**Uso de serviços de saúde materno-infantis na Região
Sudoeste da Grande São Paulo em dois períodos:
1990-2002.**

**Inquéritos de saúde como fonte de dados para
estudos de utilização de serviços de saúde.**

Wladithe Organ de Carvalho

Tese apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública da
Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo para obtenção
do título de Doutor em Saúde Pública.

Área de Concentração : Epidemiologia
Orientador: Prof.Dr. Chester Luiz Galvão
Cesar

**São Paulo
2004**

44 833 / 2004 doc

Autorizo exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, por processos fotocopiadores. Ao usá-lo, cite a fonte.

Assinatura:

Data:

AGRADECIMENTOS

Àquele de quem provém todas as coisas, para quem tudo se fez e para quem nós também existimos.

Ao Prof. Dr. Chester Luiz Galvão Cesar pela orientação prestada e pela oportunidade de participar do Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo.

Aos pesquisadores do Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo.

À equipe técnica do Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo.

À equipe do Laboratório de Pesquisa em Saúde Pública do Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu.

À CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), pela bolsa de estudo concedida.

Aos colegas do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá.

Ao meu esposo e ao meu filho.

Aos meus pais e à minha irmã.

Aos meus novos e velhos amigos, em especial à Família Derewlany.

A todos os que contribuíram direta ou indiretamente para a realização deste trabalho.

RESUMO

Carvalho WO de. **Uso de serviços de saúde materno-infantis na Região Sudoeste da Grande São Paulo em dois períodos: 1990-2002. Inquéritos de saúde como fonte de dados para estudos de utilização de serviços de saúde.** São Paulo; 2004. [Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da USP].

Objetivo. Estudar a utilização de serviços de saúde em Embu, Itapequerica da Serra e Taboão da Serra, analisando a potencialidade de dois inquéritos de saúde de base populacional como fonte de dados.

Método. A partir dos bancos de dados de dois inquéritos de saúde de base populacional com metodologia semelhante, realizados em Embu, Itapequerica da Serra e Taboão da Serra, em 1990 e 2002, procedeu-se seleção e análise de variáveis de utilização de serviços de saúde por residentes menores de um ano, para a realização do pré-natal e parto dos mesmos, idade e escolaridade materna. No tratamento estatístico dos dados, provenientes de amostragens complexas, utilizou-se o programa CSample do EpiInfo 6.04. **Resultados.** Houve aumento proporcional de crianças com morbidade referida e hospitalizadas. Observou-se diferencial no tipo e local dos serviços utilizados quanto à idade e escolaridade materna. Ocorreu crescimento na utilização de serviços do município de residência e redução em São Paulo. As Unidades Básicas de Saúde mantiveram-se como principal tipo de serviço para atendimentos ambulatoriais. Quanto ao pagamento dos serviços, o desembolso direto diminuiu, o setor público predominou como fonte pagadora, houve redução dos convênios empresa e crescimento dos planos individuais. **Conclusões.** As principais alterações no padrão de utilização dos serviços estiveram vinculadas ao setor público de saúde. Os inquéritos de saúde de base populacional mostraram-se adequados para analisar e comparar a utilização de serviços no decorrer do tempo.

Descritores: Utilização de Serviços de Saúde; Inquéritos de Saúde; Inquéritos domiciliares; Serviços de Saúde Materno-Infantil.

SUMMARY

Carvalho WO de. **Uso de serviços de saúde materno-infantis na Região Sudoeste da Grande São Paulo em dois períodos: 1990-2002. Inquéritos de saúde como fonte de dados para estudos de utilização de serviços de saúde.** [Maternal and Child Health Services utilization in the Southwest Area of Great São Paulo in two-period: 1990-2002. Health surveys as data source for studies of Health Services Utilization]. São Paulo (BR); 2004. [Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

Objective. To study the Health Services utilization in Embu, Itapecerica da Serra e Taboão da Serra, analyzing the potential explore of population base health surveys as source of data. **Method.** Starting from the databases of two population base health surveys with similar methodology, carried out in Embu, Itapecerica da Serra and Taboão da Serra, in 1990 and 2002, a selection and analysis of variables of health services utilization by residents under one year of age was accomplished, for prenatal care and delivery of the same ones, age and education of the mothers. In the data statistical treatment from complex samplings, the program CSample of EpiInfo 6.04 was used. **Results.** There was proportional increase of children with referred morbidity and hospitalization. A differential was observed in the type and local of the services used regarding the mother's age and education. There was a growth in the use of services of the municipal district and a reduction in São Paulo capital. The Healthcare Units were maintained as main service type for outpatient attendance. Regarding payment of services, the direct payment decreased, the government prevailed as source payer, there was a reduction in the companies agreements and increase of private insurance. **Conclusions.** The main changes in the pattern of use of the services were linked to the public healthcare. The population base health surveys were shown appropriate to analyze and to compare the use of services along the time.

Descriptors: Health Services Utilization; Health Surveys; Household Surveys; Maternal and Child Health Services.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMS – Assistência Médica Sanitária

BENFAM - Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil

CID – Classificação Internacional de Doenças

CIS – Centro de Informações de Saúde

CMI – Coeficiente de Mortalidade Infantil

CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CPS – Coordenadoria de Planejamento de Saúde

DHS - Demographic and Health Survey

ERSA – Escritório Regional de Saúde

FAPESP – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo

FAT – Fundo de Amparo ao Trabalhador

HC – Hospital de Clínicas

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

INAN - Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição

ISA-SP – Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo

MS – Ministério da Saúde

NS-NR – Não sabe / não respondeu

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAM – Posto de Assistência Médica

PCV – Pesquisa sobre Condições de Vida

PICDT/CAPES – Programa Institucional de Capacitação Docente e Técnica da
Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio

PNSN - Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição

POF - Pesquisas de Orçamento Familiar,

PPV - Pesquisa sobre Padrão de Vida

PS – Pronto Socorro

RN – Recém-nascido

RS-GSP – Região Sudoeste da Grande São Paulo

SEADE – Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados

SES-SP – Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo

SIA-SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde

SIH-SUS – Sistema de Internações Hospitalares do Sistema Único de Saúde

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNESP – Universidade do Estado de São Paulo

UNICAMP – Universidade de Campinas

USAID - United States Agency for International Development

USP – Universidade de São Paulo

LISTA DE FIGURAS

Nº	Título	Pág.
1	Distribuição de consultas pré-natal segundo tipo de serviço utilizado. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.	55
2	Distribuição de consultas pré-natal segundo local do serviço utilizado. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.	56
3	Distribuição das consultas pré-natal pagas pelo setor público, segundo local do serviço utilizado. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.	56
4	Distribuição de consultas pré-natal segundo fonte pagadora do serviço utilizado. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.	57
5	Distribuição de partos hospitalares segundo local do serviço utilizado. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.	63
6	Distribuição dos partos hospitalares pagos pelo setor público, segundo local do serviço utilizado. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.	63
7	Distribuição de partos hospitalares segundo fonte pagadora do serviço utilizado. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.	64
8	Distribuição da utilização de serviços de saúde para acompanhamento do RN, segundo tipo do serviço utilizado. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.	69
9	Distribuição da utilização de serviços de saúde para acompanhamento do RN, segundo local do serviço utilizado. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.	70
10	Distribuição da utilização de serviços de saúde para orientação em cuidados com o RN, segundo fonte pagadora do serviço utilizado. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.	71
11	Morbidade referida para período de 15 dias e demanda por ajuda - "Inquérito de Morbidade"	73
12	Morbidade referida para período de 15 dias e demanda por ajuda – ISA-SP	74
13	Distribuição de atendimentos à morbidade para período de 15 dias, segundo tipo de serviço utilizado. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.	78
14	Distribuição de atendimentos à morbidade para período de 15 dias, pagos pelo setor público, segundo tipo de serviço utilizado. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.	78
15	Distribuição de atendimentos para morbidade de 15 dias, segundo local do serviço utilizado. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.	79

16	Distribuição de atendimentos para morbidade de 15 dias, segundo fonte pagadora do serviço utilizado. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.	79
17	Distribuição de hospitalizações nos últimos 12 meses, segundo local do serviço utilizado. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.	86
18	Distribuição de hospitalizações nos últimos 12 meses, segundo fonte pagadora do serviço utilizado. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.	86
19	Distribuição de atendimentos por outros motivos, segundo tipo de serviço utilizado. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.	89
20	Distribuição de atendimentos por outros motivos, segundo local do serviço utilizado. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.	89
21	Distribuição de atendimentos por outros motivos, segundo fonte pagadora do serviço utilizado. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.	100
22	Coefficiente de Mortalidade Neonatal Precoce nos municípios de Embu, Itapeperica da Serra e Taboão da Serra. 1990 a 2002.	106
23	Coefficiente de Mortalidade Perinatal Precoce nos municípios de Embu, Itapeperica da Serra e Taboão da Serra. 1990 a 2002.	107

LISTA DE TABELAS

Nº	Título	Pág.
1	Número de unidades ambulatoriais por habitante e número de leitos/SUS por habitante em Embu, Itapecerica da Serra e Taboão da Serra em 1992 e 2002.	33
2	Distribuição proporcional dos menores de um ano, segundo sexo e idade da criança, idade e escolaridade maternas. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.	52
3	Distribuição proporcional de mulheres que realizaram consultas médicas durante a gestação, segundo mês de início e número de consultas. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.	53
4	Proporção de mulheres que realizaram pré-natal (cinco ou mais consultas), segundo idade, escolaridade e início das consultas. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.	54
5	Distribuição proporcional de mulheres que realizaram pré-natal (cinco ou mais consultas), segundo características do serviço utilizado. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.	55
6	Setor responsável pelo pagamento do pré-natal (cinco ou mais consultas), segundo tipo e local do serviço utilizado. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.	58
7	Distribuição proporcional de consultas de pré-natal, segundo idade materna e tipo de serviço utilizado. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.	59
8	Distribuição proporcional de consultas de pré-natal, segundo escolaridade materna e tipo de serviço utilizado. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.	59
9	Distribuição proporcional de consultas de pré-natal, segundo idade materna e local do serviço utilizado. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.	60
10	Distribuição proporcional de consultas de pré-natal, segundo escolaridade materna e local do serviço utilizado. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.	60
11	Distribuição proporcional dos partos hospitalares segundo local de nascimento da criança, tipo de parto ^(*) , local do serviço ^(*) e fonte pagadora ^(*) . Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.	62
12	Proporção de partos hospitalares, segundo idade e escolaridade materna. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.	64
13	Setor responsável pelo pagamento dos partos hospitalares, segundo local do serviço utilizado. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.	65
14	Distribuição proporcional de partos hospitalares, segundo esfera administrativa e localização do hospital. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 2002.	66
15	Distribuição proporcional de partos hospitalares, segundo idade materna e local de realização do parto. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.	66

- 16 Distribuição proporcional de partos hospitalares, segundo 67
escolaridade materna e local de realização do parto. Região Sudoeste
da Grande São Paulo, 1990 e 2002.
- 17 Distribuição proporcional de acompanhamento do RN no primeiro 68
ano de vida, prestadas por serviço de saúde, segundo características
do serviço. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.
- 18 Proporção de utilização de serviços para acompanhamento do RN no 69
primeiro ano de vida, segundo idade e escolaridade maternas. Região
Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.
- 19 Setor responsável pelo pagamento do acompanhamento do RN no 71
primeiro ano de vida, segundo tipo e local do serviço utilizado.
Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.
- 20 Proporção de menores de um ano com morbidade referida para 72
período de 15 dias e média de morbidade por criança, procura por
ajuda, pessoa procurada e atendimento recebido*. Região Sudoeste da
Grande São Paulo, 1990 e 2002.
- 21 Proporção de menores de um ano com morbidade referida para 76
período de 15 dias, segundo características da criança e características
maternas. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.
- 22 Distribuição proporcional de atendimentos à morbidade referida para 77
período de 15 dias em menores de 1 ano, segundo características do
serviço utilizado. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e
2002.
- 23 Setor responsável pelo pagamento dos atendimentos à morbidade 80
referida para período de 15 dias em menores de um ano, segundo tipo
e local do serviço utilizado. Região Sudoeste da Grande São Paulo,
1990 e 2002.
- 24 Distribuição proporcional de menores de um ano hospitalizados em 82
período de 12 meses, segundo características das internações e do
serviço. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.
- 25 Proporção de menores de um ano hospitalizados em período de 12 83
meses, segundo características da criança e características maternas.
Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.
- 26 Distribuição proporcional de menores de um ano hospitalizados em 84
período de 12 meses, segundo causa da internação – CID 9ª Revisão.
Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990.
- 27 Distribuição proporcional de menores de um ano hospitalizados, 85
segundo causa da internação – CID 10ª Revisão. Região Sudoeste da
Grande São Paulo, 2002.
- 28 Distribuição proporcional de atendimentos a menores de um ano 88
devido a motivos não referidos anteriormente, segundo motivo
referido e características do serviço. Região Sudoeste da Grande São
Paulo, 1990 e 2002.
- 29 Distribuição proporcional de nascidos vivos por município de 91
residência da mãe, segundo número de consultas de pré-natal, nos
Municípios de Embu, Itapeverica da Serra e Taboão da Serra, no ano
2000.

- 30 Distribuição proporcional de nascidos vivos por município de 95
residência da mãe, segundo local de ocorrência do nascimento, nos
Municípios de Embu, Itapecerica da Serra e Taboão da Serra, no ano
2000.
- 31 Distribuição proporcional de nascidos vivos com prematuridade e 100
com baixo peso ao nascer, segundo município de residência da mãe,
nos Municípios de Embu, Itapecerica da Serra e Taboão da Serra.
1996 a 2000.
- 32 Proporção de internações por local de residência em menores de um 104
ano residentes em Embu, Itapecerica da Serra e Taboão da Serra.
1995 a 2002.
- 33 Distribuição percentual das internações por local de residência 105
segundo Grupo de Causas - CID10, em menores de um ano residentes
em Embu, Itapecerica da Serra e Taboão da Serra. 2002.
- 34 Coeficiente de Mortalidade Neonatal Precoce nos Municípios de 106
Embu, Itapecerica da Serra e Taboão da Serra. 1990 a 2002.
- 35 Coeficiente de Mortalidade Perinatal nos Municípios de Embu, 107
Itapecerica da Serra e Taboão da Serra. 1990 a 2002.

ERRATA

Carvalho WO. **Uso de serviços de saúde materno-infantis na Região Sudoeste da Grande São Paulo em dois períodos: 1990-2002. Inquéritos de saúde como fonte de dados para estudos de utilização de serviços de saúde.** São Paulo: 2004. [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

Resumo, linha 6, onde se lê “variáveis de utilização de serviços de saúde por residentes menores de um ano, para a realização do pré-natal e parto dos mesmos, idade e escolaridade materna” leia-se “variáveis de necessidade, de demanda e de utilização de serviços de saúde por residentes menores de um ano, para a realização do pré-natal e parto dos mesmos e também de variáveis de identificação das crianças e das mães”.

Summary, linha 5, onde se lê “variables of health services utilization by residents under one year of age was accomplished, for prenatal care and delivery of the same ones, age and education of the mothers” leia-se “variables of needs, health services demand and utilization by residents under one year of age was accomplished, for prenatal care and delivery of the same ones children, as well variables of children and mothers’ identification”.

P.31, 3º parágrafo, linha 3, onde se lê “descentralizado e hierarquizado de saúde” leia-se “descentralizado e hierarquizado”.

P.31, 3º parágrafo, linha 3, onde se lê “Neste sistema, o município contaria” leia-se “Neste sistema, o módulo contaria”.

P.31, 4º parágrafo, linha 7, onde se lê “empresa públicas intermunicipal” leia-se “empresa pública intermunicipal”.

P.32, 2º parágrafo, linha 6, onde se lê “Hospital Geral de Pirajussara (HGP)” acrescentar “em Taboão da Serra”.

P.38, 1º parágrafo, linha 2, onde se lê “Inquérito de Saúde” leia-se “Inquérito de Morbidade”.

P.41, 2º parágrafo, retirar a última frase do parágrafo.

P.52, Tabela 2, linha 9, categoria 1 a 6 meses: onde se lê IC 3,06 – 41,50 leia-se 41,50 - 53,51; retirar o sinal (≠).

P.53, 2º parágrafo, linha 1, onde se lê “para não a não realização” leia-se “para a não realização”.

P.55, Tabela 5, título, linha 1, onde se lê “das consultas de pré-natal” leia-se “de mulheres que realizaram pré-natal”.

P.67, Tabela 16, linha 4, acrescentar (≠).

P.67, 2º parágrafo, linha 2, onde se lê “e na proporção de mulheres” leia-se “entre as mulheres”.

P.78, retirar as linhas 1 e 2.

P.81, 5º parágrafo, linha 5, onde se lê “hospitalização entre as faixas etárias maternas de m filhos” leia-se “hospitalização entre filhos”.

P.88, Tabela 28, nota, linha 5, substituir ^c por ^b.

P.96, 4º parágrafo, linha 3, onde se lê “95,66% (CV 0,04”; IC 95% 88,83-100,0)” leia-se “95,66% (IC 95% 88,83-100,0)”.

P.101, 3º parágrafo, linha 2, onde se lê “principalmente quando pagas” leia-se “principalmente quando pago”.

P. 125, linha 9, inserir: Turrini RNT. **Percepção dos usuários sobre a resolutividade e a satisfação pelos serviços de saúde na região sudoeste da Grande São Paulo.** São Paulo, 2001. [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

p. A-2, 1ª tabela, título, linha 2, acrescentar “1992”.

p. A-8, Anexo V, título, onde se lê escolaridade na população feminina” leia-se “escolaridade da população feminina”.

Em todos os títulos de tabelas, onde se lê “proporcional” leia-se “percentual”.

Substituição dos gráficos de colunas tridimensionais (à esquerda), por gráficos de coluna simples (à direita), conforme se segue:

Figura 1 - Distribuição de consultas pré-natal segundo tipo do serviço utilizado, Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.

(p.55)

Figura 1 - Distribuição de consultas pré-natal segundo tipo do serviço utilizado, Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.

Figura 2 - Distribuição de consultas pré-natal segundo local do serviço utilizado, Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.

(p.56)

Figura 2 - Distribuição de consultas pré-natal segundo local do serviço utilizado, Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.

Figura 3 - Distribuição de consultas pré-natal pagas pelo setor público, segundo local do serviço utilizado, Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.

(p.56)

Figura 3 - Distribuição de consultas pré-natal pagas pelo setor público, segundo local do serviço utilizado, Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.

Figura 5 - Distribuição de partos hospitalares segundo local do serviço utilizado. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.

(p.63)

Figura 5 - Distribuição de partos hospitalares segundo local do serviço utilizado. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.

Figura 6 - Distribuição dos partos hospitalares pagos pelo setor público, segundo local do serviço utilizado. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.

(p.63)

Figura 6 - Distribuição dos partos hospitalares pagos pelo setor público, segundo local do serviço utilizado. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.

Figura 8 - Distribuição da utilização de serviços de saúde para orientação em cuidados com o RN, segundo tipo do serviço utilizado. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.

(p.69 e 70)

Figura 8 - Distribuição da utilização de serviços de saúde para orientação em cuidados com o RN, segundo tipo do serviço utilizado. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.

Figura 9 - Distribuição da utilização de serviços de saúde para orientação em cuidados com o RN, segundo local do serviço utilizado. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.

Figura 9 - Distribuição da utilização de serviços de saúde para acompanhamento do RN, segundo local do serviço utilizado. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.

Figura 13-Distribuição de atendimentos à morbidade para período de 15 dias, segundo tipo de serviço utilizado. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.

(p.78)

Figura 13-Distribuição de atendimentos à morbidade para período de 15 dias, segundo tipo de serviço utilizado. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.

Figura 14 - Distribuição dos atendimentos à morbidade de 15 dias pagos pelo setor público, segundo local do serviço utilizado. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.

(p.78)

Figura 14 - Distribuição dos atendimentos à morbidade de 15 dias pagos pelo setor público, segundo tipo do serviço utilizado. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.

Figura 15-Distribuição de atendimentos à morbidade para período de 15 dias, segundo local do serviço utilizado. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.

(p.79)

Figura 15-Distribuição de atendimentos à morbidade para período de 15 dias, segundo local do serviço utilizado. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.

Figura 17 - Distribuição de hospitalizações em período de 12 meses, segundo local do serviço utilizado. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.

(p.86)

Figura 17 - Distribuição de hospitalizações em período de 12 meses, segundo local do serviço utilizado. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.

Figura 19-Distribuição de atendimentos por outros motivos, segundo tipo de serviço utilizado. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.

(p.89)

Figura 19-Distribuição de atendimentos por outros motivos, segundo tipo de serviço utilizado. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.

Figura 20- Distribuição de atendimentos por outros motivos, segundo local do serviço utilizado. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.

(p.89)

Figura 20- Distribuição de atendimentos por outros motivos, segundo local do serviço utilizado. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
1.1. Os estudos de utilização dos serviços de saúde	1
1.2. Utilização de serviços de saúde	2
1.2.1. Necessidades, demanda e utilização	3
1.2.2. Fatores determinantes da utilização	5
1.3. Equidade na utilização dos serviços de saúde	6
1.3.1. Sistema Único de Saúde e equidade	8
1.3.2. A participação do setor privado e a equidade	10
1.4. Os Inquéritos de Saúde como fonte de dados	11
1.4.1. Aspectos metodológicos	14
1.4.2. Erros de resposta e qualidade da informação	22
2. OBJETIVOS	26
3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	27
3.1. Caracterização da área de estudo	27
3.1.1. Organização dos serviços de saúde	31
3.2. O Estudo Comparativo	35
3.2.1. Tipo de estudo	35
3.2.2. População de estudo	35
3.2.3. Aspectos éticos	35
3.2.4. Fonte de dados	35
3.2.5. Instrumento de coleta dos dados	36
3.2.6. Processamento e consistência dos dados	38
3.2.7. Variáveis estudadas	38
3.2.8. Análise e tratamento dos dados	44
3.2.9. Financiamento	44

3.3. Os Inquéritos de Saúde	45
3.3.1. Local e período	45
3.3.2. Aspectos éticos	45
3.3.3. Divulgação da pesquisa	46
3.3.4. Amostragem	46
3.3.5. Instrumento de coleta dos dados	47
3.3.6. Informante	49
3.3.7. Entrevistadores	49
3.3.8. Critérios de codificação	50
3.3.9. Financiamento	50
4. RESULTADOS	51
4.1. Descrição da amostra	51
4.2. Utilização dos serviços de saúde	52
4.2.1. Consultas médicas durante a gestação	52
4.2.2. Partos	61
4.2.3. Acompanhamento do RN no primeiro ano de vida	67
4.2.4. Morbidade de 15 dias	72
4.2.5. Hospitalização nos últimos 12 meses	81
4.2.6. Outros usos de serviços saúde não referidos anteriormente	87
5. DISCUSSÃO	91
5.1. Consultas médicas durante a gestação	91
5.2. Parto	94
5.3. Acompanhamento do RN no primeiro ano de vida	96
5.4. Morbidade de 15 dias	99
5.5. Hospitalização	103
5.6. Outros usos de serviços de saúde não referidos anteriormente	108
5.7. Considerações sobre os Inquéritos de Saúde e o estudo de utilização dos serviços de saúde. Potencialidades e limitações	108
6. CONCLUSÃO	113
7. REFERÊNCIAS	115
8. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	127

ANEXOS	130
ANEXO I – Mapa da Região Sudoeste da Grande São Paulo	A-1
ANEXO II – Características Demográficas dos Municípios de Embu, Itapequerica da Serra e Taboão da Serra	A-2
ANEXO III - Coeficientes de Mortalidade Infantil dos Municípios de Embu, Itapequerica da Serra e Taboão da Serra	A-6
ANEXO IV – Idade Materna	A-7
ANEXO V – Escolaridade na População Feminina	A-8
APÊNDICE	AP1

APRESENTAÇÃO

Este trabalho é parte integrante de um Programa de Doutorado desenvolvido junto ao Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da USP, em um Inquérito Domiciliar Multicêntrico denominado Inquérito de Saúde do Estado de São Paulo (ISA-SP).

O doutorado foi oportunizado pelo Programa Institucional de Capacitação Docente da Universidade Estadual de Maringá-Paraná, sendo parte dele realizado em regime de afastamento integral do Departamento de Enfermagem. O Departamento de Enfermagem contava, em 1999, com docentes qualificados em diversas áreas específicas da epidemiologia, tais como mortalidade infantil, morbidade hospitalar entre outras.

Diante do interesse em desenvolver neste Departamento uma linha de pesquisa em epidemiologia, era necessário suprir a lacuna existente na capacitação docente, relacionada à pesquisa em estudos de morbidade. Além disso, havia interesse em direcionar o programa de doutorado de forma a aplicar os conhecimentos dele provenientes nas disciplinas ministradas no curso de Enfermagem e nos Projetos de Extensão e Estágios Disciplinares desenvolvidos junto à rede básica de saúde do município de Maringá.

A inserção no Projeto coordenado pelo Prof. Dr. Chester Luiz Galvão César, desde a fase de discussões e planejamento do trabalho de campo era a oportunidade de alcançar estes objetivos. De abril de 2000 a abril de 2001 foi possível participar integralmente da implementação do trabalho de campo e ainda conhecer as etapas que o precederam. A participação aconteceu em várias atividades desenvolvidas no ISA-SP, fossem elas discussões teóricas e metodológicas ou operacionais, inclusive todo o desenvolvimento do projeto piloto e o treinamento dos entrevistadores.

Ao participar da elaboração do artigo “Uso da Classificação Internacional de Doenças em inquérito de saúde” (CESAR et al. 2001), houve a oportunidade de conhecer o Projeto Morbidade, desenvolvido em 1990: o instrumento de pesquisa, o manual do questionário, o banco de dados, os questionários originais e o relatório final.

Foi possível ainda ter contato com outros inquéritos desenvolvidos em 2000, como o Projeto Novos Modelos de Atenção à Saúde: Avaliação do Programa de

Saúde da Família no Município de São Paulo e o Projeto Saúde, Bem Estar e Envelhecimento na América Latina e Caribe.

Deve-se acrescentar às atividades acima, a experiência de trabalhar em conjunto com uma equipe de pesquisadores provenientes de consagradas Instituições de Ensino Superior, com a estatística responsável pelo processo amostral e ainda com duas equipes técnicas diferentes, uma delas durante o projeto piloto, todos eles com participações anteriores na organização e realização de outros inquéritos de saúde. É possível ter sido esta, a experiência mais positiva no desenvolvimento das atividades no projeto.

Dessa forma, o programa de doutorado desenvolveu-se não mais em um tema de pesquisa, mas em um desenho de pesquisa a ser utilizado para os estudos de morbidade, mas não exclusivamente para eles. Esta compreensão despertou novas áreas de interesse em pesquisa e ampliou o alcance da capacitação, suprimindo a expectativa inicial da pesquisa em estudos de morbidade sem que esse fosse o tema do trabalho final.

1) INTRODUÇÃO.

1.1) Os estudos de utilização dos serviços de saúde.

Os estudos de utilização de serviços de saúde são importantes para o planejamento e administração dos serviços de saúde, direcionando a sua organização. Descrevem frequência e tendências no uso dos serviços; possibilitam o estudo do acesso; fornecem informações sobre equidade do sistema e são um elemento importante para a avaliação dos serviços existentes (CARTWRIGHT 1983; WHITE 1985; CESAR e TANAKA 1996; SUÁREZ-BUSTAMANTE 1997; MENDOZA-SASSI e BÉRIA 2001).

O nível de percepção da população sobre seus problemas de saúde, somados à taxa de severidade da doença, são provavelmente os atributos que, isoladamente, melhor evidenciam a demanda potencial por ajuda e serviços e servem de base para medir o impacto dos mesmos (CARLSON 1984; WHITE 1984; KROEGER 1986; DUNLOP et al 2000). Devido a sua importância como determinante da utilização, CAMPOS, em 1993 considerou essencial aos estudos sobre utilização de serviços pesquisar a morbidade na população.

Apesar de não ser uma medida direta, o acesso aos serviços pode ser estudado através de sua utilização (MENDOZA-SASSI e BÉRIA 2001). ADAY e ANDERSEN, em 1992, atentaram para a importância dos estudos de utilização dos serviços na descrição dos fatores que dificultam ou facilitam o acesso, do lugar, da frequência, do motivo da entrada ao sistema e o modo pelo qual tais fatores atuam sobre o acesso.

Estes estudos permitem identificar grupos com menor acesso aos serviços de saúde (SUÁREZ-BUSTAMANTE 1997) e, quando coletados dados que permitam identificar diferentes grupos sócio-econômicos e níveis de necessidades, também possibilitam avaliar a equidade do sistema de saúde (MENDOZA-SASSI e BÉRIA 2001).

As informações sobre os indivíduos que recebem os cuidados e os que não recebem são fundamentais para a avaliação das ações (WHITE 1985). Ações realizadas pelos serviços modificam a situação de saúde; deve-se atentar, porém, para o fato de que isso pode ocorrer também devido a outros fatores, sendo necessário ter

conhecimento prévio da realidade para que se possa atribuir a modificação observada ao processo de intervenção objeto da avaliação (WHITE 1985; EVANS e STODDART 1990; CESAR e TANAKA 1996).

Atividades produzidas e resultados obtidos são fatos substancialmente diferentes (WHITE 1985); em alguns casos o sistema de saúde pode ser prejudicial à saúde, ao passo que atividades não consideradas diretamente de saúde resultam em bem estar e saúde das populações (EVANS e STODDART 1990).

Existem muitas pesquisas feitas a respeito da utilização dos serviços de saúde (DEVER 1988; CAMPOS 1993). Em revisão realizada por MULLER, em 1986, pode-se observar ao longo de duas décadas vários aspectos abordados, entre eles: estudos para monitorar a difusão de tecnologias, relação com gênero e com a cultura, utilização de serviços preventivos, uso desnecessário de serviços, barreiras financeiras ao cuidado.

A utilização de serviços de saúde tem sido um dos componentes de estudos mais amplos, como será descrito posteriormente com mais detalhes. Além disso, em algumas localidades brasileiras como Bahia (SILVA LMV et al. 1995), Pernambuco (SILVA AAM et al. 1999), Rio Grande do Sul (COSTA e FACCHINI 1997; COSTA et al. 1996), Rio de Janeiro (BUSS 1979) e São Paulo (CESAR e WALKER 1986; TANAKA e RESENBURG 1990; CESAR 1992; YASLE-ROCHA et al. 1993; CESAR e TANAKA 1996; CESAR 1997; SUÁREZ-BUSTAMANTE 1997; GOMES 1998; SILVA NN et al., 2000) têm sido desenvolvidos estudos específicos a respeito do tema.

1.2) Utilização de serviços de saúde.

O processo de utilização de serviços de saúde se inicia na percepção da necessidade pelo indivíduo ou família. A partir daí, o indivíduo pode nada fazer, recorrer a automedicação, ao sistema informal ou procurar atendimento profissional. Quando a necessidade de ajuda transformada em demanda por serviços de saúde é atendida, gera utilização. A utilização cria novas necessidades de saúde, gerando novas demandas (CARVALHEIRO 1981; MEDINA 1984; PEREIRA 1995).

1.2.1) Necessidades, demanda e utilização.

O padrão de utilização de serviços de saúde pode ser explicado principalmente pelo perfil das necessidades percebidas (CARLSON 1984; WHITE 1984; HULKA e WHEAT 1985; DEVER 1988; DUNLOP et al. 2000; MENDOZA-SASSI e BÉRIA 2001; VIACAVA 2002). O conceito de necessidade é de difícil definição, devido à sua subjetividade (HULKA e WHEAT 1985; PEREIRA 1995), o que leva à diversidade de metodologia para sua mensuração (HULKA e WHEAT 1985; TRAVASSOS et al. 2000; MENDOZA-SASSI e BÉRIA 2001).

ESCUDER, em 1998, afirmou que a necessidade de saúde de uma população se define pelas relações entre juízos de valores sobre os problemas e capacidade resolutiva, acessibilidade e qualidade dos serviços.

Para que seja operacionalizada em forma de variável, a necessidade pode ser baseada em diagnósticos realizados por profissionais de saúde ou na percepção do próprio indivíduo. A percepção que o indivíduo tem a respeito de sua necessidade pode ser diferente da percepção dos profissionais de saúde (HULKA e WHEAT 1985; DEVER 1988; EVANS e STODDART 1990; ADAY e ANDERSEN 1992).

Demanda é a necessidade que se transforma em ação (PEREIRA 1995). É o ato de o indivíduo buscar atendimento, independente do fato de ter feito uso do serviço (CAMPOS 1993). Pode ser de prevenção, cura ou reabilitação. O indivíduo pode estar com problemas de saúde ou sem qualquer problema e desejar manter a saúde e prevenir a doença (PEREIRA 1995).

A inclusão de variáveis de demanda em estudos de utilização de serviços é importante porque a utilização desigual pode não significar utilização não equitativa. Indivíduos terão diferentes demandas a depender de seu nível de necessidade (DUNLOP et al. 2000).

A demanda relaciona-se tanto à necessidade como à oferta, pois da mesma forma que a percepção de um problema gera demanda, a existência de um serviço também a provoca (DEVER 1988; PEREIRA 1995). O contrário também pode ocorrer: bens públicos, para os quais deveria haver a oferta mesmo na ausência de demanda, são demandados mas não são ofertados (NOVAES 2002). Portanto, nem todas as necessidades se convertem em demanda e nem todas as demandas são atendidas (TRAVASSOS et al. 2000).

Os padrões de utilização são resultado da relação entre a demanda, a necessidade e a oferta de serviços, onde estão envolvidos a população, seus riscos e danos à saúde, atributos, conhecimentos, atitudes e práticas e características dos serviços como oferta, acesso, continuidade, qualidade e custos (DEVER 1988; PEREIRA 1995)

A situação de saúde, a percepção da doença e as formas de solucionar os problemas sofrem influência de fatores emocionais, sociais, econômicos e culturais (KROEGER 1983; CESAR 1992; BRONFMAN et al. 1997; CASTELLANOS 1997). Da mesma forma, a utilização de serviços de saúde é um comportamento influenciado por fatores sócio-culturais, organizacionais, relacionados com o prestador dos serviços e com o usuário, suas preferências e escolhas (CARVALHEIRO 1981; DEVER 1988; TRAVASSOS et al. 2000; MENDOZA-SASSI e BÉRIA 2001).

A utilização é, em parte, determinada pelos próprios serviços (DEVER 1988; NOVAES 2002). Os médicos podem gerar demanda por seus serviços (DEVER 1988). A percepção individual do estado de saúde influencia a primeira procura por serviço e o julgamento médico a respeito da condição de saúde influenciaria o uso subsequente de serviços (HULKA e WHEAT 1985; DEVER 1988). O uso de serviços pode não estar relacionado com necessidades, como no caso de indução de oferta (TRAVASSOS et al. 2000). Ter um médico definido como fonte de cuidados pode ser considerado como um dos fatores mais importantes na determinação da utilização (HULKA e WHEAT 1985; DUNLOP et al. 2000; MENDOZA-SASSI e BÉRIA 2001).

Diferentes ofertas estimulam determinadas demandas (por ex. diálises aumentam a sobrevida, mas não curam e aumentam a demanda por serviços) e desestimulam outras (por ex. as vacinas diminuem a utilização porque reduzem o número dos agravos). A adoção de mecanismo moderador de contenção de uso pelos seguros-saúde, através do qual reembolsam alguns procedimentos e não reembolsam outros, reflete na utilização de serviços (PEREIRA 1995).

A relação entre necessidades de saúde e utilização de serviços é semelhante ao estágio mais básico do modelo de determinação de saúde proposto por EVANS e STODDART, em 1990, este estágio revela o pensamento bastante disseminado de

que a disponibilidade e uso de serviços de atenção à saúde são centrais para a saúde de indivíduos e populações.

Segundo os autores, esta forma de pensar a saúde leva a um modelo de explicação simplista, cuja dinâmica é a mesma descrita até aqui para a utilização de serviços de saúde: as pessoas sentem-se doentes e podem então, procurar um serviço de saúde, o qual define e interpreta a doença e dá origem à necessidade de serviços específicos de atenção à saúde. A procura pelos serviços de saúde dependerá da percepção do problema, da expectativa em relação ao sistema formal de saúde, da capacidade individual de solução do problema e da rede informal de apoio.

Os serviços de saúde presumem que a provisão de cuidados reduz o nível de doenças e melhora a saúde e fornecem a resposta, determinada pelo acesso aos serviços; o acesso depende da combinação de recursos disponíveis, do financiamento e da gestão, os quais determinarão, por sua vez, quem receberá atendimento e sob quais condições. Neste modelo, atividades que interferem no bem-estar mas não diretamente no estado de saúde estão excluídas da “atenção à saúde”, reservada apenas para a provisão dos serviços (EVANS e STUDDART 1990).

Contrapondo-se a este, o modelo final proposto pelos autores é de grande complexidade, incluindo desde fatores individuais e sócio-ambientais até a rede de ligações entre saúde, sistema de atenção à saúde, produção de riqueza e bem estar da população.

1.2.2) Fatores determinantes da utilização.

Uma das formas mais adotadas para explicar a determinação da utilização dos serviços de saúde é o modelo proposto em 1968 por ANDERSEN e por ele revisado algumas vezes nas décadas seguintes¹, o qual classifica determinantes individuais de utilização de serviços em fatores predisponentes, fatores possibilitadores e fatores que expressam necessidades de saúde.

¹ Podem ser consultados, entre outros, Andersen 1973; Aday e Andersen 1974; Aday e Andersen 1992; Andersen 1995 (no capítulo Referências) Aday e Andersen 1975; Andersen e Aday 1978 (no capítulo Bibliografia Consultada).

Segundo ANDERSEN e NEWMAN, em 1973, os fatores predisponentes incluem variáveis demográficas como sexo, idade, estado civil e doenças anteriores; variáveis sociais como educação, raça, religião, migração, ocupação, tamanho da família e variáveis relativas à conduta e padrões culturais como valores relativos a saúde e doença, aos serviços de saúde e conhecimento a respeito das doenças.

Os fatores possibilitadores são as condições que permitem que os serviços de saúde sejam disponíveis ao indivíduo e podem ser medidas pelos recursos familiares (renda, seguro de saúde, tipo e acesso a uma fonte regular de cuidados. Os fatores que expressam necessidades de saúde são expressos do ponto de vista do indivíduo ou de profissionais de saúde (ANDERSEN e NEWMAN 1973).

CAMPOS, em 1993, relatou que o maior e mais amplo inquérito internacional de saúde, realizado na década de 70 sob a coordenação de Kohn e White concluiu, entre outras coisas, o pequeno efeito dos fatores predisponentes e dos fatores possibilitadores no padrão de utilização dos serviços, se comparados à influência da morbidade percebida.

DEVER, em 1988, adotou um modelo de determinação da utilização de serviços, segundo o próprio autor, adaptado da descrição do processo de cuidados médicos e seu ambiente elaborada por Donabedian em 1973. A utilização de serviços de saúde seria, neste modelo “influenciada por fatores sócio-culturais e organizacionais, e fatores relacionados com o consumidor e com o prestador de serviços” (DEVER 1988 p.211).

1.3) Equidade na utilização dos serviços de saúde.

Um dos temas que tem despertado amplo interesse na pesquisa de utilização de serviços de saúde é a equidade no seu uso; como o padrão de utilização é afetado pelas barreiras financeiras ao cuidado (MULLER 1986).

Assim como há desigualdades na sociedade, elas também existem nos serviços de que a sociedade dispõe (PEREIRA 1995), pois as práticas institucionais não são autônomas, independentes e desvinculadas do meio social onde se inserem (ALVARENGA 1992). Os serviços de saúde se distribuem diferencialmente, “reproduzindo e reforçando, na saúde, as desigualdades sociais inerentes à dinâmica das sociedades capitalistas” (BARROS 1997, p.168).

Os fenômenos não se distribuem uniformemente pelas populações (CARVALHEIRO 1981). As desigualdades são produzidas na estrutura social (BARATA et al. 1997). A determinação do processo biopsicossocial coletivo nas diferentes classes sociais é mediado pelos processos de produção e de consumo (VICTORA et al. 1990).

As condições de vida são específicas de cada classe ou fração de classe social, seja em função dos rendimentos ou influenciadas por políticas públicas que assegurem acesso aos bens de consumo coletivo, entre eles, a escolaridade e os serviços de saúde (VICTORA et al. 1990; PAIM 1997). Dessa forma, podemos considerar as condições de vida como mediadoras dos determinantes estruturais como a classe social (VICTORA et al. 1990; BARATA 1997; PAIM 1997).

Exemplos disso são a renda familiar e a escolaridade dos pais, variáveis proximais, mais imediatamente relacionadas ao consumo. São determinadas em grande parte pela classe social e por isso são variáveis discriminativas, mas não explicativas (VICTORA et al. 1990). Existe associação positiva entre nível de escolaridade e nível de renda, e esta exerce grande influência sobre a possibilidade de aquisição e utilização de bens e serviços (MONTEIRO 1988).

Por meio da Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSN) realizada em 1989 em todo o Brasil, ficaram explícitas a influência do poder aquisitivo no padrão de uso dos serviços e a interação do poder aquisitivo e da oferta como determinantes do acesso aos serviços de saúde (BENÍCIO et al. 1992), o que foi corroborado pelo suplemento sobre acesso aos serviços e saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio - PNAD-86 (MÉDICI 1990) e, novamente, entre as conclusões do complemento saúde da PNAD-98 (IBGE 2000).

O diferencial sócio-econômico no uso de serviços de saúde tem sido vastamente exemplificado sob diversos aspectos. Entre as pessoas de baixa renda são maiores as dificuldades para conseguir atendimento, o tempo de espera e o uso de serviços não programados (MULLER 1986). Os grupos sócio econômicos mais baixos tendem a ter maior uso de serviços per capita, mas fazem menor uso de serviços preventivos (ILLSLEY 1990). Revisões sistemáticas de estudos realizadas por HULKA e WHEAT(1985), CAMPOS(1993) e MENDOZA-SASSI e

BERIA(2001) encontraram associação positiva entre utilização de serviços e cobertura por seguros saúde.

MENDOZA-SASSI e BÉRIA, em 2001, concluíram que os fatores sócio-econômicos determinam a utilização dos serviços de saúde, principalmente através das categorias necessidade em saúde e características dos serviços de saúde. Os grupos mais pobres que têm maior carga de doença, tendem a utilizar menos os serviços de saúde, se a acessibilidade do sistema não é favorável.

Muitas das diferenças registradas na utilização de serviços entre os pobres e outros grupos, desaparecem quando as barreiras são removidas. Em países que implantaram sistemas de saúde mais abrangentes percebe-se fraca ligação entre o uso de serviços e a possibilidade de pagamento direto. Neste caso, a determinação é dada pelas necessidades e características sócio-demográficas (MULLER 1986; MENDOZA-SASSI e BÉRIA 2001).

Nestes locais, mesmo que diferenciais sócio-econômicos sejam encontrados, ocorrem não mais como obstáculo à atenção básica. Podem ocorrer diferenças, por exemplo, na quantidade e no tipo de consultas realizadas (DUNLOP et al. 2000). Baseados em dados obtidos do Canadian National Population Health Survey, os autores observaram que apesar de não haver diferença entre grupos de renda na realização de pelo menos uma consulta com clínico, ela existiu na probabilidade de realizar seis ou mais consultas e ainda, que altos níveis de renda e educação estavam associados a maior probabilidade de consultas especializadas.

1.3.1) Sistema Único de Saúde e equidade.

Na Constituição Brasileira de 1988, artigo 194, que trata dos direitos relativos à saúde, destaca-se a “universalidade da cobertura e do atendimento” e a “uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais” (BRASIL 1998). TRAVASSOS, em 1997, afirmou que “a universalidade no acesso aos serviços de saúde é condição fundamental para a equidade” (p.329).

A gratuidade no uso dos serviços evita parte das barreiras econômicas ao acesso e seria a forma de tentar garantir a universalidade no SUS. Observa-se, no entanto, que mesmo em países desenvolvidos a igualdade no direito de acesso não

garante que a utilização dos serviços disponíveis seja equitativa (VIANA et al. 2001).

Países que optaram por sistemas de saúde universais levaram em conta, entre outros fatores, a imperfeição do mercado, a impossibilidade de custeio privado da totalidade dos serviços necessários e o benefício acarretado pela existência de diferentes grupos sociais dentro do sistema público de saúde, especialmente no que diz respeito à maior capacidade de pressão dos grupos mais afluentes (VIANA et al. 2001).

Algumas pesquisas têm analisado a situação do acesso da população aos serviços de saúde desde a implantação do SUS. FLEURY, em 1995, avaliou que a equidade no acesso ao sistema de saúde a toda a população brasileira foi inviabilizada, pois a força política alcançada pelo “movimento sanitário” possibilitou mudanças legais e institucionais no sistema de saúde, mas não alterou a realidade da oferta de determinados insumos e serviços.

LOBATO, em 2000, concluiu que a universalização dos serviços levou à redistribuição de recursos materiais e à organização dos serviços responsáveis pela proteção à saúde, mas que essa universalização permanece incompleta, pois o acesso ainda apresenta diferenciais sócio-econômicos.

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

COSTA, em 1998, afirmou que as políticas de saúde no Brasil conseguiram progressos nos indicadores de saúde e repercussão positiva no acesso. TRAVASSOS et al., em 2000, observaram “um movimento de tímida redução dos níveis de desigualdade” posterior à implantação do SUS (p.148). VIANNA et al., em 2001, verificaram diminuição nas desigualdades em internações entre os estados brasileiros, o que não ocorreu para as consultas e concluíram, posteriormente, que a implantação do SUS pode ter contribuído para a redução nas desigualdades no acesso a serviços de saúde.

1.3.2) A participação do setor privado² e a equidade.

Mesmo havendo a possibilidade legal de acesso universal aos serviços de saúde pela primeira vez no Brasil, o SUS não rompeu a segmentação do acesso a serviços de assistência. O setor privado de oferta de serviços “apresenta hoje receita próxima a todo o dispêndio do setor público, embora atenda a somente ¼ da população” (LOBATO 2000, p.7).

O sistema de saúde brasileiro é constituído atualmente por uma complexa rede de prestadores e compradores de serviços, formando um mix público e privado, financiado majoritariamente por recursos públicos. Compõe-se por três principais subsetores: o público, o privado e o de seguros privados (TRAVASSOS et al. 2000).

Na década de 90, observaram-se mudanças no padrão de ofertas de serviços de saúde, em direção a uma maior participação do setor privado (filantrópico e de mercado), tanto no financiamento quanto na oferta de serviços (FLEURY 1995). Ao final da década a assistência médica suplementar já constituía parte significativa do mercado de serviços privados de saúde no Brasil. Seu crescimento foi expressivo paralelamente à implantação do SUS (ALMEIDA 1998) e à redução e deterioração de participação do setor público (FLEURY 1995).

Historicamente o setor privado de saúde no Brasil vem sendo financiado com recursos da seguridade social. Esse financiamento ocorre mediante a compra de serviços privados com recursos oriundos da receita previdenciária sob a forma direta – remuneração por serviços prestados – ou indireta – por meio de subsídios, como é o caso da renúncia fiscal (COHN 1995; REIS et al. 2002).

“A atual configuração do sistema divide a população (embora não em partes iguais), entre aqueles que só tem direito ao SUS e aqueles que acumulam titularidade privada” (LOBATO 2000, p.40). REIS et al., em 2002, verificaram expressivo aumento do gasto total das famílias com planos de saúde, mais acentuada nos estratos de renda inferior e intermediário. Segundo estes autores, houve a “criação” de um mercado para os consumidores de baixa renda, em particular em 1996, após a

² Sugere-se como leitura: Almeida 1998, Lobato 2000 e Reis 2002.

adoção do Plano Real, com a expansão de planos individuais, em geral mais baratos e de menor qualidade.

LOBATO, em 2000, considerou que a diversificação e crescimento do setor privado de saúde podem limitar a implementação do princípio de equidade, compromisso ao qual responde, lembrando sua função meramente supletiva. Este setor mantém condições de consumo extremamente desiguais, devido à sua vinculação com a renda (VIANA et al. 2001).

1.4) Os Inquéritos de Saúde como fonte de dados.

Os dados para os estudos de utilização de serviços podem ser obtidos de registros oficiais das instituições de saúde, preexistentes, coletados habitualmente, que fornecem o número de procedimentos dispensados aos usuários de uma população ou ainda a distribuição numérica dos serviços e os recursos de que dispõem. Têm, em geral, finalidade administrativa e gerencial (CARVALHEIRO 1981; WHITE 1984; DEVER 1988; CESAR 1992; PEREIRA 1995; BORREL 1997).

Quando obtidos desta forma, referem-se à parcela da população atendida pelos serviços, não têm base populacional definida e omitem desde os que não perceberam seus problemas de saúde até aqueles que não tiveram acesso aos serviços. Como não têm base populacional definida não se conhece, por seu intermédio, a população em risco de necessitar de serviços (CARVALHEIRO 1981; CARLSON 1984; MEDINA 1984; DEVER 1988).

No Brasil, os sistemas nacionais de informação sobre morbidade e utilização de serviços, como o SIH-SUS e SIA-SUS, entre outros, cobrem apenas os atendimentos financiados pelo SUS, não dispõem de informações sobre condições sociais e econômicas dos indivíduos ou, quando dispõem, apresentam baixa confiabilidade e preenchimento incompleto (VIACAVA e TRAVASSOS 1997, VIACAVA 2002).

Somente através das estatísticas de base populacional é possível conhecer o que se passa fora dos sistemas de saúde (CAMPOS 1993), a totalidade dos problemas e as características de usuários e não usuários (CARLSON 1984; MEDINA 1984; PEREIRA 1995). O fato de não serem coletadas sistematicamente,

tem incentivado vários países ao uso crescente de inquéritos populacionais para sua obtenção (ILLSLEY 1990, MEDINA 1984).

Os inquéritos de saúde, largamente utilizados em todo o mundo, são estudos realizados através de amostras representativas de uma determinada população e podem ser descritivos ou analíticos, longitudinais ou transversais (CAMPOS, 1993). Somente com dados coletados em inquéritos de saúde é possível construir indicadores de saúde (e não apenas de doenças) e conhecer fatores de risco e determinantes sociais do processo saúde/doença. Em vários países são realizados continuamente e subsidiam a formulação e avaliação de políticas públicas (VIACAVA 2002).

Dentre eles estariam os inquéritos de morbidade e de utilização de serviços (CARLSN 1984; CAMPOS, 1993) e os inquéritos de demanda³, propostos na década de 80, com instrumental metodológico de menor complexidade, menor custo e menor tempo para a sua execução do que os primeiros (CAMPOS, 1993). A utilização de serviços pode ser estudada também, pela inclusão de módulos sobre o tema em inquéritos de saúde mais abrangentes (VIACAVA 2002).

A principal vantagem dos inquéritos de base populacional para o estudo da utilização de serviços de saúde é a possibilidade de utilizar numeradores e denominadores definidos. São a única fonte de dados que viabiliza informações a respeito da população total, tanto de usuários quanto de não usuários, daqueles que recebem os cuidados e dos que não recebem, sob suas diversas nuances: grupos que não percebem suas necessidades, não procuram ajuda, procuram ajuda em local diferente do sistema oficial de saúde ou mesmo aqueles que não têm acesso ao sistema de saúde (CARVALHEIRO 1981; KROEGER 1983; CARLSON 1984; WHITE 1984; WHITE 1985).

São estudos que permitem caracterizar o padrão de uso: motivo, frequência, local, adequação, razões de não uso, gastos com saúde, os padrões culturais e sociais

³ Considere-se a demanda como conceituada anteriormente: a busca por atendimento, com ou sem utilização do serviço. Estes estudos não prevêem estudar a morbidade referida. Investigam a procura ou não por atendimento, o local procurado, a ocorrência ou não de atendimento e a razão do não atendimento, para identificar os obstáculos existentes a uma maior cobertura e equidade da assistência, do ponto de vista da população. De forma intermediária, propõe-se a realização dos inquéritos de morbidade e utilização de serviços a intervalos mais longos e dos inquéritos de demanda com maior frequência para monitorar, avaliar e acompanhar os progressos alcançados pelos sistemas locais de saúde (CAMPOS 1993).

para a utilização ou não utilização (CARLSON 1984); monitorar a cobertura dos serviços, pois fornecem o número de pessoas com problemas de saúde e a população atendida ao mesmo tempo (WHITE 1984) e agregar dados por variáveis (KROEGER 1983).

Apesar de dispendiosos, apresentam menor custo quando comparados aos que utilizam exames clínicos ou laboratoriais, o que se deve também à utilização de entrevistadores leigos (KROEGER 1983). Nos países em desenvolvimento, podem servir à melhor alocação dos escassos recursos (KROEGER 1983) em função de necessidades, problemas de saúde e demandas não satisfeitas e não mais em função das estruturas existentes, como observado por CAMPOS (1993).

WHITE, em 1985, justificou a realização de inquéritos de base populacional citando sua importância em quatro áreas: escolha de prioridades, tomada de decisões, monitoramento e avaliação e comparações de resultados. Ele também desaconselha limitar os inquéritos de saúde à morbidade, pois, devido a intersectorialidade do processo saúde-doença, deixariam de obter dados importantes para o estabelecimento de prioridades e tomada de decisões. Além do que, uma mesma coleta de dados para múltiplos objetivos maximiza o aproveitamento dos estudos.

TRAVASSOS et al, em 2000, citou os inquéritos populacionais como fonte de dados para a realização de estudos do impacto da implantação do SUS, para o que, seria necessária a existência de inquéritos populacionais realizados anteriormente à implantação do SUS e após a sua implantação.

VIACAVA, em 2002, afirmou que nos países em desenvolvimento os inquéritos populacionais são esporádicos, adotam modelos desenvolvidos por organismos internacionais e são por vezes aplicados por estes próprios organismos em conjunto com instituições nacionais, a fim de suprir a falta de dados especialmente em países mais pobres. O desenvolvimento da PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio) no Brasil, na década de 60, foi resultado da adesão a um plano de obtenção de informações contínuas elaborado pelo Departamento de Comércio do governo americano e pelo US Bureau of the Census.

O autor discutiu as vantagens dos inquéritos no Brasil em relação às estatísticas de saúde de registro contínuo, reafirmou a importância destas últimas e defendeu a integração de ambas e de outras bases de dados em um sistema nacional

de informações em saúde, considerando a complementaridade das informações existentes em cada uma delas.

Sobre a realização de inquéritos populacionais realizados no país, nos quais foi contemplada a temática da saúde (VIACAVA 2002) citou:

- os suplementos de saúde da PNAD realizadas pelo IBGE em 1981, 1986 e 1998, que dispõem de dados de acesso e uso de serviços de saúde e medidas do estado de saúde, entre outros;
- a DHS (Demographic and Health Survey), formulada pela Usaid (United States Agency for International Development) e realizada em 1986, 1991 e 1996 pela Benfam (Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil), que coletou dados sobre antropometria, cuidado pré-natal, imunização, etc.
- a PNSN (Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição) realizada em 1989 pelo IBGE e INAN (Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição), que contém informações do estado nutricional, estado de saúde e consumo de serviços de saúde;
- a PPV (Pesquisa sobre Padrão de Vida), baseada em modelo desenvolvido pelo Banco Mundial e realizada em 1996-1997, que dispõe de dados sobre infra-estrutura de saúde, mas foi representativa apenas para o Sudeste e Nordeste;
- as POFs (Pesquisas de Orçamento Familiar), realizadas em 1987-1998 e 1995-1996 pelo IBGE, limitadas às capitais dos estados e contém dados relativos aos gastos familiares com saúde.

Descreve-se a seguir aspectos metodológicos que devem ser considerados na realização dos inquéritos de saúde.

1.4.1) Aspectos metodológicos.

Os inquéritos têm recebido aprimoramento metodológico ao longo dos anos, desde ao que se refere a métodos amostrais, questionário, técnica de entrevistas até as formas de apresentação e custos. Por isso WHITE, em 1985, asseverou não ser necessário ao pesquisador arriscar em termos metodológicos e aconselha que se

verifique a viabilidade de conduzir o inquérito ou de obter os dados desejados, evitando iniciar um estudo caro com poucas chances de sucesso.

Muitos dos problemas metodológicos nos países periféricos decorrem de adaptações dos inquéritos originalmente concebidos nos países desenvolvidos, o que os torna modelos pouco adequados (CAMPOS 1993). KROEGER, em 1983, afirmou que os países em desenvolvimento deveriam utilizar a experiência existente para padronizar sua metodologia e WHITE, em 1985, ressaltou a importância de fortalecer capacidades nacionais no uso da metodologia.

Questões éticas. É necessário o consentimento informado dos entrevistados. Devem ser fornecidas informações claras sobre os objetivos da pesquisa, a instituição ou pesquisadores responsáveis e assegurados aos entrevistados o caráter confidencial das informações, bem como a liberdade para recusar responder qualquer questão ou continuar sua participação (ABRAMSON 1984). A confiança no caráter confidencial da pesquisa e no uso da informação que está sendo fornecida influencia a probabilidade de recusa (VIACAVA 2002).

Como em qualquer base de dados, devem ser garantidos mecanismos de proteção às informações individuais, quando o nível de desagregação alcançar os dados identificados, evitando o seu uso por parte de empresas ou como provas judiciais (VIACAVA 2002).

Outra abordagem ética seria a justificativa do estudo à luz da disponibilidade de recursos. Considerar fatores como sua fundamentação científica, o cuidado no seu planejamento e execução e sua real utilidade frente ao gasto de tempo e de recursos, que poderiam ser usados na promoção direta da saúde da população (ABRAMSON 1984).

Custos. A factibilidade de um inquérito depende de vários fatores, desde o desenho do estudo, a amostra adequada, seu tamanho e localização, equipe de entrevistadores, técnicas de coleta de dados, quantidade, complexidade e classificação dos dados e vão até a capacidade de tabulação e análise (CARTWRIGHT, 1983; WHITE 1985).

Como é praticamente impossível obter total precisão em inquéritos, deve-se evitar gastos desnecessários para conseguir erros menores; uma mudança pouco significativa para os resultados pode aumentar em muito os custos. Basear o erro

aceitável na frequência esperada de mudança do fenômeno; quando ocorrem pequenas mudanças durante longos períodos, o erro padrão é pequeno (WHITE 1985).

Outro problema é a extensão e variação do que CARTWRIGHT, em 1983, denominou de "custos ocultos": grandes gastos adicionais que extrapolam o financiamento recebido. São relativos a custos de serviços de infra-estrutura (telefone, xerox, postagem, biblioteca, digitação) ou aqueles não considerados formalmente como os salários dos pesquisadores, geralmente cobertos pelas instituições nas quais os estudos são desenvolvidos.

Certificar-se de que não estejam sendo realizados outros inquéritos paralelos com objetivos relacionados - fenômeno comum em países periféricos sob diferentes agências de financiamento - o que aumentaria desnecessariamente a quantidade de recursos gastos (WHITE 1985).

O valor dos dados obtidos em inquéritos ou em qualquer outra fonte em serviços de saúde não depende somente das áreas cobertas, mas do seu potencial de uso (SCHACH 1984). Como são estudos caros, considerar o quanto será útil para melhorar o uso eficiente dos recursos já disponíveis, comparando inclusive a proporção de recursos destinados ao estudo com o total de recursos para o setor e para a implantação do serviço ou intervenção em estudo. Sempre que possível, os dados devem ser obtidos em outras fontes menos dispendiosas (WHITE 1985).

Distribuição do tempo. As diversas etapas do inquérito despendem mais tempo e esforços do que geralmente previsto. Dedicar maior tempo à fase de preparo: planejamento, desenho amostral, preparo e pré-teste dos questionários e manuais, treinamento dos entrevistadores, codificadores e equipe de suporte. Isto facilita as posteriores: codificação, edição, tabulação, análise e relatório. Em caso de problemas, adicionar mais tempo à fase de preparo e reduzir a fase de campo.

A **unidade de observação** pode ser o indivíduo, família ou domicílio e o informante, em geral, a própria pessoa ou um substituto como a mãe, o chefe da família ou o líder da comunidade. No caso de crianças as respostas são dadas por pais ou responsáveis. Quando o questionário refere-se ao domicílio uma única pessoa pode responder por todos (WHITE 1985; CAMPOS 1993).

As questões referentes à utilização de serviços de saúde podem ser feitas à todas as pessoas que demandaram algum tipo de serviço de saúde no período estudado ou apenas àquelas que mencionaram algum tipo de morbidade (inclusive as doenças crônicas) ou acidente no período. A opção dependerá do que se deseja conhecer: a utilização dos serviços pela população ou a relação entre utilização e necessidade de assistência à saúde (FERRER 2000).

O informante substituto é considerado fonte de erro. Por ex. em doenças crônicas ou de menor gravidade, aumenta a possibilidade de sub-informações de episódios de morbidade ou de utilização; mães tendem a selecionar os eventos ocorridos com seus filhos (CAMPOS 1993; KROEGER 1983). A intensidade do erro é diretamente proporcional ao grau de subjetividade das informações colhidas (VIACAVA 2002).

A **amostra** é citada como um dos problemas em inquéritos de base populacional, mas que pode ser solucionado com a experiência dos pesquisadores (CARVALHEIRO 1981; CARLSON 1984; WHITE 1985).

O equilíbrio entre o tamanho da amostra, extensão do questionário ou entrevista e taxa de respostas deve ser resolvido conjuntamente com a técnica e a prática. Uma amostra pequena, cuidadosamente desenhada e com elevada taxa de resposta pode ser eficiente e possibilitar precisão nas estimativas. Resultados ótimos seriam obtidos ao usar instrumentos cuidadosamente desenhados e pré-testados, associados a uma amostra probabilística também cuidadosamente desenhada e de tamanho apropriado com taxa de respostas igual ou maior a 85%. Podem ser utilizadas as amostragens por aglomerados em vários níveis: cidades, áreas censitárias, residências. As regras para sorteio e as técnicas de aquisição de dados devem ser determinadas antecipadamente ao início do inquérito e não estar sujeitas a mudanças ou influência do entrevistado ou dos entrevistadores (WHITE 1985; LEBRÃO 1997).

Informações sobre a amostra devem ser disponibilizadas, pois “as estimativas dos parâmetros populacionais são baseadas no tipo de desenho amostral” e também para que nas análises sejam considerados “os diversos tipos de erros associados ao processo amostral” (VIACAVA 2002).

Coleta de dados. Em geral é feita através de questionário estruturado preenchido por entrevistadores treinados (WHITE 1985).

CARVALHEIRO, em 1981, ressaltou a importância do questionário, que precisa ser elaborado e validado cuidadosamente. CARTWRIGHT, em 1983, comentou que o questionário pode criar armadilhas por conter questões que levam a bias, ambigüidades ou questões impróprias em ordem inapropriada. Como qualquer outro método de medida, os dados obtidos devem ter validade e confiabilidade⁴ (CARVALHEIRO 1981; KELSEY et al 1986).

Além de definir quais informações se deseja obter através do inquérito, quanto maior a precisão das questões a serem feitas maior é a especificidade alcançada (SCHACH 1984). Para estudos epidemiológicos recomenda-se a utilização de entrevistas estruturadas devido à necessidade de que os mesmos dados estejam disponíveis para todos os indivíduos entrevistados (KELSEY et al 1986).

As condições de moradia nem sempre permitem a privacidade necessária para a entrevista individual e utilizar questionários de auto-resposta tem como limitação o grau de escolaridade e mesmo a falta de privacidade na moradia (CAMPOS 1993; KROEGER 1986). Existem ainda, experiências de entrevistas por telefone ou por correio, mas pode ser preciso mais de um contato para atingir um nível aceitável de respostas (WHITE 1985).

O método mais apropriado é o que permite conseguir dados que respondam àquilo que se objetivou, com melhor qualidade (confiança, validade e precisão) e melhor relação custo-benefício (WHITE 1985).

ABRAMSON, em 1984, indicou a elaboração de um manual para acompanhar o questionário, no qual se encontraria, entre outras informações, as instruções necessárias para o preenchimento do questionário. Todas as instruções devem ser completas e claras.

É indispensável que o questionário seja testado em várias pessoas, inclusive cujas características se assemelhem à população que participará do inquérito (ABRAMSON 1984; KELSEY et al 1986). Os pré-testes podem revelar necessidades de revisão nos enunciados, na definição dos termos utilizados, no fluxo das questões

⁴Medidas de validade e confiabilidade podem ser estudadas em Pereira, 1995 e Kelsey, 1986.

ou até mesmo no tamanho do questionário. São valorizados a ponto de se afirmar que “se não existem recursos para um piloto do questionário, não faça a pesquisa”. (Sudman e Bradburn sd citado por ABRAMSON 1984).

Os entrevistadores. É recomendável que sejam da mesma área e sócio-economicamente semelhantes à população estudada, para evitar problemas de comunicação atribuídos a diferenças transculturais. Problemas lingüísticos precisam ser pesquisados com antecedência (KROEGER 1983; KROEGER 1986; CAMPOS 1993).

Além de identificar e encontrar as pessoas a serem entrevistadas, convencê-las a participar da entrevista e portar-se de acordo com os padrões éticos da pesquisa, o entrevistador precisa seguir as orientações no que diz respeito à forma e ordem das questões, ouvir atentamente as respostas, registrá-las adequadamente e estar apto a solucionar determinadas situações que podem surgir durante a entrevista (CARTWRIGHT 1983).

O treinamento dos entrevistadores, fase fundamental, deve ser realizado em grupos pequenos, incluir leitura do questionário e do manual explicativo e preenchimento do mesmo. Para aumentar a confiabilidade dos dados coletados, é aconselhável que cada entrevistador não exceda uma ou duas entrevistas por período, dez a quinze entrevistas num espaço de duas a três semanas e que seja efetuada a revisão cuidadosa dos questionários preenchidos (KROEGER 1986; CAMPOS 1993).

CARVALHEIRO, em 1981, considerou a investigação nos domicílios através de entrevistadores leigos, um dos métodos mais promissores no campo da epidemiologia, por ampliar o tamanho da amostra sem aumentar demasiadamente o custo operacional e que também pode ser submetido a procedimentos de validação. É a mesma percepção de CARLSON, em 1984, ao ressaltar sua importância para os países em desenvolvimento diante do custo para a execução com pessoal de saúde. Afirma que o registro leigo de doenças é satisfatório nos resultados alcançados e no grau de concordância com os resultados médicos.

Uma desvantagem é que o entrevistado pode fornecer informações superficiais ou suprimi-las por acreditar que o entrevistador leigo não dispõe de

poder para mudar a situação ou para conceder-lhe benefícios imediatos (KROEGER 1986; CAMPOS 1993).

Já a utilização de estudantes da área de saúde é desaconselhada pela dificuldade destes em criar uma atmosfera de confiança e igualdade durante a entrevista e a tendência à pressa ou a influenciar fortemente o entrevistado (KROEGER 1986; CAMPOS 1993).

Frequência. Os inquéritos podem ser temporários, periódicos ou contínuos. As estratégias para sua realização relacionam-se a mudanças esperadas e às necessidades dos gestores (WHITE 1985; LEBRÃO 1997).

Os temporários são mais caros que os contínuos, porque uma nova estrutura é montada a cada realização, sendo esta a fase de custo mais substancial no trabalho de campo (CARLSON 1984; WHITE 1985; LEBRÃO 1997). Como seus dados são coletados isoladamente, a ligação com outros inquéritos ou fontes é prejudicada ou mesmo impossibilitada. Em geral, ocorre incompatibilidade de conceitos, definições e classificações (CARLSON 1984).

Os periódicos são realizados de acordo com a variação esperada no fenômeno (WHITE 1985; LEBRÃO 1997). Podem ser suficientes para eventos relacionados à saúde que sofrem mudanças relativamente lentas e são, portanto, o método de escolha para eles (SCHACH 1984).

Os inquéritos contínuos têm a vantagem de fortalecer estes estudos como fonte de informação em saúde; mostrar mudanças temporais e ter custo reduzido em relação aos temporários. As repetições são mensuradas de forma consistente e compatível devido à padronização de conceitos, definições e classificações, que facilita a análise, apresentação e uso dos dados (CARLSON 1984).

Neste caso, a equipe de entrevistadores é mantida no campo em equipes móveis ou que permanecem em sua própria região, repetindo rotativamente inquéritos com diferentes amostras. A supervisão, contínua, é feita em geral por um supervisor para cada cinco entrevistadores (CARLSON 1984; WHITE 1985; LEBRÃO 1997).

Os inquéritos contínuos podem apresentar a desvantagem da rotina associada às atividades, enquanto que em inquéritos ocasionais bem definidos geograficamente e bem planejados podem ser realizadas inovações (SCHACH 1984).

Padronização. Para fins de comparabilidade nacional e internacional, com dados de outras fontes ou de outros inquéritos realizados em diferentes períodos ou locais, é necessário padronizar termos, definições e classificações empregadas (WHITE 1985; LEBRÃO 1997), instrumentos, amostra e método de análise (SCHACH 1984). Esta prática facilita o treinamento de entrevistadores, a redução de erros e bias e a precisão analítica (WHITE 1985; LEBRÃO 1997).

A **análise dos dados** deve estar relacionada aos objetivos do estudo. Decisões anteriores definirão as possibilidades de análise inclusive no que diz respeito à desagregação dos dados. Dados desagregados por unidades individuais aumentam a viabilidade da análise e ao obter diversas informações referentes ao mesmo indivíduo eliminam a possibilidade de falácia ecológica (WHITE 1985).

Se agregados desde o menor nível haverá menor possibilidade de análise (WHITE 1985). Como em geral, os inquéritos são representativos apenas para o nível nacional, o que dificulta a análise do acesso e uso dos serviços de saúde e de seus determinantes em grupos populacionais específicos, em algumas circunstâncias inquéritos locais necessitam ser realizados (VIACAVA 2002).

A **apresentação dos dados** deve ser clara, acessível, com tabelas, gráficos, apresentações cartográficas de fácil compreensão e destacar as questões mais relevantes. Deve ser útil para facilitar as decisões políticas e para alcançar os objetivos do inquérito: influenciar a definição de prioridades, a alocação de recursos, o gerenciamento dos serviços ou o monitoramento dos resultados. Os dados devem estar disponíveis e acessíveis para utilização (WHITE 1985; KROEGER 1986).

O desenho do inquérito deve incluir a **retroalimentação** dos resultados à população objeto de estudo. Fazer chegar os resultados até estas populações ou a seus representantes através de avaliação participativa dos resultados, divulgação na mídia, etc. (KROEGER 1983, 1986). Algo que mostre à população que suas respostas motivam ações que lhe beneficiam (CARVALHEIRO 1981).

O inquérito deve ser visto de forma integrada e complementar, como parte de um **sistema de informações em saúde** composto por várias fontes, de base populacional ou não, que incluíssem também as estatísticas vitais, dados sobre produção de serviços, entre outros (CARLSON 1984; WHITE 1985; VIACAVA 2002). A possibilidade de campos de identificação que permitissem ligação entre os

inquéritos e os dados das demais fontes propiciariam informações mais completas (CARLSON 1984; SCHACH 1984).

1.4.2) Erros de resposta e qualidade da informação.

Mesmo que todos os cuidados sejam tomados, dificuldades práticas e acidentes no decorrer do inquérito podem produzir imperfeições metodológicas. Insistir na perfeição a qualquer custo poderá arruinar um estudo. É importante que o investigador esteja ciente destas imperfeições, examine seus impactos e considere-as na interpretação de seus resultados para que o estudo tenha utilidade (ABRAMSON 1984).

São dois os principais tipos de erros de resposta na declaração de uso de serviços de saúde: as falhas de memória e a omissão do uso de serviços não oficiais, que varia conforme o prestígio e posição social do entrevistado, os valores do local em que mora, etc. (KROEGER 1986; CAMPOS 1993).

O padrão de utilização dos serviços pode sofrer alteração se ocorrer falha no relato da morbidade, como a sub-informação de doenças freqüentes que leva à elevação artificial de doenças severas. O uso de listas (check-lists) contendo os termos mais comumente utilizados pela população para definição de doenças, poderia minimizar este problema e superaria as variações culturais, de definições e alguns problemas de comunicação (WHITE 1985; KROEGER 1986; CAMPOS 1993).

As informações a respeito da utilização de serviços costumam ser mais fidedignas e menos afetadas pela perda de memória que as de enfermidade (CAMPOS 1993). O grau de precisão aumenta quanto mais intenso o contato com serviços de saúde e diminui quando não envolve cuidados médicos ou deficiências (KROEGER 1983). Eventos que exigem apenas um atendimento de saúde, internações de curta duração e aumento do tempo recordatório são condições que contribuem para sub-enumeração da utilização de serviços (CAMPOS 1993). Situações mais importantes para o entrevistado e emergências são lembradas com maior facilidade (CARTWRIGHT 1983).

CARTWRIGHT, em 1983, recomendou período recordatório que acabe no dia anterior à entrevista. O período de duas semanas para doenças e contatos com

serviços é adotado na maioria dos estudos com menor perda devido a falhas de memória; para hospitalização recomenda-se um período de seis a doze meses (KROEGER 1983; VIACAVA 2002). Períodos recordatórios diferentes devem ser evitados, se isso dificultar a compreensão do entrevistado (CARTWRIGHT 1983; KROEGER 1983).

Na relação entre o uso de serviços e a morbidade referida deve se levar em conta que morbidades paralelas podem levar a mais de uma procura por serviço. Optar pela solução mais adequada: relacionar a ação demandada para cada sintoma, definir uma das queixas como a mais importante ou agrupar diversos sintomas em um diagnóstico para relacioná-lo ao uso de serviços. Quantificar o uso paralelo de serviços simultânea ou sucessivamente é difícil (KROEGER 1986).

Entrevistas coletivas e o caráter confidencial das entrevistas nem sempre são compreendidos. Informações de condição sócio-econômica como posse de terra, renda familiar, vínculos trabalhistas, podem ser difíceis de conseguir e haverá necessidade de medidas indiretas como tipo de moradia, meio de transporte, consumo e diversidade de alimentos, equipamentos domésticos.

Entrevistas repetidas geram efeitos negativos sobre o entrevistador (cansaço), sobre o entrevistado (cansaço; falta de motivação por falta de consequências práticas) e sobre os serviços (excesso de dados). Se houver a necessidade de implantar estudos repetidos, preferir amostras pequenas que propiciam a modificação constante da população entrevistada e limitar o número de entrevistas por entrevistador, selecionar problemas factíveis de sofrer intervenções e permitir a formulação de queixas por parte dos entrevistados.

Alguns destes problemas devem ser observados durante a fase piloto através de pesquisa qualitativa, pois nem sempre são detectados em reentrevistas ou na análise. Considerá-los no treinamento dos entrevistadores e no desenho do questionário. Pode ser preciso eliminar questões delicadas e conseguir os dados informalmente (KROEGER 1983).

Os estudos qualitativos e os longitudinais são apropriados para preencher os espaços de informações deixados por dificuldades como utilização de sistemas não formais de cuidados de saúde, problemas lingüísticos, valores culturais, etc. (KROEGER 1983; KROEGER 1986; CAMPOS 1993).

Nas duas últimas décadas, foram desenvolvidos dois inquéritos domiciliares de base populacional na Região Sudoeste da Grande São Paulo. Os dados referentes ao primeiro inquérito, denominado “Inquérito de Morbidade”, foram coletados de julho de 1989 a junho de 1990 e os referentes ao segundo - “Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo” (ISA-SP) - no período de abril de 2001 a março de 2002. Ambos adotaram metodologia semelhante, apesar do ISA-SP ter sido ampliado tanto em relação à abrangência geográfica quanto ao conteúdo temático.

O “Inquérito de Morbidade” foi uma pesquisa de caráter operacional que recebeu recursos provenientes do Programa Metropolitano de Saúde (PMS) e teve como principal objetivo subsidiar a implantação do sistema de saúde na área e permitir posteriormente sua avaliação (CESAR 1997).

A pesquisa descreveu o perfil de morbidade referida e a utilização de serviços de saúde (CESAR 1997), iniciando uma base de dados para planejamento e avaliação de políticas públicas na região (CESAR 1987).

Com a realização do ISA-SP concretizou-se o propósito inicial do “Inquérito de Morbidade” de servir como suporte a futuros inquéritos de saúde, para avaliação da implantação do sistema de saúde proposto pelo PMS. Houve, contudo, a possibilidade de ir além. No período compreendido entre os dois inquéritos houve a implantação do SUS e, uma década após, o ISA-SP trouxe a possibilidade de conhecer o padrão de utilização de serviços de saúde antes e depois da implantação do SUS nos municípios pesquisados.

Em nosso país, diante da complexidade do sistema de saúde, da municipalização da gestão dos serviços e da necessidade de informações de base populacional, o desenvolvimento de inquéritos locais, como os da Região Sudoeste da Grande São Paulo, assume uma relevância ainda maior.

Assim, no presente trabalho, o estudo da utilização de serviços de saúde desempenha esta função, subordinando-se à oportunidade rara em nosso meio, de utilizar dois bancos de dados de inquéritos domiciliares conduzidos em uma mesma região, utilizando metodologia semelhante, inclusive no que se refere à padronização das questões utilizadas para a entrevista, o que foi, sem dúvida, o principal motivo da realização do presente estudo.

Os menores de um ano, grupo eleito para o estudo, são de grande interesse para os serviços de saúde e para a elaboração de políticas públicas, por ser de grande vulnerabilidade (HULKA e WHEAT 1985) e utilizar mais serviços de saúde que outros grupos de idade (MENDOZA-SASSI e BÉRIA 2002). Nos dois inquéritos foi possível conhecer a utilização de serviços para as crianças e para a realização de pré-natal e do parto a elas referentes.

2) OBJETIVOS.

Estudar a utilização de serviços de saúde em Embu, Itapecerica da Serra e Taboão da Serra, analisando a potencialidade de dois inquéritos de saúde de base populacional como fonte de dados.

Comparar a utilização de serviços de saúde de pré-natal e parto de menores de um ano residentes em Embu, Itapecerica da Serra e Taboão da Serra, nos anos de 1990 e 2002.

Comparar a utilização de serviços de saúde para acompanhamento do RN no primeiro ano de vida, atendimento a morbidade referida, hospitalização e outros motivos não referidos anteriormente, de menores de um ano residentes em Embu, Itapecerica da Serra e Taboão da Serra, entre os anos de 1990 e 2002.

Verificar a influência da idade e escolaridade maternas sobre a utilização de serviços de saúde por menores de um ano residentes em Embu, Itapecerica da Serra e Taboão da Serra, nos anos de 1990 e 2002.

3) PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1) Caracterização da área de estudo.

Os Municípios de Embu, Itapecerica da Serra e Taboão da Serra fazem parte da área Metropolitana de São Paulo e estão situados na Região Sudoeste da Grande São Paulo (Anexo I). Embu e Taboão da Serra foram desmembrados de Itapecerica da Serra em 1959, quando passaram a ser municípios autônomos (SEADE 2003c).

Entre as décadas de 70 e 80, foram os três municípios da região que mais se assemelharam na forma de ocupação territorial. Assemelham-se também no deslocamento de sua população residente para trabalhar em outros municípios, especialmente em São Paulo, devido à proximidade e à facilidade de acesso por transporte coletivo (GATTÁS 1996). Dessa forma foram considerados como a área com maior grau de homogeneidade, devido a sua contigüidade, a forma de ocupação e a facilidade de transporte entre eles dentro da Região a ser estudada.

O Município de Embu dista 27Km da cidade de São Paulo. A Rodovia Régis Bittencourt o divide em duas regiões; de um lado o “Embu próspero” e do outro o “Embu dos terrenos invadidos”; o primeiro concentra menor percentual populacional em relação ao segundo (ARAÚJO 1999). Na década de 60, com o surgimento do Embu das Artes, tornou-se importante centro de atração turística e em 1979, foi lhe atribuída a categoria de Estância Turística (SEADE 2003c).

Com 70km² de área territorial total (IBGE 2003b), a densidade demográfica era de 3.224,66 hab/km² (SEADE 2003b) e a população residente de 218.535 habitantes em 2002 (Anexo II). Em 1990 a população era de 150.074 habitantes em 1990 (IBGE 2003c) e entre 1991 e 2000, a taxa de crescimento foi de 3,29% ao ano (SEADE 2003b).

O Município de Itapecerica da Serra fica a 33 km da capital, sem descontinuidade de habitações, devido a uma área de intensa concentração habitacional ao longo da estrada que liga ambos (MOROMIZATO 1992). O território é o maior dentre os três municípios: 151 km² de área territorial total (IBGE 2003b). Com a menor população residente (Anexo II): 89.935 habitantes em 1990 e 138.952 habitantes em 2002 (IBGE 2003c), apresenta menor densidade demográfica:

1.041,04 hab/km² em 2002, apesar da taxa de 4,79% ao ano de crescimento anual entre 1991 e 2000 (SEADE 2003b).

Sua origem foi um aldeamento indígena, marcado pela influência jesuíta e pela imigração alemã sendo transformado em colônia alemã. Teve como marco importante de desenvolvimento a construção de um ramal da Estrada de Ferro Sorocabana, que cortava todo o município (SEADE 2003c). Em contradição com o explosivo crescimento da população, seu crescimento econômico teve sérios limites. Por situar-se na área dos mananciais, projetos industriais de grande porte ou considerados causadores de desequilíbrio ecológico não puderam ser implementados (MOROMIZATO 1992).

Taboão da Serra é delimitado pela região sudoeste da cidade de São Paulo, nos distritos de Raposo Tavares, Vila Sônia, Vila Andrade, Campo Limpo e Butantã (SÁNCHEZ-CENTURIÓN 1996; PINHO 2000). Em 2002 era, entre os três, o município com maior densidade demográfica: 10.312,20 hab/km² (SEADE 2003b). Apesar da população residente ser bastante próxima à de Embu e a taxa de crescimento ser menor, possui a menor área territorial de 20 km² (IBGE 2003b). A população residente (Anexo II) era de 153.948 habitantes em 1990 e de 205.547 habitantes em 2002 (IBGE 2003c) e o crescimento populacional de 2,44% ao ano, entre 1991 e 2000 (SEADE 2003b).

A rodovia Régis Bittencourt praticamente o divide ao meio, em duas regiões de características diferentes. A primeira está localizada a leste, representada pelo “triângulo” formado pela via Régis Bittencourt e as divisas com as cidades de Embu e São Paulo, região dos bairros do Campo Limpo. A população mais pobre vive nesta região mais densamente povoada, de maior área, menor concentração de renda e que apresenta os maiores problemas de infraestrutura. Nesta região estão concentrados os serviços públicos de saúde (SÁNCHEZ-CENTURIÓN 1996; SZTAJNBOK 1999; PINHO 2000).

A outra região, localizada a oeste, bem menos habitada e cuja população detém um melhor padrão de vida, concentra o maior número de equipamentos urbanos constituindo o centro comercial, bancário e administrativo (BERTOLOZZI 1991; PINHO 2000). Contava desde a década de 60 com um parque industrial

próprio, o que não impediu o deslocamento de grande parte de seus habitantes para trabalhar em cidades vizinhas (SEADE 2003c).

Estes municípios apresentam diferenças tanto no que se refere à condição sócio-econômica, quanto na organização dos serviços de saúde, o que não impede a presença de características com tendências semelhantes ao longo do período estudado.

São municípios totalmente urbanizados, com exceção de Itapecerica da Serra, que tem 1% de área rural (SEADE 2003b). A população (Anexo II) concentra-se nas faixas etárias jovens e no decorrer do período houve elevação da participação dos idosos (IBGE 2003c). A característica encontrada na distribuição etária foi semelhante à da Região Metropolitana de São Paulo na década de 90 (SEADE 2002).

No Anexo II pode se verificar a elevação das taxas de fecundidade geral e natalidade ao longo da década de 1990, com tendência de queda somente após o ano 2000 (SEADE 2003b), fato que merece destaque, visto que no conjunto da Região Metropolitana houve redução das mesmas (SEADE 2002).

Neste período observou-se agravamento da situação do rendimento médio mensal das pessoas responsáveis pelos domicílios. Houve aumento de responsáveis pelos domicílios sem rendimento: proporcionalmente inferior a 9,0% em 1990, alcançou, em 2000, 17,44% em Embu, 16,08% em Itapecerica da Serra e 14,91% em Taboão da Serra (SEADE 2003b).

Taboão da Serra destacou-se por melhores condições sócio-econômicas e melhores indicadores de saúde desde o início da década de 90. Em 2000, cerca de 60,0% dos responsáveis por domicílios em Embu e Itapecerica da Serra declaravam rendimento até 3 salários mínimos (incluindo os sem rendimento). Em Taboão da Serra este percentual foi inferior a 50,0%; apresentou a maior proporção de rendimento acima de 10 salários mínimos: cerca de 10%, praticamente o dobro do observado nos outros municípios e, conseqüentemente, foi o município com maior rendimento médio: 849,08 reais mensais (SEADE 2003b).

A Pesquisa sobre Condições de Vida (PCV) descreveu o quadro relativo à estrutura produtiva da Região Metropolitana de São Paulo. Entre 1994 e 1998 houve expansão da taxa de desemprego total, redução da presença masculina e ampliação da participação feminina no mercado de trabalho. Entre os ocupados, ocorreu

redução da proporção de assalariados, sobretudo daqueles com carteira de trabalho assinada e redução do emprego público (SEADE 1998).

Ocorreu diminuição do peso da indústria e crescimento da importância das pequenas empresas e da participação em serviços e em outros setores, basicamente construção civil e serviços domésticos. O crescimento do nível de ocupação nos serviços e nos outros setores foi insuficiente para compensar a diminuição do emprego industrial (SEADE 1998).

A renda familiar apresentou um aumento expressivo entre 1994 e 1998, mas agravou-se a desigualdade na sua distribuição, certamente devido ao aumento das taxas de desemprego. Outra consequência das modificações na estrutura produtiva foi a redução da cobertura de convênios médicos, custeados anteriormente por grandes empresas e a expansão da concessão de cestas básicas e de vales-refeição (SEADE 1998).

Quanto à escolaridade da população residente, nos três municípios ocorreu redução da taxa de analfabetismo da população adulta. Em Embu e Itapecerica da Serra eram próximas a 14,0% em 1991 e passaram a valores próximos a 8,0% em 2002; em Taboão da Serra, a taxa inicial que era de 10,17% passou a 5,97% em 2002 (SEADE 2003b). A proporção de alfabetizados cresceu em todas as faixas etárias, a partir dos 5 anos de idade. Em 2002, a proporção de alfabetizados nas faixas de 10 a 49 anos foi superior a 90,0% e na faixa etária acima de 50 anos foi superior a 70,0% (IBGE 2003a).

Houve melhoria também nas proporções de população alcançada pela rede geral de água, rede geral de esgoto e por coleta de lixo. Em 2002, mais de 95,0% dos moradores dos três municípios era atendido pela rede geral de água e por coleta de lixo. A rede geral de esgoto sanitário é a de menor abrangência e Itapecerica da Serra, o município onde se encontra a pior cobertura: em 1990, 10,7% e em 2002 apenas 24,3%. Em Embu, a cobertura populacional passou de 43,2% para 57,6% e em Taboão da Serra, a maior proporção: 66,6% e 84,3%, respectivamente (IBGE 2003a).

Verificou-se ainda decréscimo no Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) (Anexo III). Apesar da tendência semelhante, o Município de Taboão da Serra apresentou inicialmente o menor CMI: 31,46 óbitos/1.000 nascidos vivos em 1990.

Permaneceu sendo o menor valor dentre os municípios, com algumas oscilações, até 1999; em 2002 seu CMI foi de 12,48 óbitos/1.000 nascidos vivos (IBGE 2003a).

No Município de Embu a queda ocorreu de maneira constante e gradativa, passando de 55,56 óbitos/1.000 nascidos vivos em 1990 para 13,98 óbitos/1.000 nascidos vivos em 2002. Finalmente, Itapequerica da Serra que em 1990 apresentava CMI próximo ao de Embu: 56,30 óbitos/1.000 nascidos vivos alcançou, em 2002, 10,1 óbitos/1.000 nascidos vivos; as oscilações observadas no período devem estar relacionadas à menor população do município (SEADE 2003a).

3.1.1) Organização dos serviços de saúde.

A centralização dos serviços de saúde da Região Metropolitana de São Paulo no município da capital era uma preocupação existente desde a década de 70 e registrada por vários autores, como relata CESAR, em 1997. Tal centralização atingia os serviços básicos e principalmente a rede hospitalar e os serviços de diagnóstico.

Na década de 80 a SES-SP elaborou o Programa Metropolitano de Saúde, cuja proposta era a implantação nesta área, de um sistema de saúde regionalizado, descentralizado e hierarquizado de saúde. Neste sistema, o município contaria com rede de atenção básica e um hospital geral e os recursos especializados e de maior complexidade localizados no Município de São Paulo, seriam a referência para o município (CESAR 1997).

No Estado de São Paulo a descentralização em saúde foi conduzida por dois eixos básicos: reformulação institucional da Secretaria de Estado da Saúde (SES-SP) e a municipalização dos serviços. O Escritório Regional de Saúde (ERSA) 12 – Itapequerica da Serra foi criado na reestruturação ocorrida em 1986. Exerceu liderança técnico-política no processo de municipalização; estimulou a adoção do modelo assistencial proposto, dentro dos limites das realidades locais e a formação de uma empresa públicas intermunicipal para a construção de dois hospitais na região, com recursos do Fundo do Amparo ao Trabalhador/FAT (VIEIRA 1992).

A análise da utilização de serviços a partir dos dados do “Inquérito de Morbidade” constatou evasão para procura de serviços, principalmente para a capital,

baixa capacidade de atendimento pela rede pública local e necessidade de ampliação dos serviços materno-infantis (CESAR e TANAKA 1996).

No início da década de 90 a municipalização na região do ERS-12 estava ao nível da rede básica de saúde (VIEIRA 1992). Em 2002, Embu, Itapeçerica da Serra e Taboão da Serra estavam habilitados na Gestão Plena do Sistema Municipal (MS 2003).

No período estudado houve ampliação da rede pública de serviços: implantação de novas Unidades Básicas de Saúde (UBS), de quatro unidades de Pronto Socorro, duas maternidades municipais: Pronto Socorro e Maternidade Zoraide Eva das Dores, em Itapeçerica da Serra e Unidade Mista Taboão da Serra e dois hospitais gerais pertencentes à rede estadual: Hospital Geral de Itapeçerica da Serra (HGIS) e Hospital Geral de Pirajussara (HGP).

O Hospital Geral de Pirajussara e o Hospital Geral de Itapeçerica da Serra servem de referência ambulatorial para a rede básica de saúde. O Pronto-Socorro do Hospital Geral de Itapeçerica atende apenas clientela referenciada e o Hospital Geral de Pirajussara não conta com Pronto Socorro*.

Nestes hospitais são atendidas gestantes de alto risco referenciadas para os ambulatórios de pré-natal de alto risco. Ambos contam com Unidade Neonatal de Risco ou UTI pediátrica. A atenção pré-natal prestada pelo setor público às gestantes de baixo e médio risco se dá através das UBS. No Município de Taboão da Serra, uma das Unidades Básicas de Saúde também é referência ao pré-natal de alto risco*. A Unidade Mista de Taboão da Serra possui unidade de terapia intensiva neonatal (PINHO 2000).

Na Tabela 1 verifica-se que a ampliação quantitativa de serviços de saúde superou o crescimento populacional do período tanto na rede ambulatorial quanto na rede hospitalar.

Em todos os municípios houve crescimento no número de unidades ambulatoriais por habitante, a maioria delas pertencentes ao setor público (IBGE 2003d; IBGE 2003f). O menor crescimento ocorreu em Itapeçerica da Serra; deve se

* Informações obtidas através de contato com os serviços locais de saúde: inexistentes à época, nos bancos de dados oficiais.

considerar que neste município encontrava-se o maior número de unidades ambulatoriais por habitante em 1990, o que pode ser resultante da forte tendência à municipalização do atendimento desde o final da década de 80 (MOROMIZATO 1992) e ainda, o maior crescimento populacional do período dentre os três municípios estudados.

O crescimento no número de leitos hospitalares/SUS por habitante foi observado em Itapecerica da Serra e Taboão da Serra, onde foram implantados hospitais municipais e estaduais durante o período estudado.

Tabela 1- Número de unidades ambulatoriais por habitante e número de leitos/SUS por habitante em Embu, Itapecerica da Serra e Taboão da Serra em 1992 e 2002.

Municípios	Embu		Itapecerica da Serra		Taboão da Serra	
Anos	1992	2002	1992	2002	1992	2002
Unidades Ambulatoriais⁽¹⁾						
N	10	15	13	21	13	24
Nº/10.000 habitantes	0,7	0,9	1,4	1,5	0,8	1,2
População1990/2002	150.074	218.535	89.935	138.952	153.948	205.547
Leitos Obstétricos SUS						
N	-	2	-	66	4	77
Nº/1.000 habitantes	-	0,009	-	0,47	0,02	0,37
Leitos Pediátricos SUS						
N	-	3	1	32	24	47
Nº/1.000 habitantes	-	0,01	0,01	0,23	0,15	0,23
Leitos Hospitalares SUS						
N	-	11	156	243	153	264
Nº/1.000 habitantes	-	0,05	1,73	1,74	0,93	1,28
População1992/2002	163.180	218.535	90.094	138.952	164.151	205.547

Fontes: IBGE. Informações demográficas e sócio-econômicas. AMS 1990 e AMS 2002. MS.SIH/SUS.

(1)1990 e 2002.

Em 1990, Embu contava com 10 unidades ambulatoriais, sendo 7 centros de saúde, 2 clínicas e 1 Pronto-Socorro. Quanto à esfera administrativa, 8 eram públicos municipais, 1 público estadual e 1 privado (IBGE 2003d). Não havia leitos hospitalares, nem sistema de referência e contra-referência para os atendimentos de maior complexidade (ARAÚJO 1992).

Em 2002, existiam 15 estabelecimentos de saúde, somente um deles com internação. Dos 14 estabelecimentos sem internação, 11 pertenciam à esfera pública municipal, dentre eles uma unidade de Pronto Socorro, 1 à esfera pública estadual e 2

privados com fins lucrativos (IBGE 2003f). Não existe hospital no município; os 2 leitos hospitalares locais pertencem à Unidade Mista Municipal (MS 2002b).

Em Itapecerica da Serra, em 1990 a rede pública de saúde era mantida conjuntamente pela Prefeitura e Estado, através da SES-SP (MOROMIZATO 1992). O município contava com 13 unidades ambulatoriais: 8 centros de saúde e 5 clínicas/PAM, sendo 9 públicos e 4 privados (IBGE 2003d). Dentre elas, encontrava-se um PS municipal. A rede hospitalar era formada por 2 hospitais privados, não vinculados ao sistema público (SES 2001^{*}; MS 2002b). Com a regionalização e hierarquização no SUDS-SP os hospitais de referência de Itapecerica se encontravam fora do município, em São Paulo, Cotia e Taboão da Serra (MOROMIZATO 1992).

Em 2002, a rede ambulatorial era composta por 21 Unidades, das quais 20 sem internação, sendo 11 públicas e 9 privadas (IBGE 2003f) e 1 Unidade Mista que presta atendimento com internação. A rede hospitalar contava com uma maternidade municipal, um hospital geral do Estado sob gerência de uma organização social e um hospital geral privado, conveniado, referência de leitos crônicos. Entre estes serviços, existiam 2 unidades de Pronto-Socorro públicas, uma delas em conjunto com a maternidade municipal (SECRETARIA DE SAÚDE DE ITAPECERICA DA SERRA 2002).

No Município de Taboão da Serra, em 1990 eram 13 unidades ambulatoriais, sendo 7 centros de saúde e 6 clínicas/PAM; 7 públicos e 6 privados (IBGE 2003d). Não havia Pronto-Socorro e nem hospitais públicos. A maioria dos encaminhamentos era feita para o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, para o Hospital Universitário da USP, para o Hospital da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e ao Hospital Darcy Vargas (BERTOLOZZI 1991).

Em 2002 a rede ambulatorial era composta por 24 unidades uma das quais, pública, com internação (PINHO 2000); dos 23 estabelecimentos sem internação, 12 eram públicos, 10 privados com fins lucrativos e 1 privado sem fins lucrativos (IBGE 2003f). A rede hospitalar estava constituída por 3 hospitais: 2 públicos (um geral

^{*} Secretaria de Estado de Saúde. **Distribuição das unidades de saúde por ERSA, serviços e turnos de atendimento. SUDS 12 – Itapecerica da Serra.** São Paulo: CIS; 1990. p.207-21.

estadual e uma maternidade municipal) e 1 privado (MS 2002b). Existiam 3 unidades de Pronto-Socorro públicas, uma delas em conjunto com a maternidade.

3.2) O Estudo Comparativo.

3.2.1)Tipo de estudo.

Estudo comparativo de dois inquéritos domiciliares de base populacional e corte transversal.

3.2.2)População de estudo.

Crianças menores de um ano, não institucionalizadas, residentes em área urbana dos Municípios de Embu, Itapecerica da Serra e Taboão da Serra (Região Sudoeste da Grande São Paulo – RS-GSP), nos anos de 1990 e 2002.

3.2.3)Aspectos éticos.

Projeto de pesquisa submetido ao Conselho de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP, com parecer favorável à sua realização, visto que o próprio Inquérito de Saúde já havia sido submetido e aprovado por este mesmo Conselho.

3.2.4)Fonte de dados.

Os bancos de dados de dois inquéritos domiciliares de base populacional realizados na Região Metropolitana de São Paulo: o “Inquérito de Morbidade”, desenvolvido no período de 1989 e 1990 e o “Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo”, cujo trabalho de campo desenrolou-se de 2001 a 2002.

Em vários aspectos, a metodologia adotada foi semelhante, apesar do segundo ter sido ampliado tanto em relação à abrangência geográfica quanto ao conteúdo temático.

3.2.5) Instrumento de coleta dos dados.

Para o presente estudo, foram selecionados dentre os blocos que compunham os questionários dos dois inquéritos de saúde, aqueles referentes a identificação da criança e ao uso de serviços de saúde.

No “Inquérito de Morbidade” os blocos selecionados foram:

Bloco 2 - Folha de controle (ou identificação do entrevistado). Preenchido um para cada criança.

Bloco 3 - Morbidade - Problemas nos últimos 15 dias. O desenho do questionário permite registrar até quatro problemas de saúde para cada entrevistado, mais especificamente três afecções e um acidente.

Bloco 3.01 a 3.05 - Problemas e procuras. A orientação era de que, para cada problema de saúde, fosse preenchido um Bloco 3.01 a 3.05, independente de haver ocorrido ou não demanda por ajuda. Um novo Bloco 3.01 a 3.05 seria preenchido para cada demanda por ajuda que houvesse ocorrido.

Para fins de comparabilidade entre os inquéritos, selecionou-se para este estudo apenas um bloco de procura para cada morbilidade referida. No caso de haver mais de uma procura por morbilidade, selecionou-se a primeira procura.

Bloco 4 - Outros motivos para uso de serviços nos últimos 15 dias. A orientação do Inquérito era de que deveriam ser registrados todos os motivos e todas as demandas por serviço que ocorressem.

Bloco 6 - Hospitalização nos últimos 12 meses. O desenho do questionário permite conhecer o total de internações para cada criança. Apesar disso, a orientação do Inquérito era para que fosse preenchido apenas um bloco, referente à internação mais recente, independente do número de internações ocorridas para cada criança.

Bloco 10 – Materno-infantil. Preenchido um para cada criança. A orientação do inquérito era de considerar para este bloco apenas as respostas fornecidas pela mãe biológica da criança em estudo.

No ISA-SP os blocos selecionados foram:

Bloco B - Folha de controle. Preenchido um para cada criança.

Bloco C - Morbidade de 15 dias. O desenho do questionário permite registrar até quatro problemas de saúde para cada entrevistado, mais especificamente três doenças e um acidente.

Bloco C_ - Uso de serviços para morbidade de 15 dias. A orientação era de que, para cada problema de saúde, fosse preenchido um Bloco C_, independente de haver ocorrido ou não demanda por ajuda. Diferente do “Inquérito de Morbidade” deveria ser preenchido apenas para a primeira procura por serviço em cada problema referido.

Bloco G - Utilização de serviços/Outros usos de serviços de saúde. No ISA-SP, o uso de serviços de saúde por outros motivos foi incluído em dois blocos, caracterizando desenho diferente do “Inquérito de Morbidade”. No Bloco G incluem-se duas questões sobre outros usos de serviços de saúde. No caso de resposta positiva a estas questões, o Bloco G_ deveria ser preenchido.

Bloco G_ - Uso de serviços para outros motivos. A orientação era de que deveria ser preenchido um bloco G_ para cada motivo que levou à demanda de serviço de saúde, sem limitação de número de motivos referidos.

Bloco K - Hospitalização nos últimos 12 meses. No ISA-SP foram destinados dois blocos, caracterizando desenho diferente do questionário do “Inquérito de Morbidade”. O Bloco K apresenta o número de internações e seus motivos. Em caso de internação um bloco K_ deveria ser preenchido.

Bloco K_ - Uso de serviços para hospitalização nos últimos 12 meses. A orientação era de que fosse preenchido um bloco K_ para cada internação. Em caso de duas ou mais internações, seriam preenchidos tantos Blocos K_ quantas internações houvessem ocorrido.

Para fins de comparabilidade entre os inquéritos, adotou-se aqui o mesmo critério do inquérito anterior, considerando-se apenas a internação mais recente.

Bloco S - Materno Infantil. Preenchido um para cada criança. Assim como no “Inquérito de Morbidade”, a orientação do inquérito era de considerar para este bloco apenas as respostas fornecidas pela mãe biológica da criança em estudo.

3.2.6)Processamento e consistência dos dados.

No estudo comparativo trabalhou-se com dois bancos de dados, um referente a cada inquérito. Para a formação do primeiro banco, selecionou-se do “Inquérito de Saúde”, os registros referentes à população de estudo. O banco de dados referente ao ISA-SP foi criado a partir da digitação dos questionários da população de estudo e posterior seleção dos blocos a serem estudados, conforme descrição acima.

Nem todos os blocos de questões analisados apresentaram o mesmo número de observações; as diferenças se devem a especificidades de cada área temática. Foram necessárias adaptações devido às diferenças de desenho e de orientação de preenchimento dos questionários entre os inquéritos. Foram incluídas as variáveis de peso e estratificação de cada um dos inquéritos.

A validação do banco de dados referente ao ISA-SP foi realizada no Programa Validate e a consistência dos dois bancos de dados no Programa Analysis, ambos do Programa Epi-Info 6.04. A correção das inconsistências se deu através do próprio banco de dados e/ou pela consulta ao questionário em papel.

3.2.7)Variáveis estudadas.

As variáveis para o presente estudo foram escolhidas dentre as questões fechadas dos blocos acima relacionados. Para a definição das categorias em cada variável, respeitou-se, o quanto possível, as respostas pré-definidas nas questões ou a codificação do inquérito. Mas houve a necessidade de adaptações ou de construção de novas variáveis para garantir a comparabilidade dos dados, devido a diferenças entre os questionários, o que foi realizado no Programa Analysis do EpiInfo 6.04.

As variáveis podem ser agrupadas em:

Características da criança e características maternas.

Sexo. Categorizado em masculino e feminino.

Idade da criança. Número de meses de vida da criança no momento da entrevista. Categorizada em: menor de um mês, 1 a 6 meses e maior de 6 meses.

Idade materna. O questionário fornece a data de nascimento da mãe e a data da entrevista. Categorizada em: 15 a 19 anos; 20 a 34 anos e 35 anos e mais.

Escolaridade materna. O questionário possibilita conhecer frequência ou não à escola e o número de anos cursados até o ensino médio e, no caso de curso técnico e superior, informa se foi completo ou incompleto. Categorizada em: 0 a 3 anos de escolaridade; 4 a 8 anos de escolaridade e 9 ou mais anos de escolaridade.

Utilização de serviços de saúde.

Variáveis de necessidade.

Morbidade de 15 dias. Referência a algum problema de saúde ocorrido na criança nos 15 dias que antecederam a entrevista. Categorizada em sim e não.

Motivo da hospitalização. Referência a algum problema de saúde da criança que levou à sua hospitalização nos 12 meses que antecederam à entrevista. Adotou-se a categorização fornecida nos bancos de dados, codificadas de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças, 9ª Revisão para o ano de 1990 e 10ª Revisão para o ano de 2002. Em ambos os inquéritos as causas foram codificadas pela mesma pessoa; foram também revisadas pelo mesmo profissional, ligado ao Centro Brasileiro de Classificação de Doenças.

Motivo de outros usos de serviços de saúde não referidos anteriormente. Referência a alguma utilização de serviços de saúde nos quinze dias que antecederam a entrevista para algum motivo não referido anteriormente. Foram adotadas as categorias existentes nos questionários. Para 1990, categorizada em puericultura, vacinação, check-up e outros. Para 2002, categorizada em puericultura, vacinação, exames de rotina e outros. Check-up e exames de rotina foram considerados como uma mesma categoria.

Variáveis de demanda.

Demanda por serviço de saúde para acompanhamento do RN no primeiro ano de vida. O enunciado da questão nos dois inquéritos referia-se a procura por orientação para cuidar da criança independentemente dela estar doente. Categorizada em sim e não.

Procura por ajuda para atendimento à morbidade referida. Referência a procura por algum tipo de ajuda para atendimento a problema de saúde referido nos últimos 15 dias. Categorizada em sim e não.

Pessoa procurada para atendimento à morbidade referida. Pessoa procurada para ajudar no problema de saúde referido. Foram adotadas as categorias existentes nos questionários: médico, outro profissional de saúde e outros.

As respostas dentista, enfermeiro e psicólogo foram agrupadas em “outro profissional de saúde”. Em outros estão incluídos qualquer ajuda diferente de profissional da área de saúde, tais como parentes, amigos, benzedeira, pastor, balconista da farmácia. O farmacêutico foi incluído em “outros” porque de acordo com as normas de preenchimento do questionário, o balconista de farmácia seria considerado na mesma resposta.

Demanda por serviço de saúde por motivos não referidos anteriormente. O enunciado da questão no “Inquérito de Morbidade” referia-se a procura por serviço de saúde por motivo que não fosse doença. No ISA-SP referia-se a procura por serviço de saúde por motivo não referido anteriormente, isto é, que não fosse morbidade de 15 dias ou atendimento odontológico. Categorizada em sim e não.

Motivo da não demanda por consultas durante a gestação. Informação disponível apenas no banco do ISA-SP. Foram adotadas as categorias existentes nos questionários: dificuldades financeiras, dificuldades de acesso geográfico (como transporte ou distância), não achou necessário, não teve tempo, não sabe quem procurar/onde ir, outros.

Motivo da não demanda para acompanhamento do RN no primeiro ano de vida. Informação disponível apenas no banco do ISA-SP. Foram adotadas as categorias existentes nos questionários: dificuldades financeiras, dificuldades de acesso geográfico (como transporte ou distância), não achou necessário, não teve tempo, não sabe quem procurar/onde ir e “outros, especificar”.

Variáveis de utilização.

Consultas durante a gestação. Realização de alguma consulta médica para acompanhar a gravidez da criança à qual se refere a entrevista. A orientação dos inquéritos foi de registrar qualquer consulta realizada durante a gestação, tivessem ou não o objetivo de acompanhamento obstétrico. Categorizada em sim e não.

Início das consultas. Mês de gestação em que realizou a primeira consulta médica para acompanhar a gestação da criança à qual se refere a entrevista. Nos dois

inquéritos foi registrada em meses gestacionais. Categorizada em: até o 3º mês; 4º ao 6º mês e após o 6º mês.

Número de consultas. Número de consultas médicas realizadas, conforme descrito acima, fossem ou não de acompanhamento obstétrico. Categorizada em : menos de cinco consultas e mais de cinco consultas.

No “Inquérito de Morbidade” a questão, fechada, era categorizada em: apenas uma, de duas a quatro consultas, de cinco a oito consultas e nove ou mais consultas. No ISA-SP a questão era aberta, permitindo o registro em número de consultas. Categorizada em: menos de cinco consultas e cinco consultas ou mais.

Para o presente estudo, a categorização adotada teve o objetivo de considerar como pré-natal a realização de cinco consultas ou mais. O Ministério da Saúde recomenda no mínimo seis consultas para o pré-natal (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1999), mas este não pode ser o ponto de corte devido às diferenças descritas acima; cinco consultas foi a divisão mais próxima deste ponto, permitida pela pré-categorização do “Inquérito de Morbidade”.

Local de nascimento da criança. Local onde a mulher deu à luz a criança à qual a entrevista se refere. Foram adotadas as categorias existentes nos questionários: hospital, domicílio e outro local.

Tipo de parto. Tipo do parto realizado para o nascimento da criança à qual a entrevista se refere. Categorizada em normal e cesárea. As respostas normal, fórceps e normal com fórceps, presentes nos questionários, foram incluídas na categoria normal.

Atendimento. Informa se a criança foi atendida no serviço procurado para morbidade referida ou por motivo não referido anteriormente. Categorizado em sim e não.

Hospitalização. Ocorrência de hospitalização da criança nos 12 meses que antecederam a entrevista. Categorizada em sim e não.

Tempo de permanência. Tempo em que a criança permaneceu hospitalizada. No “Inquérito de Morbidade” a resposta era registrada em número de horas, dias ou meses; no ISA-SP, registrada em número de noites. Categorizada em: 0 a 3 dias, 4 dias a uma semana e mais de uma semana.

Tipo de serviço. Tipo de serviço procurado. Eram questões fechadas; as categorias foram reagrupadas em:

Unidade Básica de Saúde (UBS): inclui UBS, Posto ou Centro de Saúde e Programa Saúde da Família pertencentes à rede pública.

Clínica ou ambulatório: inclui clínica, ambulatório, consultório, ambulatório de empresa ou sindicato.

Hospital: inclui hospital geral, especializado ou maternidade.

Pronto Socorro: inclui serviços de Pronto Atendimento e Pronto Socorro.

Outros: inclui serviços que não sejam classificados em outra categoria. Nos blocos materno-infantil e utilização de serviços de saúde nos quinze dias que antecederam à entrevista para atendimento a motivos não referidos anteriormente, o PS foi incluído nesta categoria.

Os casos de atendimento por telefone foram incluídos no tipo de serviço onde o profissional atende.

Local do serviço. Município onde se localiza o serviço procurado. Eram questões fechadas; as categorias foram reagrupadas em:

Município de residência: localiza-se na cidade em que a criança reside. Pode ser Embu, Itapequerica da Serra ou Taboão da Serra.

Município da região: localiza-se em Embu, Itapequerica da Serra ou Taboão da Serra, desde que não seja o município de residência da criança.

São Paulo: localiza-se no Município de São Paulo.

Outros: localiza-se em outros municípios do Estado de São Paulo ou fora dele. Inclui Embu-Guaçu, Juquitiba, e Cotia/Vargem Grande Paulista.

Pagamento direto pelo atendimento. Informa se houve desembolso de algum valor no momento do atendimento recebido. Foram adotadas as categorias existentes nos questionários.

Não: quando não houve qualquer desembolso no momento do atendimento, independente da fonte pagadora. Pagar anteriormente a mensalidade de um plano de saúde, sem desembolso de qualquer valor no momento, não foi considerado como pagar diretamente.

Parcial: quando houve algum tipo de desembolso no momento, não equivalente ao valor total do atendimento ou que não deveria ter existido. Ex:

pagamento “por fora” em atendimentos financiados pelo SUS; complementação em procedimento coberto apenas parcialmente por planos de saúde.

Integral: é o cliente “particular”, que paga diretamente ao provedor pelo serviço prestado, sem intermediação do sistema público ou de planos privados de saúde.

Fonte pagadora. Responsável pelo pagamento em caso de pagamento parcial ou de não ter ocorrido desembolso no momento da assistência recebida. Eram questões fechadas; as categorias foram reagrupadas em:

Público: inclui INAMPS, Funrural, Prefeitura, Estado ou SUS.

Convênio empresa: plano privado de saúde pago parcial ou integralmente pela empresa onde trabalha o pai, a mãe, avós ou outra pessoa que tenha incluído a criança como sua dependente.

Seguro privado: plano individual de saúde.

Outros: previdências governamentais, associações de categorias profissionais, sindicatos, atendimentos gratuitos, etc.

Setor responsável pelo pagamento. Variável criada especificamente para o banco de dados deste estudo. Categorizada em:

Público: o setor público foi responsável pelo pagamento. Idem à categoria público da variável anterior.

Não público: o setor não público foi responsável pelo pagamento. Inclui as categorias convênio empresa, seguro privado e outros, da variável anterior.

Propriedade do serviço utilizado. Setor ao qual pertence o serviço utilizado. Dado disponível apenas no banco do ISA-SP. Questão fechada, cujas categorias foram reagrupadas em:

Público: o serviço é propriedade do SUS.

Privado: o serviço é propriedade privada. Inclui serviços próprios de empresas, sindicatos, associações, previdência governamental, cooperativas médicas, entre outros.

Motivo do não atendimento. Motivo que levou à não prestação de atendimento no serviço procurado. Dado disponível apenas no banco do ISA-SP. Foram adotadas as categorias existentes nos questionários: não conseguiu vaga/senha; não tinha médico atendendo; não tinha o profissional/serviço que

precisava; o equipamento/serviço não estava funcionando; não podia pagar; esperou muito e desistiu; outros.

3.2.8) Análise e tratamento dos dados.

Na análise e tratamento estatístico dos dados considerou-se o delineamento da amostragem. Os dados foram ponderados segundo a probabilidade de seleção. As proporções e os intervalos de confiança de 95% foram calculados pelo programa CSample do EpiInfo 6.04, que considera na análise, os três recursos utilizados na amostragem dos inquéritos aqui estudados: conglomerados, estratificação e frações desiguais de amostragem (DEAN 1994).

A categorização de algumas variáveis resultou em pequenos números com redução da precisão. Para a comparação entre os períodos adotou-se como parâmetro de diferença, a ausência de sobreposição nos intervalos de confiança em cada uma das categorias de variáveis.

3.2.9) Financiamento.

Devido à utilização de dados de dois grandes bancos de dados pertencentes aos inquéritos acima citados, os recursos foram provenientes dos órgãos financiadores de ambas as pesquisas, a saber: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Recursos específicos para o presente estudo, tais como: transporte, alimentação, moradia, hospedagem, material de expediente, insumos de informática, fotocópias, entre outros, foram obtidos através de bolsa do Programa Institucional de Capacitação Docente e Técnica da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (PICDT/CAPES).

Serão descritos a seguir alguns aspectos dos “Inquéritos de Morbidade” e ISA-SP, com o propósito de viabilizar a compreensão dos procedimentos metodológicos básicos para o desenvolvimento do presente estudo*.

* Maiores detalhes sobre a metodologia podem ser encontrados nas seguintes referências: CESAR et al. 1996; CESAR 1997; CESAR 1999 (ver o último em bibliografia consultada).

3.3) Os Inquéritos de Saúde.

3.3.1) Local e período.

“Inquérito de Morbidade”.

Foram estudados os Municípios de Taboão da Serra, Embu, Embu-Guaçu, Juquitiba, Itapecerica da Serra/São Lourenço da Serra (na época, um único município) e Cotia/Vargem Grande Paulista (possuíam sistema de saúde integrado). As entrevistas foram realizadas durante 12 meses, devido a possíveis variações sazonais dos eventos estudados, tendo início em julho de 1989 e término em junho de 1990.

ISA-SP.

Este projeto foi ampliado quanto a abrangência geográfica, em relação ao anterior. Foram estudadas quatro áreas: o Município de Botucatu; o Município de Campinas; o Distrito do Butantã, na cidade de São Paulo; os Municípios de Embu, Itapecerica da Serra e Taboão da Serra, na Região Sudoeste da Grande São Paulo.

A coleta dos dados ocorreu ao longo de 12 meses, tendo início em abril de 2001 e completando-se em março de 2002, com seis cortes bimestrais, distribuídos igualmente pelas áreas, com o objetivo de respeitar a sazonalidade dos eventos estudados.

3.3.2) Aspectos éticos.

O ISA-SP foi submetido e aprovado pelos Conselhos de Ética em Pesquisa das Instituições de Ensino Superior que fazem parte do estudo: USP, UNESP e UNICAMP.

As entrevistas foram realizadas após a assinatura do Termo de Consentimento Informado. Os entrevistadores foram orientados, no treinamento anterior à realização do trabalho de campo e através do manual do questionário sobre a necessidade de informar o entrevistado sobre o caráter confidencial das informações e a respeito do preenchimento do Termo de Consentimento Informado pelo entrevistado.

3.3.3)Divulgação da pesquisa.

“Inquérito de Morbidade”.

Através da assessoria de imprensa da SES-SP, motivando uma boa cobertura sobre o estudo.

ISA-SP.

Neste inquérito optou-se pela divulgação individualizada, através de cartas entregues pelos entrevistadores ou via postal aos proprietários dos domicílios ou síndicos de edifícios sorteados, em período que antecedia a entrevista.

3.3.4)Amostragem.

“Inquérito de Morbidade”.

Utilizou a técnica “amostragem de área”, cuja descrição detalhada pode ser encontrada em CESAR et al (1996). Foi uma amostra estratificada e por conglomerados. Cada município foi dividido em dois estratos, conforme a concentração de domicílios por km². Em cada município foram sorteados 30 setores ou subsetores censitários. No estrato de maior concentração de domicílios, ocorreram mais duas etapas de sorteio: quarteirões e domicílios; no estrato de menor concentração de domicílios apenas o sorteio de domicílios.

Foram definidas subpopulações segundo sexo e idade (domínios amostrais) para as quais se garantiu números mínimos que permitissem a representatividade da amostra e análises estatísticas: menores de um ano, 1 a 6 anos, 7 a 19 anos, 20 a 49 anos masculinos, 20 a 49 anos femininos, 50 anos e mais masculinos e 50 anos e mais femininos.

A constituição de domínios amostrais foi uma estratégia para conseguir, com tamanho de amostra menor, um número de observações adequado para análise, mesmo em subgrupos populacionais proporcionalmente pequenos na população.

O número de indivíduos a serem entrevistados em cada domínio foi definido como 200 e elevado para 250, devido à possibilidade de 80% na cobertura e resposta.

ISA-SP.

A amostra do ISA-SP foi também estratificada e por conglomerados. Detalhes técnicos poderão ser encontrados em ALVES (1999). No primeiro estágio, a unidade

amostral foi o setor censitário, sendo sorteados 30 setores para a área. No segundo estágio, a unidade amostral foi o domicílio.

Além da estratificação geográfica, outras duas estratificações foram realizadas: por grupos de sexo e idade (domínios amostrais) e por escolaridade do chefe de família. Em cada um dos três estratos de escolaridade foram sorteados 10 setores censitários. Com a estratificação por escolaridade pretendeu-se alcançar indivíduos de condição sócio-econômica mais elevada, menos freqüente na população em geral.

A estratificação por sexo e idade foi realizada pelo motivo já descrito acima. Definiram-se os seguintes domínios: população menor de um ano, população de 1 a 11 anos, homens de 12 a 19 anos, mulheres de 12 a 19 anos, homens de 20 a 59 anos, mulheres de 20 a 59 anos, homens de 60 anos ou mais e mulheres de 60 anos ou mais.

Da mesma forma que no “Inquérito de Morbidade”, o número de indivíduos em cada domínio foi estabelecido em 200 e elevado para 250, devido à possibilidade de perda de 20% (máximo aceitável).

3.3.5) Instrumento de coleta dos dados.

“Inquérito de Morbidade”.

Questionário elaborado pelos pesquisadores, composto por 14 blocos contendo questões fechadas, com alternativas pré-definidas e campos de codificação. Para a execução das entrevistas domiciliares de maneira uniforme foi elaborado um manual de instruções contendo a apresentação da pesquisa, orientações para a realização das entrevistas, aplicação do questionário e instruções de preenchimento do mesmo.

O questionário não foi aplicado integralmente à faixa etária de menores de um ano. Os blocos que deveriam ser preenchidos em cada grupo etário foram identificados no próprio questionário e no manual do entrevistador. Para a entrevista em menores de um ano foram excluídos os seguintes blocos: Teste CAGE, odontologia e condição sócio-econômica do entrevistado.

Baseada em estudo piloto com 408 indivíduos, ocorreu a discussão final do tamanho da amostra, a definição dos domínios, a reformulação e simplificação do questionário.

ISA-SP.

Questionário elaborado pela equipe de pesquisadores, estruturado em blocos, segundo áreas temáticas, com a maioria das questões fechadas com alternativas pré-definidas e pré-codificadas. Os blocos temáticos foram agrupados em dois conjuntos para aplicação a grupos etários diferentes: menor de 12 anos e 12 anos e mais.

Para a criação do conjunto destinado a menores de 12 anos foram excluídos os seguintes blocos: exames preventivos, estilo de vida, auto-avaliação em saúde e características sócio-econômicas do entrevistado.

Grande parte das questões incluídas foram testadas previamente em outros estudos, inclusive no inquérito anterior; outras foram elaboradas pela equipe da pesquisa especificamente para este inquérito. Cada entrevistador recebeu um manual do questionário, com a apresentação da pesquisa, orientações sobre a realização da entrevista e aplicação do questionário e instruções de preenchimento do questionário.

O estudo piloto com 60 entrevistas foi conduzido em uma das 4 áreas de estudo. As entrevistas foram realizadas por técnicos de pesquisa do Laboratório de Saúde Pública do Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP. Todas as etapas foram cumpridas: preenchimento, revisão e digitação dos questionários. Decorrente do estudo piloto foram realizadas reformulações no desenho e conteúdo do questionário, no programa de entrada dos dados e no manual do entrevistador. O piloto serviu ainda de base para algumas instruções operacionais, como a organização do questionário em conjuntos por faixa etária, número de entrevistas/dia, locais e horários mais adequados, entre outros.

A semelhança entre os questionários e a padronização de termos ou conceitos possibilitou a comparação das informações obtidas. Em ambos os inquéritos a caracterização sócio-econômica dos menores de um ano pode ser feita a partir dos blocos sobre informações da família, do domicílio e do chefe de família.

Os períodos recordatórios foram definidos visando a menor margem de erro possível. No caso de utilização de serviços para morbidade referida e outros motivos

de uso de serviços que não doenças, o período foi de duas semanas anteriores à entrevista; para hospitalização, 12 meses; para puericultura, desde o nascimento da criança até o momento da entrevista; para realização de consultas durante a gestação e parto, o período de gravidez e o parto da criança sorteada.

3.3.6) Informante.

Em ambos os inquéritos, as perguntas relacionadas à criança foram respondidas pela mãe ou responsável. O bloco materno-infantil foi respondido obrigatoriamente pela mãe biológica da criança sorteada, por conter informações relativas à gravidez, parto e primeiro ano de vida. Caso esta fosse falecida ou estivesse impossibilitada de responder, a orientação era de não preenchimento do bloco.

3.3.7) Entrevistadores.

“Inquérito de Morbidade”.

Os entrevistadores selecionados tinham segundo grau completo e sempre que possível, residentes na área das entrevistas. Não tinham treinamento prévio em saúde para evitar ao máximo a interferência nas informações prestadas, tal como o registro das mesmas em linguagem técnica. Receberam treinamento para a realização das entrevistas e foram acompanhados, avaliados e reciclados durante a pesquisa. Houve avaliação de cerca de 10% da produção individual, por nova entrevista.

ISA-SP.

A escolaridade dos entrevistadores selecionados foi igual ou superior a segundo grau completo. Um dos critérios de escolha foi não ser profissional ou estudante de medicina e enfermagem; foram aceitos aqueles ligados a outras áreas, dentro do setor saúde (por ex. psicologia, nutrição) ou ligados a outras áreas do conhecimento. Foram treinados para a aplicação do questionário através do próprio instrumento e do manual de preenchimento e receberam credencial de identificação a ser apresentada a cada entrevista. Cerca de 2,5% da produção de cada um deles foi avaliada por nova entrevista parcial (entrevista de controle).

3.3.8) Critérios de codificação.

“Inquérito de Morbidade”.

No questionário havia campos para a codificação de todas as questões, utilizando-se um manual de codificação previamente elaborado ou codificações adotadas nacional ou internacionalmente e que permitem posteriores comparações, tais como a Classificação Internacional de Doenças – 9ª Revisão e Classificação Brasileira de Ocupações.

Nas questões referentes à condição sócio-econômica: escolaridade, ocupação, renda e classe social, a codificação permitiu que seu conjunto definisse a condição de classe social do entrevistado.

ISA-SP.

A maioria das questões foi pré-codificada. Para as demais, assim como no “Inquérito de Morbidade”, utilizou-se o manual de codificação elaborado especialmente para o ISA-SP ou codificações adotadas nacional ou internacionalmente como a Classificação Internacional de Doenças - 10ª Revisão e Classificação Brasileira de Ocupações.

3.3.9) Financiamento.

“Inquérito de Morbidade”.

Pesquisa financiada pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) e pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

ISA-SP.

Pesquisa financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

4) RESULTADOS

4.1) Descrição da população de estudo.

A amostra do “Inquérito de Morbidade” foi composta por 10.796 indivíduos, 5.233 residentes nos Municípios de Embu, Itapequerica da Serra e Taboão da Serra, dos quais 7,8% (408) pertenciam ao domínio de menores de um ano. Houveram 12 perdas (2,9%), resultando em 396 crianças. Destas, 39,76% (134) residiam em Embu, 23,35% (164) em Itapequerica da Serra e 36,89% (98) em Taboão da Serra.

A amostra do ISA-SP, referente à “Região Sudoeste da Grande São Paulo” foi composta por 3.716 indivíduos, dos quais 4,6% (171) pertenciam ao domínio de menores de um ano. Destes, 54,59% (70) residiam em Embu, 20,29% (37) em Itapequerica da Serra e 25,12% (64) em Taboão da Serra.

A população do presente estudo é composta, portanto, por 396 menores de um ano residentes em Embu, Itapequerica da Serra e Taboão da Serra, cujas entrevistas foram respondidas em 1990 e por 171 menores de um ano residentes em Embu, Itapequerica da Serra e Taboão da Serra, cujas entrevistas foram respondidas em 2002.

A distribuição percentual das características das crianças e de suas mães, pode ser visualizada na Tabela 2.

A distribuição por sexo e por idade (em meses) foi semelhante em ambos os períodos. A média de idade encontrada nesta população foi de 6 meses.

Não houve alteração na distribuição etária materna entre os períodos; predominaram as mães com idade entre 20 a 34 anos. A proporção de mães adolescentes na população de estudo é inferior à registrada pelo Sistema de Nascidos Vivos (SINASC) do Ministério da Saúde (Anexo IV).

Ocorreu aumento no nível de escolaridade materna, devido à redução percentual de mães com até três anos de escolaridade e elevação de mães com 9 anos ou mais de escolaridade do último período em relação ao primeiro. Tais alterações são compatíveis com o verificado na década de 90 na população feminina residente na Região Metropolitana de São Paulo (Anexo V).

Tabela 2- Distribuição proporcional dos menores de um ano, segundo sexo e idade da criança, idade e escolaridade maternas. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.

Características	1990			2002		
	N ⁽¹⁾	% ⁽²⁾	IC 95% ⁽²⁾	N ⁽¹⁾	% ⁽²⁾	IC 95% ⁽²⁾
Sexo						
Masculino	200	49,97	44,25-55,68	82	47,33	38,40-56,27
Feminino	196	50,03	44,32-55,75	89	52,67	43,73-61,60
Idade (em meses)						
Menor de 1 mês	26	5,48	3,14-7,83	15	9,11	4,11-14,11
1 a 6 meses	186	47,50	3,06-41,50	82	50,78	43,04-58,52 (≠)
Maior de 6 meses	184	47,01	41,01-53,02	74	40,11	33,92- 46,31
Média		6,0	5,6-6,4		6,0	5,6-6,5
Idade materna						
15 a 19 anos	33	8,70	5,79 – 11,60	20	9,64	4,10 – 15,18
20 a 34 anos	306	81,70	77,49 – 85,92	127	78,60	68,51 – 88,69
35 anos e mais	39	9,6	6,13 – 13,07	24	11,76	2,27 – 21,25
Escolaridade materna						
0 a 3 anos	106	27,22	22,34 – 32,09	17	12,31	6,34 – 18,29 (≠)
4 a 8 anos	219	56,77	52,02 – 61,53	78	47,99	40,12 – 55,86
9 anos e mais	56	16,01	10,48 – 21,54	76	39,70	30,93 – 49,01 (≠)

⁽¹⁾ Números absolutos na amostra não ponderada

⁽²⁾ Porcentagens, média e Intervalo de Confiança na amostra ponderada

(≠) Diferença entre os períodos estudados

4.2) Utilização dos serviços de saúde

4.2.1) Consultas médicas durante a gestação.

As informações a respeito de consultas médicas durante a gestação, parto e acompanhamento do RN no primeiro ano de vida foram obtidas a partir do “Bloco Materno-Infantil” (Bloco 10 no Inquérito Morbidade e Bloco S no Inquérito ISA-SP). Em 1990, foram analisados 387 registros, devido à exclusão de 9 questionários que não foram respondidos pelas mães biológicas. Em 2002, as 171 entrevistas de menores de um ano foram analisadas.

Foi registrada apenas uma utilização de serviços para cada evento que compõe o Bloco Materno Infantil. Não existe, portanto, o estudo da demanda por qualquer tipo de atendimento aqui registrado, nem mesmo do total de serviços

utilizados para um mesmo evento, caso isto tenha ocorrido. Por exemplo, se a gestante realizou várias tentativas de obtenção de vaga para o parto, estará registrado aqui apenas o serviço finalmente utilizado.

Tabela 3-Distribuição proporcional de mulheres que realizaram consultas médicas durante a gestação, segundo mês de início e número de consultas. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.

Variáveis	1990			2002		
	N ⁽¹⁾	% ⁽²⁾	IC 95% ⁽²⁾	N ⁽¹⁾	% ⁽²⁾	IC 95% ⁽²⁾
Realização de consultas						
Durante a gestação						
Sim	373	96,69	94,99 – 98,37	169	98,28	96,06 – 100,0
Não	14	3,31	1,63 – 5,00	2	1,72	0,0 – 3,94
Início das consultas (em meses de gestação)						
Até 3º mês	265	71,60	66,96 – 76,23	125	70,61	65,30 – 75,92
4º ao 6º mês	91	24,27	19,98 – 28,57	40	27,61	21,78 – 33,44
Após o 6º mês	17	4,13	2,22 – 6,04	2	1,78	0,0 – 4,19
Número de consultas						
Menos de 5	65	17,13	13,19 – 21,07	28	21,82	15,18 – 28,46
5 ou mais	308	82,87	78,93 – 86,81	141	78,18	71,54 – 84,82

Nota: excluídos os ignorados

(1) Números absolutos na amostra não ponderada

(2) Porcentagens e Intervalo de Confiança na amostra ponderada

Praticamente todas as mulheres realizaram pelo menos uma consulta durante a gestação no período estudado (Tabela 3). Considerar, conforme descrito anteriormente, que nestas consultas pode estar incluído o atendimento a outras intercorrências sem o objetivo de acompanhamento obstétrico.

Em 2002, os motivos apontados para não a não realização de consulta durante a gestação foram a ausência de necessidade e a falta de vaga no serviço procurado.

A idade gestacional em que as consultas foram iniciadas não sofreu alteração, nem mesmo a quantidade de consultas realizadas (Tabela 3). Visto que no presente estudo considerou-se como pré-natal a realização de cinco ou mais consultas durante a gestação, isto significa que nesta população a proporção de gestantes que fizeram pré-natal não se elevou durante o período estudado.

Tabela 4-Proporção de mulheres que realizaram pré-natal (cinco ou mais consultas), segundo idade, escolaridade e início das consultas. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.

Características	1990			2002		
Maternas	N ⁽¹⁾	% ⁽²⁾	IC 95% ⁽²⁾	N ⁽¹⁾	% ⁽²⁾	IC 95% ⁽²⁾
Idade materna						
15 a 19 anos	24	70,39	53,48-87,31	11	41,83	19,08-64,58
20 a 34 anos	246	81,11	76,84-85,38	109	80,94	73,66-88,21
35 anos e mais	31	82,44	70,42-94,46	21	78,07	63,78-92,37
Escolaridade materna						
0 a 3 anos	71	67,85	58,38-77,31	10	57,77	38,43-77,10
4 a 8 anos	183	84,47	78,86-90,08	58	66,90	53,81-80,0
9 anos e mais	50	87,86	79,86-95,85	73	94,75	88,76-100,0
Início das consultas (em meses de gestação)						
Até 3º mês	251	94,87	91,98-97,77	112	86,73	80,94-92,52
4º ao 6º mês	56	59,92	48,31-71,54	27	59,93	42,87-77,0
Após o 6º mês	1	9,67	0,0-27,51	-	-	-

Nota: excluídos os ignorados

¹⁾ Números absolutos na amostra não ponderada

²⁾ Porcentagens e Intervalo de Confiança na amostra ponderada

Entre as mulheres que realizaram o pré-natal, não foram observadas alterações no período estudado quanto à faixa etária e anos de escolaridade e nem quanto ao período gestacional em que estas consultas foram iniciadas. Predominaram, em ambos os anos, as consultas iniciadas até o terceiro mês de gestação (Tabela 4).

Em 1990, predominaram as consultas de pré-natal realizadas em UBS, em serviços localizados no Município de SP e o setor público foi a principal fonte pagadora (Tabela 5, Figuras 1 e 2).

Tabela 5-Distribuição proporcional das consultas de pré-natal (cinco ou mais consultas), segundo características do serviço utilizado. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.

Características do Serviço	N ⁽¹⁾	1990 % ⁽²⁾	IC 95% ⁽²⁾	N ⁽¹⁾	2002 % ⁽²⁾	IC 95% ⁽²⁾	
Tipo de serviço							
UBS	122	41,45	34,93 - 47,96	80	62,54	55,16 - 69,91	(≠)
Clín/Amb	84	26,33	20,12 - 32,53	36	23,19	16,20 - 30,18	
Hospital	97	30,8	26,07 - 35,53	24	14,22	8,90 - 19,54	(≠)
Outros	4	1,43	0,0 - 2,88	1	0,05	0,0 - 0,16	(≠)
Local do serviço							
SP	164	50,83	43,84 - 57,82	44	28,86	19,78 - 37,94	(≠)
Mun.Resid.	99	33,45	26,69 - 40,21	81	64,31	53,30 - 75,32	(≠)
Região	24	8,92	4,36 - 13,48	9	6,61	1,27 - 11,94	
Outros	21	6,8	3,05 - 10,55	4	0,22	0,0 - 0,46	
Pagamento direto pelo atendimento							
Não	274	89,53	85,92 - 93,15	137	98,72	96,56 - 100,0	(≠)
Parcial	13	3,26	1,44 - 5,08	1	0,05	0,0 - 0,16	(≠)
Integral	21	7,21	3,90 - 10,52	3	1,23	0,0 - 3,37	(≠)
Fonte Pagadora							
Público	183	65,26	59,0 - 71,53	91	69,93	61,20 - 78,66	
Não Público	103	34,74	28,47 - 41,0	47	30,07	21,34 - 38,80	
Conv. Emp	91	30,23	24,70 - 35,75	22	14,74	8,08 - 21,40	(≠)
Seg.Privado	9	3,39	1,25 - 5,52	23	14,79	8,56 - 21,02	(≠)
Outros	3	1,13	0,0 - 2,41	2	0,53	0,0 - 1,50	

Nota: excluídos os ignorados

(1) Números absolutos na amostra não ponderada

(2) Porcentagens e Intervalo de Confiança na amostra ponderada

(≠) Diferença entre os períodos estudados

Figura 1 - Distribuição de consultas pré-natal segundo tipo do serviço utilizado. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.

Figura 2 - Distribuição de consultas pré-natal segundo local do serviço utilizado. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.

Figura 3 - Distribuição de consultas pré-natal pagas pelo setor público, segundo local do serviço utilizado. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.

Em 2002, verificou-se crescimento nas consultas realizadas em UBS e redução nas consultas realizadas em hospitais. Houve alteração também em relação ao local de realização do pré-natal. O Município de São Paulo reduziu sua participação e as consultas realizadas no município de residência aumentaram (Tabela 5, Figuras 1 e 2).

O crescimento na utilização de UBS foi observado no município de residência; nas demais localidades não houve alteração. No ano de 1990, 64,90% (IC 95% 55,97-73,83) das UBS utilizadas encontravam-se no município de residência, percentual que elevou-se para 87,32% (IC 95% 75,97-98,66) em 2002.

Figura 4-Distribuição de consultas pré-natal segundo fonte pagadora do serviço utilizado.
Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.

Quanto ao pagamento dos serviços utilizados, o desembolso direto para a assistência pré-natal apresentou queda em 2002. A relação proporcional entre setor público e privado não se alterou. O setor público manteve-se, em ambos os períodos, o principal responsável pelas consultas de pré-natal. No setor privado, houve redução na participação dos convênios empresa e crescimento dos planos individuais (Tabela 5; Figura 4).

Em 1990, as consultas de pré-natal vinculadas ao setor público foram realizadas basicamente em UBS e em hospitais, em serviços localizados no município de residência e na capital. Em 2002, houve crescimento na realização de pré-natal em UBS e no município de residência e redução do pré-natal realizado em hospitais e em São Paulo (Tabela 6. Figura 3).

O atendimento pré-natal prestado através de pagamento não-público manteve-se praticamente inalterado: mais freqüente em clínicas/ambulatórios e em hospitais ou em serviços localizados em São Paulo (Tabela 6).

Tabela 6-Setor responsável pelo pagamento do pré-natal (cinco ou mais consultas), segundo tipo e local do serviço utilizado. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.

Características do Serviço	N ⁽¹⁾	1990 % ⁽²⁾	IC 95% ⁽²⁾	N ⁽¹⁾	2002 % ⁽²⁾	IC 95% ⁽²⁾	
Público							
Tipo de serviço							
UBS	114	64,84	57,52 – 72,15	80	90,54	83,72 – 97,36	(≠)
Clín/Amb	1	0,30	0,0 – 0,89	-	-	-	
Hospital	65	33,43	26,68 – 40,18	10	9,39	2,56 – 16,21	(≠)
Outros	2	1,43	0,0 – 3,46	1	0,08	0,0 – 0,23	
Local do serviço							
SP	70	34,89	27,11 - 42,68	16	13,87	5,26 - 22,48	(≠)
Mun.Resid.	82	47,09	39,15 - 55,03	69	79,82	67,79 - 91,85	(≠)
Região	16	10,22	3,73 – 16,71	5	6,24	0,0 - 13,04	
Outros	15	7,8	2,82 – 12,78	1	0,08	0,0 - 0,23	(≠)
Não Público							
Tipo de serviço							
UBS	6	5,56	1,18 – 9,93	-	-	-	
Clín/Amb	68	64,72	54,38 – 75,06	33	73,95	62,81 – 85,08	
Hospital	28	29,16	18,05 – 40,27	14	26,05	14,92 – 37,19	
Outros	1	0,57	0,0 – 1,69	-	-	-	
Local do serviço							
SP	80	78,34	70,21 - 86,48	27	64,40	42,92- 85,88	
Mun.Resid.	12	10,20	4,29 – 16,11	12	27,54	8,51 – 46,57	
Região	8	8,53	2,81 – 14,24	3	7,66	0,0 - 17,79	
Outros	3	2,93	0,0 - 6,39	2	0,40	0,0 – 0,94	

Nota: excluídos os ignorados

⁽¹⁾ Números absolutos na amostra não ponderada

⁽²⁾ Porcentagens e Intervalo de Confiança na amostra ponderada

(≠) Diferença entre os períodos estudados

Observa-se nas Tabelas 7 e 8, que o crescimento na utilização de UBS para a realização de pré-natal, pode ser observado apenas na faixa etária materna de 20 a 34 anos ou entre as mulheres com escolaridade igual ou superior a 4 anos. A redução na utilização de hospitais foi observada nas faixas etárias de 15 a 19 anos e de 20 a 34 anos ou, quanto à escolaridade, em mulheres de até 8 anos de escolaridade.

Tabela 7-Distribuição proporcional de consultas de pré-natal, segundo idade materna e tipo de serviço utilizado. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.

Idade materna	1990			2002			
	N ⁽¹⁾	% ⁽²⁾	IC 95% ⁽²⁾	N ⁽¹⁾	% ⁽²⁾	IC 95% ⁽²⁾	
15 a 19 anos							
UBS	13	55,79	35,78-75,79	9	89,93	75,43-100,0	
Clín/Amb	6	24,02	5,32-42,71	1	9,06	5,52-23,61	
Hospital	5	20,20	5,67-34,72	1	1,02	0,0-3,17	(≠)
20 a 34 anos							
UBS	96	41,50	34,32-48,67	63	63,93	55,81-72,04	(≠)
Clín/Amb	69	26,95	19,83-34,06	28	22,61	13,56-31,66	
Hospital	77	30,38	24,41-36,34	17	13,40	8,76-18,03	(≠)
Outros	3	1,17	0,0-2,55	1	0,06	0,0-30,19	
35 anos e mais							
UBS	11	33,20	14,64-51,77	8	40,90	10,33-71,47	
Clín/Amb	8	24,41	10,18-38,65	7	33,40	10,51-56,30	
Hospital	11	37,38	20,67-54,08	6	25,70	0,0-53,37	
Outros	1	5,00	0,0-14,15	-	-	-	

Nota: excluídos os ignorados

⁽¹⁾ Números absolutos na amostra não ponderada

⁽²⁾ Porcentagens e Intervalo de Confiança na amostra ponderada

(≠) Diferença entre os períodos estudados

Tabela 8-Distribuição proporcional de consultas de pré-natal, segundo escolaridade materna e tipo de serviço utilizado. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.

Escolaridade materna	1990			2002			
	N ⁽¹⁾	% ⁽²⁾	IC 95% ⁽²⁾	N ⁽¹⁾	% ⁽²⁾	IC 95% ⁽²⁾	
0 a 3 anos							
UBS	38	56,41	42,54 – 70,28	8	82,78	61,72 – 100,0	
Clín/Amb	17	22,41	11,86 – 32,95	2	17,22	0,0 – 38,28	
Hospital	15	19,51	10,08 – 28,93	-	-	-	(≠)
Outros	1	1,68	0,0 – 4,99	-	-	-	
4 a 8 anos							
UBS	73	41,42	33,96 – 48,89	40	70,24	63,51 – 76,96	(≠)
Clín/Amb	43	22,89	15,69 – 30,10	9	19,48	10,17 – 28,78	
Hospital	63	33,90	27,97 – 39,82	8	10,16	1,55 – 18,77	(≠)
Outros	3	1,78	0,0 – 3,93	1	0,13	0,0 – 0,39	
9 anos e mais							
UBS	10	22,62	9,82 – 35,42	32	52,14	38,49 – 65,79	(≠)
Clín/Amb	23	43,91	25,94 – 61,87	25	27,49	12,28 – 42,69	
Hospital	17	33,48	18,93 – 48,03	16	20,38	12,59 – 28,17	
Outros	-	-	-	-	-	-	

Nota: excluídos os ignorados

⁽¹⁾ Números absolutos na amostra não ponderada

⁽²⁾ Porcentagens e Intervalo de Confiança na amostra ponderada

(≠) Diferença entre os períodos estudados

Tabela 9 -Distribuição proporcional de consultas de pré-natal, segundo idade materna e local do serviço utilizado. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.

Idade materna	1990			2002			
	N ⁽¹⁾	% ⁽²⁾	IC 95% ⁽²⁾	N ⁽¹⁾	% ⁽²⁾	IC 95% ⁽²⁾	
15 a 19 anos							
SP	9	34,01	15,62-52,40	1	1,02	0,0-13,17	(≠)
Mun.Resid.	10	39,11	19,90-58,32	10	98,98	96,83-100,0	(≠)
Região	3	15,30	0,48-30,12	-	-	-	(≠)
Outros	2	11,57	0,0-26,95	-	-	-	
20 a 34 anos							
SP	134	51,87	43,72-60,03	33	27,42	15,82-39,03	(≠)
Mun.Resid.	74	32,29	24,70-39,88	65	67,80	55,68-79,92	(≠)
Região	20	9,06	4,20-13,92	5	4,57	0,26-8,89	
Outros	18	6,77	2,88-10,67	3	0,20	0,0-0,40	(≠)
35 anos e mais							
SP	18	59,90	44,77-75,02	10	50,71	23,81-77,61	
Mun.Resid.	11	30,09	12,83-47,36	6	25,70	14,57-36,82	
Região	1	5,0	0,0-14,15	4	23,14	0,48-45,81	
Outros	1	5,0	0,0-14,15	1	0,45	0,0-1,39	

Nota: excluídos os ignorados

⁽¹⁾ Números absolutos na amostra não ponderada

⁽²⁾ Porcentagens e Intervalo de Confiança na amostra ponderada

(≠) Diferença entre os períodos estudados

Tabela 10-Distribuição proporcional de consultas de pré-natal, segundo escolaridade materna e local do serviço utilizado. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.

Escolaridade materna	1990			2002			
	N ⁽¹⁾	% ⁽²⁾	IC 95% ⁽²⁾	N ⁽¹⁾	% ⁽²⁾	IC 95% ⁽²⁾	
0 a 3 anos							
SP	33	44,04	30,19 – 57,89	1	5,13	0,0 – 14,75	(≠)
Mun.Resid.	28	40,50	29,19 – 51,81	8	82,78	57,12 – 100,0	(≠)
Região	8	12,98	2,70 – 23,27	1	12,09	0,0 – 36,14	
Outros	2	2,48	0,0 – 6,16	-	-	-	
4 a 8 anos							
SP	97	49,75	41,12 – 58,39	15	26,89	15,49 – 38,29	(≠)
Mun.Resid.	58	34,35	26,01 – 42,69	39	68,03	53,65 – 82,41	(≠)
Região	15	9,51	4,61 – 14,42	3	4,95	0,0 – 10,75	
Outros	13	6,38	2,28 – 10,49	1	0,13	0,0 – 0,39	(≠)
9 anos e mais							
SP	31	62,13	48,82 – 75,43	28	35,39	16,46 – 54,33	
Mun.Resid.	12	21,30	9,76 – 32,84	34	57,25	37,25 – 77,25	(≠)
Região	1	2,20	0,0 – 6,53	5	7,01	0,0 – 14,19	
Outros	6	14,38	3,65 – 25,11	3	0,35	0,0 – 0,70	(≠)

Nota: excluídos os ignorados

⁽¹⁾ Números absolutos na amostra não ponderada

⁽²⁾ Porcentagens e Intervalo de Confiança na amostra ponderada

(≠) Diferença entre os períodos estudados

Em relação à localização dos serviços, o crescimento na utilização de serviços do município de residência e a redução em serviços de São Paulo, foram observados entre as mulheres com menos de 35 anos. A alteração mais importante foi entre as gestantes adolescentes: praticamente todas realizaram o pré-natal no município de residência em 2002; em 1990, 39,11% delas o fizeram (Tabela 9).

A elevação da utilização de serviços do município de residência atingiu todas as faixas de escolaridade, mas, diferentes das demais, entre as mulheres com 9 anos ou mais de escolaridade não ocorreu queda na utilização de serviços em São Paulo (Tabela 10).

4.2.2) Partos

Os partos hospitalares representaram a quase totalidade dos partos realizados no período e região de estudo, em todas as faixas etárias e de escolaridade materna (Tabelas 11 e 12).

O tipo de parto não sofreu modificações em sua participação percentual durante o período estudado; os partos normais ocorreram com maior frequência que as cesáreas (Tabela 11).

Em 1990, predominaram os partos realizados em hospitais localizados no Município de SP. Em 2002, houve crescimento na utilização de hospitais do município de residência e região e redução na utilização de hospitais de São Paulo e outros municípios (Tabela 11, Figura 5).

A categoria “outros”, composta por municípios do próprio Estado ou de estados diferentes, foi a segunda mais freqüente em 1990 e praticamente inexistente em 2002. Dentre os municípios do Estado de São Paulo o de maior freqüência em 1990 foi Osasco; foram mencionados ainda: Carapicuíba, Cotia, Diadema, Itapevi, Jaú, Mogi das Cruzes, Ourinhos, Ribeirão Preto e Taubaté.

Todos os municípios de outros estados (2,22% dos valores válidos para partos), com exceção de Minas Gerais, pertenciam à região Nordeste. Nestes casos, o pré-natal e o parto foram realizados no mesmo estado, exceto em um caso que realizou o pré-natal na região em estudo e o parto em outro estado. Presume-se

assim, que estas eram mulheres que residiam em outros estados e mudaram para a região posteriormente ao parto.

Tabela 11-Distribuição proporcional dos partos hospitalares segundo local de nascimento da criança, tipo de parto^(*), local do serviço^(*) e fonte pagadora^(*). Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.

Variáveis	N ⁽¹⁾	1990 % ⁽²⁾	IC 95% ⁽²⁾	N ⁽¹⁾	2002 % ⁽²⁾	IC 95% ⁽²⁾	
Local de nascimento							
Hospital	379	98,12	96,71 – 99,53	169	99,10	97,38 – 100,0	
Domicílio	5	1,05	0,02 – 2,07	1	0,04	0,0 – 0,12	
Outro local	3	0,84	0,0 – 1,85	1	0,86	0,0 – 2,58	
Tipo de parto(*)							
Normal	220	58,96	53,32 – 64,61	98	59,20	50,55 – 67,85	
Cesárea	160	41,04	35,39 – 46,68	68	40,80	32,15 – 49,45	
Local do serviço(*)							
SP	309	78,20	73,93 - 82,47	59	31,58	18,86 - 44,29	(≠)
Mun.Resid.	13	4,87	2,13 - 7,61	59	30,05	10,36 - 49,74	(≠)
Região	10	3,02	1,07 - 4,98	47	37,09	18,70 - 55,48	(≠)
Outros	46	13,91	9,66 - 18,16	3	1,28	0 - 3,06	(≠)
Pagamento pelo parto(*)							
Não	319	85,23	81,50 – 88,97	163	95,75	92,23 – 99,27	(≠)
Parcial	29	7,07	4,42 – 9,72	4	1,63	0,0 – 3,50	(≠)
Integral	31	7,70	4,84 – 10,55	4	2,62	0,26 – 4,98	(≠)
Fonte Pagadora(*)							
Setor Público	248	72,73	67,29 – 78,18	112	73,36	62,34 – 84,38	
Setor Não Público	98	27,27	21,82 – 32,71	54	26,64	15,62 – 37,66	
Conv. Emp	85	23,21	18,28 – 28,15	24	13,71	7,80 - 19,61	
Planos indiv.	10	2,95	0,83 – 5,07	21	9,34	3,58 - 15,09	
Outros	3	1,10	0,0 – 2,32	9	3,6	0,87 - 6,33	

Nota: excluídos os ignorados

⁽¹⁾ Números absolutos na amostra não ponderada

⁽²⁾ Porcentagens e Intervalo de Confiança na amostra ponderada

(*) Somente para partos hospitalares.

(≠) Diferença entre os períodos estudados

Figura 5 - Distribuição de partos hospitalares segundo local do serviço utilizado. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.

Figura 6 - Distribuição dos partos hospitalares pagos pelo setor público, segundo local do serviço utilizado. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.

Tabela 12- Proporção de partos hospitalares, segundo idade e escolaridade materna. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.

Características maternas	1990			2002		
	N ⁽¹⁾	% ⁽²⁾	IC 95% ⁽²⁾	N ⁽¹⁾	% ⁽²⁾	IC 95% ⁽²⁾
Idade materna						
15 a 19 anos	33	100,0	-	20	100,0	-
20 a 34 anos	301	98,69	97,49-99,88	126	98,91	96,70-100,0
35 anos e mais	36	91,06	81,44-100,0	23	99,65	98,90-100,0
Escolaridade materna						
0 a 3 anos	100	95,24	90,88-99,59	16	93,02	79,59-100,0
4 a 8 anos	217	98,91	97,44-100,0	78	100,0	-
9 anos e mais	56	100,0		75	99,90	99,69-100,0

Nota: excluídos os ignorados

(1) Números absolutos na amostra não ponderada

(2) Porcentagens e Intervalo de Confiança na amostra ponderada

Figura 7- Distribuição de partos hospitalares segundo fonte pagadora do serviço utilizado. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.

Ocorreu redução no pagamento direto da assistência ao parto. Em ambos os períodos, o setor público foi responsável pela maior proporção de partos hospitalares, não existindo alterações na relação entre setor público e não público (Tabela 11, Figura 7).

Não foi possível constatar modificação internamente ao setor privado para pagamento aos partos hospitalares neste período, mas parece haver uma tendência de queda na participação de convênio empresa e elevação de seguro privado, semelhante à verificada no pagamento ao pré-natal.

Tabela 13.-Setor responsável pelo pagamento dos partos hospitalares, segundo local do serviço utilizado. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.

Características do Serviço	N ⁽¹⁾	1990 % ⁽²⁾	IC 95% ⁽²⁾	N ⁽¹⁾	2002 % ⁽²⁾	IC 95% ⁽²⁾	
Público							
SP	188	71,98	65,84 – 78,12	17	13,29	6,37 - 20,22	(≠)
Mun.Resid.	11	6,12	2,08 – 10,17	51	37,49	12,84 - 62,14	(≠)
Região	8	3,48	0,82 - 6,14	43	49,22	24,37 - 74,06	(≠)
Outros	40	18,42	12,29 - 24,55	-	-	-	(≠)
Não Público							
SP	91	91,34	84,88 - 97,75	39	77,39	61,35 – 93,42	
Mun.Resid.	2	3,14	0,0 - 7,40	8	13,12	0,63 - 25,61	
Região	1	1,24	0,0 - 8,61	4	7,86	0,0 - 17,56	
Outros	4	4,31	0,0 – 8,61	2	1,63	0,0 – 4,64	

Nota: excluídos os ignorados

⁽¹⁾ Números absolutos na amostra não ponderada

⁽²⁾ Porcentagens e Intervalo de Confiança na amostra ponderada

(≠) Diferença entre os períodos estudados

Dentre os partos cobertos pelo setor público em 1990, houve predomínio dos realizados nos hospitais do Município de São Paulo. Em 2002 houve redução na participação do Município de São Paulo e de “outros municípios” e crescimento dos partos realizados no município de residência e região (Tabela 13, Figura 6).

O setor privado não sofreu modificações. Os serviços localizados em São Paulo foram, em ambos os anos, os mais utilizados pelas mães que realizaram seus partos através do setor não público (Tabela 13).

No ano de 2002, foi possível definir a esfera administrativa dos hospitais onde foram realizados os partos. Para partos no município de residência e região predominaram os hospitais públicos, enquanto para os partos em São Paulo foram mais utilizados os hospitais privados (Tabela 14).

Nas tabelas 15 e 16 constata-se que, em 1990, a utilização de hospitais em São Paulo foi predominante e do município de residência e região bastante reduzida em todas as faixas etárias e de escolaridade maternas (Tabelas 15 e 16).

Em 2002, houve queda na utilização dos serviços localizados em São Paulo em todas as faixas etárias e de escolaridade materna. Verificou-se crescimento na utilização de hospitais no município de residência pelas mães com menos de 35 anos ou com nove anos ou mais de escolaridade. A elevação na utilização de hospitais da

região ocorreu entre todos os níveis de escolaridade materna ou em mulheres com menos de 35 anos de idade (Tabelas 15 e 16).

Tabela 14-Distribuição proporcional de partos hospitalares, segundo esfera administrativa e localização do hospital. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 2002.

Propriedade / Localização	Público			Privado			Total	
	N ⁽¹⁾	% ⁽²⁾	IC 95% ⁽²⁾	N ⁽¹⁾	% ⁽²⁾	IC 95% ⁽²⁾	N ⁽¹⁾	% ⁽²⁾
Residência/região	94	92,13	87,40–96,87	12	7,87	3,13–12,60	106	100,0
São Paulo	14	16,51	3,93 – 29,08	45	83,49	70,92–96,07	59	100,0
Outro estado	-	-	-	2	100,0	100,0	2	100,0
Total	108	67,66	55,63–79,69	59	32,34	20,30–44,37	167	100,0

Nota: excluídos os ignorados

⁽¹⁾ Números absolutos na amostra não ponderada

⁽²⁾ Porcentagens e Intervalo de Confiança na amostra ponderada

Tabela 15-Distribuição proporcional de partos hospitalares, segundo idade materna e local de realização do parto. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.

Idade materna	1990			2002			
	N ⁽¹⁾	% ⁽²⁾	IC 95% ⁽²⁾	N ⁽¹⁾	% ⁽²⁾	IC 95% ⁽²⁾	
15 a 19 anos							
SP	25	70,25	54,21-86,29	4	5,07	0,0-13,00	(≠)
Mun. Resid.	1	4,55	0,0-13,30	10	55,03	21,29-88,78	(≠)
Região	-	-	-	6	39,90	7,91-71,88	(≠)
Outros	7	25,20	9,96-40,43	-	-	-	(≠)
Total	33	100,0		20	100,0		
20 a 34 anos							
SP	246	78,68	74,34-83,01	46	33,54	19,28-47,80	(≠)
Mun. Resid.	11	5,11	2,38-7,84	44	30,25	10,36-50,13	(≠)
Região	9	3,29	1,06-5,52	34	35,06	17,58-52,53	(≠)
Outros	34	12,92	8,78-17,07	2	1,16	0,0-13,37	
Total	300	100,0		126	100,0		
35 anos e mais							
SP	31	81,30	67,46-95,14	9	40,64	13,92-67,36	(≠)
Mun. Resid.	1	4,49	0,0-13,18	5	7,51	0,0-17,92	
Região	3	9,72	0,0-20,57	7	48,63	14,22-83,04	
Outros	1	4,49	0,0-12,76	1	3,21	0,0-10,09	
Total	36	100,0		22	100,0		

Nota: excluídos os ignorados

⁽¹⁾ Números absolutos na amostra não ponderada

⁽²⁾ Porcentagens e Intervalo de Confiança na amostra ponderada

(≠) Diferença entre os períodos estudados

Tabela 16-Distribuição proporcional de partos hospitalares, segundo escolaridade materna e local de realização do parto. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.

Escolaridade materna	1990			2002			
	N ⁽¹⁾	% ⁽²⁾	IC 95% ⁽²⁾	N ⁽¹⁾	% ⁽²⁾	IC 95% ⁽²⁾	
0 a 3 anos							
SP	81	77,14	67,07 – 87,20	3	11,05	0,0 – 24,64	
Mun.Resid.	4	6,0	0,61 – 11,39	5	28,89	0,55 – 57,24	
Região	4	5,05	0,0 – 10,77	8	60,06	20,14 – 99,98	(≠)
Outros	11	11,82	3,51 – 20,13	-	-	-	(≠)
4 a 8 anos							
SP	177	78,32	72,32 – 84,33	26	31,75	22,06 – 41,44	(≠)
Mun.Resid.	8	5,19	2,0 – 8,37	25	26,15	8,16 – 44,14	
Região	4	1,93	0,0 – 4,25	25	40,30	23,90 – 56,70	(≠)
Outros	27	14,57	8,76 – 20,37	1	1,81	0,0 – 5,03	(≠)
9 anos e mais							
SP	46	79,12	68,28 – 89,97	30	37,29	17,21 – 57,37	(≠)
Mun.Resid.	1	2,45	0,0 – 7,05	29	35,08	12,64 – 57,51	(≠)
Região	1	1,93	0,0 – 5,67	14	26,61	9,88 – 43,34	(≠)
Outros	8	16,50	6,77 – 26,22	2	1,02	0,0 – 2,86	(≠)

Nota: excluídos os ignorados

(1) Números absolutos na amostra não ponderada

(2) Porcentagens e Intervalo de Confiança na amostra ponderada

(≠) Diferença entre os períodos estudados

4.2.3) Acompanhamento do RN no primeiro ano de vida.

Não foi possível constatar modificação na proporção de procura por serviços de saúde para o acompanhamento do RN no primeiro ano de vida (Tabela 17). Houve elevação na proporção de mulheres entre 20 a 34 anos que demandaram por este tipo de atendimento (Tabela 18).

É possível verificar, entretanto, uma clara tendência de crescimento na proporção de procura por serviços e na proporção de mulheres com nove anos ou mais de escolaridade (Tabelas 17 e 18).

Tabela 17-Distribuição proporcional de acompanhamento do RN no primeiro ano de vida, prestadas por serviço de saúde, segundo características do serviço. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.

Variáveis	1990			2002		
	N ⁽¹⁾	% ⁽²⁾	IC 95% ⁽²⁾	N ⁽¹⁾	% ⁽²⁾	IC 95% ⁽²⁾
Demanda por serviço de saúde para orientação						
Sim	222	58,50	51,88 – 65,12	122	72,39	62,32 – 82,46
Não	165	41,50	34,89 – 48,12	47	27,61	17,54 – 37,68
Tipo de serviço						
UBS	175	80,12	73,05 – 87,19	87	72,78	63,58 – 81,97
Clín/Amb	34	13,93	8,22 – 19,63	21	15,06	8,43 – 21,69
Hospital	10	4,26	1,62 – 6,90	12	10,46	6,23 – 14,69
Outros	3	1,70	0,0 – 3,61	2	1,70	0,0 – 4,26
Local do serviço						
Mun.Resid.	143	64,65	56,18 – 73,13	94	78,16	69,49 – 87,04
Região	12	5,71	2,62 – 8,79	6	5,80	0,82 – 13,10
SP	60	25,85	18,12 – 33,56	20	14,34	7,69 – 20,84
Outros	7	3,79	0,93 – 6,65	2	1,70	0,0 – 1,50
Pagamento direto pelo atendimento						
Não	208	95,17	91,95 – 98,40	119	98,29	95,85 – 100,0
Parcial	3	1,86	0,0 – 4,0	1	0,51	0,0 – 1,52
Integral	9	2,97	0,60 – 5,33	1	1,20	0,0 – 3,46
Fonte Pagadora						
Público	180	87,21	81,32 – 93,10	94	81,44	72,46 – 90,41
Não Público	28	12,79	6,90 – 18,68	27	18,56	9,59 – 27,54
Conv. Emp	25	11,12	5,58 – 16,65	15	11,22	4,17 – 18,27
Planos indiv.	2	0,97	0,0 – 2,45	11	6,83	2,01 – 11,65
Outros	1	0,70	0,0 – 2,10	1	0,51	0,0 – 1,53

Nota: excluídos os ignorados

(1) Números absolutos na amostra não ponderada

(2) Porcentagens e Intervalo de Confiança na amostra ponderada

Deve se levar em conta ainda, que houve dificuldade de compreensão por parte dos entrevistadores bem como da população entrevistada quanto à definição do que seria este atendimento. Como as dificuldades foram detectadas após a realização de uma série de entrevistas, pode ter ocorrido prejuízo na qualidade da informação. *

A maioria das mulheres que não procuraram serviços de saúde para acompanhamento do RN no primeiro ano de vida respondeu não ser necessário procurar serviços de saúde para este fim, algumas referiram não ter tempo, alegaram

* 1 Informações da supervisão de campo do ISA-SP.

dificuldades financeiras ou outros motivos tais como terem recebido orientação no hospital antes da alta do RN. Outra alegação freqüente foi de a criança ter poucos dias de vida e seria levada ao serviço de saúde após os 15 dias. Ocorreu um caso de criança hospitalizada desde o nascimento.

Tabela 18-Proporção de utilização de serviços para acompanhamento do RN no primeiro ano de vida , segundo idade e escolaridade maternas. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.

Características maternas	1990			2002		
	N ⁽¹⁾	% ⁽²⁾	IC 95% ⁽²⁾	N ⁽¹⁾	% ⁽²⁾	IC 95% ⁽²⁾
Idade materna						
15 a 19 anos	21	61,55	45,41-77,68	15	65,67	42,46-88,88
20 a 34 anos	176	59,36	51,85-66,87	95	76,66	69,58-83,75
35 anos e mais	19	46,68	29,16-64,20	12	47,25	13,03-81,47
Escolaridade materna						
0 a 3 anos	59	58,33	48,10-68,56	11	66,14	33,76-98,53
4 a 8 anos	124	58,21	50,10-66,32	54	67,63	56,64-78,62
9 anos e mais	34	57,33	44,05-70,61	57	79,48	68,44-90,53

Nota: excluídos os ignorados

⁽¹⁾ Números absolutos na amostra não ponderada

⁽²⁾ Porcentagens e Intervalo de Confiança na amostra ponderada

Figura 8 -Distribuição da utilização de serviços de saúde para orientação em cuidados com o RN, segundo tipo do serviço utilizado. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.

Figura 9 - Distribuição da utilização de serviços de saúde para acompanhamento do RN, segundo local do serviço utilizado. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.

Também não se verificou alteração nas características dos serviços utilizados para o acompanhamento do RN, entre os períodos estudados, apesar da tendência de elevação da utilização de hospitais e queda da utilização de serviços localizados em São Paulo (Tabela 17), esta última compatível com a mudança ocorrida entre os atendimentos vinculados ao setor privado (Tabela 19).

Predominou, em ambos os anos, a utilização de UBS e de serviços localizados no município de residência e o setor público foi a principal fonte pagadora. O desembolso direto manteve sua pequena participação proporcional (Tabela 17, Figuras 8,9 e 10). Em atendimentos ligados ao setor público, verificou-se tendência de crescimento da utilização de serviços localizados no município de residência (Tabela 19).

Figura 10 - Distribuição da utilização de serviços de saúde para acompanhamento do RN , segundo fonte pagadora do serviço utilizado. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.

Tabela 19 - Setor responsável pelo pagamento do acompanhamento do RN no primeiro ano de vida, segundo tipo e local do serviço utilizado. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.

Características do serviço	N ⁽¹⁾	1990 % ⁽²⁾	IC 95% ⁽²⁾	N ⁽¹⁾	2002 % ⁽²⁾	IC 95% ⁽²⁾
Público						
UBS	170	94,13	90,37 – 97,89	87	90,45	84,37–96,52
Clín/Amb	3	1,91	0,0 – 4,23	-	-	-
Hospital	6	3,32	0,49 – 6,15	7	9,55	3,48–15,63
Outros	1	0,64	0,0 – 1,87	-	-	-
SP	30	16,28	9,93 – 22,64	10	7,49	1,66–13,33
Mun.Resid.	135	74,84	66,99 – 82,69	81	88,04	80,92–95,16
Região	10	5,86	2,41 – 9,30	3	4,46	0,0–10,85
Outros	5	3,01	0,27 – 5,76	-	-	-
Não Público						
UBS	2	8,66	0,0 – 24,93	-	-	-
Clín/Amb	22	78,53	60,40 – 96,66	20	75,57	61,91–89,24
Hospital	4	12,81	0,87 – 24,75	5	15,14	3,86–26,42
Outros	-	-	-	2	9,29	0,0–22,95
SP	25	85,85	66,95 – 100,0	9	38,77	20,70–56,85
Mun.Resid.	2	8,66	0,0 – 24,94	13	39,88	10,83–68,92
Região	1	5,49	0,0 – 16,09	3	12,06	1,20–22,92
Outros	-	-	-	2	9,29	0,0–20,24

Nota: excluídos os ignorados

⁽¹⁾ Números absolutos na amostra não ponderada

4.2.4) Morbidade de 15 dias

A presença ou ausência de morbididade referida nos 15 dias que antecederam a entrevista, foi obtida através dos Blocos “Morbidade de 15 dias” (Bloco 3 no Inquérito Morbidade e Bloco C no ISA-SP), preenchidos em todas as entrevistas de crianças menores de um ano.

A demanda por ajuda e a demanda e utilização de serviços de saúde para atendimento à morbididade referida foi analisada a partir do total de “Blocos de procura por ajuda” preenchidos (Bloco 3.01 a 3.05 no Inquérito Morbidade e Bloco C_ no Inquérito ISA-SP).

Tabela 20- Proporção de menores de um ano com morbididade referida para período de 15 dias e média de morbididade por criança, procura por ajuda, pessoa procurada e atendimento recebido*. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.

Variáveis	1990			2002			
	N ⁽¹⁾	% ⁽²⁾	IC 95% ⁽²⁾	N ⁽¹⁾	% ⁽²⁾	IC 95% ⁽²⁾	
Morbidade							
Sim	163	40,34	35,20 – 45,48	94	57,46	46,17 – 68,75	(≠)
Não	233	59,66	54,52 – 64,80	77	42,54	31,25 – 53,83	(≠)
Média de morbididade/ criança entrevistada		0,44	0,38 – 0,50		0,65	0,50 – 0,80	(≠)
Média de morbididade/ criança com morbidade		1,09	1,03 – 1,14		1,14	1,05 – 1,22	
Procura por ajuda*							
Sim	130	72,95	62,58 – 83,33	74	76,24	68,09 – 84,38	
Não	47	27,05	16,68 – 37,42	28	23,76	15,62 – 31,90	
Pessoa procurada*							
Médico	121	93,57	89,10 – 98,05	67	89,45	80,22 – 98,68	
Outro profis. Saúde	-	-	-	1	1,80	0,0 – 5,49	
Outros	9	6,43	1,95-10,90	6	8,75	0,0 – 17,92	
Média de demanda por serviços de saúde /criança*		0,74	0,64 – 0,85		0,74	0,65 - 0,83	
Foi atendido no serviço procurado*							
Sim	115	96,49	91,45 – 100,0	64	93,95	86,21 – 100,0	
Não	4	3,52	0,0 – 8,55	3	6,05	0,0 – 13,79	

Nota: excluídos os ignorados

¹⁾ Números absolutos na amostra não ponderada

²⁾ Porcentagens, médias e Intervalo de Confiança na amostra ponderada

* Para aqueles que referiram morbidade.

≠) Diferença entre os períodos estudados

No “Inquérito de Morbidade”, dos 396 menores de um ano, 40,34% apresentaram pelo menos uma morbidade neste período e destes, 75,34% procuraram por ajuda, o que resultou em 177 Blocos preenchidos. No ISA-SP, 57,46% das 171 crianças apresentaram pelo menos uma morbidade no período e 78,70% delas procuraram por algum tipo de ajuda, resultando em 103 Blocos preenchidos (Tabela 20).

As figuras abaixo descrevem graficamente os valores encontrados para morbidade referida nos últimos 15 dias e da procura de serviços para seu atendimento, a partir da população inicial da pesquisa.

Figura 11 - Morbidade referida para período de 15 dias e demanda por ajuda – “Inquérito de Morbidade”

(*) Para fins de comparabilidade com o Inquérito ISA-SP, selecionou-se para este estudo apenas um bloco de procura para cada morbidade referida. No caso de haver mais de uma procura/morbidade, selecionou-se a primeira procura.

Figura 12 - Morbidade referida para período de 15 dias e demanda por ajuda ISA-SP.

(*) Estabelecido como norma o preenchimento de um único bloco de procura para cada morbidade referida. Existiram duas exceções: 2 casos com 3 morbidades referidas, que utilizaram apenas um serviço para resolver as três morbidades.

Houve crescimento na proporção de crianças com morbidade referida nos 15 dias que antecederam a entrevista no período estudado e na média de morbidade por criança entrevistada. A média de morbidade entre as crianças que referiam morbidade não apresentou alteração (Tabela 20).

Dentre as crianças com morbidade referida, aproximadamente 90% apresentaram apenas um problema de saúde; 7,0% a 10,0% delas apresentaram dois ou três problemas (Figuras 11 e 12).

Não existiram diferenças na demanda por serviços, em seu atendimento e pelo tipo de profissional procurado entre os dois anos estudados. Em aproximadamente 75,0% dos casos de morbidade demandou-se algum tipo de ajuda e, entre estes, cerca de 90,0% em serviços de saúde. Todos os que procuraram por serviços de saúde referiram também procura por médico (Tabela 20).

O não atendimento à demanda por serviços de saúde foi pequeno em ambos os anos. Para o ano de 1990, não é possível saber o motivo da ausência de atendimento; a procura foi por hospital, UBS ou PS, todos no município de residência. Em 2002, a procura foi por UBS e por PS, localizados no município de residência ou na região. Os motivos alegados para o não atendimento foram falta de vaga ou do profissional solicitado.

Devido à opção metodológica do Inquérito Morbidade, de registrar toda a demanda para cada morbidade referida, foi possível saber em quanto a demanda por ajuda (de qualquer tipo, não apenas em serviços de saúde) excedeu o número de problemas referidos no ano de 1990. Em 27,05% dos problemas não houve demanda por qualquer tipo de ajuda, em 68,91% ocorreu uma demanda por ajuda e 4,04% dos problemas demandaram ajuda por duas vezes.

Como no ISA_SP determinou-se registrar somente a primeira demanda por ajuda para cada morbidade referida, adotou-se o mesmo critério para a comparação dos inquéritos.

Tabela 21-Proporção de menores de um ano com morbidade referida para período de 15 dias, segundo características da criança e características maternas. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.

Características	N ⁽¹⁾	1990 % ⁽²⁾	IC 95% ⁽²⁾	N ⁽¹⁾	2002 % ⁽²⁾	IC 95% ⁽²⁾	
Sexo							
Masculino	86	43,13	34,60-51,66	41	52,96	40,38-65,53	
Feminino	77	37,55	30,53-44,58	53	61,51	49,45-73,56	(≠)
Idade (em meses)							
Menor de 1 mês	8	32,03	13,23-50,82	3	19,33	0,0-45,54	
1 a 6 meses	70	35,17	27,02-43,32	41	54,84	44,67-65,0	(≠)
Maior de 6 meses	85	46,53	39,55-53,51	50	69,44	57,23-81,65	(≠)
Idade materna							
15 a 19 anos	11	34,86	19,58-50,13	12	69,52	50,75-88,29	(≠)
20 a 34 anos	123	38,54	33,54-43,53	67	55,49	43,18-67,79	
35 anos e mais	20	54,14	34,63-73,64	12	60,76	44,84-76,68	
Escolaridade materna							
0 a 3 anos	53	51,75	39,71-63,80	10	61,79	52,79-70,78	
4 a 8 anos	87	38,84	31,80-45,87	45	56,98	40,70-73,26	
9 anos e mais	17	26,36	15,49-37,23	39	56,70	45,95-67,44	(≠)

Nota: excluídos os ignorados

⁽¹⁾ Números absolutos na amostra não ponderada

⁽²⁾ Porcentagens e Intervalo de Confiança na amostra ponderada

(≠) Diferença entre os períodos estudados

Observou-se elevação na proporção de morbidade referida para período de 15 dias entre crianças do sexo feminino ou com idade acima de um mês, entre filhos de mães adolescentes e entre mães com nove ou mais anos de escolaridade (Tabela 21).

Tabela 22- Distribuição proporcional de atendimentos à morbidade referida para período de 15 dias em menores de 1 ano, segundo características do serviço utilizado. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.

Características do serviço	N ⁽¹⁾	1990 % ⁽²⁾	IC 95% ⁽²⁾	N ⁽¹⁾	2002 % ⁽²⁾	IC 95% ⁽²⁾	
Tipo de serviço							
UBS	57	50,91	40,25 - 61,58	23	36,73	22,74 - 50,73	
Clín/Amb	28	21,09	12,33 - 29,85	9	9,66	1,11 - 18,22	
Hospital	25	20,96	11,41 - 30,50	16	23,78	11,71 - 35,85	
PS	10	5,78	1,88 - 9,69	19	29,83	18,23 - 41,43	(≠)
Outros	1	1,26	0,0 - 3,75	-	-	-	
Local do serviço							
SP	46	37,41	28,44 - 46,38	17	23,96	10,07 - 37,84	
Mun.Residência	67	57,25	47,87 - 66,62	42	62,83	47,66 - 77,99	
Região	6	3,88	0,68 - 7,09	6	11,16	1,71 - 20,61	
Outros	2	1,47	0,0 - 3,65	1	2,06	0,0 - 6,30	
Pagamento direto pelo atendimento							
Não	107	93,85	88,84 - 98,86	63	100,0		(≠)
Parcial	2	0,99	0,0 - 2,94	-	-		
Integral	5	3,84	0,0 - 7,67	-	-		
Fonte pagadora							
Público	76	71,65	61,80 - 81,51	45	76,34	64,91 - 87,76	
Não Público	32	28,35	18,49 - 38,20	17	23,66	12,24 - 35,09	
Conv. Emp	29	24,76	14,78 - 34,74	6	10,73	1,89 - 19,58	
Seg.Privado	2	2,49	0,0 - 5,89	11	12,93	3,75 - 22,11	
Outros	1	1,1	0,0 - 3,29	-	-	-	

Nota: excluídos os ignorados

⁽¹⁾ Números absolutos na amostra não ponderada

⁽²⁾ Porcentagens e Intervalo de Confiança na amostra ponderada

* Para aqueles que referiram morbidade.

(≠) Diferença entre os períodos estudados

Não foram verificadas modificações no local do serviço utilizado e na fonte pagadora do serviço. Em ambos os períodos predominaram os atendimentos prestados no município de residência e o setor público foi a principal fonte pagadora (Tabela 22. Figuras 13 e 15).

Merece destaque o crescimento de atendimentos prestados em Pronto Socorro, de 5,78% em 1990 para 29,83% em 2002 (Tabela 22. Figura 12), ocorrido principalmente no município de residência. Em 2002, 72,96% (IC 95% 50,35 - 95,57) deles localizavam-se no município de residência e 93,24% (IC 95% 82,29 - 100,0) dos PS utilizados pertenciam ao setor público de saúde.

95,57) deles localizavam-se no município de residência e 93,24% (IC 95% 82,29 - 100,0) dos PS utilizados pertenciam ao setor público de saúde.

O desembolso direto, presente em cerca de 6,0% dos atendimentos do ano de 1990, não existiu em 2002. Apesar disso, não ocorreu modificação na relação entre os setores público e não público. O resultado encontrado para o seguro privado enquanto fonte pagadora, pode estar apontando para o crescimento desta modalidade de pagamento. O número de observações nesta categoria é insuficiente para definir a alteração (Tabela 22, Figura 16).

Figura 13-Distribuição de atendimentos à morbidade para período de 15 dias, segundo tipo de serviço utilizado. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.

Figura 14 - Distribuição dos atendimentos à morbidade de 15 dias pagos pelo setor público, segundo tipo do serviço utilizado. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.

Figura 15-Distribuição de atendimentos à morbidade para período de 15 dias, segundo local do serviço utilizado. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.

Figura 16 - Distribuição de atendimentos para morbidade de 15 dias, segundo fonte pagadora do serviço utilizado. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.

Em 1990, os atendimentos à morbidade referida pagos pelo setor público foram realizados basicamente em UBS e em serviços localizados no município de residência. Em 2002 ocorreu redução dos atendimentos em UBS e crescimento dos atendimentos em PS (Tabela 23, Figura 14).

Não foi verificada mudança na utilização de PS pagos pelo setor não público, nem mesmo na localização dos serviços pagos pelo setor público, confirmando o que foi descrito acima: o aumento de utilização de PS ocorreu no município de residência e no setor público.

Tabela 23-Setor responsável pelo pagamento dos atendimentos à morbidade referida para período de 15 dias em menores de um ano, segundo tipo e local do serviço utilizado. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.

Características do Serviço	N ⁽¹⁾	1990 % ⁽²⁾	IC 95% ⁽²⁾	N ⁽¹⁾	2002 % ⁽²⁾	IC 95% ⁽²⁾	
Público							
UBS	54	74,99	65,66 – 84,32	20	45,45	28,73 – 62,17	(≠)
Hospital	14	16,32	8,03 – 24,61	8	17,61	6,39 – 28,84	
PS	7	6,74	1,14 – 12,35	16	36,94	21,20 – 52,68	(≠)
Outros	1	1,95	0,0 – 5,80	-	-	-	
SP	17	20,53	11,94 - 29,13	7	11,78	1,24 - 22,33	
Mun.Resid.	54	74,20	64,13 - 84,26	33	76,27	58,59 - 93,95	
Região	4	4,54	0,0 - 9,15	3	8,96	0,0 - 20,35	
Outros	1	0,74	0,0 - 2,17	1	2,99	0,0 - 9,02	
Não Público							
UBS	2	7,75	0,0 – 17,72	-	-	-	
Clín/Amb	24	68,94	48,58 – 89,30	9	44,84	6,18 – 83,49	
Hospital	6	23,31	6,55 – 40,08	7	45,81	16,15 – 75,47	
PS	-	-	-	1	9,36	0,0 – 23,99	
Outros	-	-	-	-	-	-	
SP	24	80,05	64,80 – 95,31	10	72,01	42,82 – 100,0	
Mun							
.Resid.	6	3,87	0,0 – 11,49	6	24,03	0,0 – 52,16	
Região	1	1,86	0,0 – 5,40	1	3,97	0,0 – 11,69	
Outros	1	3,87	0,0 - 11,49	-	-	-	

Nota: excluídos os ignorados

⁽¹⁾ Números absolutos na amostra não ponderada

⁽²⁾ Porcentagens e Intervalo de Confiança na amostra ponderada

(≠) Diferença entre os períodos estudados

O pagamento através do setor privado foi mais freqüente para a assistência prestada por clínicas/ambulatórios ou em serviços localizados no Município de São Paulo. Não foram verificadas mudanças na participação deste setor entre os períodos estudados.

4.2.5) Hospitalização nos últimos 12 meses.

A hospitalização nos 12 meses que antecederam a entrevista foi analisada a partir do total de blocos de utilização de serviços preenchidos para a internação mais recente (Bloco 6 no Inquérito Morbidade e Blocos K e K_ no Inquérito ISA-SP).

Em 1990, dos 396 menores de um ano, 27 foram internados em um total de 31 internações. Em 2002, das 171 crianças estudadas, 26 foram internadas com 29 internações. Cada criança pode ter sido hospitalizada mais de uma vez, entretanto serão analisadas apenas as internações mais recentes de cada uma delas, ou seja o número de internações será igual ao número de crianças internadas.

No período estudado, verificou-se crescimento no número de crianças hospitalizadas, na média de internações/criança e na proporção de crianças que sofreram apenas uma internação (Tabela 24).

Não foi possível observar diferença nas proporções e média do tempo de permanência no hospital (Tabela 24), em parte devido ao pequeno número de observações, mas também à diferença de unidade de medida nos dois inquéritos.

As proporções de crianças hospitalizadas do sexo feminino e de crianças de um a seis meses que já haviam sido hospitalizadas, cresceram no período estudado. Devido ao número de observações nas categorias das variáveis, não foi possível verificar modificações relativas à idade ou escolaridade materna, mas os dados demonstram tendência de aumento da hospitalização entre as faixas etárias maternas de m filhos de mulheres com idade até 34 anos, mais destacada em mães com idade até 19 anos (Tabela 25).

Tabela 24-Distribuição proporcional de menores de um ano hospitalizados em período de 12 meses, segundo características das internações e do serviço. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.

Variáveis	N ⁽¹⁾	1990 % ⁽²⁾	IC 95% ⁽²⁾	N ⁽¹⁾	2002 % ⁽²⁾	IC 95% ⁽²⁾	
Hospitalização							
Sim	27	7,19	4,57 – 9,80	26	17,32	12,79 – 21,84	(≠)
Não	369	92,82	90,20 – 95,43	144	82,69	78,16 – 87,21	(≠)
Média de internações/ Criança		0,08	0,05- 0,11		0,19	0,13-0,24	(≠)
Número de internações							
Nenhuma	369	92,82	90,20 – 95,43	144	82,69	78,16 – 87,21	(≠)
Uma	23	6,15	3,68 - 8,62	23	16,04	11,64-20,45	(≠)
Duas	4	1,03	0,0 - 2,16	3	1,27	0,0-3,02	
Tempo de permanência							
0 a 3 dias	8	33,18	14,28 – 52,08	12	51,91	29,60 – 74,21	
4 dias a 1 semana	7	26,83	9,18 – 44,47	9	33,15	6,45 – 59,85	
Mais de 1 semana	12	39,99	16,87 – 63,11	4	14,94	0,0 – 29,94	
Média permanência	8,96 dias		4,97 - 12,95	4,13 dias		2,72 – 5,54	
Local do serviço							
SP	26	98,02	94,21 – 100,0	13	45,70	16,33 – 75,06	(≠)
Mun.Resid.	-	-	-	7	27,27	2,05 – 52,50	(≠)
Região	-	-	-	5	22,05	1,54 – 42,56	(≠)
Outros	1	1,98	0,0 - 5,80	1	4,98	0,0 – 14,20	
Pagamento direto pelo atendimento							
Não	25	94,47	83,61 – 100,0	26	100,0		
Integral	1	5,53	0,0 – 16,39	-	-	-	
Sector responsável pelo pagamento do atendimento							
Público	16	65,60	46,05 – 85,16	16	71,84	42,18 – 100,0	
Não Público	9	34,40	14,84 – 53,95	9	28,16	0,0 – 57,82	
Conv. Emp	9	34,40	14,84 – 53,95	5	15,19	0,0 – 35,43	
Seg.Privado	-	-	-	4	12,97	0,0 – 27,07	

Nota: excluídos os ignorados

(1) Números absolutos na amostra não ponderada

(2) Porcentagens e Intervalo de Confiança na amostra ponderada

(≠) Diferença entre os períodos estudados

Tabela 25-Proporção de menores de um ano hospitalizados em período de 12 meses, segundo características da criança e características maternas. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.

Características	1990			2002		
	N ⁽¹⁾	% ⁽²⁾	IC 95% ⁽²⁾	N ⁽¹⁾	% ⁽²⁾	IC 95% ⁽²⁾
Sexo						
Masculino	12	5,91	2,86-8,96	11	12,43	4,56-20,31
Feminino	15	8,46	4,14-12,78	15	21,67	12,86-30,47
						(≠)
Idade (em meses)						
Menor de 1 mês	-	-	-	3	20,14	0,0-47,63
1 a 6 meses	9	4,66	1,62-7,69	12	17,39	12,62-22,16
Maior de 6 meses	18	10,58	6,10-15,06	11	16,60	9,60-23,60
						(≠)
Idade materna						
15 a 19 anos	1	4,55	0,0-13,30	6	39,90	13,05-66,74
20 a 34 anos	21	7,15	4,08-10,23	19	16,67	9,81-23,53
35 anos e mais	3	8,94	0,0-18,71	1	3,10	0,0 - 9,33
Escolaridade materna						
0 a 3 anos	9	8,48	3,37-13,58	2	13,97	0,0-33,11
4 a 8 anos	11	5,59	2,29-8,90	12	15,67	4,95-26,38
9 anos e mais	5	9,69	1,77-17,61	12	20,37	7,79-32,95

Nota: excluídos os ignorados

⁽¹⁾ Números absolutos na amostra não ponderada

⁽²⁾ Porcentagens e Intervalo de Confiança na amostra ponderada

(≠) Diferença entre os períodos estudados

Em relação às causas de internação, a única alteração observada durante o período estudado foi o crescimento das causas perinatais em 2002, assumindo o primeiro lugar entre as causas de internação (Tabelas 26 e 27).

Tabela 26-Distribuição proporcional de menores de um ano hospitalizados em período de 12 meses, segundo causa da internação – CID 9ª Revisão. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990.

CAUSAS – CID 9ª. Revisão	N	%	IC 95%
Cap. I - Doenças infecciosas e parasitárias (001-139)	3	10,24	0,0 – 26,11
Infecções intestinais mal definidas (009.0)	2	8,26	0,0 – 23,80
Outras doenças infecciosas e parasitárias (136.9)	1	1,98	0,0 – 5,87
Cap. III - Doenças das glândulas endóc., da nutrição e do metabolismo e transtornos imunitários (240-279)	4	13,33	0,0 – 26,83
Outras formas de desnutrição protéico-calórica (263.9)	1	4,13	0,0 – 11,90
Outros transtornos metabólicos e transtornos imunitários não abrangidos pelos agrupamentos anteriores (276.5)	3	9,20	0,0 – 20,78
Cap VI - Doenças do sist.nerv. e órg. dos sent. (320-389)	1	4,13	0,0 – 12,35
Meningite bacteriana e meningite de causa não espec.(322.9)	1	4,13	0,0 – 12,35
Cap. VIII - Doenças do aparelho respiratório (460-519)	8	27,77	8,28 – 47,26
Pneumonia (486.9)	6	21,66	5,07 – 38,25
Outras doenças do aparelho respiratório (510.9)	1	4,13	0,0 – 12,57
Outras doenças do pulmão (518.8)	1	1,98	0,0 – 5,87
Cap IX - Doenças do aparelho digestivo (520-579)	2	7,22	0,0 – 18,27
Hérnia da cavidade abdominal (553.1)	1	5,24	0,0 – 15,53
Hérnias da cavidade abdominal (553.9)	1	1,98	0,0 – 5,90
Cap. X - Doenças do aparelho geniturinário (580-629)	1	5,24	0,0 – 15,53
Doenças do aparelho urinário não abrangidas pelos agrupamentos anteriores(599.0)	1	5,24	0,0 – 15,53
Cap.XI – Complic. da gravidez, parto e puerp.(630-676)	1	4,13	0,0 – 12,35
Complicações que ocorrem principalmente durante o trabalho de parto e o parto não abrangidas pelos agrupamentos anteriores (668.0)	1	4,13	0,0 – 12,35
Cap XII - Doenças pele e tec.cel.subcutâneo (680-709)	1	4,13	0,0 – 11,90
Infecções da pele e do tecido celular subcutâneo (682.8)	1	4,13	0,0 – 11,90
Cap. XV – Algumas afec. orig. per. perinatal (760-779)	3	11,35	0,0 – 25,27
Crescim.fetal retardado, má nutr.fetal e prematuridade (765.1)	3	11,35	0,0 – 25,27
Cap. XVI – Sint., sinais e afec. mal definidas (780-799)	3	12,46	0,0- 26,71
Sintomas não abrangidos pelos agrupam.anteriores (782.4)	2	7,22	0,0 – 18,27
Sintomas relat. apar.respiratório e outros sint. torác. (786.0)	1	5,24	0,0 – 15,53
TOTAL	27	100,0	

Nota: excluídos os ignorados

(¹) Números absolutos na amostra não ponderada

(²) Porcentagens e Intervalo de Confiança na amostra ponderada

(≠) Diferença entre os períodos estudados

Tabela 27-Distribuição proporcional de menores de um ano hospitalizados, segundo causa da internação – CID 10ª Revisão. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 2002.

CAUSAS – CID 10ª Revisão	N	%	IC 95%
Capítulo I Algumas doenças infecc. e parasitárias (A00-B99)	3	12,77	0,73-24,82
Diarréia e gastroenterite de origem infecciosa presumível (A09)	1	4,26	0,0 – 11,97
Intoxicação alimentar bacteriana não especificada (A05.9)	1	4,26	0,0 – 13,17
Doenças infecciosas, outras e as não especificadas (B99)	1	4,26	0,0 – 12,39
Capítulo IV Doenças endóc., nutric.e metabólicas (E00-E90)	1	4,26	0,0 – 12,79
Depleção de volume (E86)	1	4,26	0,0 – 12,79
Capítulo VI Doenças do sistema nervoso	1	0,20	0,0 – 0,61
Meningite SOE (G03.9)	1	0,20	0,0 – 0,61
Capítulo X Doenças do aparelho respiratório (J00-J99)	3	10,32	0,0 – 23,30
Broncopneumonia não especificada (J18.0)	1	4,26	0,0 – 12,79
Pneumonia não especificada (J18.9)	2	6,06	0,0 – 15,95
Capítulo XVI Algumas afecções orig. per. perinatal (P00-P96)	19	59,67	35,72–83,63
			(≠)
Retardo do crescimento fetal (P05.9)	1	4,26	0,0 – 11,97
Outros recém-nascidos de pré-termo (P07.3)	4	14,58	4,10 – 25,06
Desconforto respiratório não especificado do recém-nascido (P22.9)	1	1,81	0,0 – 5,34
Síndrome de aspiração neonatal não especificada (P24.9)	1	1,81	0,0 – 5,34
Outras doenças virais congênicas (P35.8)	1	1,81	0,0 – 5,34
Outras doenças infecciosas e parasitárias congênicas (P37.8)	1	4,26	0,0 – 11,97
Hemorragia retal neonatal (P54.2)	1	4,26	0,0 – 12,39
Icterícia neonatal não especificada (P59.9)	7	20,84	6,84 – 34,85
Hipoglicemia neonatal transitória (P70.4)	1	4,26	0,0 – 11,97
Afecção n.esp.do tegumento própria do feto e recém-nascido (P839)	1	1,81	0,0 – 5,41
Capítulo XVII Malformações congênicas, deformidades e anomalias cromossômicas (Q00-Q99)	1	4,26	0,0 – 12,79
Outras deformidades congênicas do tórax (Q67.8)	1	4,26	0,0 – 12,79
Capítulo XVIII Sintomas, sinais e achados anormais de exames clín.e de laborat., não classif.em outra parte (R00-R99)	1	4,26	0,0 – 11,97
Náusea e vômitos (R11)	1	4,26	0,0 – 11,97
Capítulo XXI Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (Z00-Z99)	1	4,26	0,0 – 12,79
Exame especial de rastreamento de outras doenças (Z13.8)	1	4,26	0,0 – 12,79
TOTAL	30	100,0	

Nota: excluídos os ignorados

(1) Números absolutos na amostra não ponderada

(2) Porcentagens e Intervalo de Confiança na amostra ponderada

(≠) Diferença entre os períodos estudados

Figura 17 - Distribuição de hospitalizações em período de 12 meses, segundo local do serviço utilizado. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.

Em 1990, praticamente todas as internações ocorreram em hospitais localizados no Município de SP. Em 2002, verificou-se crescimento na utilização de hospitais localizados no município de residência e na região e redução na utilização dos hospitais de São Paulo (Tabela 25, Figura 17). A utilização de hospitais da região ocorreu exclusivamente por crianças residentes em Embu; as crianças residentes em Itapequerica da Serra e Taboão da Serra utilizaram leitos hospitalares do município onde residem ou da capital.

O desembolso direto foi praticamente nulo para as hospitalizações nos dois períodos. Elas foram pagas de forma indireta. Não ocorreram mudanças entre os períodos quanto às fontes pagadoras (Tabela 25, Figura 18).

Figura 18- Distribuição de hospitalizações em período de 12 meses, segundo fonte pagadora do serviço utilizado. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.

4.2.6) Outros usos de serviços de saúde não referidos anteriormente.

A utilização de serviços de saúde nos quinze dias que antecederam à entrevista para atendimento a motivos não referidos anteriormente, foi analisada a partir do total de “Blocos de utilização” preenchidos (Bloco 4 no Inquérito Morbidade; parte do Bloco G e Bloco G_ no Inquérito ISA-SP).

As diferenças no enunciado da questão a respeito da demanda por serviço nestes blocos pode ter levado a diferenças no tipo de motivo referido e na quantidade de respostas positivas à questão. No “Inquérito de Morbidade” o enunciado restringia as respostas a motivos que não fossem doenças. No ISA-SP, referia-se a procura por serviço de saúde por motivo não referido anteriormente, o que permite incluir respostas relacionadas a doenças e seus tratamentos, tais como fisioterapia, inaloterapia, fototerapia, etc.

No “Inquérito de Morbidade”, dos 396 menores de um ano, 33,83% procuraram por serviço de saúde para atendimento a motivos não referidos anteriormente o que resultou em 145 Blocos preenchidos. No ISA-SP, 38,47% das 171 crianças procuraram por serviço de saúde, resultando em 69 Blocos preenchidos (Tabela 28).

Não houve mudança na proporção de procura por atendimento neste bloco temático. Os atendimentos prestados no município de residência e em UBS foram predominantes em ambos os anos e o motivo mais freqüente foi a vacinação (Tabela 28, Figuras 19 e 20).

A única diferença verificada entre os dois períodos foi o crescimento de uso de serviços para realização de check-up/exames de rotina. Como é uma distribuição proporcional, seu aumento pode explicar o que parece ser uma tendência de queda na categoria vacinação desta mesma variável (Tabela 28).

Em 2002, observou-se alguns equívocos na categoria “outros” motivos, da variável “Motivo de outros usos de serviços de saúde não referidos anteriormente”. Das oito respostas encontradas nesta categoria, em quatro a especificação era: “consulta”, “pediatra” ou “consulta com pediatra” e as demais respostas foram “passou mal com alimentação”, “cólicas”, “consulta de enfermagem para orientação de puericultura” e “Pronto-Socorro”.

Tabela 28-Distribuição proporcional de atendimentos a menores de um ano devido a motivos não referidos anteriormente, segundo motivo referido e características do serviço. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.

Características	1990			2002		
	N ⁽¹⁾	% ⁽²⁾	IC 95% ⁽²⁾	N ⁽¹⁾	% ⁽²⁾	IC 95% ⁽²⁾
Demanda por serviço						
Sim	133	33,83	28,39 – 39,28	65	38,47	29,93 – 47,0
Não	263	66,17	60,72 – 71,61	106	61,53	52,99 – 70,07
Motivo da demanda ^a						
Vacinação	105	70,79	63,68 – 77,90	28	47,32	29,23 – 65,40
Puericultura	33	22,91	16,83 – 28,99	21	26,83	15,04 – 38,61
Check-up/exames de rotina	1	1,02	0,0 – 3,02	12	13,54	4,60 – 22,49
Outros	6	5,27	0,94 – 9,61	8	12,32	2,52 – 22,11
						(≠)
Foi atendido no serviço procurado ^b						
Sim	...	...	...	66	97,63	93,14 – 100,0
Não	...	...	...	3	2,37	0,0 – 6,86
Tipo de serviço						
UBS	131	89,30	83,99 – 94,62	48	70,74	57,38 – 84,09
Clín/Amb	8	5,84	1,31 – 10,38	12	14,36	3,18 – 25,53
Hospital	3	2,64	0,0 – 5,57	6	9,67	3,0 – 16,33
Outros/PS	3	2,22	0,0 – 4,76	3	5,24	0,0 – 11,16
Local do serviço						
SP	25	15,75	9,08 – 22,42	7	11,01	0,50 – 21,54
Mun.Resid.	109	76,09	66,13 – 86,04	54	76,24	60,79 – 91,69
Região	8	6,31	0,0 – 13,07	8	12,75	1,38 – 24,11
Outros	2	1,85	0,0 – 4,45	-	-	-
Pagamento direto pelo atendimento ^b						
Não	...	...	...	65	99,06	97,21 – 100,0
Parcial	...	...	...	1	0,94	0,0 – 2,79
Fonte pagadora ^b						
Público	...	...	...	53	85,19	73,70 – 96,68
Não Público	...	...	...	13	14,81	3,32 – 26,30
Conv. Emp				5	4,3	0,0 – 9,73
Seg.Privado				7	9,57	0,0 – 19,64
Outros				1	0,94	0,0 – 2,75

Nota: excluídos os ignorados

(1) Números absolutos na amostra não ponderada

(2) Porcentagens e Intervalo de Confiança na amostra ponderada

^a Pode ocorrer mais de um motivo para cada procura por serviço.

^c Informação disponível apenas para o Inquérito de 2002.

(≠) Diferença entre os períodos estudados

As UBS foram utilizadas para atender a todos os motivos: 90,0 a 95,0% da vacinação foram realizadas nas UBS. As clínicas/ambulatórios foram utilizadas para vacinação, puericultura e check-up/exames de rotina. Os motivos atendidos em hospitais no ano de 1990 foram puericultura e “outros”; em 2002 foram check-up/exames de rotina, vacinação e puericultura. Os outros serviços/PS foram utilizados para vacinação e para “outros motivos”.

Figura 19-Distribuição de atendimentos por outros motivos, segundo tipo de serviço utilizado. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.

Figura 20- Distribuição de atendimentos por outros motivos, segundo local do serviço utilizado. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.

Figura 21- Distribuição de atendimentos para outros motivos, segundo fonte pagadora do serviço utilizado. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 2002.

Em 2002, a proporção de atendimento à demanda foi elevada, o pagamento direto pela assistência foi praticamente inexistente e o setor público foi a principal fonte pagadora. Em 1990, estes dados não foram coletados (Tabela 28, Figura 21).

5) DISCUSSÃO

5.1) Consultas médicas durante a gestação

No ano 2000, no Estado de São Paulo, o percentual de realização de seis ou mais consultas de pré-natal atingiu 53,8% (SES 2001a). Os Municípios de Embu, Itapecerica da Serra e Taboão da Serra parecem seguir a mesma tendência do Estado, se considerarmos que as proporções de 7 ou mais consultas, registradas pelo SINASC, estão próximas a este valor (Tabela 29).

Tabela 29-Distribuição proporcional de nascidos vivos por município de residência da mãe, segundo número de consultas de pré-natal, nos Municípios de Embu, Itapecerica da Serra e Taboão da Serra, no ano 2000.

Município	Nenhuma ⁽¹⁾	1 a 3 cons.	4 a 6 cons.	7 ou +cons.
Embu	2,16	14,72	37,65	47,63
Itapecerica da Serra	2,62	8,96	40,72	50,32
Taboão da Serra	1,37	12,24	38,68	49,09

Fonte: MS/DATASUS. SINASC.

⁽¹⁾ Em relação ao total geral, inclusive ignorados.

Devido à divisão utilizada no presente estudo para o número de consultas não há comparabilidade dos resultados sobre número de consultas com dados obtidos por outras fontes.

A Tabela 29 apresenta também as proporções de mulheres residentes que não realizaram consultas durante a gestação no ano de 2000; os resultados são semelhantes à proporção de 1,78% encontrada pelo ISA-SP no ano de 2002 (Tabela 3). Os motivos alegados para a não realização de consultas durante a gestação, confirmaram a importância de dois fatores para a utilização de serviços: a necessidade e o acesso.

As taxas de fecundidade e de natalidade nos municípios estudados cresceram durante a década de 90, principalmente nos últimos anos; em 2001-2002 eram semelhantes ou mais elevadas do que as verificadas no início da década de 90 (Anexo II). Apesar da existência desta demanda potencial para utilização de serviços de pré-natal, a proporção de mulheres que realizaram pré-natal e a proporção de consultas de pré-natal iniciadas até o terceiro mês de

gestação não cresceu, contrariando a expectativa criada pela municipalização dos serviços de saúde.

O planejamento das ações baseado na realidade demográfica e epidemiológica local, a maior proximidade dos recursos físicos à comunidade e o vínculo e responsabilização dos recursos humanos, deveria promover a captação precoce das gestantes residentes na área o que refletiria também em crescimento na cobertura de pré-natal.

Mulheres atendidas no Hospital das Clínicas de São Paulo (HC), das quais 29,8% eram procedentes da Grande São Paulo, afirmaram que o motivo para o início tardio do pré-natal estava ligado, em 50,0% dos casos, a fatores relacionados ao serviço de saúde: falta de vaga, demora no agendamento, exigência de confirmação laboratorial da gravidez para dar início ao pré-natal, ausência de encaminhamento formal ao serviço de referência (TASE 2000).

Em Itapecerica da Serra, onde a vigilância à saúde da gestante é uma das prioridades dos serviços de saúde e a captação precoce das gestantes uma meta estabelecida, a previsão para inscrição em pré-natal no ano 2000 foi ultrapassada. Este resultado foi atribuído à ligação do parto na Maternidade Municipal com o pré-natal em uma Unidade Básica da rede municipal de saúde (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAPECERICA DA SERRA 2002).

A associação entre escolaridade materna e acesso a serviços não públicos de saúde já foi descrita na área anteriormente (CESAR e TANAKA 1996, CESAR 1997). Entretanto, neste estudo não foram observadas mudanças quanto à idade, escolaridade e idade gestacional de início do pré-natal entre as mulheres que o realizaram não sendo possível, desta forma, atribuir-lhes a responsabilidade pelas alterações observadas.

Nas consultas de pré-natal vinculadas ao setor público, foram constatadas as principais mudanças: crescimento da utilização de UBS, especialmente daquelas localizadas no município de residência, redução de utilização dos hospitais, redução dos serviços localizados em São Paulo e aumento de serviços no município de residência. Merece destaque o aumento de utilização dos serviços locais de saúde por gestantes adolescentes, em geral dependentes financeiramente e não vinculadas a planos privados de saúde.

Tais alterações teriam sido diretamente influenciadas pela implantação do SUS, pela municipalização dos serviços e pela reorganização do modelo de assistência pré-natal, o que foi possível devido ao aumento na oferta de unidades ambulatoriais e de hospitais públicos nos municípios estudados.

Apesar do crescimento populacional verificado nos municípios, houve aumento do número de unidades ambulatoriais por habitante, a maioria delas pertencentes ao setor público. Houve também a implantação de hospitais na região.

A proposta de hierarquização do sistema de saúde por níveis de complexidade prevê que os atendimentos básicos sejam prestados pelas UBS e os casos de maior complexidade destinam-se aos hospitais. Nos dois municípios que dispõem de hospital, a atenção pré-natal prestada pelo setor público segue esta orientação.

As gestantes de baixo e médio risco são atendidas nas UBS e as gestantes de alto risco são referenciadas para os ambulatórios de pré-natal de alto risco de UBS ou dos hospitais públicos, aos quais vincula-se também a assistência ao parto. As consultas de pré-natal pagas pelo setor público, realizadas em hospitais do município e região são, provavelmente, de gestantes referenciadas para o pré-natal de alto risco; parte delas, residentes em Embu, referenciadas para um dos outros municípios.

Em 2002, a utilização de serviços de saúde do Município de São Paulo fortemente relacionada ao setor privado é, provavelmente consequência da concentração dos serviços ligados a convênios e planos privados de saúde. A realização de pré-natal em hospitais de São Paulo é compatível ainda, com a organização de sua rede pública, que à época não havia implantado a municipalização dos serviços de saúde. Portanto, sejam pagos pelo setor privado ou não, permanece a lógica de atendimento básico prestado no hospital.

A referência ao desembolso direto diminuiu no período. É possível que a parcela populacional que passou a usar algum tipo de financiamento tenha se distribuído de forma igualitária entre os setores público e privado.

A tendência de crescimento do setor privado, impulsionada através de convênios com empresas, conforme descrita por CESAR e TANAKA em 1996,

não se concretizou neste intervalo de tempo. Em 2002 a participação proporcional do setor não público no pagamento de consultas de pré-natal permaneceu semelhante à de 1990.

Este mesmo fenômeno foi observado em toda a Região Metropolitana de São Paulo entre os anos de 1994 e 1998, quando o contingente de beneficiários de convênios ou planos de saúde ficou estabilizado (SEADE 2002).

A modificação encontrada no presente estudo foi de um rearranjo interno ao setor privado, com redução do convênio empresa como fonte pagadora e crescimento dos planos individuais de saúde, equivalente ao relatado pela Fundação SEADE em 2002 para a Região Metropolitana de São Paulo, onde houve aumento na participação relativa de titulares de convênios particulares e redução de titulares de convênios oferecidos por empresas empregadoras.

A explicação para este fato, segundo esta instituição, seria “os efeitos da reestruturação produtiva sobre as formas tradicionais de contratação de mão-de-obra nos principais centros urbanos e metropolitanos do país” (FUNDAÇÃO SEADE 2002).

Assim, as modificações na estrutura produtiva ocorridas na Região Metropolitana de São Paulo, que se caracterizaram por diminuição do peso da indústria, crescimento da importância das pequenas empresas e da participação em serviços, aumento dos empregadores e dos empregados domésticos e redução da proporção de assalariados, sobretudo daqueles com carteira de trabalho assinada, tiveram como consequência a redução da cobertura de convênios médicos, custeados anteriormente por grandes empresas.

5.2) Parto

A proporção de partos hospitalares na área estudada no ano de 2002 é equivalente às proporções obtidas para cada município em particular através do SINASC para o ano de 2000 (Tabela 30). Em ambos os períodos a área estudada não diferiu do Brasil, onde o atendimento ao parto é predominantemente hospitalar. A expectativa de alterações não estaria, portanto, em aumento na proporção de partos hospitalares.

Tabela 30-Distribuição proporcional de nascidos vivos por município de residência da mãe, segundo local de ocorrência do nascimento, nos Municípios de Embu, Itapecerica da Serra e Taboão da Serra, no ano 2000.

Município de residência	Local de Ocorrência			
	Hospital	Outro Estab.Saúde	Domicílio	Outro
Embu	98,39	1,25	0,30	0,06
Itapecerica da Serra	96,84	2,83	0,20	0,13
Taboão da Serra	97,27	2,45	0,20	0,08

Fonte:MS/DATASUS. SINASC.

O aumento de leitos obstétricos públicos no período não contribuiu com a redução dos partos operatórios na área, que apresentou em 2002, valores semelhantes aos observados para o Estado de São Paulo em 2000 (SES 2001a).

Em 1990, predominava a utilização dos hospitais de São Paulo para partos, pagos ou não pelo setor público, e em todas as faixas de idade e de escolaridade maternas. A situação era, segundo CESAR e TANAKA (1996), a demonstração “da grande centralização existente na Grande São Paulo, mesmo para cuidados de pré-natal e parto hospitalar, deixando grandes áreas desassistidas” (p.69).

Em 2002, a principal alteração observada foi justamente quanto à localidade do serviço utilizado para o parto. A redução na utilização de serviços do Município de São Paulo ocorreu em todas as faixas de idade e escolaridade maternas. As demais alterações relativas a estas características maternas não fariam delas o fator determinante para o quadro de mudanças observado no período.

O setor privado não sofreu qualquer alteração no período, mesmo na participação proporcional como fonte pagadora, apesar de existir uma tendência de mudança interna. O conjunto de alterações na localização dos serviços utilizados foi encontrado somente entre os partos pagos pelo setor público (Figuras 5 e 6).

A redução no desembolso direto para pagamento do parto não elevou a participação do setor público, mas este continuou sendo a principal fonte pagadora da assistência. Em 2000, no Estado de São Paulo, cerca de 40,0% dos partos ocorreram fora do setor público de saúde (SES 2001a). A grande redução ocorreu

no prestador contratado (privado lucrativo) e filantrópico, mas em hospitais públicos municipais, estaduais e nos universitários houve crescimento.

É provável que processo semelhante tenha acontecido na região. Em 1990, devido à elevada proporção de partos realizados no Município de São Paulo, grande parte deles estaria vinculada ao setor privado contratado ou filantrópico e em 2002, a utilização de leitos obstétricos públicos municipais e estaduais nesta área manteve o setor público como principal fonte pagadora dos partos. Neste ano, 92,12% dos partos realizados em município de residência e região ocorreram em hospitais próprios do SUS.

O setor público foi o responsável pela modificação na distribuição dos locais de realização dos partos no período estudado, tendo como fator decisivo a implantação de hospitais e o conseqüente crescimento da oferta de leitos hospitalares na área.

O número de leitos obstétricos/SUS por habitante encontrado em 2002 (Tabela 1) está acima dos parâmetros recomendados pelo Ministério da Saúde, de 0,28 leitos obstétricos por 1.000 habitantes (BRASIL 2002), o que reforça a importância da disponibilidade e acesso enquanto fatores possibilitadores da utilização dos serviços de saúde.

É possível que a participação proporcional do município de residência fosse maior, caso Embu contasse com leitos hospitalares públicos; dentre os partos realizados em hospitais da região, 95,66% (CV 0,04; IC 88,83-100,0) eram de mulheres residentes em Embu.

5.3) Acompanhamento do RN no primeiro ano de vida.

Apesar de não ter sido verificado na amostra o crescimento na demanda por acompanhamento do RN no primeiro ano de vida, a tendência existente seria compatível com o novo modelo assistencial proposto pelo SUS, com o crescimento na oferta de unidades ambulatoriais por habitante na região estudada, com a elevação da escolaridade materna na população ou ainda com a maior aceitação por parte da sociedade, da participação das instituições de saúde em seu cotidiano.

O predomínio de UBS é esperado, pelo desempenho do setor público enquanto fonte pagadora da assistência prestada. Observou-se que, diferente do pré-natal e parto, desde o início do período os atendimentos concentraram-se no município de residência. Estas características remetem ao fato de o acompanhamento do RN ser uma ação programática prestada em serviços locais de saúde, como Centros e Postos de Saúde, antes mesmo da municipalização dos serviços.

No ano de 1999, em nenhum dos municípios estudados existia retorno previamente agendado no próprio hospital como seguimento adotado ao recém-nascido de risco (FUNDAÇÃO SEADE 2003d). Acredita-se que o mesmo ocorra para os demais RN. Pode-se afirmar, então, que a utilização dos serviços neste caso não estaria ligada a este tipo de organização da oferta, mas à demanda espontânea.

Outras tendências verificadas merecem ser discutidas. A possível queda na participação dos serviços do Município de São Paulo e, no caso dos serviços pagos pelo setor público, de elevação da utilização de serviços do município de residência são semelhantes a resultados já encontrados no presente estudo para outros tipos de atendimento. Poderiam realmente ser esperados, como consequência da municipalização e elevação na oferta dos serviços.

O aumento na utilização de serviços por parte do grupo de maior escolaridade é compatível com resultados descritos na literatura, em que escolaridades mais elevadas estão ligadas à maior utilização de serviços preventivos (MENDOZA-SASSI e BÉRIA 2001), seja por questões ligadas à informação e conhecimento do funcionamento dos serviços, seja pelas facilidades financeiras como a obtenção de planos de saúde (RAGHUPATHY 1996).

O aumento de utilização de hospitais para este tipo de atendimento não seria coerente com o modelo assistencial implantado na área, visto ser este um atendimento de baixa complexidade e caráter preventivo, que remeteria à utilização de UBS ou consultórios/ambulatórios. Dentre os hospitais utilizados em 2002, a maioria localizava-se em São Paulo, numa época em que não havia ocorrido o processo de municipalização e sendo, portanto, possível que

atendimentos de baixa complexidade fossem prestados em ambulatórios de hospitais.

Os motivos alegados para a ausência de demanda de serviços de saúde para o acompanhamento do RN no primeiro ano de vida, demonstram a importância da necessidade percebida como determinante da utilização de serviços. Alguns deles refletem a dificuldade de compreensão do que seria este atendimento. Em menor quantidade, mas qualitativamente importantes, estão a dificuldade de acesso e dificuldades econômicas.

Com a municipalização dos serviços públicos de saúde, dentro de um sistema de saúde universal, espera-se que não existam barreiras econômicas diretamente ligadas aos serviços que impeçam a sua utilização. Podem, entretanto, existir barreiras econômicas indiretas como o preço do transporte ou barreiras na organização dos serviços, como a incompatibilidade de horário para as mães inseridas no mercado de trabalho.

É bem conhecida também, a dificuldade de suprir toda a demanda por consultas médicas, o que pode ainda dificultar o acesso a serviços e desestimular sua utilização, principalmente quando o motivo não representa urgência.

Algumas considerações devem ser feitas em relação a este bloco.

Nos manuais de preenchimento de ambos os inquéritos constava a descrição do que deveria ser considerado neste atendimento. Em caso de dúvidas, o entrevistador poderia esclarecer a questão, desde que o sentido não fosse alterado. Apesar disso, nem sempre fica claro o motivo de consultas realizadas durante o primeiro ano de vida. Por ex. as consultas realizadas por intercorrências, são também utilizadas para o acompanhamento do RN ou vice-versa. Esta dificuldade de compreensão pode ter alterado o resultado final, da demanda ou não por este tipo de atendimento.

A distância necessária entre o nascimento da criança e início do acompanhamento e a ocorrência de hospitalização desde o nascimento são situações que não podem ser consideradas como demanda ou não demanda. São intermediárias, indicam situação de demanda potencial, ainda não concretizada e demonstram a necessidade de uma categoria alternativa de resposta na variável. Também neste caso pode ter ocorrido prejuízo no resultado encontrado.

5.4) Morbidade de 15 dias

O crescimento observado na morbidade referida poderia ser atribuído a uma piora na saúde dos menores de um ano entre os dois períodos. Esta possibilidade encontraria apoio na expansão da taxa de desemprego total e na piora do rendimento médio mensal das pessoas responsáveis pelos domicílios, ambas situações sócio-econômicas determinantes da saúde populacional.

Seria, entretanto, incoerente com o decréscimo na mortalidade infantil e com a melhoria nas condições de saneamento (rede geral de água, de esgoto e coleta de lixo) e de educação (redução na taxa de analfabetismo da população adulta, crescimento da proporção de alfabetizados em todas as faixas etárias), principalmente com o crescimento do nível de escolaridade feminina observado na região durante o período em questão e, especificamente, na escolaridade materna na população estudada (Anexo V).

Estudo realizado em 1996, entre crianças de 0 a 5 anos residentes no Município de Embu, atribuiu a baixa frequência de problemas de saúde a um nível sanitário mais elevado que a média nacional e ao desempenho dos serviços de saúde na promoção do bem-estar (ESCUDER 1998).

Esta autora afirmou que “uma comunidade que responde tão intensamente a seus problemas³⁸ não deve ser uma comunidade para a qual tais problemas possam passar despercebidos” (ESCUDER 1998, p.57).

As características maternas podem ter influenciado o crescimento observado, que no presente estudo ocorreu entre os filhos de mães com nove anos ou mais de escolaridade ou entre os filhos de mães adolescentes.

A educação materna contribui para o aumento na capacidade de perceber e descrever os eventos mórbidos (RAGHUPATHY 1996, SIMÕES 2002) e a ligação entre a maternidade precoce e a morbi-mortalidade infantil há muito é objeto de discussão (MELLO JORGE 1993).

A Tabela 31 registra o crescimento da prematuridade nos municípios estudados nos últimos anos, condição que também influencia o aumento da morbidade. Entre as crianças que apresentaram morbidade, 13,95% (IC 95% 6,16-

³⁸ Referindo-se a problemas de saúde em crianças menores de 5 anos.

21,73) foram internadas nos últimos 12 meses por causas perinatais, relacionadas em geral com a prematuridade.

Tabela 31- Distribuição proporcional de nascidos vivos com prematuridade e com baixo peso ao nascer, segundo município de residência da mãe, nos Municípios de Embu, Itapequerica da Serra e Taboão da Serra. 1996 a 2000.

Município	1996	1997	1998	1999	2000
Embu					
Número de nascidos vivos	4.044	3.808	4.491	4.734	4.729
% com prematuridade	3,2	4,7	5,0	7,6	7,8
% com baixo peso ao nascer	9,5	9,3	9,1	8,9	9,7
Itapequerica da Serra					
Número de nascidos vivos	2.566	2.631	2.985	3.592	3.928
% com prematuridade	2,5	4,8	5,1	12,7	7,2
% com baixo peso ao nascer	8,8	9,1	8,5	8,3	8,4
Taboão da Serra					
Número de nascidos vivos	4.525	5.223	5.135	5.033	4.979
% com prematuridade	5,2	5,1	5,1	5,7	6,0
% com baixo peso ao nascer	9,9	9,0	8,0	9,2	8,4

Fonte: MS/DATASUS. SINASC.

Outros fatores podem ainda ser considerados. Alguns grupos da população como mulheres e idosos tendem à maior precisão na informação a respeito da morbidade referida (MCKINLAY 1972) e estamos trabalhando com morbidade referida pela mãe ou responsável pela criança.

Durante o período estudado houve aumento na oferta de serviços de saúde. O contato aumentado com os serviços leva à assimilação por parte da população, de conceitos utilizados pelos profissionais da saúde, modificando, inclusive a terminologia empregada para descrição dos problemas. Utilizações frequentes de serviços de saúde conferem maior precisão nos relatos e informações a respeito da doença (MCKINLAY 1972; KROEGER 1983).

Além disso, a importância que a saúde tem recebido pelos meios de comunicação de massa, aumenta o acesso à informação a respeito de doenças.

Não houve alteração na demanda por serviços de saúde entre as crianças que apresentaram morbidade. A frequência de demanda por ajuda foi semelhante à descrita para o ano de 1990, por CESAR em 1997, nos oito municípios que

fizeram parte do “Inquérito de Morbidade” e por Silva et al (1997) citado por ESCUDER (1998, p.57) para o Município de Embu, nesta mesma faixa etária.

Entre as causas da morbidade referida para menores de um ano registradas pelo “Inquérito de Morbidade”, as maiores prevalências foram de doenças do aparelho respiratório e de “Sinais e sintomas mal definidos”, tais como febre, tosse, dor abdominal, vômito. Doenças infecciosas e parasitárias e doenças da pele também estiveram presentes, com valores bastante inferiores (CESAR 1997, CESAR et al.2001).

Problemas de saúde facilmente reconhecidos e de menor gravidade são rotineiros e não geram grande preocupação (MCKINLAY 1972). Assim, é provável que também as características dos problemas ocorridos não tenham sofrido grandes modificações, pois eventos mórbidos de maior gravidade levariam a maior demanda de atendimentos.

O atendimento à morbidade de 15 dias foi predominante no município de residência desde 1990, principalmente quando pagas pelo setor público de saúde. As causas de morbidade em 1990, descritas acima, parecem ser passíveis de atendimento em serviços já existentes no próprio município desde o ano de 1990.

Entre os usuários do setor privado, as clínicas/ambulatórios e os serviços localizados em São Paulo foram mais utilizados, não se alterando no decorrer do período, o que, estaria ligado à maior oferta de serviços ligados a convênios e empresas de saúde naquele município.

O resultado que mais chamou a atenção no padrão de utilização de serviços para assistência à morbidade de 15 dias foi a redução na participação proporcional de UBS e o paralelo crescimento da participação de PS, localizados principalmente no município de residência.

Na década de 90, na região Sudeste do país houve aumento na participação relativa de hospitais na estrutura de consumo de serviços de saúde, atribuído predominantemente aos atendimentos em ambulatórios ou PS dos hospitais (TRAVASSOS et al 2000).

Considerando que o Hospital Geral público que possui PS atende apenas a demanda referenciada, o primeiro atendimento a um evento mórbido não deve ter sido prestado em hospital. Além disso, duas das unidades socorristas atendem em

conjunto com maternidades. É possível, então, que a proporção de atendimentos em PS devam ser acrescentados os atendimentos em “hospital”, termo que pode ser usado pelos entrevistados para referir-se ao PS.

Por ter sido encontrada apenas entre os atendimentos vinculados ao setor público, esta alteração contrariou a expectativa inicial, que era de incremento na utilização de UBS enquanto porta de entrada de uma rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com os princípios básicos e diretrizes do SUS.

OLIVEIRA e SCOCHI (2002) ressaltam que o atendimento de urgências e emergências levam o hospital a ser também uma porta de entrada e que “o sistema de saúde seria melhor pensado como um circuito, com múltiplos pontos de entrada, no qual exista um lugar mais adequado para cada paciente, onde o tipo de atendimento que necessita possa ser oferecido” (p.133).

Segundo MULLER (1986), em qualquer grupo social, o uso de serviços de emergência mostrou-se como resposta à falta de disponibilidade de atenção primária. TURRINI em 2001, listou como possíveis motivos da utilização de PS, a ausência de médico nas UBS de áreas de periferia, permanência de médico de plantão no PS, atendimento 24 horas, contínuo e sem necessidade de agendamento prévio.

MENDOZA-SASSI e BÉRIA (2001) constataram que possuir um médico definido associa-se significativamente “com a utilização de serviços de emergência por motivos realmente urgentes (....) e com a utilização de serviços de atenção primária” (p.825).

No município de Embu, em 1996, a utilização de UBS foi mais freqüente em menores de um ano e a utilização de PS em crianças de 1 a 4 anos (ESCUDER 1998). A autora considerou o funcionamento ininterrupto de 24 horas do PS como uma alternativa das mães que retornam ao trabalho para assistência médica fora dos horários de funcionamento das UBS.

Ao estudar a utilização de PS pela população entrevistada no “Inquérito de Morbidade”, TURRINI, em 2001 afirmou a impossibilidade de conclusões sobre o motivo da escolha por determinado tipo de serviço, pois tal investigação não foi prevista no inquérito, o que também ocorreu no ISA-SP.

A implantação de quatro PS na área, de propriedade do setor público de saúde, certamente foi o fator decisivo para o crescimento observado. A demanda anteriormente voltada aos serviços existentes até então foi redirecionada com a oferta de um novo serviço no local de residência ou próximo à ele.

É presumível que, se ao contrário do que ocorreu, os PS implantados na área fossem vinculados ao setor privado de saúde, a repercussão não seria a mesma na demanda e utilização. Novamente, as alterações mais expressivas no padrão de utilização de serviços de saúde na área em estudo foram influenciadas pela organização do setor público de saúde.

Cabe recordar que o presente estudo refere-se exclusivamente à consulta médica pediátrica enquanto recurso demandado pela população para atendimento à morbidade referida. Outros tipos de atendimento prestados aos menores de um ano são, certamente, mais frequentes em UBS do que em serviços de pronto-atendimento.

5.5) Hospitalização

O crescimento no número de crianças hospitalizadas e na média de internações por criança parece contraditório por ocorrer justamente a partir da implantação do SUS, o qual propôs uma nova forma de organização dos serviços e, conseqüentemente, de assistência à saúde “que abrange intervenções precoces (...) e utilização de tecnologias médicas substitutivas a internação, de modo a reduzir tanto o número como a duração das hospitalizações” (VIANNA et al. 2001, p.56).

A proporção observada em 1990, está abaixo da encontrada para esta mesma faixa etária em Pelotas no início da década de 80 (BARROS 1996). A proporção de hospitalizações do ano de 2002 é compatível com as proporções registradas pelo SIH/SUS (MS 2002a), para estas localidades a partir de 1995* (Tabela 32).

* Disponível a partir de 1995, porque somente a partir deste ano o município de residência passou a fazer parte dos dados coletados pelo sistema (MS 2002b).

Tabela 32 –Proporção de internações por local de residência em menores de um ano residentes em Embu, Itapecerica da Serra e Taboão da Serra. 1995 a 2002.

Município	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Embu	15,3	13,3	13,0	15,2	14,5	14,2	18,1	18,5
Itapecerica da Serra	13,0	9,3	9,3	9,1	12,3	16,8	21,0	17,9
Taboão da Serra	14,2	11,9	12,0	15,1	17,0	16,2	21,2	18,8

Fonte: MS.SIH/SUS.

A elevação na escolaridade materna na população da área estudada reforça a expectativa de redução de internações, já que o aumento da escolaridade materna é considerado fundamental para o aumento na capacidade de tomar decisões a respeito da saúde de seus filhos (RAGHUPATHY 1996) e para maior capacidade de transformar os recursos de saúde em melhorias em saúde (CELIK 2000).

A tendência verificada de aumento destas proporções, principalmente entre filhos de mães adolescentes seria um fator de risco para o aumento de internações no primeiro ano de vida.

Em relação ao crescimento da proporção das causas perinatais enquanto causa das internações, caso fossem excluídas, não haveria diferença proporcional entre os dois períodos estudados. Em 1990, dos 396 menores de um ano estudados, 27 teriam sido internados (6,37%; IC 95% 3,86 - 8,88) e em 2002, das 171 crianças, seriam 10 internadas (7,28%; IC 95% 3,09 - 11,48).

As causas aqui apresentadas são referidas pela pessoa entrevistada, em geral a mãe. Este fato parece não ter causado distorções, pois são condizentes com os resultados fornecidos pelo SIH/SUS, provenientes de diagnóstico profissional (MS 2002a). A principal causa de internação pelo SIH/SUS em menores de um ano residentes nos três municípios, no ano de 2002, foram também as causas perinatais (Tabela 33).

Tabela 33-Distribuição percentual das internações por local de residência segundo Grupo de Causas - CID10, em menores de um ano residentes em Embu, Itapeceirica da Serra e Taboão da Serra. 2002.

Capítulo CID	Embu	Itapeceirica da Serra	Taboão da Serra
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	6,1	7,1	7,1
II. Neoplasias (tumores)	0,1	1,0	0,7
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	0,5	0,6	0,4
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	1,2	1,3	0,8
V. Transtornos mentais e comportamentais	-	-	-
VI. Doenças do sistema nervoso	1,5	1,5	1,6
VII. Doenças do olho e anexos	0,2	0,6	0,3
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0,2	0,2	0,3
IX. Doenças do aparelho circulatório	1,4	0,4	0,4
X. Doenças do aparelho respiratório	25,4	31,1	25,0
XI. Doenças do aparelho digestivo	4,0	9,2	4,8
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0,3	1,5	1,1
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	0,3	0,4	0,1
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	1,1	2,3	1,0
XV. Gravidez parto e puerpério	-	-	0,1
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	49,9	33,8	49,2
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	3,9	6,7	3,6
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	1,8	1,0	1,5
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	1,1	1,2	1,2
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	-	-	-
XXI. Contatos com serviços de saúde	0,9	0,2	0,8
CID 10ª Revisão não disponível ou não preenchido	-	-	-
Total	100,0	100,0	100,0

Fonte MS.SIH/SUS.

No Brasil, a CID já foi utilizada por alguns inquéritos de saúde para classificar a morbidade referida pelos entrevistados. CESAR et al., em 2001, afirmam que a CID classifica de forma satisfatória as morbidades referidas pelos entrevistados, apesar da terminologia utilizada nem sempre ser adequada. O problema maior estaria nas morbidades referidas para o período de 15 dias, pois algumas queixas apresentadas são muito genéricas para o grau de detalhamento da CID. Em casos como os de internação, tal problema ocorreria com menor frequência, por ser subsequente a um diagnóstico médico.

Em 2000, a distribuição das três principais causas de internação de menores de um ano no Estado de São Paulo assemelha-se à encontrada em 2002 nesta área: doenças do aparelho respiratório (35,1%), algumas afecções do período perinatal (32,1%) e as doenças infecciosas (10,4%). E, da mesma forma como ocorreu no Estado de São Paulo, ainda estiveram presentes algumas internações devido a eventos mórbidos como diarreias, vômitos e infecções

respiratórias “que poderiam ter suas internações diminuídas ou evitadas por meio de programas de atenção primária mais eficiente” (SES 2001b, p.2).

O crescimento nas hospitalizações por causas perinatais em 2002 poderia ser explicado pelo aumento proporcional de nascidos vivos pré-termo, residentes nesta área, nos últimos anos (Tabela 31) e remeteria à qualidade da assistência pré-natal prestada às gestantes da área.

As Tabelas 34 e 35 e Figuras 22 e 23 apresentam a redução da mortalidade neonatal precoce e perinatal no período estudado.

Proporcionalmente mais crianças nasceram vivas prematuras e sobreviveram a esta condição, fazendo uso de tecnologias disponíveis em âmbito hospitalar, o que levou ao crescimento da importância das causas perinatais como causas de internações no período e à elevação da proporção e da média de internações em menores de um ano.

Figura 22 - Coeficiente de Mortalidade Neonatal Precoce nos municípios de Embu, Itapequerica da Serra e Taboão da Serra. 1990 a 2002.

Tabela 34-Coeficiente de Mortalidade Neonatal Precoce nos Municípios de Embu, Itapequerica da Serra e Taboão da Serra. 1990 a 2002.

Municípios	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Embu	25,7	23,7	22,6	20,7	18,1	17,0	13,4	14,3	10,3	9,79	7,02	7,55	4,37
Itapequerica da Serra	26,8	17,8	13,4	14,3	16,6	21,1	12,0	16,4	11,3	12,6	6,59	5,14	3,61
Taboão da Serra	15,7	20,1	13,2	17,5	13,9	9,99	9,19	12,1	9,0	8,57	8,92	7,99	5,41

Fonte: SEADE, 2003b.

Figura 23 - Coeficiente de Mortalidade Perinatal nos municípios de Embu, Itapequerica da Serra e Taboão da Serra. 1990 a 2002.

Tabela 35-Coeficiente de Mortalidade Perinatal nos Municípios de Embu, Itapequerica da Serra e Taboão da Serra. 1990 a 2002.

Municípios	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Embu	36,6	37,3	35,4	29,1	31,3	25,6	27,2	28,9	20,8	20,2	15,8	15,4	11,5
Itapequerica da Serra	41,0	22,8	28	30,3	27,1	33,5	25,3	31,9	25,6	23,9	15,6	14,8	14,3
Taboão da Serra	24,1	28,1	23,1	26,6	26,4	21,0	22,0	24,9	22,2	21,0	16,3	18,1	14,2

Fonte: SEADE, 2003b.

É amplamente conhecido que a atenção adequada e oportuna é fundamental para a sobrevivência de nascidos vivos de risco, entre eles os pré-termo, os de baixo peso, em situações de hipóxia, síndrome da angústia respiratória, entre outras classificadas como causas perinatais.

Cerca de 80,0% dos partos de residentes em 1990 ocorria em São Paulo. Ao risco elevado de morbi-mortalidade materna e perinatal pela necessidade de deslocamento para o parto (CESAR e TANAKA 1996), acrescente-se o deslocamento dos RN de risco nascidos em hospitais do município de residência e região, provocando óbitos que seriam evitáveis pela disponibilidade de recursos locais e pelo acesso aos mesmos. Em 2002, Taboão da Serra e Itapequerica da Serra contavam com maternidades próprias e hospitais públicos de referência a atendimentos de maior complexidade, com Unidade Neonatal de Risco ou UTI pediátrica.

O aumento da disponibilidade de recursos certamente foi um fator possibilitador para a utilização de serviços no município de residência e região, verificada em 2002 e ausente em 1990. Houve, no período estudado, um aumento de leitos pediátricos do setor público nos Municípios de Itapecerica da Serra e Taboão da Serra (Tabela 1), que apesar de inferiores ao parâmetro de 0,41 leitos/1.000 habitantes recomendado pelo Ministério da Saúde (BRASIL 2002), já revelam resultados positivos para o acesso aos serviços pela população local.

A utilização de hospitais da região deu-se por parte das crianças residentes em Embu, município que não dispõe de hospital. Se houvesse disponibilidade de leitos no município, a demanda que atualmente desloca-se para a região, poderia ser por serviços do próprio município, a exemplo do que aconteceu com os residentes em Itapecerica da Serra e Taboão da Serra.

5.6) Outros usos de serviços de saúde não referidos anteriormente.

Não houve alterações na demanda por serviços para atendimento a motivos não referidos anteriormente. Ocorreu alteração nos motivos que levaram à procura por serviços, mas seus resultados foram afetados pelas diferenças na definição do que seria incluído neste bloco de questões.

O fato de não haver alterações significativas no tipo e local dos serviços utilizados certamente deve-se aos motivos mais alegados: a vacinação e a puericultura, que são atendimentos ofertados pela rede básica de saúde mesmo antes da implantação do SUS e da municipalização dos serviços.

Em 2002 o hospital foi citado como tipo de serviço utilizado para vacinação, o que provavelmente ocorreu pelas atuais normas que prevêm a vacinação do RN ainda na unidade neonatal (MS 1991).

5.7) Considerações sobre os Inquéritos de Saúde e o estudo de utilização dos serviços de saúde. Potencialidades e limitações.

Através dos bancos de dados do Projeto Morbidade e do ISA-SP enquanto fontes de dados secundários, foi possível caracterizar a utilização dos serviços de

saúde em Embu, Itapecerica da Serra e Taboão da Serra e as mudanças ocorridas no período de 1990 a 2002.

As semelhanças metodológicas permitiram o estudo comparativo e revelaram possibilidades de investigação e aprofundamento. Foram adotados critérios que permitissem relacionar variáveis com um grau aceitável de confiabilidade na análise dos dados. Por serem resultantes de estudos transversais, optou-se por não fazer inferências causais (DUNLOP 2000), o que não significa menor qualidade ou impossibilidade de análises.

Confirmou-se neste estudo a importância da complementaridade dos inquéritos com os dados disponíveis em bases de dados nacionais (VIACAVA 2002). A utilização dos dados do inquérito isoladamente permitiria descrever e comparar o padrão de utilização dos serviços entre os dois períodos, mas não a sua contextualização. Neste aspecto, foi também fundamental conhecer particularidades e detalhes referentes ao local de estudo, não incluídos em bancos de dados nacionais ou no próprio inquérito, mas com influência sobre os resultados.

Ao trabalhar com dois bancos de dados oriundos de dois períodos significativos em termos de mudanças no sistema público de saúde, confirmou-se a potencialidade de uma base de dados na orientação da oferta de serviços baseada em necessidades, monitoramento e avaliação de políticas públicas e alocação de recursos, como ressaltado por TRAVASSOS em 2000.

Neste sentido, mesmo a utilização simultânea dos bancos de dados nacionais não permitiria o alcance de um inquérito de base populacional, conforme amplamente relatado pela literatura. Uma necessidade emergente é o acompanhamento do Programa de Saúde da Família, amplamente difundido pelo país e incentivado financeiramente pelo Ministério da Saúde, para que este possa ser avaliado quanto à sua adequação e impacto sobre as diferentes realidades e particularidades nacionais.

Como consequência do número de observações da amostra, não foi possível fazer afirmações a respeito de alguns resultados, o que ocorreu, em geral, em variáveis com maior número de categorias ou em blocos de eventos que não atingissem toda a população de estudo.

PEREIRA (1995) cita o tamanho da amostra habitualmente utilizado como a causa de uma limitação dos inquéritos: o uso de seus resultados. “Eles somente são aplicáveis à população como um todo, já que os referentes a cada conglomerado não podem ser tomados isoladamente para representar a área de onde vieram” (p. 475).

Devido a amplitude de áreas temáticas nos dois inquéritos, não foi permitido investigações específicas mais aprofundadas. Por ser proveniente de um questionário elaborado previamente e de abrangência temática ampla, nem sempre as questões existentes responderam às necessidades do estudo de utilização dos serviços.

Inquéritos específicos para estudos de morbidade e utilização de serviços podem alcançar outros aspectos e propiciar maior grau de detalhamento nas respostas, possibilitando estudar a percepção das necessidades, o acesso aos serviços, padrões culturais e valores relativos aos serviços, entre outros.

Não foi possível apresentar a real demanda ou utilização de serviços de saúde na área. Considerou-se apenas uma demanda e/ou uma utilização para todas as áreas temáticas abordadas neste estudo. Assim, foram excluídas situações que poderiam alterar o padrão de utilização e revelariam obstáculos no acesso aos serviços, caracterizando a população atingida por esta dificuldade.

Os estudos de acesso, dependendo do enfoque adotado, podem estudar apenas a demanda pelo serviço e a entrada no sistema de saúde (FRENK 1985). Para conhecer o padrão de utilização de serviços por uma população seria importante estudar o total de utilizações, fossem elas decorrentes das necessidades dos usuários ou determinada pelos próprios serviços (DEVER 1988).

Considere-se ainda, que a influência das desigualdades na distribuição dos serviços e das barreiras para sua utilização sobre o padrão de utilização dos serviços nos países em desenvolvimento (PEREIRA 1995) não é pequena, pois a disponibilidade e a acessibilidade são um dos maiores enfrentamentos travados pelo setor saúde nestes países (CAMPOS 1993). Sendo assim, uma visão mais completa de utilização dos serviços em nosso meio consideraria, como CAMPOS (1993), a demanda como parte integrante da utilização. Se o estudo de demanda

fizer parte do estudo de utilização dos serviços como opção metodológica, isto deve ser definido desde o desenho do questionário.

Uma situação que ilustra a importância de sua inclusão nesta área, é a demanda pelo atendimento hospitalar no momento do parto, conhecida por “peregrinação” (TANAKA 1995), que resulta em utilização apenas de um dos vários procurados. Em 1989 esta situação foi observada no Município de São Paulo e relacionada a um desfecho trágico: a morte materna (TANAKA 1995).

Dez anos depois, 16,84% de uma amostra de mulheres atendidas no Hospital das Clínicas da USP, haviam procurado pelo menos uma maternidade anteriormente à internação no HC. O motivo principal foi falta de vaga e de equipamentos para atendimento à mãe ou RN. Do total de mulheres atendidas no HC, 29,85% eram procedentes da Grande São Paulo (TASE 2000).

A demanda não atendida seria como uma parte invisível, potencial, do padrão de utilização dos serviços. Os hospitais não foram utilizados para a realização do parto, mas teriam sido utilizados se a demanda fosse atendida.

Conhecer o percentual de partos hospitalares não é a melhor forma de retratar a qualidade da atenção, visto que é sempre elevado em nossa realidade. Estudos de utilização podem incluir informações a respeito da assistência recebida pela mulher e pelo RN na sala de parto.

A partir da análise quantitativa dos dados provenientes de inquéritos de base populacional podem surgir estudos qualitativos que as complementem. Os próprios inquéritos podem incluir algumas questões abertas. Elas dão a dimensão qualitativa da pesquisa. Questões abertas são escolhidas para estudos sobre opiniões e atitudes (ABRAMSON 1984) e permitem, entre outras coisas, esclarecer a escolha do serviço utilizado (TURRINI 2001).

Outras limitações foram decorrentes da utilização de dois inquéritos que, se por um lado traziam semelhanças metodológicas que possibilitaram a comparação, por outro apresentaram diferenças que precisaram ser compatibilizadas para que a comparação ocorresse de fato.

Isso pode acontecer devido a mudanças nas categorias das questões como a adoção de duas unidades de medida diferentes para a variável tempo de permanência na internação e as mudanças ocorridas no decorrer do período como

a alteração da CID 9^a Revisão para a CID 10^a Revisão, que permite apenas comparação parcial dos dados, entre outras.

Na construção de bases de dados através de inquéritos de saúde deve-se considerar cuidados como padronizar aspectos conceituais, metodológicos e operacionais, uniformizar a formulação das perguntas, compatibilizar variáveis e categorias de análise na criação dos questionários, entre outros, os quais promovem a adequação das análises.

Finalmente, um terceiro grupo, considerado mais de dificuldades que de limitações. São questões operacionais, ligadas a problemas por vezes sutis, que passam despercebidos, mas que podem alterar a composição do banco de dados. São dificuldades relacionadas ao processamento dos dados.

A análise deve considerar a forma como o banco de dados foi estruturado, pois, como em geral o número de utilizações é diferente do número de indivíduos considerar um dos eventos através do número de observações do outro levaria a erros.

Um exemplo no presente estudo foi a área temática de morbidades, demandas e utilizações para seu atendimento. Os indivíduos e as morbidades foram analisados através de um arquivo; as demandas e utilizações através de outro arquivo; a criação destes arquivos de análise seguiu lógicas diferentes de acordo com a estrutura do banco de dados do Inquérito.

Assim como a padronização de conceitos, formulação de perguntas e outras questões comentadas acima, seria recomendável que bancos de dados que objetivassem a construção de bases de dados para estudos de tendência, adotassem também a mesma lógica de estruturação, o que diminuiria o tempo dispensado ao processamento dos dados, bem como o risco de erros no processo.

Finalmente, ressalta-se a importância da construção de bancos de dados que permitam o maior nível de desagregação possível. Esta possibilidade evidenciada em ambos os inquéritos, permitiu a reorganização das categorias de variáveis de forma a melhor atingir aos objetivos do estudo.

6) CONCLUSÃO.

Dentre as características relativas aos menores de um ano e à suas mães, a de maior importância foi a elevação do nível de escolaridade materna entre os dois períodos, decorrente da redução proporcional de mulheres com até três anos de escolaridade e do aumento na proporção de mulheres com nove ou mais anos de escolaridade.

Cresceu a proporção de crianças que referiram morbidade no período de 15 dias e a média de morbidade por criança, mas não houve aumento na média de morbidade referida entre as crianças que referiram morbidade. Tal crescimento sofreu a influência da idade e escolaridade maternas, do aumento de prematuros na área, do crescente contato com serviços de saúde, entre outros fatores.

Elevou-se também a proporção de crianças hospitalizadas nos doze meses que antecederam a entrevista e a média de hospitalizações por criança. Este aumento teve como principal característica o crescimento de internação por causas perinatais e provavelmente tenha relação com o aumento de prematuros.

Não houve variação na demanda pelos serviços para pré-natal, para acompanhamento do RN no primeiro ano de vida, para atendimento entre as crianças que referiram morbidade de 15 dias e para atendimentos a motivos não relatados anteriormente.

Nas variáveis de utilização estiveram concentradas as principais alterações no período. O crescimento na utilização de UBS e os Pronto-Socorros em atendimentos básicos; a redução da utilização de serviços no município de São Paulo e o paralelo crescimento na utilização de serviços no município de residência ou na região, estes últimos utilizados majoritariamente por residentes em Embu, município com menor oferta de serviços de saúde.

Houve redução da participação do desembolso direto como forma de pagamento dos serviços, o que não alterou a relação proporcional entre setor público e não público de saúde.

O setor público foi a principal fonte pagadora em ambos os períodos e para todos os motivos estudados. Houve alteração, no caso do pré-natal internamente ao setor privado, com queda proporcional dos atendimentos pagos pelo convênio

empresa e elevação nos pagamentos pelos planos individuais de saúde. No atendimento ao parto ou à morbidade de 15 dias, nos quais não foi possível determinar a mesma alteração devido ao pequeno número de indivíduos, observou-se a mesma tendência do pré-natal.

O setor privado caracterizou-se pela ausência de mudanças ou no máximo, por pequenas alterações no decorrer do período. A utilização de serviços vinculada a esta fonte pagadora foi mais freqüente em consultórios/ambulatórios e em hospitais; quanto ao local do serviço predominou o município de São Paulo.

O quadro de mudanças em todas as áreas temáticas consideradas foi mais pronunciado ao considerar os atendimentos pagos pelo setor público. O padrão de utilização ligado ao setor público foi de crescimento na utilização de UBS ou de PS. Em relação à localização dos serviços, o município de São Paulo teve sua participação bastante reduzida nestes atendimentos, paralelamente à elevação da utilização dos serviços do município ou região.

A relação entre as alterações observadas e as características maternas ou da criança não pode ser considerada como fator determinante das mudanças em geral, mas podem ter influenciado pontualmente alguns resultados.

As principais alterações na utilização de serviços de saúde ocorreram devido a reorientação do modelo assistencial no setor público de saúde: municipalização dos serviços, implantação de novos serviços ambulatoriais e hospitalares na área, aumento no número de unidades ambulatoriais por habitante e de leitos/SUS por habitante.

Os inquéritos de saúde de base populacional mostraram-se adequados para analisar e comparar a utilização de serviços no decorrer do tempo. Formam, com os bancos de dados nacionais, um sistema de caráter complementar que tornam possível relacionar mudanças no padrão de utilização com as alterações do sistema de saúde. Constatou-se a importância de informações provenientes do local de estudo, não incluídas em bancos de dados nacionais ou no próprio inquérito.

Recomenda-se considerar o total de utilizações e, em alguns casos, a própria demanda por serviços como parte integrante da utilização, padronizar aspectos conceituais, metodológicos e operacionais e garantir o maior grau de desagregação possível no banco de dados.

7) REFERÊNCIAS

Abramson JH. **Survey methods in community medicine: an introduction to epidemiological and evaluative studies**. 3 ed. Edinburg: Churchill Livingstone; 1984.

Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. **Health Serv Res** 1974; 9: 208-20.

Aday LA, Andersen R. Marco teorico para el estudio del acceso a la atencion medica. In: White KL, editor. **Investigaciones sobre servicios de salud: una antologia**. Washington:OPAS; 1992. p.604-13.

Almeida C. **O mercado privado de serviços de saúde no Brasil: panorama atual e tendências da assistência médica complementar** [on line] Brasília: IPEA; 1998.(Textos para Discussão, 599). Disponível em <URL: http://www.ipea.gov.br/pub/td/td_599.pdf> [2002 abr 11].

Alvarenga AT. Investigação interdisciplinar em mortalidade materna: contribuição da abordagem sociológica. In: **Anais do Simpósio franco-brasileiro sobre prevenção da mortalidade materna com ênfase na gravidez na adolescência**; São Paulo: Universidade de São Paulo; 1992. p.189-95.

Alves, MCGP. Plano de Amostragem. In: Cesar CLG, Carandina L, Barros MBA, Goldbaum M, Carvalheiro JR, Moraes JC. **Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo. Inquérito domiciliar de base populacional, em municípios do estado de São Paulo**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1999. [Projeto de Pesquisa].

Andersen R; Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. **Milbank Mem Fund Q** 1973; 51: 95-124.

Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? **J Health Soc Behav** 1995; 36: 1-10.

Araújo NS de A. **Contribuições ao gerenciamento local de informações de saúde para o programa de saúde infantil do município de Embu**. São Paulo; 1999. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da USP].

Barata RB, Barreto ML, Almeida Filho N, Veras RP, organizadores. **Equidade e saúde: contribuições da epidemiologia**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/Abrasco; 1997. p. 11-9. (Série Epidemiológica, 1).

Barata RC, organizadora. **Condições de vida e situação de saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco; 1997. p.167-95. (Série Saúde e Movimento, 4).

Barros FC, Victora CG, Tomasi E, Horta B, Menezes AM, Cesar JA et al. Saúde materno-infantil em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: principais conclusões da comparação dos estudos das coortes de 1982 e 1993. **Cad Saúde Pública** 1996; 12 (supl.1): 87-92.

Barros MBA. Epidemiologia e superação das iniquidades em saúde. In: Barata RB, Barreto ML, Almeida Filho N, Veras RP, organizadores. **Equidade e saúde: contribuições da epidemiologia**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/Abrasco, 1997. p.161-76. (Série Epidemiológica, 1)

Benício MHD'A, Cesar CLG, Gouveia VC. Perfil de morbidade e padrão de utilização de serviços de saúde das crianças brasileiras menores de cinco anos - 1989. In: Monteiro MFG, Cervini R organizadores. **Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil: aspectos da saúde e nutrição de crianças no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE; 1992.

Bertolozzi MR. **Pacientes com tuberculose pulmonar no município de Taboão da Serra: perfil e representações sobre a assistência prestada nas Unidades Básicas de Saúde**. São Paulo; 1991. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da USP].

Borrel C. Métodos utilizados no estudo das desigualdades sociais em saúde. In: Barata RC, organizadora. **Condições de vida e situação de saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco; 1997. p.167-95. (Série Saúde e Movimento, 4).

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

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1101 de 12 de Junho de 2002: parâmetros de cobertura assistencial no SUS. **Diário Oficial da União** [on line] Brasília, 13 jun. 2002. Seção 1, p.36. Disponível em <URL: http://dtr2001.saude.gov.br/portarias/2002_2.htm> [2003 out 19].

Bronfman M, Castro R, Zúñiga E, Miranda C, Oviedo J. Del “quanto” al “por qué”: la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios. **Salud Publica Méx** 1997; 39:442-50.

Buss PM. **Padrões de utilização de serviços de saúde: inquérito domiciliar no Município de Nova Iguaçu**. Rio de Janeiro; 1979. [Dissertação de Mestrado. Instituto de Medicina Social da UERJ].

Campos CEA. Os inquéritos de saúde sob a perspectiva do planejamento. **Cad Saúde Pública** 1993; 9:190-200.

Carlson BA. National Household Surveys and their health components. In: **International Conference on Health Statistics for the Year 2000**; 1982 Sept 27; Bellagio, Italy. Budapest: Statistical Publishing House/WHO; 1984. p.121-43.

Cartwright A. **Health surveys in practice and in potential: a critical review of their scope and methods**. London: King Edward's Hospital Fund for London; 1983.

Carvalho JR. Investigação epidemiológica e entrevistas domiciliares. **Rev Saúde Pública** 1981; 15:543-50.

Castellanos PL. Epidemiologia, saúde pública, situação da saúde e condições de vida. Considerações conceituais. In: Barata RC, organizadora. **Condições de vida e situação de saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 1997. p. 31-76. (Série Saúde e Movimento, 4).

Celik Y, Hotchkiss DR. The socio-economic determinants of maternal health care utilization in Turkey. **Soc Sci Med** 2000; 50:1797-1806.

Cesar CLG, coordenador. **Morbidade referida e utilização de serviços de saúde no ERSA de Itapeverica da Serra, São Paulo**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1992. [Relatório de pesquisa].

Cesar CLG, coordenador. **Morbidade sentida e utilização de serviços de saúde no ERSA de Itapeverica da Serra, São Paulo, 1987-1988.** São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1987. [Projeto de pesquisa].

Cesar CLG, Figueiredo, GM, Westphal MF, Cardoso MRA, Costa MZ de A, Gattás VL. Morbidade referida e utilização de serviços de saúde em localidades urbanas brasileiras: metodologia. **Rev Saúde Pública** 1996; 30:153-60.

Cesar CLG, Laurenti R, Buchala CM, Figueiredo GM, Carvalho WO de, Caractin CV de S. Uso da Classificação Internacional de Doenças em inquéritos de saúde. **Rev Bras Epidemiol** 2001; 4:120-30.

Cesar CLG, Tanaka OY. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação dos serviços de saúde: um estudo da região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990. **Cad Saúde Pública**, 1996; 12 (Supl.2): 59-70.

Cesar CLG, Walker GJA. Diversity in provision and utilization of maternal and child health care in an urban area of Brazil. **Ann Trop Paediatr** 1986; 6:167-74.

Cesar CLG. **Morbidade referida e utilização de serviços de saúde na Grande São Paulo. O perfil da desigualdade em saúde.** São Paulo; 1997. [Tese de Livre Docência - Faculdade de Saúde Pública da USP].

Cohn A. Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil. In: Laurell AC, organizadora. **Estado e políticas sociais no neoliberalismo.** São Paulo: Cortez; 1995. p. 225-244.

Costa JSD, Facchini LA. Utilização de serviços ambulatoriais em Pelotas: onde a população usa e com que frequência. **Rev Saúde Pública** 1997; 31:360-9.

Costa JSD, Victora CG, Barros FC, Halpern R, Horta BL, Manzalli P. Assistência médica materno-infantil em 2 coortes de base populacional no Sul do Brasil: tendências e diferenciais. **Cad Saúde Pública** 1996; 12 supl 1:59-66.

Costa NR. **Políticas públicas, justiça distributiva e inovação: saúde e saneamento na agenda social.** São Paulo: Hucitec; 1998. O Banco Mundial e a política social nos anos 90: a agenda para a reforma do setor saúde no Brasil; p. 125-45.

Dean AG. **Epi Info versão 6: um sistema de processamento de texto, banco de dados e estatística para epidemiologia em microcomputadores.** Trad. de ML da S Guedes. São Paulo: IMESP; 1994.

Dever GEA. **A epidemiologia na administração dos serviços de saúde.** São Paulo: Pioneira; 1988. A epidemiologia da utilização dos serviços de saúde. p. 211-36.

Escuder MML. **Morbidade ambulatorial como expressão das necessidades de saúde da população.** São Paulo; 1998. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

Evans RG, Stoddart GL. Producing health, consuming health care. *Soc Sci Med* 1990; 31:1347-63.

Ferrer M. **Los módulos de salud em las encuestas de hogares de América Latina e Caribe: um análisis de cuestionarios recientes.** OPS; 2000. (Série Informes Técnicos, 72). [on line] Disponível em <URL: <http://www.eclac.cl/deype/noticias/proyectos/7/5497/mecovi/actividadregional/taller/es/6totaller/mferrer.pdf> [2004 fev 02].

Fleury S. Iniquidades nas políticas de saúde: o caso da América Latina. *Rev Saúde Pública*, 1995; 29: 243-50.

Frenk J. El concepto y la medición de accesibilidad. *Salud Publica Mex* 1985; 27: 438-53.

Gattás VL. **Avaliação da cobertura vacinal e uso de serviços de saúde para vacinação na Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1989-1990.** São Paulo; 1996. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da USP].

Gomes KRO. **Morbidade referida por mulheres em idade fértil, uso dos serviços e qualidade da assistência: estudo da região sul do município de São Paulo.** São Paulo; 1998. [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

Hulka, Barbara S.; Wheat, John R. Patterns of Utilization. The patient Perspective. *Med Care* 1985; 23:438-60.

[IBGE]. Fundação IBGE. **PNAD 98. Suplemento Saúde** [on line] Disponível em <URL: <http://www.ibge.net/estatistica/população/trabalhoerendimento/pnad98/saude>> [2000 nov 25]

[IBGE]. Fundação IBGE. **Censos demográficos**. Disponível em <URL: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cadernos/cadernosmap.htm>>. [2003 Out 11]a.

[IBGE]. Fundação IBGE. **Cidades@**. [on line]. Disponível em <URL: <http://www1.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>>. [2003 Out 21]b.

[IBGE]. Fundação IBGE. **Informações demográficas e sócio-econômicas**. Disponível em <URL: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm#DemogSocio>>. [2003 Out 11]c.

[IBGE]. Fundação IBGE. **Pesquisa Assistência Médica Sanitária (AMS) 1990** [on line] Disponível em <URL: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?ams/cnv/amsasp.def>>. [2003 out 08]a/d.

[IBGE]. Fundação IBGE. **Pesquisa Assistência Médica Sanitária (AMS) 1999** [on line] Disponível em <URL: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?ams/cnv/amsasp.def>> [2003 out 21]b/e.

[IBGE]. Fundação IBGE. **Pesquisa Assistência Médica Sanitária (AMS) 2002** [on line] Disponível em <URL: <http://www.datasus.gov.br/cgi/ams/ams2002ajuda.htm>> [2003 out 08]c/f.

Illsley R. Comparative review of sources, methodology and knowledge. **Soc Sci Med** 1990; 31: 229-236.

Kelsey JL, Thompson WD, Evans AS. **Methods in observational epidemiology**. New York. Oxford: Oxford University Press; 1986.

Kroeger A Errores de respuesta y otros problemas de las encuestas de salud mediante entrevista en los países en desarrollo. **Bol Oficina Sanit Panam** 1986; 100:253-82.

Kroeger A Health interview surveys in developing countries: a review of the methods and results. **Int J Epidemiol** 1983; 12:465-81.

Lebrão ML. **Estudos de morbidade**. São Paulo: EDUSP;1997. Inquéritos domiciliares de morbidade; p. 121-33.

Lobato LVC. **Reforma Sanitária e reorganização do sistema de serviços de saúde: efeitos sobre a cobertura e a utilização de serviços**. Rio de Janeiro; 2000. [Tese de Doutorado - Escola Nacional de Saúde Pública - FIOCRUZ].

McKinlay JB. Some approaches and problems in the study of the use of services – an overview. **J Health Soc Behav** 1972; 13: 115-52.

Medici AC. Aspectos socio-econômicos da morbidade no Brasil – uma contribuição aos estudos sobre população e saúde (o caso do Nordeste). In: **Anais do I Congresso Brasileiro de Epidemiologia**; 1990 set 2-6; Campinas. Rio de Janeiro: Abrasco; 1990.p.165-86.

Medina E. Uso de la epidemiología em la evaluación de la atención primaria. **Colomb Méd** 1984; 15: 55-9.

Mello Jorge MHP de, Gotlieb SLD, Soboll ML, Almeida MF de, Latorre MRDO. Avaliação do sistema de informação sobre nascidos vivos e o uso de seus dados em epidemiologia e estatísticas de saúde. **Rev Saúde Pública** 1993; 27 (supl): 1-46.

Mendoza-Sassi R, Béria JU. Utilización de los servicios de salud: uma revisión sistemática sobre los factores relacionados. **Cad Saúde Pública** 2001; 17:819-32.

[MS] Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal: normas e manuais técnicos**. 3 ed. Brasília: Centro de Documentação; 1999.

[MS] Ministério da Saúde. DATASUS. **Cadernos de informações de saúde** [online] Disponível em <URL: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cadernos/sp.htm>> [2003 out 11].

[MS] Ministério da Saúde. DATASUS. **Sistema de informações hospitalares – SIH/SUS** [online] Disponível em <URL: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/mrsp.def>> [2002 fev 27]a.

[MS] Ministério da Saúde. DATASUS. **Sistema de informações hospitalares – SIH/SUS** [online] Disponível em <URL: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/cxsp.def>> [2002 fev 27]b.

[MS] Ministério da Saúde. **Manual de normas de vacinação**. 3 ed. Brasília: MS/FUNASA; 1991.

Monteiro CA. **Saúde e nutrição das crianças de São Paulo: diagnóstico, contrastes sociais e tendências**. São Paulo: Hucitec/EDUSP; 1988. A origem social; p.21-32.

Moromizato JHY. **Contribuição à política de fixação dos profissionais da saúde na Região de Itapecerica da Serra. Estudo das causas da evasão dos profissionais de nível universitário**. São Paulo; 1992. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da USP].

Muller C. Review of twenty years of research on medical care utilization. **Health Serv Res** 1986; 21: 129-44.

Novaes HMD. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. **Ciênc Saúde Coletiva** 2002; 7: 633-4.

Oliveira MLF, Scochi MJ. Determinantes da utilização de serviços de urgência/emergência em Maringá (PR). **Ciênc, Cuidado e Saúde** 2002; 1:129-34.

Paim JS. Abordagens teórico-conceituais em estudos de condições de vida e saúde: notas para reflexão e ação. In: Barata RC, organizadora. **Condições de vida e situação de saúde**. RJ: Abrasco; 1997. p.167-95. (Série Saúde e Movimento, 4).

Pereira MG. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995. Serviços de saúde; p. 513-37.

Pinho Jorge Luiz. **Tratamento supervisionado em tuberculose no município de Taboão da Serra, SP, 1998-1999**. São Paulo; 2000. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da USP].

Raghupathy S. Education and the use of maternal health care in Thailand. **Soc Sci Med** 1996; 43:459-71.

Reis, COO, Silveira, FG, Andreazzi, M de FS de. **Avaliação dos gastos das famílias com a assistência médica no Brasil: o caso dos planos de saúde**. Brasília: IPEA;2002. (Texto para Discussão, 921) [on line] Disponível em <URL: http://www.ipea.gov.br/pub/td/2002/td_0921.pdf> [2003 mai 05].

Sánchez-Centurión CAS. **Avaliação da qualidade de assistência perinatal no município de Taboão da Serra, São Paulo, 1993**. São Paulo; 1996. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da USP].

Schach E. Discussion. In: **International Conference on Health Statistics for the Year 2000**; 1982 Sept 27; Bellagio, Italy. Budapest: Statistical Publishing House/WHO; 1984. p.137-140.

[SEADE] Fundação SEADE. **Pesquisa de Condições de Vida (PCV) no estado de São Paulo - 1998** [on line] Disponível em <URL: <http://www.seade.gov.br>> [2002 jan 28].

[SEADE] Fundação SEADE. **Coefficientes de mortalidade infantil 1990-2001**. Disponível em <URL: http://www.saude.sp.gov.br/html/fr_dados.htm> [2003 Set 08]a.

[SEADE] Fundação SEADE. **Informações de municípios paulistas**. Disponível em <URL: <http://www.seade.gov.br>> [2003 Out 21]b.

[SEADE] Fundação SEADE. **Perfil municipal**. Disponível em <URL: <http://www.seade.gov.br>> [2003 Mar 22]c.

[SEADE] Fundação SEADE. **Pesquisa Municipal Unificada** [on line] Disponível em <URL: <http://www.seade.gov.br>> [2003 out 12]d. [SES] Secretaria de Estado de Saúde. **Análise da mortalidade materna no Estado, regiões e municípios** [on line] São Paulo; “sd”. Disponível em <URL: <http://www.saude.sp.gov.br/dsaude/boletins/materna/html/boletim3.htm>> [2003 set 08]a

Secretaria Municipal de Saúde de Itapequerica da Serra. **Relatório de gestão** [on line] Disponível em <<http://www.itapequerica.sp.gov.br/saude/relgest00.htm>>. [2002 fev 27]

[SES] Secretaria de Estado de Saúde. **Atualização Ano 2000: algumas informações sobre a saúde da mulher** [on line] São Paulo; 2001. (Informe CIS, 7). Disponível em <URL: http://www.saude.sp.gov.br/dsaude/informes/7saude_mulher/html/saude_mulher.htm> [2003 set 08]b

[SES] Secretaria de Estado de Saúde. **Morbidade das internações hospitalares do Sistema Único de Saúde - SUS nas faixas etárias de menor de um ano, de 1 a 4 anos e de 5 a 14 anos, no estado de São Paulo no ano 2000** [on line] São Paulo; 2001 (Informe CIS, 3). Disponível em <URL: http://www.saude.sp.gov.br/dsaude/infomres/3morb_inf/html/morb_inf.htm> [2003 set 08]c

Silva AMM, Gomes UA, Tonial SR, Silva RA. Fatores associados à realização de consultas médicas de crianças menores de cinco anos. **Rev Bras Epidemiol** 1999; 2:60-72.

Silva LMV, Formigli VLA, Cerqueira LK, Teixeira MMA, Barbosa ASM, Conceição OS e col. O processo de distritalização e a utilização de serviços de saúde: avaliação do caso de Pau da Lima, Salvador, BA. **Cad Saúde Pública** 1995; 11:72-84.

Silva NN, Pedroso GC, Puccini RF, Furlani WJ. Desigualdades sociais e uso de serviços de saúde: evidências de uma análise estratificada. **Rev Saúde Pública** 2000; 34:44-9.

Simões CC da S. **Perfis de saúde e de mortalidade no Brasil: uma análise de seus condicionantes em grupos populacionais específicos**. Brasília: OPAS; 2002.

Suárez-Bustamante MA. **Utilização dos serviços de saúde materno infantis na região sudoeste da Grande São Paulo. 1989-1990**. São Paulo; 1997. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

Sztajnbok S. **Impacto da qualidade de água na doença diarreica aguda em dois bairros do município de Taboão da Serra**. São Paulo; 1999. [Dissertação de Mestrado-Faculdade de Saúde Pública da USP].

Tanaka ACd'A. **Maternidade: dilema entre nascimento e morte**. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco; 1995. A peregrinação para a morte; p.35-47.

Tanaka OY, Resenbarg CP. Análise da utilização pela clientela de uma unidade ambulatorial da Secretaria de Saúde do município de SP, SP (Brasil). **Rev Saúde Pública** 1990; 24:60-8.

Tase TH. **Caracterização das mulheres atendidas em um hospital-escola referência para gestação de alto risco**. São Paulo; 2000. [Dissertação de Mestrado—Escola de Enfermagem da USP].

Travassos C, Viacava F, Fernandes C, Almeida CM. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva** 2000; 5: 133-49.

Travassos C. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. **Cad Saúde Pública** 1997; 13:325-30.

Viacava F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. **Ciênc Saúde Coletiva** 2002; 7: 607-21.

Viacava F, Travassos C. Suplemento Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra e Domicílios - PNAD98. In: **Anais do V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e V Congresso Paulista de Saúde Pública**; 1997 ago 25-29; Águas de Lindóia. Rio de Janeiro: ABRASCO; 1997. p.113-22.

Viacava F; Bahia L. **Oferta de serviços de saúde: uma análise da pesquisa Assistência Médico-Sanitária (AMS) de 1999**. Brasília: IPEA;2002. (Texto para Discussão, 915). Disponível em <URL: http://www.ipea.gov.br/pub/td/td_0915.pdf> [2003 jun 08].

Vianna SM, Nunes A, Santos JRS, Barata RB. **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento**. Brasília: OPAS/IPEA; 2001. Disponível em <URL: <http://www.opas.org.br/publicmo.cfm?codigo=41>> [2002 mar 13].

Victora CG, Facchini LA, Barros FC, Lombardi C. Pobreza e Saúde: como medir nível sócio-econômico em estudos epidemiológicos de saúde infantil? In: **Anais do 1º. Congresso Brasileiro de Epidemiologia**. 1990 set 2-6; Campinas, Brasil. Rio de Janeiro: Abrasco; 1990. p. 302-15.

Vieira, CAL. **A descentralização no setor saúde no estado de São Paulo: aspectos do seu impacto na organização e funcionamento do ERSa - Escritório Regional de Saúde – 12, Itapeverica da Serra-SP**. São Paulo; 1992. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da USP].

White KL. Discussion. In: **International Conference on Health Statistics for the Year 2000**; 1982 Sept 27; Bellagio, Italy. Budapest: Statistical Publishing House/WHO; 1984. p.140-2.

White KL. Health surveys: who, why and what? **World Health Stat Q**, 38:2-14, 1985.

Yasle-Rocha JS; Simões BJG; Forster AC. Estudos de demanda e utilização de serviços de saúde: uma experiência regional. **Medicina** 1993; 26:636-42.

8) BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Adami NP. **Acesso, utilização e aceitação dos serviços de dermatologia de um Centro de Saúde Escola sob o modo de ver dos hansenianos.** São Paulo; 1990. [Tese de Livre-Docência - Departamento de Enfermagem da Escola Paulista de Medicina].

Aday LA, Andersen R. **Development of indices of access to medical care.** Michigan, 1975. University of Michigan. Health Administration Press.

Alves, MCGP. **Técnicas de replicação em análise de dados de inquéritos domiciliares.** São Paulo, 2002. [Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da USP].

Andersen R, Aday LA. Access to medical care in the U.S.: realized and potential. **Medical Care.** 1978; 16: 533-46.

Barros MED. Política de Saúde: a complexa tarefa de enxergar a mudança onde tudo parece permanência. In: Canesqui AM, organizadora. **Ciências sociais e saúde.** São Paulo: Hucitec/Abrasco; 1997.p. 113-33.

Beck RG. Economic class and Access to phisician services under public medical care insurance. **Int J Health Serv** 1973; 3:341-55.

Bracho T. Exclusão educacional como dispositivo de exclusão social. In: Oliveira MC, organizadora. **Demografia da exclusão social.** Campinas: UNICAMP, 2001. p.119-44.

Cesar CLG, Carandina L, Barros MBA, Goldbaum M, Carvalheiro JR, Moraes JC. **Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo. Inquérito domiciliar de base populacional, em municípios do Estado de São Paulo.** São Paulo, 1999. (Projeto de Pesquisa – FAPESP).

Cohn A. Desenvolvimento social e impactos na saúde. In: Barata RC, organizadora. **Condições de vida e situação de saúde.** Rio de Janeiro: Abrasco; 1997. p.167-95. (Série Saúde e Movimento, 4).

Cohn A. Estado, políticas públicas e saúde. In: Canesqui AM, organizadora. **Ciências sociais e saúde.** São Paulo: Hucitec/Abrasco; 1997.p. 157-71.

Costa AM, Aquino E. Políticas de saúde, equidade e gênero: atualizando a agenda. In: **Anais do V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e V Congresso Paulista de Saúde Pública**; 1997 ago 25-29; Águas de Lindóia. Rio de Janeiro: ABRASCO; 1997. p.59-67.

Dunlop S, Coyte PC, McIsaac W. Socio-economic status and the utilization of physician services: results from the Canadian National population Health Survey. **Soc Sci Med** 2000; 51:123-33.

Fagnani E. Ajuste econômico e financiamento da política social brasileira: notas sobre o período 1993/98. **Economia e Sociedade** 1999; v.13.

Fleury SM. Políticas sociais e cidadania na América Latina. In: Canesqui AM, organizadora. **Ciências sociais e saúde**. São Paulo: Hucitec/Abrasco; 1997.p. 135-55.

Goldbaum M. A epidemiologia em busca da equidade em saúde. In: Barata RB, Barreto ML, Almeida Filho N, Veras RP, organizadores. **Equidade e saúde: contribuições da epidemiologia**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/Abrasco, 1997. p.161-76. (Série Epidemiológica, 1)

Hart JT. The inverse care law. **Lancet** 1971; 1:405-12.

Hortale VA, Pedroza M, Rosa MLG. Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. **Cad Saúde Pública** 2000; 16:231-9.

IV Reunion Especial de Ministros de Salud de Ameritas; 1977 Sept 26-27; Washington, D.C. **Informe final y documento de referencia**. Washington D.C.: OMS/OPAS, 1978. Extensión de la cobertura de servicios de salud con las estrategias de atención primaria y participación de la comunidad; p.19-46. (Documento Oficial, 155).

Junqueira LP. A descentralização e a reforma do aparato estatal em saúde. In: Canesqui AM, organizadora. **Ciências sociais e saúde**. São Paulo: Hucitec/Abrasco; 1997.p. 173-203.

Linder FE. Encuestas sanitárias nacionales por interrogatório. In: Curiel D, Griffith GW, Linder FE, Logan RFL, Marinesco V, Muresan P et al. **Tendencias actuales de los estudios sobre morbilidad y mortalidad**. Ginebra:OMS; 1967.p.83-118.

Moura EC. The relationship between the use of primary health care and infant health status at 12 months in a Brazilian community. **Rev Bras Epidemiol** 1998; 1:79-87.

Solla JJSP. Algumas considerações sobre a utilização do conceito de “classe social” na investigação epidemiológica. **Saúde em Debate** 1990; 30:26-31.

Unglert CMS. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão dos serviços de saúde. **Rev Saúde Pública** 1990; 24:445-52.

ANEXOS

ANEXO I – MAPA DA REGIÃO SUDOESTE DA GRANDE SÃO PAULO.

Fonte: IBGE.

ANEXO II – CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DOS MUNICÍPIOS DE EMBU, ITAPECERICA DA SERRA E TABOÃO DA SERRA.

População residente nos municípios de Embu, Itapecerica da Serra e Taboão da Serra, nos anos de 1990, 2002 e 2002.

Município	População 1990	População 1992	População 2000	População 2002
Embu	150.074	163.180	207.663	218.535
Itapecerica Serra	89.935	90.094	129.685	138.952
Taboão da Serra	153.948	164.151	197.644	205.547

Fontes. IBGE, 2003a. IBGE 2003c.

Taxa de fecundidade geral (por mil mulheres entre 15 e 49 anos) nos municípios de Embu, Itapecerica da Serra e Taboão da Serra. 1990 a 2002.

Município	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Embu	71,3	68,7	69,6	71,4	68,6	67,3	67,9	64,5	75,8	73,2	77,56	72,1	69,1
Itapecerica da Serra	62,5	62,6	67,2	71,5	68	77,3	80,5	74,6	92,8	98,4	103,9	92,6	86
Taboão da Serra	80,2	66,1	70	75,8	73,5	72,5	77,9	92,6	95,2	87,2	82,66	78,6	76,2

Fonte: SEADE, 2003b

ANEXO II (continuação)

Taxa de natalidade (por mil habitantes) nos municípios de Embu, Itapecerica da Serra e Taboão da Serra. 1990 a 2002.

Município	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Embu	19,7	19,1	19,9	21,0	21,0	21,1	21,7	20,9	25,0	24,5	23,4	21,8	20,9
Itapecerica da Serra	16,8	17,0	18,6	20,2	19,8	22,8	24,0	22,3	27,9	29,6	30,6	27,3	25,4
Taboão da Serra	23,0	19,1	20,6	22,7	22,6	22,5	24,6	29,0	29,7	26,7	25,6	24,2	23,3

Fonte: SEADE, 2003b

ANEXO II (continuação)

População residente no município de Embu, por faixa etária. 1990 e 2002.

Faixa Etária	1990			2002		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
0 a 4 anos não detalhado	9369	9137	18506	...	...	...
Menor 1 ano	...	...	...	2440	2241	4681
1 a 4 anos	...	...	...	9628	9502	19130
5 a 9 anos	9776	9539	19315	10973	10602	21575
10 a 14 anos	9194	9144	18338	11159	11043	22202
15 a 19 anos	7762	8051	15813	11847	12331	24178
20 a 29 anos	14439	14573	29012	21922	22711	44633
30 a 39 anos	11521	11994	23515	16636	17767	34403
40 a 49 anos	7456	6983	14439	12101	13049	25150
50 a 59 anos	3209	3213	6422	6931	6836	13767
60 a 69 anos	1440	1700	3140	2663	3094	5757
70 a 79 anos	526	716	1242	946	1292	2238
80 anos e mais	127	205	332	297	524	821
Total	74819	75255	150074	107543	110992	218535

Fontes. IBGE, 2003c

População residente no município de Itapequerica da Serra, por faixa etária. 1990 e 2002.

Faixa Etária	1990			2002		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
0 a 4 anos não detalhado	5486	5493	10979	...	...	...
Menor 1 ano	...	...	...	1488	1519	3007
1 a 4 anos	...	...	...	6199	6070	12269
5 a 9 anos	5801	5818	11619	7193	7044	14237
10 a 14 anos	5429	5447	10876	7277	7150	14427
15 a 19 anos	4476	4761	9237	7425	7664	15089
20 a 29 anos	8220	8570	16790	13156	13948	27104
30 a 39 anos	6905	6954	13859	10880	11239	22119
40 a 49 anos	4358	3944	8302	7878	8033	15911
50 a 59 anos	2219	2146	4365	4237	4076	8313
60 a 69 anos	1246	1361	2607	1920	2102	4022
70 a 79 anos	478	534	1012	790	1025	1815
80 anos e mais	121	168	289	240	399	639
Total	44739	45196	89935	68683	70269	138952

Fontes. IBGE, 2003c.

ANEXO II (continuação)

População residente no município de Taboão da Serra, por faixa etária. 1990 e 2002.

Faixa Etária	1990			2002		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
0 a 4 anos não detalhado	8827	8818	17645	...	...	...
Menor 1 ano	...	...	...	2121	1960	4081
1 a 4 anos	...	...	...	8156	7906	16062
5 a 9 anos	9347	8960	18307	9467	9322	18789
10 a 14 anos	8534	8518	17052	9916	10111	20027
15 a 19 anos	7265	7702	14967	10547	11491	22038
20 a 29 anos	14746	15636	30382	19729	20845	40574
30 a 39 anos	12495	13276	25771	16364	18036	34400
40 a 49 anos	7773	7771	15544	11751	13206	24957
50 a 59 anos	3906	4148	8054	6536	7255	13791
60 a 69 anos	1846	2352	4198	3061	3804	6865
70 a 79 anos	649	937	1586	1166	1792	2958
80 anos e mais	154	288	442	357	648	1005
Total	75542	78406	153948	99171	106376	205547

Fontes. IBGE, 2003c.

ANEXO III – COEFICIENTES DE MORTALIDADE INFANTIL DOS MUNICÍPIOS DE EMBU, ITAPECERICA DA SERRA E TABOÃO DA SERRA.

Coeficientes de Mortalidade Infantil nos municípios de Embu, Itapecerica da Serra e Taboão da Serra. 1990 a 2002.

Municípios	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Embu	55,56	44,95	37,74	38,57	35,40	35,04	28,12	27,03	21,46	18,77	16,94	17,05	13,98
Itapecerica	56,30	40,13	28,36	34,52	32,61	34,79	25,24	27,99	18,32	25,23	15,20	15,16	10,1
Taboão	31,46	34,24	28,14	32,69	27,73	23,32	20,68	20,84	16,56	17,71	18,84	16,60	12,48

Fonte: SEADE, 2003a.

ANEXO IV – IDADE MATERNA.

Distribuição proporcional dos menores de um ano, segundo idade materna. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.

Idade materna	1990			2002		
	N ⁽¹⁾	% ⁽²⁾	IC ⁽²⁾	N ⁽¹⁾	% ⁽²⁾	IC ⁽²⁾
15 a 19 anos	33	8,70	5,79 – 11,60	20	9,64	4,10 – 15,18
20 a 34 anos	306	81,70	77,49 – 85,92	127	78,60	68,51 – 88,69
35 anos e mais	39	9,6	6,13 – 13,07	24	11,76	2,27 – 21,25
Total	396	100,0		171	100,0	

⁽¹⁾ Números absolutos na amostra não ponderada

⁽²⁾ Porcentagens e Intervalo de Confiança na amostra ponderada

Distribuição proporcional de nascidos vivos residentes em Embu, Itapecerica da Serra e Taboão da Serra, segundo idade materna. 2000.

Municípios	10 a 19 anos	20 a 34 anos	35 anos e +	Idade Ignorada
Embu	20,19	71,56	8,25	-
Itapecerica da Serra	20,73	71,43	7,84	0,03
Taboão da Serra	19,50	71,04	9,47	0,08

Fonte:MS/DATASUS. SINASC.

Proporção de nascidos vivos residentes em Embu, Itapecerica da Serra e Taboão da Serra com idade materna entre 10 a 19 anos. 1996-2000.

Municípios	Id.materna.	1996	1997	1998	1999	2000
Embu	10-19 a	20,2	20,6	20,3	20,0	20,2
	10-14 a	0,6	0,5	0,7	0,5	0,4
Itapecer. Serra	10-19 a	18,8	21,3	20,7	21,1	20,7
	10-14 a	0,8	0,6	0,3	0,6	0,5
Taboão da Serra	10-19 a	18,4	18,3	19,8	18,5	19,5
	10-14 a	0,6	0,5	0,5	0,5	0,6

Fonte:MS/DATASUS. SINASC.

ANEXO V- ESCOLARIDADE NA POPULAÇÃO FEMININA.

Distribuição proporcional dos menores de um ano, segundo escolaridade materna. Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1990 e 2002.

Escolaridade materna	1990			2002		
	N ⁽¹⁾	% ⁽²⁾	IC ⁽²⁾	N ⁽¹⁾	% ⁽²⁾	IC ⁽²⁾
0 a 3 anos	106	27,22	22,34 – 32,09	17	12,31	6,34 – 18,29
4 a 8 anos	219	56,77	52,02 – 61,53	78	47,99	40,12 – 55,86
9 anos e mais	56	16,01	10,48 – 21,54	76	39,70	30,93 – 49,01
População total	396	100,0		171	100,0	

⁽¹⁾ Números absolutos na amostra não ponderada

⁽²⁾ Porcentagens e Intervalo de Confiança na amostra ponderada

Proporção de população feminina de 18 anos e mais, segundo nível de instrução residente na Região Metropolitana de São Paulo. 1990 e 1994.

Nível de instrução	1990	1994	Variação
Sem instrução	13,6	10,7	-21,3
1º grau incompleto	50,2	47,0	-6,4
1º grau completo	12,6	10,7	-15,1
2º grau incompleto/completo	15,3	20,0	30,7
3º grau incompleto/completo	8,3	11,6	39,7

Fonte: Fundação SEADE. Pesquisa de Condições de Vida – PCV.

Taxa de escolaridade (em %) da população feminina de 15 anos e mais, residente na Região Metropolitana de São Paulo. 1996 a 1999 e 2001.

Escolaridade	1996	1997	1998	1999	2001
Menos de 1 ano de estudo	9,97	8,67	8,7	8,42	7,83
1 a 3 anos de estudo	10,18	10,17	9,14	9,53	8,92
4 a 7 anos de estudo	33,06	31,82	29,94	29,63	27,35
8 e mais anos de estudo	46,8	49,34	52,22	52,42	55,9

Fonte: MS. DATASUS. IDB-2002.

APÊNDICE

CONSTRUÇÃO DE QUESTIONÁRIO PARA USO EM INQUÉRITOS DE BASE POPULACIONAL. NOTAS METODOLÓGICAS.¹

Os serviços de saúde necessitam conhecer as necessidades da população à qual se destinam suas ações, o que só é possível quando a própria população responde a esta questão¹. Depois de definidas, as necessidades precisam ser mensuradas e prioridades estabelecidas levando em conta inclusive o total de recursos ^{2,3}. Os inquéritos de saúde são adequados para obtenção de dados que orientam este processo. Podem ser citados como componentes de saúde em inquéritos: riscos ambientais e ocupacionais aos quais a população está exposta, grupos vulneráveis e de alto risco na população, grau de preocupação, de necessidade percebida, de conhecimento a respeito dos problemas, morbidade, a severidade da doença e sua consequência na redução do papel social ou grau de incapacidade, o uso de serviços de saúde^{2, 3, 4, 6}.

Somente através de estatísticas de base populacional é possível conhecer a totalidade dos problemas e as características de usuários e não usuários de serviços de saúde, o que permite definir o denominador para o cálculo de taxas para a análise epidemiológica da utilização dos serviços ^{4,5,6}. Por não serem coletadas sistematicamente, vários países têm optado pelo uso crescente de inquéritos populacionais para sua obtenção ^{5,7}.

Os inquéritos provêm à possibilidade de encontrar mesmo os que não chegam ao sistema de saúde, cujas características e problemas de saúde provavelmente sejam diferentes daquelas dos usuários dos serviços⁴. Justifica-se sua realização pela importância na escolha de prioridades, tomada de decisões, monitoramento e avaliação de resultados e comparações ao longo do tempo ou após mudanças de políticas de saúde³.

¹ Esta revisão fez parte das discussões empreendidas na elaboração do questionário utilizado na Pesquisa "Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo".

Vários estudos epidemiológicos utilizam os inquéritos de base populacional, inclusive os longitudinais. Entretanto, os mais encontrados na literatura nacional e internacional, são os transversais descritivos ou com análises estatísticas como as de regressão hierarquizada.

O desenho do questionário a ser utilizado é de grande importância para a pesquisa epidemiológica. Precisa ser elaborado cuidadosamente e, como qualquer outro método de medida, os dados obtidos devem ter validade e confiabilidade^{2 8,9}. Além de definir quais informações se deseja obter através do inquérito, quanto maior a precisão das questões a serem feitas maior é a especificidade alcançada³.

Diante do papel fundamental do questionário para a qualidade das informações obtidas nestes estudos e da ausência de uma fonte de referência única que concentrasse aspectos a respeito de sua elaboração, foi realizada a presente revisão de literatura a respeito de questões metodológicas, a fim de orientar a construção de questionários adequados à aplicação em inquéritos de base populacional.

Definição. Existem diferentes definições para o termo questionário. Kelsey et al. (1986) consideram questionário “o documento escrito utilizado para obter informações, seja ele auto-administrado ou aplicado por um entrevistador”.

Formas de aplicação de questionários. As três estratégias mais comuns para obtenção de informações através de questionários são o envio por correio; a entrevista por telefone ou aplica-lo pessoalmente⁹. A mais apropriada é aquela que permite conseguir os dados que respondem perfeitamente àquilo que são destinados com melhor qualidade (confiança, validade e precisão)³.

A mais utilizada é a entrevista pessoal por entrevistadores treinados que registram as respostas em um questionário estruturado ou coletam medidas de forma padronizada³. Para estudos epidemiológicos recomenda-se a utilização de entrevistas estruturadas devido à necessidade de que os mesmos dados estejam disponíveis para todos os indivíduos entrevistados⁹.

²Medidas de validade e confiabilidade podem ser estudadas em Pereira, 1995 e Kelsey, 1986.

Tempo empregado. No planejamento de um inquérito, vários meses poderão ser destinados à construção do questionário. Pode-se pretender uma elaboração rápida, mas devido a sua importância, para garantir a qualidade são necessárias repetidas avaliações e discussões, o que leva invariavelmente à modificações e exige mais tempo do que inicialmente se espera ^{9,10}.

Pré-testes e piloto. É indispensável que o questionário seja testado em várias pessoas, inclusive com aquelas cujas características se assemelhem à população que participará do inquérito ^{9, 10}. Os pré-testes revelam necessidade de revisão, por exemplo, nos enunciados, na definição dos termos utilizados, no fluxo das questões ou até mesmo no tamanho do questionário¹⁰. Abramson (1984) valoriza os pré-testes, a ponto de afirmar que “se não existem recursos para um piloto do questionário, não faça a pesquisa”.

Informações e instruções. Os objetivos da pesquisa, a instituição ou pesquisadores responsáveis, a garantia de que as informações são confidenciais e as instruções de preenchimento poderão constar no próprio questionário. Outra opção seria a elaboração de um manual para acompanhar o questionário, que servirá de guia para o entrevistador, no qual ele encontraria estas informações, entre outras, tais como as instruções necessárias para o preenchimento do questionário. Todas as instruções devem ser completas e claras¹⁰.

Desenho do questionário. No desenho do questionário, dedicar atenção ao seu tamanho, formato e no fluxo das questões⁹. Seu formato deve ser de fácil manipulação, com espaço adequado que permita precisão no registro e na codificação das respostas^{10, 11}; apresentar introdução apropriada e transição de um assunto a outro⁹; quando for longo, instituir tópicos ou alterar o formato das questões, pois seqüências longas de questões com respostas do mesmo tipo podem levar o entrevistado à mera repetição mecânica de respostas¹⁰.

Quanto ao fluxo das questões, estas deverão seguir uma ordem “natural”: inicialmente aquelas de maior relevância para o estudo, mais fáceis e, se possível,

interessantes. Mais tardiamente, as questões difíceis ou de alguma forma embaraçosas^{9,10}.

Não há consenso a respeito de iniciar o questionário com questões gerais ou específicas. Iniciar com as gerais pode diminuir o primeiro impacto da entrevista e possibilita conhecer o pensamento geral do informante antes de questionar especificidades. Todavia, se houver necessidade de interrupção por parte do entrevistador, o resultado quanto ao impacto da entrevista e relação entrevistado/entrevistador será oposto ao esperado. As questões específicas levariam à reflexão detalhada sobre o tema, o qual seria encerrado com as questões gerais como síntese do assunto; mas elas geram bias para as respostas às questões gerais¹¹. Já as específicas “tendem a ser respondidas do mesmo modo, onde quer que estejam colocadas”¹⁰.

Em qualquer caso, a sequência de perguntas demanda exame cuidadoso para detectar distorções que possam vir a ocorrer: perguntas colocadas em ordem inversa comprometem a resposta; respostas específicas podem comprometer as respostas gerais. A sequência apropriada impede que sejam respondidas questões desnecessárias. Por ex, entrevistados que não consomem álcool não precisam responder sobre detalhes de consumo de álcool¹⁰.

Quanto à forma, as questões podem ser fechadas (closed-ended) ou abertas (open-ended), dependendo do que se deseja alcançar e das variáveis estudadas. Nas questões fechadas todas as possíveis respostas para uma questão são listadas no questionário, em alternativas fixas. Nas questões abertas as possíveis respostas são livres, não listadas^{9, 10}.

As questões fechadas são preferíveis para variáveis categóricas, pois as possíveis respostas são facilmente precodificadas⁹; podem prover duas respostas dicotômicas: sim/não ou mais com graus de frequência, por ex.¹⁰. Muito utilizadas pela pesquisa qualitativa, as questões abertas são escolhidas para estudos sobre opiniões e atitudes¹⁰ e para variáveis de distribuição contínua, pois listar tais respostas dificultaria, se não inviabilizaria, o questionário (ex. peso do entrevistado)⁹.

Questões abertas dificultam a categorização das respostas¹⁰ e a escassez de tempo ou recursos não permite que sejam analisadas¹¹; isto não ocorre naqueles casos nos quais as respostas são de certa forma restritas, como o nome de municípios

ou a idade do entrevistado¹⁰. Sugere-se que ao menos algumas sejam incluídas no desenho do questionário por serem úteis para estabelecer boa relação entre o entrevistado e o entrevistador e para a reflexão do entrevistado, melhorando a qualidade das demais respostas¹¹.

A uniformidade das respostas e a simplificação da análise são vantagens das questões fechadas. Entretanto, a formulação de categorias de respostas deve ser cuidadosa, pois devido à dificuldade em estabelecer todas as possíveis respostas (ou as mais importantes), poderá ocorrer limitação à sua variedade. Uma opção para solucionar este problema seria a inclusão da categoria de resposta “outros”, com espaço para registrar as especificações, evitando perdas^{9, 10}. O pré-teste também servirá de avaliação, pois demonstra as falhas nas questões fechadas. Outra forma de solução seria utilizar questões abertas no pré-teste ou piloto, as quais permitiriam descobrir uma diversidade de respostas, servindo de orientação para as categorias fechadas¹⁰.

Nas questões fechadas, o ideal seria que as respostas fossem lidas para o entrevistado ou por ele visualizadas através de cartões. Ao invés de respostas em palavras, pode ser usada uma escala tendo em seu início e final as respostas extremas e, se desejar, alguns níveis intermediários; o ponto apropriado para resposta é indicado pelo respondente. A análise será feita através do nível apontado pelo entrevistado ou medindo a posição marcada por ele¹⁰.

O questionário pode ter questões precodificadas. “As questões precodificadas são aquelas nas quais o número designado para uma dada resposta é impresso ao lado da resposta no questionário não sendo necessário um código adicional”⁹. Quando não são factíveis, deve se planejar codificação específica para o estudo, após a coleta de dados. A codificação posterior toma tempo adicional na pesquisa, exige o pagamento de um codificador além de ser uma oportunidade de erros⁹.

As questões precodificadas têm como vantagem, poupar o tempo da codificação e do processamento e recursos da pesquisa; evitar oportunidade de erros; indicar a dimensão possível da resposta^{9,11}. Demandam questionário com layout apropriado, piloto cuidadoso, padronização e adequação de termos e entrevistadores competentes e bem treinados, para registrar detalhes que não constam na questão precodificada e que poderão posteriormente ser aproveitados¹¹.

A morbidade e a utilização de serviços de saúde. O uso de check-lists (listas de doenças ou incapacidades crônicas selecionadas) é discutido pela literatura como vantajoso para melhoria da validade das informações sobre morbidade referida nos inquéritos. Seu uso contendo os termos mais comumente utilizados pela população para definição de doenças, superaria as variações culturais, de definições e alguns problemas de comunicação. Relembrem as queixas menores; quando não utilizados, pode ocorrer subinformação de doenças frequentes e surgir altas proporções de doenças severas, alterando o padrão de morbidade referida e de utilização dos serviços^{1, 3, 12, 13}.

Para sua elaboração aconselha-se conhecer o padrão de morbidade e a terminologia local, identificar as doenças mais suscetíveis à ações de saúde pública e definir se determinados estados (por ex. gravidez, senilidade) serão incluídos na morbidade^{1, 12}. No fluxo do questionário devem ser previstas questões iniciais sobre todas as doenças, seguidas do check-list¹⁴.

Pensando na qualidade das respostas relativas ao uso de serviços de saúde, devem ser formuladas perguntas em separado a respeito da morbidade e do uso de serviços de saúde. Esta relação cria questões metodológicas, pois alguns sintomas declarados demandam serviços de saúde e outros não. Ou ainda, dois sintomas que ocorreram juntos demandaram duas ou mais utilizações de serviços. Sugere-se como possíveis soluções relacionar a ação demandada para cada sintoma que a demandou; sortear um dos sintomas; descrever a ação relativa ao sintoma que o entrevistado definir como o mais importante ou agrupar os sintomas em doenças através de classificações elaboradas para este fim e descrever a utilização de serviços para estas doenças¹².

Critérios para elaboração das questões.

O critério básico para a elaboração de uma questão é que ela deve ser *válida* como “medida da variável que se deseja estudar”¹⁰.

O entrevistado deve ser capaz de responder à questão^{10, 14}. Esta condição diz respeito a vários aspectos, que são discutidos a seguir. Deve se evitar questões de *difícil compreensão*. É possível que se obtenha alto índice de respostas a questões difíceis, o que não significa precisão das respostas; por vezes o entrevistado pode

responder a pergunta por não admitir que não a entendeu. A compreensão pode ser facilitada até mesmo pela forma de elaborar a questão¹².

É o caso de perguntas que exploram cada idéia em separado, evitando *perguntas que envolvam duas ou mais idéias*, o que levaria o entrevistado a lembrar apenas da última idéia contida na pergunta^{9, 10}. Certos estudos apresentam vários tipos de atividades e solicitam que o entrevistado faça uma classificação entre elas. É preferível questionar cada atividade em separado à comparar um tipo de atividade com outro⁹.

Dedicar atenção aos *termos utilizados*. Os termos devem ser bem definidos¹¹, passíveis de entendimento pelo respondente e todos os entrevistados deverão compreendê-los da mesma forma¹⁰. Termos técnicos relacionados a doenças podem ocasionar dificuldade e ter sentido diferente para leigos e profissionais da saúde¹⁰. Recomenda-se o emprego de pesquisas sobre problemas lingüísticos e conceituais precedendo os inquéritos ou sua observação durante o piloto, para definição dos conceitos a serem incluídos no desenho do questionário¹.

Questionar sobre coisas que o entrevistado desconhece, é um erro encontrado em vários questionários¹¹. Para certificar-se de que o *assunto é conhecido pelo entrevistado*, pode ser feita uma questão que servirá de triagem¹⁰.

As perguntas devem ser *relacionadas a experiências reais*¹. Levar questões hipotéticas ao entrevistado é outro erro encontrado em inquéritos¹¹. Existe fraca relação com a resposta dada sobre situações que não ocorreram e o comportamento que o indivíduo realmente teria⁹. Pessoas que não têm determinada doença não devem responder questões como se a tivesse¹⁰.

O respondente deve ser recordar do evento sobre o qual presta as informações. É de qualidade duvidosa a informação a respeito de eventos que ocorreram há muito tempo, dos que tiveram pouco impacto no indivíduo ou daqueles que ele não se recorda^{9, 10}.

As questões não devem ser *ambíguas*^{9, 10}. Algumas questões levam imprecisão ao entrevistado. Por ex. a questão: “Você já fumou alguma vez em sua vida?” não define o que é fumar, qual tipo de cigarro deverá ser considerado, se o fato de ter fumado um cigarro em toda sua vida levaria à resposta positiva. Uma

alternativa seria: “Você já fumou pelo menos um cigarro por dia, ao longo de um ano?”⁹.

Questões que requerem *muitos detalhes* devem ser evitadas. Mesmo que o respondente tenha resposta a todos eles, um nível exagerado de detalhamento torna a entrevista tediosa, a precisão das respostas fica comprometida e aumenta a chance de tornar o respondente hostil ao restante do questionário. Caso seja realmente necessária, o mais adequado seria uma série sistemática de questões⁹.

Não devem ser *ofensivas* ou abordar *aspectos socialmente delicados*. Evitar questões que exponham o entrevistado à situação constrangedora, como revelar sua ignorância, tratar de problemas íntimos ou de fatos pouco aceitos socialmente: doenças sexualmente transmissíveis, impotência sexual ou hábitos vergonhosos^{10, 12}. Mais uma vez é necessário conhecer o contexto social, pois algumas questões críticas em um grupo social, podem ser inócuas em outro grupo¹.

Sua declaração é tão pouco freqüente que não justifica a inclusão nestas investigações. Em algumas situações é melhor consegui-la informalmente; os estudos qualitativos, em pequena escala ou entrevistas auto-aplicadas são mais adequados para obter informações válidas sobre estes problemas¹².

Se não houver a possibilidade de evitar questões delicadas, dedicar especial cuidado à abordagem ou utilizar enfoques indiretos na sua formulação^{10, 12}. Um estudo sobre tais questões revelou que a construção da pergunta fez diferença na reação a elas, mais do que a forma de administrar o questionário (pessoa a pessoa, telefone ou auto-administrado). Duas táticas produziram crescimento na média das respostas: utilizar uma longa introdução à questão ou utilizar questões abertas. O enunciado deve mostrar que o objetivo não é julgar o entrevistado quanto ao seu comportamento¹⁰.

Algumas sugestões para contornar o problema são: considerar uma prática comum a outras pessoas e perguntar sobre a mesma prática, para o entrevistado; perguntar a respeito do comportamento no passado antes de perguntar sobre o presente; usar termo familiar ao respondente, o qual pode ser definido por ele mesmo, em questão inicial; colocar possíveis respostas em cartões, para que o respondente aponte a resposta, sem precisar verbalizar¹⁰.

A respeito do *tamanho* das questões, aquelas com enunciados curtos são preferíveis às longas. As questões longas poderão ser incorporadas ao questionário, desde que em seu enunciado não existam redundâncias, mas não devem ser usadas indiscriminadamente. Sejam curtas ou longas, as perguntas deverão ser lidas lentamente, a fim de proporcionar ao entrevistado o tempo necessário para pensar¹⁰.

Deve ser *explícita quanto ao tipo de informação que deseja obter*. Caso contrário, as respostas poderão variar conforme os diferentes significados para as diferentes pessoas e ganhar um espectro muito amplo de categorias, que não seria desejado pela pesquisa. A leitura das possíveis alternativas ou a apresentação de um cartão com as possíveis respostas seria uma forma de superar este problema.

É preciso que fique explícito também o *grau de precisão* que se espera do entrevistado, o qual terá importante repercussão em informações como o número e a natureza da morbidade referida¹⁴. Outras informações permitem maior flexibilidade como, por exemplo, peso e altura; a informação pode ser obtida através de intervalos sem perder a qualidade⁹. “A obtenção de dados exatos seria preferível para melhorar a precisão das medidas, mas na sua impossibilidade, um valor agrupado aproximado possibilita ao pesquisador alguma informação”⁹.

Problemas comumente encontrados em questionários.

A formulação de questões pode causar problemas e gerar alguns tipos de bias. A literatura cita alguns problemas em questionários utilizados por pesquisas. A indução de respostas pelo enunciado da pergunta¹⁰. O destaque de uma dentre as várias possíveis respostas à questão, dando a impressão de que aquela seria a mais importante, a respeito da qual o entrevistado deveria se ater⁹. Número insuficiente de categorias de respostas, impossibilitando às pessoas responderem, quando não se enquadram nas categorias existentes⁹. Intervalos sobrepostos causam dúvidas sobre qual a localização correta das respostas que estiverem justamente no limite⁹. A exclusão de importantes doenças do check-list¹¹.

Referências bibliográficas.

1. Kroeger A Health interview surveys in developing countries: a review of the methods and results. International Journal of Epidemiology. 1983, 12:465-81.

2. Schach E. Discussion. In: International Conference on Health Statistics for the Year 2000; 1982 Sept 27; Bellagio, Italy. Budapest: Statistical Publishing House/WHO; 1984. p.137-140.
3. White KL. Health surveys: who, why and what? Wld. Hlth. Statist. Quat., 38:2-14, 1985.
4. Carlson BA. National Household Surveys and their health components. In: International Conference on Health Statistics for the Year 2000; 1982 Sept 27; Bellagio, Italy. Budapest: Statistical Publishing House/WHO; 1984. p.121-43.
5. Medina E. Uso de la epidemiología em la evaluación de la atención primaria. Colombia Médica 1984; 152: 55-9.
6. Pereira MG. Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995.
7. Illsley R. Comparative review of sources, methodology and knowledge. Soc sci med 1990; 31: 229-236.
8. Carvalheiro JR. Investigación epidemiológica e entrevistas domiciliárias. Rev Saúde Públ 1981; 15:543-50.
9. Kelsey JL, Thompson WD, Evans AS. Methods in Observational Epidemiology. New York. Oxford. Oxford University Press. 1986.
10. Abramson JH. Survey methods in Community Medicine. An introduction to epidemiological and evaluative studies. 3 ed. Churchill Livingstone. Edinburg London Melbourne and New York. 1984. 339p.
11. Cartwright Ann. Health surveys in practice and in potential: a critical review of their scope and methods. London. King Edward's Hospital Fund for London. 1983. 227p.
12. Kroeger A. Errores de respuesta y otros problemas de las encuestas de salud mediante entrevista en los países en desarrollo. Bol Of Sanit Panam. 1986, 100:253-82.
13. Campos CEA. Os inquéritos de saúde sob a perspectiva do planejamento. Cad Saúde Públ. 1993; 9:190-200.
14. Linder FE. Encuestas sanitarias nacionales por interrogatorio. In: Curiel D et al. Tendencias actuales de los estudios sobre morbilidad y mortalidad. Ginebra:OMS. 1967.