	58,0	9,1	
Contribuintes para orçamento (n⁰)														
1	36	38,2	5,0	8	47,2	12,2	0,6252	24	36,9	6,2	16	46,5	8,6	0,157
2	34	36,6	5,0	7	40,2	12,0		28	46,5	6,5	17	49,3	8,6	
3	13	13,5	3,5	1	6,5	6,3		8	13,0	4,4	1	2,1	2,1	
4 ou mais	11	11,8	3,3	1	6,0	5,8		2	3,6	2,5	1	2,1	2,1	

Porcentagens ponderadas, que levam em consideração o efeito de desenho do estudo.

[†] EP = Erro padrão ;

[‡] Valor de p para teste qui-quadrado;

[§]Empregado sem carteira assinada ou terceirizado ou autônomo ou proprietário

Nota: o número de indivíduos pode variar devido a não respostas.

5.3 Comparação entre famílias cadastradas e não cadastradas que responderam questionário completo ou compactado, para as variáveis comuns a ambos os tipos de questionário.

As Tabelas 5 e 6 contêm análises com as informações comuns obtidas para questionários compactados e completos, permitindo análise de maior número de famílias.

5.3.1 Respondentes

Quanto aos respondentes (Tabela 5) os C eram predominantemente pessoas com mais idade. A média de idade para os C foi de 53,9 anos (EP= 1,5) e para os NC 44,1 (EP= 1,6), valor de $p < 0,001$. Houve ainda uma maior proporção de respondentes do sexo feminino ($p < 0,001$) e indivíduos com saúde razoável ou ruim entre os C ($p < 0,001$). A maioria dos respondentes C e NC eram mães, com uma maior proporção desta categoria nas famílias C.

5.3.2 Famílias

Várias diferenças também foram observadas entre as características das famílias C e NC (Tabela 6). As famílias C eram mais numerosas, com menor ocorrência de pessoas com planos de saúde e plano odontológico, residiam há mais tempo no bairro, o chefe de família era principalmente aposentado, com escolaridade mais baixa do que as famílias NC. As médias do número de moradores por família foram: 3,4 (EP= 0,2) e 2,8 (EP= 0,1) para C e NC, respectivamente. A média de indivíduos por família que contribuíam para o orçamento da casa foi de 2 pessoas (EP= 0,1) para as famílias C e 1,7 para as NC (EP= 1,7). O tempo que as famílias residiam no bairro foi em média 20,3 anos (EP= 1,2) para as C e 12,2 anos para as NC (EP= 1,1).

Tabela 5 - Caracterização dos respondentes entre cadastrados e não cadastrados (compactados e completos), núcleo SF, Sumarezinho, Ribeirão Preto, 2006/2007

	CADASTRADOS (n= 112)			NÃO CADASTRADOS (n= 97)			<i>p</i> [§]
	n	% [†]	EP [‡]	n	% [†]	EP [‡]	
Sexo							
masculino	13	12,0	3,1	31	33,0	4,9	0,004
feminino	99	88,0	3,1	66	67,0	4,9	
Posição na família							
Pai	8	7,3	2,5	15	15,4	3,7	0,005
Mãe	60	53,6	4,8	37	37,0	5,0	
Avó	11	9,7	2,8	1	1,1	1,1	
Outro	4	3,6	1,8	3	3,2	1,8	
Esposa(o)	11	9,8	2,8	18	19,3	4,2	
Filha(o)	7	6,0	2,2	7	7,1	2,6	
Mora sozinho	11	9,9	2,9	16	17,0	3,9	
Cor da pele							
Branca	68	61,7	4,7	65	66,7	4,9	0,455
Não branca	43	38,3	4,7	31	33,3	4,9	
Saúde geral							
Excelente ou muito boa	16	14,7	3,4	38	38,2	5,0	<0,001
Boa	46	41,7	4,8	41	43,1	5,1	
Razoável ou ruim	48	43,6	4,8	18	18,7	4,0	
Saúde bucal							
Excelente ou muito boa	24	22,2	4,0	32	32,4	4,8	0,156
Boa	46	41,4	4,7	31	30,5	4,6	
Razoável ou ruim	40	36,4	4,6	34	37,2	4,8	

* Porcentagens ponderadas, que levam em consideração o efeito de desenho do estudo.

† EP = Erro padrão ;

‡ Valor de *p* para teste qui-quadrado;

Nota: o número de indivíduos pode variar devido a não respostas.

Tabela 6 - Características das famílias cadastradas e não cadastradas (questionários completos e compactados), Núcleo SF, Sumarezinho, Ribeirão Preto 2006/2007

	CADASTRADOS			NÃO CADASTRADOS			<i>p</i> [‡]
	(n= 112)			(n= 97)			
	n	%	EP [†]	n	%	EP [†]	
Número de pessoas							
<3	29	26,1	3,2	41	43,5	1,8	0,051
3	35	31,1	4,4	28	29,4	4,7	
4	27	24,3	4,1	16	16,3	3,8	
5 +	21	18,5	2,8	12	10,9	0,8	
Chefe da família							
Pai/ esposo	57	50,8	4,8	53	55,1	5,1	0,012
Mãe/esposa	24	21,5	3,9	24	23,7	4,4	
Outro	20	17,8	3,7	4	4,2	2,1	
Moradores únicos	11	9,9	2,9	16	17,0	3,9	
Ocupação - chefe da família							
Empregado com carteira assinada	28	25,1	4,1	43	45,6	5,1	0,003
Empregado sem carteira assinada [§]	35	30,8	4,3	28	27,8	4,6	
Desempregado ou do lar	9	8,0	2,6	9	9,6	3,1	
Aposentado	40	36,1	4,5	17	16,9	3,8	
Escolaridade - chefe da família							
Primário ou <	54	48,8	3,8	16	16,2	1,1	<0,001
Ginásio	20	18,3	3,7	14	15,4	3,8	
Ensino médio	27	24,4	4,1	38	38,7	5,0	
Superior	9	8,5	2,7	28	29,7	4,7	
Renda mensal (R\$)							
< 599,00	16	16,0	3,8	6	7,1	0,8	0,001
600,00 - 1199,00	37	37,2	4,9	19	21,2	4,3	
1200,00 - R\$ 1799,00	21	20,8	4,1	18	20,0	4,3	
1800,00 +	26	26,0	4,4	49	51,8	5,3	
Contribuintes para orçamento(nº)							
1	44	39,6	4,7	40	40,3	5,0	0,094
2	41	37,1	4,6	45	47,5	5,2	
3	14	12,4	3,1	9	9,2	3,0	
4 +	12	10,9	3,0	3	3,1	1,8	
Membros com plano de saúde							
Não	53	47,2	4,8	24	25,9	4,5	0,0014
Sim	59	52,8	4,8	73	74,1	4,5	
Membros com plano odontológico							
Não	83	74,9	4,2	58	59,2	5,1	0,018
Sim	28	25,1	4,2	39	40,8	5,1	
Condição da moradia							
Própria	76	68,1	4,4	56	57,3	5,0	0,115
Não própria	36	31,9	4,4	41	42,7	5,0	

* Porcentagens ponderadas, que levam em consideração o efeito de desenho do estudo.

† EP = Erro padrão ;

‡ Valor de *p* para teste qui-quadrado;

§ Empregado sem carteira assinada ou terceirizado ou autônomo ou proprietário

Nota: o número de indivíduos pode variar devido a não respostas.

5.4 Comparação entre famílias cadastradas e não cadastradas que responderam o questionário completo.

As tabelas 7 e 8 contêm as características de respondentes e famílias que responderam os questionários completos, e portanto possuem mais informações sobre as famílias

5.4.1 Respondentes

A média de idade dos respondentes foi 54,9 (EP= 1,5) e 42,4 (EP= 1,8) para C e NC, respectivamente, $p < 0,001$.

Comparando os respondentes C com os NC percebemos que os C são principalmente mulheres, cujos chefes de família eram principalmente aposentados, com escolaridade mais baixa e com menor probabilidade de terem saúde geral ou bucal excelente ou muito boa (Tabela7).

5.4.2 Famílias

Quanto às características familiares, aquelas C (Tabela 8) eram mais numerosas, com média de idade de seus membros maior, maior proporção de indivíduos com estado de saúde geral considerado como razoável ou ruim, menor probabilidade de terem algum membro com plano de saúde. Ainda as famílias C eram mais prováveis de terem fumantes (hábito atual ou passado). Eram famílias que residiam há mais tempo no bairro, com chefe de família aposentado, com rendimento mensal e escolaridade menores.

Quando à classificação de poder aquisitivo (ABEP) as famílias cadastradas eram principalmente das classe “C” enquanto entre os não cadastrados eram classe “B2”.

As famílias C moravam no bairro em média 20,9 anos ($n= 94$; $EP= 1,3$) enquanto que as não cadastradas há 12,5 anos ($n= 62$; $EP= 1,6$), $p<0,0001$.

Houve diferença estatisticamente significativa no tamanho médio das famílias C e NC ($p= 0,0087$), a média do número de pessoas por família C foi de 3,5 ($n= 94$; $EP= 0,16$) e NC 2,9 ($n= 62$; $EP= 0,15$).

A média de idade dos membros da família foi 43,5 anos ($EP= 1,6$) e 36,0 anos ($EP=1,9$) para os C e NC, respectivamente, havendo diferença estatisticamente significantes entre ambos os grupos ($p=0,003$).

O percentual médio de fumantes por família foi de 13% para ambos os grupos, não havendo diferença estatisticamente significativa entre eles ($p=0,914$).

Não houve diferença estatisticamente significativa para o percentual médio de pessoas, 43% e 47%, com hábito de ingestão de bebidas alcoólicas, entre famílias C e NC, respectivamente.

Tabela 7 - Características dos respondente dos questionário completo, núcleo SF, Sumarezinho, Ribeirão Preto, 2006/7

	Cadastrados (n= 94)			Não cadastrados (n= 62)			<i>p</i> [‡]
	n	%	EP [†]	n	%	EP [†]	
Sexo							
masculino	12	13,4	3,6	16	25,0	5,5	0,010
feminino	82	86,5	3,6	46	75,0	5,5	
Cor da pele/etnia							
Branca	53	56,8	5,1	41	67,1	6,1	0,200
Não branca	41	43,2	5,1	21	32,9	6,1	
Posição na família							
Pai	7	7,9	2,8	8	12,8	4,3	0,101
Mãe	52	54,8	5,2	26	42,0	6,4	
Avó	10	10,2	3,1	1	2,1	2,0	
Outro	4	4,4	2,2	2	2,6	1,8	
Esposa (o)	7	7,6	2,8	12	19,1	5,1	
Filha (o)	4	4,0	2,0	4	6,9	3,4	
Mora sozinho	10	11,0	3,3	9	14,5	4,5	
Ocupação							
Empregado com carteira assinada	9	10,1	3,2	27	44,3	6,5	<0,001
Empregado sem carteira assinada	8	8,5	2,9	6	11,6	4,5	
Autônomo	15	15,6	3,7	7	10,3	3,8	
Proprietário	3	3,2	1,8	3	4,8	2,8	
Desempregado	4	4,3	2,2	6	9,2	3,7	
Do lar	34	36,9	5,1	9	13,0	4,2	
Aposentado	14	15,9	3,9	3	4,7	2,7	
Aposentado + outra atividade	5	5,4	2,4	1	2,1	2,1	
Escolaridade							
Nunca frequentou	26	27,1	4,6	1	2,1	2,1	<0,001
Primário completo	33	35,7	5,0	9	13,5	4,3	
Ginásio completo	12	12,6	3,4	6	9,1	3,6	
Ensino médio	18	19,1	4,1	27	42,3	6,4	
Superior	4	4,6	2,3	17	30,9	6,1	
Pós-graduação	1	1,0	0,9	1	2,1	2,1	
Saúde geral							
Excelente ou muito boa	14	15,2	3,8	29	49,4	6,4	<0,001
Boa	37	39,8	5,2	23	35,7	6,2	
Razoável ou ruim	42	45,0	5,2	10	14,9	4,4	
Saúde bucal							
Excelente ou muito boa	19	21,0	4,2	22	37,1	6,3	0,113
Boa	40	42,4	5,1	20	30,7	5,9	
Razoável ou ruim	34	36,6	5,1	20	32,2	5,8	

[†] Porcentagens ponderadas, que levam em consideração o efeito de desenho do estudo.

[†] EP = Erro padrão ;

[‡] Valor de *p* para teste qui-quadrado;

Nota: o número de indivíduos pode variar devido a não respostas.

Tabela 8 - Características das famílias cadastradas e não cadastradas na Estratégia Saúde da Família que responderam questionários completos, núcleo SF, Sumarezinho, Ribeirão Preto 2007

	Cadastrados (n= 94)			Não cadastrados (n= 62)			<i>p</i> [†]
	n	%	EP [†]	n	%	EP [†]	
Número de pessoas							
< 3	23	25,3	4,6	24	39,0	6,4	0,184
3	29	30,0	4,8	20	34,6	6,3	
4	23	24,8	4,5	11	15,9	4,5	
5 +	19	19,9	4,1	7	10,4	3,8	
Cor/etnia							
Branca	44	47,6	5,2	31	52,0	6,5	0,787
Não branca**	20	21,0	4,2	14	21,6	5,3	
Mistas	30	31,4	4,8	17	26,3	5,7	
Composição das famílias							
1 indivíduo	10	11,0	3,3	9	14,5	4,5	-
Casal sem filhos	6	6,5	2,6	11	17,7	5,0	
Nuclear	37	38,9	5,0	26	40,9	6,4	
Monoparental	14	15,1	3,8	11	18,4	5,2	
Ampliada	9	9,5	3,0	0	-	-	
Monoparental ampliada	6	6,2	2,5	0	-	-	
Ampliada sem os pais	2	2,0	1,4	1	2,1	2,1	
Outra	10	10,8	3,2	4	6,4	3,2	
Percentual de pessoas com saúde geral razoável/ruim							
0	28	30,4	4,8	43	71,8	5,7	<0,001
1 a 49	34	35,6	4,9	12	17,5	4,7	
50	32	34,0	4,9	7	10,7	3,9	
Percentual de pessoas com saúde bucal razoável/ruim							
0	38	40,3	5,2	38	62,4	6,0	0,020
1 a 49	24	25,4	4,6	9	13,2	4,2	
50	32	34,3	5,0	15	24,4	5,4	
Plano de saúde							
Não	47	49,8	5,2	19	29,4	5,7	0,010
Sim	47	50,2	5,2	43	70,6	5,7	
Plano odontológico							
Não	67	72,2	4,7	34	54,1	6,5	0,028
Sim	26	27,8	4,7	28	45,9	6,5	
Hábito de fumar (atual ou passado)							
Não	33	35,6	5,0	34	55,9	6,5	0,014
Sim	61	64,6	5,0	28	44,1	6,5	
Ingestão de bebidas alcoólicas							
Não	21	22,0	4,2	15	24,6	5,6	0,719
Sim	73	78,0	4,2	47	75,4	5,6	

Continua

Continuação

Tabela 8 - Características das famílias cadastradas e não cadastradas na Estratégia Saúde da Família que responderam questionários completos, núcleo SF, Sumarezinho, Ribeirão Preto 2007

	Cadastrados (n= 94)			Não cadastrados (n= 62)			<i>p</i> [‡]
	n	%	EP [†]	n	%	EP [†]	
Ingestão excessiva bebidas							
Não	59	81,0	4,6	42	88,3	5,0	0,298
Sim	14	19,0	4,6	5	11,7	5,0	
Condição da moradia							
Própria	66	70,7	4,7	34	56,7	6,3	0,079
Não própria	28	29,3	4,7	28	43,3	6,3	
Contribuintes para orçamento (nº)							
1	26	37,8	5,0	24	39,0	6,4	0,222
2	24	36,9	5,0	28	45,7	6,6	
3	13	13,3	3,4	8	11,8	4,0	
4 ou mais	11	12,0	3,4	2	3,5	2,5	
Posição do chefe na família							
Pai ou esposo	46	49,2	5,2	34	56,2	6,4	0,067
Mãe ou esposa	22	23,2	4,4	16	25,2	5,7	
Outro	16	16,6	3,8	3	4,2	2,4	
Morador único	10	11,0	3,3	9	14,5	4,5	
Ocupação - chefe da família							
Empregado com carteira assinada	21	22,4	4,3	32	51,9	6,5	<0,001
Empregado sem carteira assinada [§]	28	28,9	4,7	19	31,6	6,1	
Desempregado ou do lar	9	9,6	3,1	5	7,2	3,1	
Aposentado	23	39,1	5,1	6	9,2	3,7	
Rendimento mensal (R\$)							
< 599,00	14	16,3	4,0	5	8,2	3,5	0,041
600,00 - 1199,00	33	38,7	5,3	15	24,4	5,5	
1200,00 -1799,00	15	17,0	4,0	11	17,8	5,1	
1800,00 +	24	27,9	4,9	30	49,6	6,5	
Escolaridade do chefe da família							
Primário ou <	49	53,3	5,3	9	13,0	4,2	<0,001
Ginásio	15	16,8	4,0	9	14,2	4,5	
Ensino médio	21	22,0	4,3	24	39,8	6,4	
Superior	7	7,9	2,9	19	33,0	6,2	
Classe Social (ABEP) 							
A2/B1	10	10,9	3,3	18	31,3	6,2	0,002
B2	26	26,7	4,5	22	35,2	6,3	
C	46	49,7	5,1	17	25,5	5,5	
D	12	12,7	3,4	5	7,9	3,5	

[†] Porcentagens ponderadas, que levam em consideração o efeito de desenho do estudo.

[†] EP = Erro padrão ;

[‡] Valor de *p* para teste qui-quadrado;

[§] Empregado sem carteira assinada ou terceirizado ou autônomo ou proprietário

^{||} ABEP –Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa

Nota: o número de indivíduos pode variar devido a não respostas.

As famílias C também foram comparadas quanto às doenças mais comuns, e pode-se observar na Tabela 9 que estas famílias têm em geral mais doenças diagnosticadas do que as NC, especialmente artrite/artrose, diabetes, hipertensão, problemas cardíacos, asma e problemas de coluna.

Tabela 9 - Doenças mais comuns entre famílias cadastradas e não cadastradas na ESF

	Cadastrados (n= 94)			Não cadastrados (n= 62)			$p^{\ddagger}$
	n	%	EP [†]	n	%	EP [†]	
Problema coluna							
Não	36	38,3	5,0	34	56,0	6,5	0,011
1 indivíduo	44	47,2	5,2	26	41,1	6,5	
Mais de 1 indivíduo	14	14,5	3,6	2	2,9	2,1	
Hipertensão							
Não	30	31,8	4,9	37	62,0	6,3	<0,001
1 indivíduo	42	44,8	5,2	22	34,2	6,2	
mais de 1 indivíduo	22	23,4	4,4	3	3,8	2,2	
Depressão	35	36,9	5,0	19	29,6	5,9	0,350
Diabetes	31	33,4	5,0	5	6,8	3,0	<0,001
Artrite-artrose	30	32,3	4,9	6	8,3	3,2	0,001
Asma/bronquite asmática	21	22,3	4,4	8	11,4	3,8	0,065
Problema cardíaco	22	23,0	4,4	4	5,9	2,8	0,002
Difículdade auditiva	16	17,5	4,0	6	9,2	3,6	0,122
Derrame	8	8,5	2,9	2	3,6	2,6	0,208
Outro tipo de câncer	6	6,4	2,6	3	4,7	2,7	0,636
Câncer de pele	6	6,3	2,5	0	0,0	0,0	_____
Febre reumática	3	3,3	1,9	4	6,6	3,2	0,386

† Porcentagens ponderadas, que levam em consideração o efeito de desenho do estudo.

† EP = Erro padrão ;

‡ Valor de p para teste qui-quadrado;

Nas Tabelas 10 e 11 são apresentados modelos multivariáveis obtidos de forma hierárquica das características mais relevantes que descrevem as famílias cadastradas e não cadastradas. O modelo na Tabela 10, foi construído com base nos

questionários completos e compactados (os quais não possuíam variáveis como poder aquisitivo - ABEP - ou informações sobre condições de saúde).

A tabela 11 contém o modelo com base nos questionários completos para os quais haviam informações sobre percepção de saúde. Ter plano de saúde e número de moradores foram as variáveis mais associadas negativa e positivamente com o cadastramento no ESF.

Tabela 10 - Resultado final do modelo para famílias repondentes de questionários completos e compactados (n= 209), Núcleo SF, Sumarezinho, Ribeirão Preto 2006/2007

	RP* não ajustado			RP* ajustados (modelo)		
	RP*	IC 95% [†]	p [‡]	RP*	IC 95% [†]	p [‡]
Escolaridade – chefe família						
Primário ou <	1,00					
Ginásio	0,86	0,73, 1,02	<0,001	1,00		0,057
Ensino médio	0,72	0,60, 0,87		0,92	0,78, 1,10	
Superior	0,50	0,33, 0,77		0,84	0,69, 1,03	
				0,62	0,42, 0,91	
Ocupação – chefe família						
Empregado com carteira assinada	1,00		0,007			0,043
Empregado sem carteira assinada [§]	1,24	1,00, 1,54		1,00		
Desempregado ou do lar	1,15	0,83, 1,60		1,14	0,91, 1,42	
Aposentado	1,40	1,14, 1,70		0,93	0,69, 1,27	
				1,23	1,01, 1,49	
Tempo de residência no bairro						
< 4,95	1,00			1,00		0,004
4,96 – 16,66	1,32	0,98, 1,77	<0,001	1,43	1,10, 1,86	
16,67 – 28,98	1,29	0,95, 1,74		1,52	1,17, 1,99	
28,99 +	1,61	1,22, 2,11		1,65	1,27, 2,17	
% convênio de saúde						
0	1,00		<0,001	1,00		<0,001
0,1 - 50	1,08	0,97, 1,20		0,93	0,81, 1,07	
> 50	0,64	0,52, 0,80		0,67	0,55, 0,82	
Número moradores						
< 3	1,00		0,071	1,00		0,038
3	1,19	0,96, 1,47		1,11	0,80, 1,55	
4	1,28	1,03, 1,58		1,31	0,99, 1,73	
5+	1,31	1,06, 1,61		1,42	1,09, 1,86	

RP = Razão de Prevalência

[†] IC_{95%} - Intervalo de confiança de 95%

[‡] Valor de p para teste de Wald (qui-quadrado)

[§] Empregado sem carteira assinada ou terceirizado ou autônomo ou proprietário

Tabela 11 - Resultado final do modelo para famílias respondentes de questionários completos (n= 153), Núcleo SF, Sumarezinho, Ribeirão Preto 2006/2007

	RP* não ajustado			RP* ajustados (modelo)		
	RP*	IC 95% [†]	p [‡]	RP*	IC 95% [†]	p [‡]
Ocupação – chefe família						
Empregado com carteira assinada	1,00			1,00		
Empregado sem carteira assinada [§]	1,30	0,97, 1,74	<0,001	1,13	0,86, 1,48	0,093
Desempregado ou do lar	1,42	1,02, 1,99		1,07	0,80, 1,43	
Aposentado	1,65	1,28, 2,13		1,33	1,03, 1,71	
Classificação da ABEP (classes)						
A2/B1	1,00		0,001	1,00		0,052
B2	1,36	0,89, 2,10		1,15	0,80, 1,67	
C	1,68	1,13, 2,50		1,40	0,99, 1,98	
D	1,63	1,06, 2,51		1,25	0,76, 2,06	
Número moradores						
< 3	1,00		0,013	1,00		0,011
3	1,11	0,86, 1,43		1,37	1,04, 1,82	
4	1,24	0,97, 1,58		1,74	1,23, 2,47	
5 +	1,29	1,02, 1,64		1,80	1,25, 2,61	
Tempo de residência no bairro						
< 4,95	1,00		<0,001	1,00		
4,96 – 16,66	1,30	0,97, 1,74		1,34	0,99, 1,83	0,184
16,67 – 28,98	1,42	1,02, 1,99		1,31	0,94, 1,82	
28,99 +	1,65	1,28, 2,13		1,44	1,04, 2,01	
Média de idade da família						
<27,6	1,00		0,001	1,00		0,289
27,61 – 34,74	1,05	0,72, 1,53		0,97	0,68, 1,40	
34,75 – 44,20	1,24	0,89, 1,74		0,93	0,66, 1,30	
44,21 – 54,40	1,50	1,13, 2,01		1,04	0,72, 1,51	
> 55,40	1,42	1,05, 1,93		1,41	0,89, 2,23	
Convênio de saúde						
(% de pessoas por família)						
0	1,00		< 0,001	1,00		0,010
1 - 50	1,08	0,95, 1,23		0,97	0,79, 1,19	
> 50	0,61	0,46, 0,81		0,66	0,50, 0,87	
Saúde geral razoável/ruim						
(% de pessoas por família)						
0	1,00		< 0,001	1,00		0,337
0,1 - 50	1,54	1,21, 1,96		1,66	0,90, 1,49	
> 50	1,63	1,29, 2,09		1,18	0,93, 1,50	

* RP = Razão de Prevalência

† IC_{95%} - Intervalo de confiança de 95%

‡ Valor de p para teste de Wald (qui-quadrado)

§ Empregado sem carteira assinada ou terceirizado ou autônomo ou proprietário

|| ABEP –Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa

Os dados que serão apresentados a seguir são das famílias C e NC que responderam o questionário completo sobre: utilização de serviços (Tabela 12), informações sobre conhecimento da ESF e motivos da não participação pelas famílias NC (Tabela 13) e perfil de utilização da ESF pelas famílias C (Tabela 14).

A média do percentual de indivíduos que procuraram algum serviço de saúde nos últimos 15 dias foi de 31% (EP= 0,03) para C e 35% (EP= 0,04) para NC, respectivamente, ($p= 0,455$). Alguns dados sobre as características de utilização dos serviços e uso de medicamentos estão na tabela 12. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significante entre famílias C e NC, com relação ao motivo da procura por serviços de saúde nos 15 dias anteriores à data da entrevista. Na maior parte, ambos grupos buscaram este serviço por motivo de doença ou mal estar. Dentre as famílias que procuram atendimento, neste período, o primeiro local de procura foi o posto ou centro de saúde e o consultório coveniado pela maioria da famílias C e NC, respectivamente (Tabela12).

Quando perguntado sobre o uso de medicamentos por algum membro da família, uma maior porcentagem de famílias NC (11,1%) não tomavam remédios quando comparadas às C (3,2%). Diferença estatisticamente significante foi observada quanto ao local de aquisição de medicamentos, 84,5% C adquiriam seus remédios na rede pública, enquanto que para as NC este valor caiu para 30,1%.

As famílias NC ($n= 62$) foram entrevistadas quanto ao conhecimento e as razões de não estarem cadastradas na ESF. Destas famílias 30,8% ($n=$; EP= 6,1), não tinham conhecimento da existência do ESF no bairro. Dentre os que já tinham ouvido falar da ESF ($n= 43$) apenas 10,8: % ficaram sabendo da existência do NSF por profissionais ligados à ESF. Quem foi convidado para participar da ESF justificou a não participação, na maior parte, por já possuir convênio médico (Tabela 13).

Dentre aqueles que não foram diretamente convidados, mas que sabiam da existência da ESF no bairro (n=14), a maior parte justificou não procurar este serviço devido a *outros motivos*^{*} (n=9) para não participar da ESF, seguido de ter plano de saúde (Tabela 13).

As famílias C que responderam questionário completo estavam cadastradas em média a 4,7 anos na ESF. A maioria destas famílias, 84,1% (EP= 3,8), tinha todos os seus membros cadastrados, dentre estas, apenas 46,1% todos os membros utilizavam o serviço, isso representava que em média que 28,0% dos membros das famílias não utilizam o ESF e a razão mais comum para isso é ter um convênio médico ou não ter problemas de saúde (Tabela14). Outros motivos (n=17) para não utilizar a ESF incluíram: usar o CSE (n=10), não ter especialista (n= 1), ESF estar fechada quando precisa (n=1), demora (n=1), já ter sido mal atendido (n=1), dentre outros (Tabela 14).

Em média, 72% dos indivíduos de uma família utilizam a ESF (n= 91; EP= 0,03). O tipo de serviço mais buscado pelas famílias na ESF foram as consultas ou exames de rotina/prevenção (Tabela14).

A maioria das famílias recebeu visita domiciliar por algum membro da equipe da ESF e o profissional que mais realizou esta atividade foram os ACS (97,7%) seguido dos médicos (30,5%). O tempo da última visita domiciliar recebida foi menor que 2 meses para 50,0% das famílias.

^{*} Outros motivos = utilizar o Centro de Saúde Escola da rua Cuiabá (n= 4), não sabia o endereço do núcleo SF (n= 1), estar sem tempo para ir até o núcleo SF (n= 1), a família não ter qualquer problema de saúde mais sério (n= 1), já tinha ido até lá mas não foi feito o cadastro (n= 1) e procurou um outro posto de saúde na rua Minas(n= 1).

Tabela 12 - Utilização de serviços de saúde nos 15 dias anteriores à entrevista das famílias cadastradas e não cadastradas no NSF, Sumarezinho, Ribeirão Preto 2006/ 2007

	Cadastrados (n= 94)		Não cadastrados (n= 62)			
	%	EP [†]	n	%	EP [†]	p [*]
Motivos da utilização de serviços de saúde						
Consulta (exame) de rotina ou prevenção	32	0,06	24	0,07	0,3416	
Acidente ou lesão	2	0,02	1	0,01	0,3882	
Problema odontológico	24	0,05	25	0,06	0,9086	
Pré-natal	1	0,01	0	-	0,3211	
Doença ou mal-estar	36	0,05	34	0,08	0,8812	
Outro	32	0,05	31	0,07	0,9116	
Percentual do local de 1ª opção de procura						
Farmácia	2	0,02	3	0,03	0,7735	
Posto ou centro de saúde	32	0,05	10	0,04	0,0029	
Consultório particular	6	0,03	16	0,05	0,1160	
Consultório conveniado	22	0,05	52	0,07	0,0010	
Pronto Socorro/ Emergência Pública	1	0,01	0	0,00	0,3210	
Hospital conveniado	4	0,02	5	0,02	0,7455	
Hospital público	8	0,03	7	0,04	0,8524	
Núcleo do PSF	19	0,04	2	0,02	0,0010	
Outro	4	0,02	3	0,02	0,9821	
Uso de medicamentos						
Não	3	3,2	7	11,1	4,1	0,0831
Sim	91	96,8	55	88,9	4,1	
Utilização de medicamentos						
Não	3	3,2	7	11,1	4,1	
Sim – 1 indivíduo	28	30,5	27	44,7	6,5	0,0205
Sim – mais de 1 indivíduo	63	66,3	28	44,3	6,5	
Local de aquisição de medicamentos						
Rede pública	80	84,5	19	30,1	5,9	<0,0001
Estabelecimento particular	78	83,6	55	89,4	3,9	0,2842
Estabelecimento conveniado	7	7,5	12	16,9	4,5	0,0781
Gasto mensal com medicamentos (R\$)						
Nenhum gasto	60	64,4	30	49,4	6,6	
< 50,00	21	23,4	14	25,3	5,9	0,0668
51,00 a 150,00	8	8,7	16	24,1	5,4	
151,00 +	3	3,5	1	1,2	1,2	

[†] EP = Erro padrão

[‡] Porcentagens ponderadas, que levam em consideração o efeito de desenho do estudo.

* Valor de p para teste qui-quadrado.

Tabela 13 - Informações relativas à Estratégia Saúde da Família pelas famílias não cadastradas no NSF que responderam o questionário completo, Sumarezinho, Ribeirão Preto, 2006/2007 (n= 62)

	n	% [*]	EP [†]
Conhecimento da ESF no bairro			
Não	19	30,8	6,1
Sim	43	69,2	6,1
Meios de conhecimento da ESF (n=43)			
Profissional do núcleo	3	6,9	4,1
Meios de comunicação	3	7,2	4,2
Vizinhos/ Amigos/ Familiares	23	53,8	8,0
Outros	14	34,4	8,0
Convite oficial para participar do ESF (n=43)			
Não	38	89,2	4,7
Sim	5	10,8	4,7
Motivos da não participação (n=5)			
Posse de convênio	4	81,4	18,6
Falta de confiança no serviço público	0	0,0	0,0
Não tem problemas de saúde	0	0,0	0,0
Raramente está em casa	1	18,6	18,6
Outros motivos	1	18,6	18,6
Interesse em participar atualmente da ESF (n=5)			
Não	5	100,0	0,0
Sim	0	0,0	0,0
Ciência que o serviço está disponível a todos			
Não	22	61,2	8,7
Sim	14	38,8	8,7
Motivos para não procurar a ES (n=14)			
Porque já possuía plano de saúde			
Falta de confiança no serviço público	6	45,1	13,8
Incômodo das visitas domiciliares	1	9,0	9,0
Não têm problemas de saúde	0	0,0	0,0
Raramente fica em casa	2	12,0	8,6
Outros	0	0	0,0
	9	61,6	12,1

^{*} Porcentagens ponderadas, que levam em consideração o efeito de desenho do estudo.

[†] EP = Erro padrão ;

Nota: o número de indivíduos pode variar devido às não-respostas

Tabela 14 - Características de utilização da Estratégia Saúde da Família pelas famílias cadastradas no NSF (n= 94) que responderam o questionário completo, Sumarezinho, Ribeirão Preto, 2006/2007

	n	% [†]	EP [†]
Tempo de cadastro (anos)			
< 4	28	32,0	5,1
4 – 5	27	31,0	5,0
6 – 7	28	32,2	5,2
> 7	4	4,8	2,4
Cadastro de todos os membros familiares			
Não	15	15,9	3,8
Sim	78	84,1	3,8
Utilização da ESF por todos os membros da família			
Não	50	53,9	5,2
Sim	43	46,1	5,2
Motivos para não utilização (n= 51)			
Posse de plano de saúde	28	55,1	7,3
Falta de confiança no serviço público	3	5,8	3,4
Incômodo das visitas domiciliares	0	0	0
Não têm problemas de saúde	18	35,4	7,0
Raramente esta em casa	5	9,2	3,8
Outros	17	33,4	6,8
Serviços utilizados			
Casos de emergência	51	59,4	5,2
Consultas ou exames de rotina/prevenção	80	90,6	3,2
Grupos e atividades de quarteirão	21	24,5	4,7
Palestras	19	21,7	4,5
Dentista	17	19,0	4,2
Outros	11	13,3	3,7
Recebimento de visita domiciliar	90	97,1	1,7
Profissionais que já realizaram visita domiciliar			
Médico	27	30,5	4,9
Dentista	3	3,3	1,9
Enfermeira	22	24,7	4,6
Agente Comunitário	88	97,7	1,6
Tempo da última visita domiciliar (meses)			
< 2	44	50,0	5,2
2 – 5	31	34,0	5,0
6 – 12	7	7,5	2,8
>12	8	8,5	2,9

[†] Porcentagens ponderadas, que levam em consideração o efeito de desenho do estudo.

[†] EP = Erro padrão ;

Nota: o número de indivíduos pode variar devido às não respostas

DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

Antes de discutir os resultados, propriamente ditos, é importante ressaltar que o presente estudo apresenta algumas limitações, como: ter sido desenvolvido numa área restrita da população de Ribeirão Preto, assim, os resultados aqui obtidos não podem ser generalizados, e também numa unidade de ESF que já estava funcionando há cerca de 9 anos. Além disso, a região do estudo não é um local tipicamente pobre e a proporção de famílias não participantes pode ser menor do que em outras áreas.

Com base no modelo estatístico construído para todas as famílias participantes do estudo, as variáveis que melhor predisseram estar cadastrado na ESF foram escolaridade e ocupação do chefe da família, tempo de moradia no bairro, porcentagem de pessoas com convênio de saúde e número de moradores. No modelo para as famílias que responderam o questionário completo a classificação de poder de compra (ABEP) foi mais importante do que a escolaridade do chefe da família.

A média de idade da família embora não tenha sido estatisticamente significativa ao ser incluída no modelo ($p = 0,289$), mostra que existe uma tendência de famílias com média de idade maior se cadastrar mais na ESF.

As famílias NC possuem melhores condições de saúde geral e bucal, o que pode estar relacionado à sua maior renda, escolaridade e poder de compra (ABEP). Pois de acordo com a literatura, o nível de educação de uma população guarda relação com seu estado de saúde (PORTO, 1995) e a porcentagem de pessoas para as quais se avalia o estado de saúde como ruim e muito ruim diminui com a melhora das condições econômicas (DACHS; SANTOS, 2006). Travassos et al. (2000)

também constataram que as chances de adoecer diminuem com o aumento da renda. Com relação à saúde bucal, Tassinari et al. (2007) mostraram que a chance de ter saúde bucal ruim aumenta com a diminuição da renda.

Para os dois grupos, C e NC, as doenças mais prevalentes foram: problema na coluna, hipertensão e depressão. Uma análise dos dados da PNAD 2003 revelou que, semelhantemente, as condições mais prevalentes na população brasileira foram: doença de coluna, hipertensão, artrite e depressão (BARROS et al., 2006). No entanto, as famílias C têm, em geral, mais doenças diagnosticadas do que as NC, especialmente artrite/artrose, diabetes, hipertensão, problemas cardíacos, asma e problemas de coluna. Observou-se uma alta prevalência de depressão nesta região, respectivamente 36,9% e 29,6% entre C e NC. Peluso e Blay (2008) num levantamento realizado em São Paulo encontraram uma prevalência ainda maior, metade da amostra auto-referiu ter depressão. Destacamos, assim, a importância do desenvolvimento de ações específicas, tanto curativas como preventivas, pela equipe de SF para atuar sobre os problemas de saúde mais prevalentes na sua população adscrita a fim de minimizá-los.

Com relação ao perfil de utilização de serviços a literatura (GOLDBAUM et al., 2005; TRAVASSOS et al., 2000; VIACAVA; SOUZA-JUNIOR; SZWARCOWALD, 2005) tem mostrado que indivíduos portadores de convênio freqüentam mais serviços de saúde. Apesar do número de famílias NC com posse de convênio de saúde ser maior que o das C, em nosso estudo, não houve diferença estatisticamente significativa entre o grupo de C e NC, no que se refere à freqüência do uso de serviços de saúde em geral, nos 15 dias anteriores à entrevista. Uma hipótese para a essa ausência de diferença na quantidade de consumo destes serviços é que como as famílias C têm média de idade maior e mais doenças

diagnosticadas que as NC, demandem, talvez, maior necessidade no uso desses serviços. É possível inferir também que o fato da ESF ter em seu processo de trabalho, a busca ativa do usuário no domicílio, o que faz a oferta dos serviços da ESF ser diferente da oferta de mercado, ajudar a promover o acesso dos usuários aos serviços de atenção à saúde.

Também não houve diferença entre os grupos de C e NC com relação ao motivo da procura por serviços de saúde, ambos grupos buscaram este serviço, na maioria das vezes, por motivo de doença ou mal estar. Estes achados contrastam com o trabalho de Lima-Costa (2004) e com o de Viacava, Souza-Júnior e Szwarcwald (2005) que mostram que filiados a planos e seguros de saúde consomem mais serviços preventivos, independentemente do sexo e da escolaridade.

Quando perguntado às famílias C qual foi o primeiro local de procura por atendimento à saúde, a resposta mais freqüente foi posto ou CSE do bairro. Uma hipótese para explicar este achado é que o posto/CSE, diferentemente do NSF, funciona 24 horas, todos os dias da semana, possui uma gama maior de especialistas e aparelhos mais sofisticados para realizar exames. Esta hipótese pode ser corroborada pelo trabalho de Pereira (2008), que avaliou os serviços de AB oferecidos à população do Distrito Oeste de Ribeirão Preto, verificando que o atributo acesso à ESF foi avaliado negativamente em alguns aspectos, apontando para necessidade de abertura, ao menos uma vez por semana, destas unidades, à noite. Esta mesma autora também identificou a necessidade de diminuir o tempo de espera para ser atendido nas unidades de SF, que era maior do que trinta minutos.

Já para as famílias NC, o primeiro local de procura por atendimento, foi o consultório médico do seu convênio, o que pode ser justificado pela maior parte (70,6%) das NC posuírem plano saúde particular, empresarial ou de órgão público.

As famílias NC tomam menos medicamentos que as C, talvez por possuírem melhores condições de saúde que as C, o que pode estar associado também à maior renda e escolaridade destas famílias, além da média de idade das famílias C ser mais alta que a das NC.

As famílias C adquirem mais medicamentos na rede pública que as NC, provavelmente por serem usuárias mais freqüentes do serviço público de saúde, levando à maior facilidade de informação sobre seus direitos, pois na consulta médica (SUS) já podem receber informações sobre a possibilidade de adquirir o medicamento prescrito de forma gratuita. Ou também pelo fato de serem famílias com menor renda o que as impossibilita de comprar medicamentos em farmácias particulares.

Nota-se que as famílias NC, apesar de possuírem convênio em sua maioria, apenas uma pequena parte delas compra seus medicamentos nas farmácias do convênio, uma possível explicação para isso é que estas famílias optam por adquirir seus medicamentos em farmácias mais perto do seu local de moradia que têm preço igual ou menor que às farmácias do convênio.

Em nosso estudo, também foi investigado o conhecimento das famílias NC sobre a ESF e os motivos da não utilização deste serviço. Uma primeira observação encontrada é que 30,8% destas famílias nunca tinham ouvido falar do NSF existente no bairro. E quando perguntado, aos que já tinham ouvido falar do NSF, a minoria disse que soube da existência da ESF por algum profissional da equipe e destes apenas 10,8% receberam um convite da equipe para participar. Estes resultados

poderiam nos levar a pensar que uma divulgação ineficiente desta estratégia esteja acontecendo, prejudicando o acesso à mesma. Outra indicação para este fato é que a minoria das famílias NC que já tinham ouvido falar da ESF não tinham idéia de que este é um serviço universal, ou seja, que está disponível à todos. Mas, por outro lado, há que se considerar também, a hipótese de que este tipo de resposta das famílias NC, possa estar relacionada a um padrão sócio cultural, ou seja, as famílias NC podem até ter recebido um convite para participar ou já ter tido ciência da existência do serviço no bairro, mas como estas famílias dispõem em sua maioria de convênio de saúde, não têm interesse em lembrar dessa informação.

Com relação às famílias C, os serviços mais utilizados na ESF são consultas de rotina e para situações de emergências. Uma pequena parte dos entrevistados disse já ter participado, pelo menos alguma vez, de atividades de grupo e palestras. O que deveria levar a equipe a refletir se este fato se deve, talvez, a pouca realização destas atividades ou se há baixa adesão por parte da população adscrita devido aos horários em que são realizadas, aos temas propostos, dentre outros motivos.

Foi também observada baixa atuação do dentista neste NSF. Apenas 19% da população da população C já procuraram o NSF para serviços odontológicos e somente 3% das famílias já receberam visita domiciliar deste profissional. É que neste NSF não há um profissional contratado para atuar exclusivamente neste serviço, um profissional do CSE que faz atendimento clínico à população adscrita ao NSF tem uma pequena parte da sua carga horária cedida para atuar na unidade do núcleo. Sua atividade, no NSF, é basicamente realizar a triagem de pacientes. Vale lembrar que nesta unidade não há um consultório odontológico instalado. É importante destacar a necessidade de implantar uma equipe de saúde bucal neste NSF que há tanto tempo está em atividade, cerca de 9 anos, para suprir às

necessidades de saúde bucal desta população. Assim, poderá ser ofertado não só ações curativas e de reabilitação como também de prevenção e promoção da saúde bucal, para que, desta forma possam atuar de forma integral e em conjunto com os demais profissionais da equipe de ESF como preconizado pelas diretrizes da política nacional de atenção básica.

Acreditamos que a presente pesquisa avaliativa poderá contribuir de maneira relevante nas ações de planejamento da equipe do NSF analisado, além de oferecer subsídios para demais pesquisas relacionadas à ESF. No entanto, outros estudos são necessários para conhecer melhor os motivos e as condições que levam as famílias a se cadastrar ou não na ESF.

De acordo com os nossos achados a ESF parece estar contribuindo (ou cumprindo) com o princípio da equidade, pois as famílias C são em maior proporção as menos favorecidas em relação à situação econômica, escolaridade e condição de saúde.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP). **Dados com base no Levantamento Sócio Econômico - 2000 - IBOPE**. São Paulo: ABEP, 2003.

BARBOSA, D. C. M. **Sistema de Informação em Saúde: a percepção e a avaliação dos profissionais diretamente envolvidos na atenção básica de Ribeirão Preto / SP**. 2006. 111 f. Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

BARROS, M. B. A.; CÉSAR, C. L. G.; CARANDINA, L.; TORRE, G. D. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 911-926, 2006.

BRASIL Ministério da Saúde. **Manual SIAB 2000**. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/geral/manual_siab2000.pdf>. Acesso em: 10 out. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acompanhamento e Avaliação**. PROESF – expansão e consolidação Saúde da família. 2002a. Disponível em: <<http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/>> Acesso em: 27 jun. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acompanhamento e Avaliação**. AMQ - Avaliação para melhoria de qualidade da Estratégia. 2002b. Disponível em: <<http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/autoavaliacaoesf/index.htm>>. Acesso em: 27 jun. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção básica e a Saúde da família**. 2004a. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>> Acesso em: 27 jun. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de atenção básica. **Atenção básica e a Saúde da família. Números**. 2004b. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>> Acesso em: 10 out. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acompanhamento e avaliação. Avaliação na atenção básica. Caminhos para institucionalização**. 2004d. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/caadab/publicacoes.php>> Acesso em: 27 jun. 2007.

BRASIL Ministério da Saúde. **SUS de A a Z**. Atenção básica. 2004e. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/topicos/topico_det.php?co_topico=591&letra=U> Acesso em: 05 jun. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília, 2006. v. 4, 63 p.

CACCIA-BAVA, M. C. G. G. (Coord.). **Relatório do convênio dos núcleos de saúde da família**. Ribeirão Preto, 2004. (Mimeografado).

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO, 2001. p.113-126. Disponível em: <http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/publicacoes/0054/cd2_acolhimento.pdf>. Acesso em : 19 jun. 2008.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **EPI INFO**: word processing data base and statistics program for public health. Version 2002. Geneva: CDC/WHO, 2002.

CERCI NETO, A.; KOHATSU, M.; MOREIRA, A. C.; FARIA, M. F.; SILVA, S. F. Programa Respira Londrina: ampliando a integralidade na atenção ao paciente asmático no PSF de Londrina. **Divulgação Saúde Debate**, Londrina, n. 32, p. 53-60, 2003.

CÉSAR, 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. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 59-70, 1996. Suplemento 2.

CEZAR, L. S. B. **Programa de saúde da família**: uma avaliação no morro do Borel. 2003. 112 f. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

CICONI, R. C. V.; VENANCIO, S. I.; ESCUDER, M. M. L. Avaliação dos conhecimentos de equipes do Programa de Saúde da Família sobre o manejo do aleitamento materno em um município da região metropolitana de São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 4, n. 2, p. 193-202, 2004.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J. L.; PINEAULT, R. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 29-47.

DACHS, J. N. W.; SANTOS, A. P. R. Auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 887-894, 2006.

DUBEUX L. S.; FRIAS, P. G.; VIDAL, S. A.; SANTOS, D. M. Incentivo ao aleitamento materno: uma avaliação das equipes de saúde da família do município de Olinda. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 4, n. 4, p. 399-404, 2004.

FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 3, n. 4, p. 317-321, 2004.

FONSECA, T. M. M. **Estudo etnográfico sobre o significado da Estratégia Saúde da Família, atribuído por famílias do município de Vitória-ES**. 2003. 185 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003.

GOLDBAUM, M.; GIANINI, R. J.; NOVAES, H. M. D.; CÉSAR, C. L. G. Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família (Qualis) no Município de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 1, n. 39, p. 90-99, 2005.

HARTZ, Z. M. A. Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para a atenção básica. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 413-429, 2002.

KISH, L. **Weighting: Why, When, and How? A Survey for surveys**. Alexandria: American Statistical Association, 1990. p. 121-130. (Proceedings of the Section on Survey Research Methods).

LIMA-COSTA, M. F. Estilos de vida e uso de serviços preventivos de saúde entre adultos filiados ou não a plano privado de saúde (inquérito de saúde de Belo Horizonte). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 857-864, 2004.

MACHADO, K. Saúde da família se firma como estratégia permanente do SUS. **RADIS**, Rio de Janeiro, n. 23, p. 10-11, 2004.

MOURA E. R. F.; HOLANDA JÚNIOR, F.; RODRIGUES, M. S. P. Avaliação da assistência pré-natal oferecida em uma microrregião de saúde do Ceará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1791-1799, 2003.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 5, n. 34, p. 547-559, 2000.

OLIVEIRA FILHO, S. Saúde da família: uma realidade. **Revista da Associação de Saúde Pública do Piauí**, Teresina, v. 2, n. 1, p. 98-102, 1999.

PAIM, J. S. Avaliação em saúde: uma prática em construção no Brasil. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. (Orgs.). **Avaliação em saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005, p. 9-10.

PELUSO, E. T. P.; BLAY, S. L. Percepção da depressão pela população da cidade de São Paulo. **Revista de. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 41-48, 2008.

PEREIRA, M. J. B. **Avaliação das características organizacionais e de desempenho das unidades de atenção básica em saúde do Distrito Oeste do município de Ribeirão Preto**. 2008. 237p. Tese (Livre docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

PORTO, S. M. P. Justiça social, equidade e necessidade em saúde. In: PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. **Economia da saúde**: conceito e contribuição para a gestão da saúde. IPEA, 1995. cap. 5, p. 123-140. Disponível em: <http://ipea.gov.br/sites/000/2/livros/economia_saude/CAP5.pdf> Acesso em: 10 jan. 2008.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Rede Municipal de Saúde**. [2003]. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/i16principal.asp?pagina=/ssauade/rede/i16apresentacao.htm>>. Acesso em: 08 nov. 2007.

RIVERO, D. T. Atenção primária: frustração e dívida social para o século XXI? **Ser Médico**, São Paulo, v. 2, n. 6, p. 12-15, 1999.

SAMICO, I. C. **Avaliação da atenção à saúde da criança**: um estudo de caso no Estado de Pernambuco. 2003. 221 f. Monografia (Especialização) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2003.

SÃO PAULO. Secretaria Estadual de Saúde. **Estruturas regionais de saúde**. [2007]. Disponível em: <http://portal.saude.sp.gov.br/content/geral_estrutura_regionalis_de_saude.mmp> Acesso em: 8 nov. 2007.

SAS/STAT® User's Guide: version 9. Cary: SAS Institute, 2002-2003.

SCHRAIBER, L. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (Orgs.). **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 20-46.

SILVA, L. M. V. Conceitos, abordagens e estratégias para avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. (Orgs.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sis temas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro : FIOCRUZ, 2005. cap. 1, p 15-39.

SILVA, A. S.; LAPREGA, M. R. Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 21, p. 1821-1828, 2005.

STARFIELD, B. Acessibilidade e primeiro contato: a porta. In: _____. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002. cap. 7, p. 207-246. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001308/130805por.pdf>> Acesso em: 10 set. 2007.

TASSINARI, W. S.; LEON, A. P., WERNECK, G. L.; FAERSTEIN, E.; LOPES, C.S.; CHOR, D.; NADANOVSKY, P. Contexto sócio-econômico e percepção da saúde bucal em uma população de adultos uma análise multinível. **Cadernos de saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 127-136, 2007.

TRAD, L. A. B.; BASTOS, A. C. S. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 429-435, 1998.

TRAVASSOS, C. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 325, 330, 1997.

TRAVASSOS, C. **Acesso e utilização de serviços de saúde**. Primeiros resultados do suplemento saúde da PNAD/2003. 2005. Disponível em: <<http://www.proadess>.

cict.fiocruz.br/artigos/Apresentacao%20PNAD2003%2001-07.pdf> Acesso em: 04 maio 2008.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. S190-S198, 2004. Suplemento 2.

TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E. X. G.; VIACAVAL, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 975-986, 2006.

TRAVASSOS, C.; VIACAVAL, F.; FERNANDES, C.; ALMEIDA, M. C. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 133-149, 2000.

VIACAVAL, F.; SOUZA-JUNIOR, P. R. B.; SZWARCOWALD, C. L. Cobertura da população brasileira com 18 anos ou mais por plano de saúde privado: uma análise dos dados da Pesquisa Mundial de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, p.119-128, 2005. Suplemento 1.

WHITEHEAD, M. **The concepts and principles equity and health**. 1990. Disponível em: http://www.dssp.uniroma1.it/convegna/Documentazione_Corso_ADE_Salute_Globale_ed_Equit%C3%A0_in_Salute/19_gennaio_2008/Whitehaed_1990.pdf Acesso em: 26 mar. 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Declaration of Alma-Ata**. 1978. Disponível em: <http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf>. Acesso em: 25 out. 2007.

APÊNDICES E ANEXOS

(VIDE CD-ROOM)