

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

ADRIANA XAVIER DE SANTIAGO

ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE ENTRE CRIANÇAS DE 5 A 9
ANOS DA ZONA URBANA DE SOBRAL-CE E FATORES ASSOCIADOS

FORTALEZA
2011

ADRIANA XAVIER DE SANTIAGO

ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE ENTRE CRIANÇAS DE 5 A 9 ANOS DA ZONA URBANA DE SOBRAL-CE E FATORES ASSOCIADOS

Dissertação submetida à Coordenação do Mestrado em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Saúde Coletiva

Orientador: Profª. Dra. Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto.

FORTALEZA
2011

S226a Santiago, Adriana Xavier de

Acesso e utilização dos serviços de saúde entre crianças de 5 a 9 anos da zona urbana de Sobral-CE e fatores associados/ Adriana Xavier de Santiago. – Fortaleza, 2011.

165 f. : il.

Orientador: Profa. Dra. Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará.
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Fortaleza, Ceará.

1. Serviços de Saúde 2. Acesso aos Serviços de Saúde 3. Equidade 4. Saúde da Criança. I. Cunha, Ivana Cristina de Holanda (orient.) II. Título.

CDD:362.10425

ADRIANA XAVIER DE SANTIAGO

ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE ENTRE CRIANÇAS DE 5 A 9 ANOS DA ZONA URBANA DE SOBRAL-CE E FATORES ASSOCIADOS

Dissertação submetida à Coordenação do Mestrado em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.
Área de concentração: Saúde Coletiva

Aprovada em ____ / ____ / ____.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto (Orientadora)
Faculdade de Medicina – Sobral/Universidade Federal do Ceará

Profa. Dra. Ana Cecília Silveira Lins Sucupira
Faculdade de Medicina/Universidade de São Paulo

Prof. Dr. José Wellington de Oliveira Lima
Departamento de Saúde Coletiva/Universidade Estadual do Ceará

Dedico à minha filha, Ana Maria, pelas aventuras e desventuras vividas durante este tempo.

Aos meus filhos João e Luís, presentes de Deus para mim.

AGRADECIMENTOS

A Deus que providenciou TUDO para realização deste sonho.

Às minhas autoridades pela liberação de alguns compromissos comunitários.

Ao meu querido e amado esposo Roberto, o principal incentivador.

Aos meus pais, irmãos, cunhadas e sogra por terem assumido, muitas vezes, o papel de mãe dos meus filhos, enquanto estive envolvida nesta jornada.

Aos meus irmãos do Shalom pelo apoio e pelas orações.

À coordenação do mestrado e aos professores por terem dividido conosco tanto conhecimento científico.

Aos colegas de turma que compartilharam as noites sem dormir tentando entender Sócrates e Platão ou variância e desvio-padrão.

À Zenaide e Dominik que viabilizam todo o fluxo das atividades do programa de pós-graduação.

Às funcionárias da Biblioteca do Centro de Ciências da Saúde pela correção das normas de publicação e referências bibliográficas.

À Dra Ivana, que me incentivou desde o início ainda em Sobral, pela insistência, dedicação, orientação e muitas vezes, luz quando eu não conseguia mais ver nada.

Ao Dr Odorico Andrade, outro grande incentivador, que me tirou dos modelos teóricos da academia para a vida real.

À Profa. Sílvia, grande mestra nos tempos de graduação e por ter sido a âncora durante a análise estatística, para que eu não fugisse às origens.

À Dra Ana Cecília, pelo brilhantismo na elaboração da pesquisa e por ter confiado a mim a análise de tão preciso trabalho, além de ter sido uma segunda orientadora.

Ao Dr José Wellington, por todo trabalho desenvolvido no delineamento da pesquisa.

Às crianças, hoje adolescentes, participantes da pesquisa e às mães e responsáveis por elas pela disponibilidade em participar do estudo.

Ao Felipe Neto, da Escola de Formação em Saúde da Família, fiel guardião dos instrumentos coletados e que me repassou a missão.

A todos aqueles que direta ou indiretamente foram envolvidos no estudo.

À prefeitura de Sobral pelo apoio financeiro à pesquisa.

À CAPES pelo apoio financeiro durante o período do curso.

RESUMO

Evidências mostram que indivíduos com piores condições de saúde são os mais pobres, com menos escolaridade e piores condições de vida. A Utilização dos Serviços de Saúde (USS), determinante social intermediário, pode interferir na saúde dos indivíduos. No entanto, a busca dos serviços de saúde depende das características pessoais, dos recursos disponíveis e da percepção da necessidade de saúde segundo o Modelo Comportamental de USS proposto por Andersen. O objetivo do trabalho foi identificar os fatores associados à USS entre crianças de 5 a 9 anos na zona urbana do município de Sobral-CE. O estudo foi um recorte da pesquisa de base populacional “Estudo das condições de saúde, educação e qualidade de vida das crianças de 5 a 9 anos da zona urbana do município de Sobral-CE”. Foram realizadas entrevistas domiciliares com 3.274 crianças, em 1999/2000. As variáveis dependentes foram a USS nas unidades de saúde da família (PSF), nos hospitais e nos consultórios particulares e conveniados aos planos de saúde, nos últimos 30 dias e de forma regular. Apenas 558 (17,0%) das crianças utilizaram os serviços de saúde nos últimos 30 dias. Quando perguntado o tipo de serviço utilizado habitualmente, o PSF foi o mais referido (79,1%), seguido do hospital (13,5%) e dos serviços por convênio ou particulares (3,4%). Em torno de 116 crianças, 3,5% da amostra, eram levadas a outros serviços como farmácias, rezadeiras, madrinhas, avós, entre outros. Os fatores associados à USS no último mês foram: a ocorrência de problemas de saúde (OR=3,9); a utilização regular do PSF (OR=1,8); a coleta do lixo, direta e indireta (OR=1,3 e 1,9) e a localização da residência na sede do município (OR=1,5). Os fatores associados à utilização regular do PSF foram: escolaridade materna e condições econômicas menores, morar na sede dos distritos e próximo ao PSF, realizar consulta sempre ou às vezes no mesmo dia da procura, ser cadastrado no PSF e não ter plano de saúde. Associados ao hospital foram: escolaridade materna e condições econômicas maiores, morar na sede do município e distante do PSF, melhores condições de escoadouro de dejetos, realizar consulta sempre no mesmo dia da procura, não ser cadastrado no PSF e não possuir plano de saúde. Associados aos consultórios particulares/conveniados foram: escolaridade materna e condições econômicas maiores, não ser cadastrado no PSF e possuir cobertura de plano de saúde. Os resultados mostraram que a USS no município de Sobral-Ce praticamente não mostrou desigualdade no acesso entre a faixa etária estudadas. Atribui-se a implantação da Estratégia Saúde da Família que alcançou os grupos populacionais mais vulneráveis e historicamente excluídos da atenção à saúde.

Palavras-chave: Determinantes Sociais de Saúde. Utilização dos Serviços de Saúde. Acesso aos Serviços de Saúde. Equidade. Saúde da Criança.

ABSTRACT

Evidence shows that individuals with worse health conditions are poorer, less educated and poorer living conditions. The Health Services Use (HSU), a social determinant intermediary, can interfere with the health of individuals. However, the pursuit of health services depends on personal characteristics, available resources and the perceived need for health according to the Behavioral Model of HSU proposed by Andersen. The objective was to identify factors associated with HSU among children 5 to 9 years in the urban area of Sobral, CE. The present study was part of a research population-based "Study of the health, education and quality of life for children 5-9 years of the urban area of Sobral-CE". Home interviews were conducted with 3,274 children in 1999/2000. The dependent variables were the HSU in family health units (PSF), in hospitals and private clinics and insured health plans in the last 30 days and regularly. Only 558 (17.0%) children used health services in the last 30 days. When asked what type of service commonly used, the PSF was the most frequently mentioned (79.1%), followed by hospital (13.5%) and services by private agreement or (3.4%). Around 116 children, 3.5% of the sample were taken to other services such as pharmacies, mourners, godmothers, grandmothers, and others. Factors associated with HSU in the last month were: the occurrence of health problems (OR = 3.9), regular use of the PSF (OR = 1.8), garbage collection, direct and indirect (OR = 1.3 and 1.9) and location of residence in the town (OR = 1.5). Factors associated with regular use of the PSF were maternal education and lower economic conditions, living in the headquarters district and close to the PSF, conduct consultation always or sometimes the same day seeking to be registered with the PSF and not have health insurance. Associated with the hospital were: maternal education and higher economic conditions, living in the town and away from the PSF, better outlet for waste, carry out consultation on the same day of demand, not registered in the PSF and do not have health insurance. Associated with private offices / insured were maternal education and higher economic conditions, the PSF is not registered and has health plan coverage. The results showed that the HSU in Sobral-CE showed almost no inequality in access between the age group studied. Is attributed to the implementation of the Family Health Strategy which reached the most vulnerable populations and historically excluded from health care.

Key-words: Social Determinants of Health. Utilization of Health Services. Access to Health Services. Equity. Child Health.

LISTA DE FIGURAS

1 – Modelo de determinantes sociais de saúde de Dahlgren e Whitehead.....	15
2 – Modelo comportamental inicial (ANDERSEN, 1995).....	29
3 – Modelo comportamental de utilização dos serviços de saúde.....	33
4 – Medidas de acesso (ANDERSEN, 1968 <i>apud</i> ANDERSEN, 1995).....	33
5 – Número de artigos publicados sobre fatores determinantes à utilização dos serviços de saúde segundo ano de publicação e base de dados de origem, Brasil, 2000-2009.....	34
6 – Divisão geográfica do município de Sobral-CE.....	50
7 – Fluxograma de seleção do estudo.....	51
8 – Diagramas de dispersão das variáveis quantitativas.....	66
9 – Modelo de utilização dos serviços de saúde entre crianças de 5 a 9 anos, Sobral-Ce.....	145

LISTA DE TABELAS

1 – Distribuição de uma amostra de 3.274 crianças de 5 a 9 anos segundo características de predisposição, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.....	62
2 – Distribuição de uma amostra de 3.274 crianças de 5 a 9 anos segundo recursos disponíveis , zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.....	63
3 – Medidas descritivas de uma amostra de 3.274 crianças de 5 a 9 anos segundo recursos disponíveis, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.	65
4 – Distribuição de uma amostra de 3.274 crianças de 5 a 9 anos segundo problemas de saúde nos últimos 15 dias anteriores à pesquisa, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.	67
5 – Distribuição da amostra de 544 crianças de 5 a 9 anos, consultadas no último mês, segundo processo do cuidado médico, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.....	67
6 – Distribuição da amostra de 544 crianças de 5 a 9 anos, consultadas no último mês, segundo satisfação do usuário, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.....	68
7 – Distribuição da amostra de 3.274 crianças de 5 a 9 anos segundo utilização dos serviços de saúde, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.....	69
8 – Relação entre utilização habitual dos serviços de saúde (PSF x Outros serviços) e características de predisposição, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.	72
9 – Relação entre utilização habitual dos serviços de saúde (PSF x Outros serviços) e recursos disponíveis, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.	73
10 – Relação entre utilização habitual dos serviços de saúde (PSF x Outros serviços) e recursos disponíveis, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.	74
11 – Relação entre utilização habitual dos serviços de saúde (PSF x Outros serviços) e ocorrência de problemas de saúde nos últimos 15 dias anteriores à pesquisa, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.	74
12 – Relação entre utilização habitual dos serviços de saúde (PSF x Outros serviços) e processo do cuidado médico, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.	76
13 – Relação entre utilização habitual dos serviços de saúde (PSF x Outros serviços) e satisfação do usuário, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.	77
14 – Modelo final de utilização habitual dos serviços da Unidade de Saúde da Família, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.	78
15 – Relação entre utilização habitual dos serviços de saúde (Hospital x Outros serviços) e características de predisposição, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.	81
16 – Relação entre utilização habitual dos serviços de saúde (Hospital x Outros serviços) e recursos disponíveis, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.	82
17 – Relação entre utilização habitual dos serviços de saúde (Hospital x Outros serviços) e recursos disponíveis, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.	83
18 – Relação entre utilização habitual dos serviços de saúde (Hospital x Outros serviços) e ocorrência de problemas de saúde nos últimos 15 dias anteriores à pesquisa, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.	84
19 – Relação entre utilização habitual dos serviços de saúde (Hospital x Outros serviços) e processo do cuidado médico, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.	85
20 – Relação entre utilização habitual dos serviços de saúde (Hospital x Outros serviços) e satisfação do usuário, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.	86
21 – Modelo final de utilização habitual dos serviços hospitalares, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.....	87
22 – Relação entre utilização habitual dos serviços de saúde (Convênio/ particular x Outros serviços) e características de predisposição, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.	89
23 – Relação entre utilização habitual dos serviços de saúde (Convênio/particular x Outros serviços) e recursos disponíveis, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.....	91

24 – Relação entre utilização habitual dos serviços de saúde (Convênio/ particular x Outros serviços) e recursos disponíveis, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.....	92
25 – Relação entre utilização habitual dos serviços de saúde (Convênio/particular x Outros serviços) e ocorrência de problemas de saúde nos últimos 15 dias anteriores à pesquisa, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.....	93
26 – Relação entre utilização habitual dos serviços de saúde (Convênio/particular x Outros serviços) e processo do cuidado médico, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.....	94
27 – Relação entre utilização habitual dos serviços de saúde (Convênio/ particular x Outros serviços) e satisfação do usuário, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.....	95
28 – Modelo final de utilização habitual dos serviços de clínicas particulares ou convênios, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.....	96
29 – Fatores associados à Utilização habitual dos Serviços de Saúde por crianças de 5 a 9 anos segundo tipo de serviço, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.....	97
30 – Relação entre utilização dos serviços de saúde nos últimos 30 dias e características de predisposição, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.....	99
31 – Relação entre utilização dos serviços de saúde nos últimos 30 dias e recursos disponíveis, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.....	100
32 – Relação entre utilização dos serviços de saúde nos últimos 30 dias e recursos disponíveis, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.....	101
33 – Relação entre utilização dos serviços de saúde nos últimos 30 dias e ocorrência de problemas de saúde nos últimos 15 dias anteriores à pesquisa, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.....	101
34 – Modelo final de Utilização dos Serviços de Saúde nos últimos 30 dias dos serviços da Unidade de Saúde da Família, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.....	102
35 – Relação entre utilização dos serviços de saúde nos últimos 30 dias (PSF x Outros serviços) e características de predisposição, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.....	104
36 – Relação entre utilização dos serviços de saúde nos últimos 30 dias (PSF x Outros serviços) e recursos disponíveis, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.....	105
37 – Relação entre utilização dos serviços de saúde nos últimos 30 dias (PSF x Outros serviços) e recursos disponíveis, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.....	106
38 – Relação entre utilização dos serviços de saúde nos últimos 30 dias (PSF x Outros serviços) e ocorrência de problemas de saúde nos últimos 15 dias anteriores à pesquisa, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.....	106
39 – Relação entre utilização dos serviços de saúde nos últimos 30 dias (PSF x Outros serviços) e processo do cuidado médico, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.....	108
40 – Relação entre utilização dos serviços de saúde nos últimos 30 dias (PSF x Outros serviços) e satisfação do usuário, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.....	109
41 – Modelo final de Utilização dos Serviços de Saúde nos últimos 30 dias dos serviços da Unidade de Saúde da Família, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.....	110
42 – Relação entre utilização dos serviços de saúde nos últimos 30 dias (Hospital x Outros serviços) e características de predisposição, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.....	113
43 – Relação entre utilização dos serviços de saúde nos últimos 30 dias (Hospital x Outros serviços) e recursos disponíveis, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.....	114
44 – Relação entre utilização dos serviços de saúde nos últimos 30 dias (Hospital x Outros serviços) e recursos disponíveis, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.....	115
45 – Relação entre utilização dos serviços de saúde nos últimos 30 dias (Hospital x Outros serviços) e ocorrência de problemas de saúde nos últimos 15 dias anteriores à pesquisa, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.....	115

46 – Relação entre utilização dos serviços de saúde nos últimos 30 dias (Hospital x Outros serviços) e processo do cuidado médico, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.....	116
47 – Relação entre utilização dos serviços de saúde nos últimos 30 dias (Hospital x Outros serviços) e satisfação do usuário, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.....	117
48 – Modelo final de Utilização dos Serviços de Saúde nos últimos 30 dias dos serviços hospitalares, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.....	118

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNDSS	Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
dp	Desvio-padrão
ESF	Estratégia Saúde da Família
IC	Intervalo de Confiança
OR	<i>Odds ratio</i> (razão de chances)
PSF	Programa Saúde da Família
RP	Razão de Prevalência
SUS	Sistema Único de Saúde
USS	Utilização dos Serviços de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 Contextualizando	14
1.1.1 Determinantes Sociais de Saúde	14
1.1.2 O Sistema de Saúde brasileiro	18
1.2 O “Estudo das condições de saúde, educação e qualidade de vida das crianças de 5 a 9 anos da zona urbana do município de Sobral – Ceará – Brasil”	21
1.3 O encontro com o objeto	22
1.4 Justificativa	25
2 REVISÃO DE LITERATURA	27
2.1 Modelos explicativos da utilização dos serviços de saúde	27
2.2 O modelo comportamental de Andersen	28
2.2.1 A gênese do modelo	28
2.2.2 Fatores que determinam a utilização dos serviços de saúde segundo Andersen	29
2.2.2.1 <i>Características de predisposição</i>	29
2.2.2.2 <i>Recursos disponíveis</i>	30
2.2.2.3 <i>Necessidade</i>	30
2.2.2.4 <i>Variáveis dependentes no modelo</i>	31
2.2.3 O desenvolvimento do modelo	31
2.3 Os preditores da utilização dos serviços de saúde	34
2.3.1 Sexo do indivíduo	35
2.3.2 Raça/cor da pele	36
2.3.3 Local de residência	37
2.3.4 Renda familiar	38
2.3.5 Escolaridade	38
2.3.6 Auto-avaliação do estado de saúde	39
2.3.7 Problemas de saúde	42
2.3.8 Serviços ambulatoriais	42
2.3.9 Serviços odontológicos	43
2.3.10 Internações hospitalares	45
3 OBJETIVOS	48
3.1 Objetivo geral	48
3.2 Objetivos específicos	48
4 METODOLOGIA	49
4.1 Cenário	49
4.2 O processo de coleta de dados	50
4.3 As variáveis	52
4.2.1 Variáveis dependentes	52
4.2.2 Variáveis independentes	53
4.2.2.1 <i>Características individuais</i>	53
4.2.2.2 <i>Comportamento em saúde</i>	54
4.2.2.3 <i>Desfechos</i>	54
4.2.2.4 <i>Tratamento das variáveis</i>	55
4.4 Análise de dados	57
4.5 Aspectos éticos	59
5 RESULTADOS	61
5.1 Descrevendo a amostra	61
5.1.1 Variáveis independentes	61

5.1.2 Variáveis dependentes: Utilização dos serviços de saúde	69
5.2 Análise inferencial	70
5.2.1 Utilização habitual: Unidade de Saúde da Família (PSF) <i>versus</i> Outros serviços	70
5.2.2 Utilização habitual: Hospital <i>versus</i> Outros serviços	80
5.2.3 Utilização habitual: Convênio/particular <i>versus</i> Outros serviços.....	89
5.2.4 Utilização dos Serviços de Saúde nos últimos 30 dias.....	98
5.2.5 Utilização dos Serviços de Saúde nos últimos 30 dias: Unidade de Saúde da Família (PSF) <i>versus</i> Outros serviços.....	103
5.2.6 Utilização dos Serviços de Saúde nos últimos 30 dias: Hospital <i>versus</i> Outros serviços	112
6 DISCUSSÃO	119
6.1 O indivíduo, a família e o domicílio	119
6.2 O acesso aos serviços de saúde	121
6.3 Utilização dos Serviços de Saúde.....	123
6.4 Utilização da Estratégia de Saúde da Família	128
6.5 Utilização dos serviços hospitalares	134
6.6 Utilização dos serviços de clínicas particulares e conveniadas.....	137
6.7 Comparando os serviços utilizados.....	139
6.8 Perfis dos grupos populacionais por tipo de serviço utilizado	144
7 CONCLUSÕES	146
REFERÊNCIAS	148
ANEXO	155

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualizando

1.1.1 Determinantes Sociais de Saúde

Ao longo da história da humanidade houveram várias correntes sobre as possíveis causas das enfermidades sobre o homem. Primeiramente, eram atribuídos aos deuses como castigo para humanidade, como pode ser observado em alguns trechos da Bíblia Sagrada (2000), por exemplo, no Evangelho de João, onde os discípulos de Jesus questionavam-no a respeito de um cego de nascença: *Quem teria pecado para que ele nascesse cego? Ele ou seus pais?* (Jo 9,2).

No século XVIII até as últimas décadas do século XIX, atribuía-se as condições de higiene da população e às questões ambientais, da água e dos ares – teoria miasmática. A partir da descoberta dos bacteriologistas Koch e Pasteur, passou a predominar a explicação causal das doenças por um agente etiológico específico, ou teoria explicativa unicausal, enfraquecendo-se a importância dada às questões ambientais e sociais – paradigma bacteriológico (Andrade, 2006). No entanto, sempre houve um embate entre os enfoques biológico e social do processo saúde-doença, com maior ênfase ao enfoque biológico. Somente a partir da Conferência de Alma-Ata, em 1978, o tema dos determinantes sociais em saúde foi recolocado em cena (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde – CNDSS, os determinantes sociais da saúde são:

Os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (BUSS;PELLEGRINI FILHO, 2007).

Mas, como esses fatores podem causar adoecimento no indivíduo? Buss e Pellegrini Filho (2007) explicam que a renda, por exemplo, influencia a saúde pela escassez de recursos dos indivíduos e pela ausência de investimentos de infra-estrutura comunitária (transporte, educação, saneamento, habitação, serviços de saúde, entre outros). Somado a isso,

acrescentam-se os fatores psicossociais, ou seja, percepções e experiências de pessoas em sociedades desiguais que provocam estresse e prejuízo à saúde.

Nos últimos anos, alguns modelos vêm sendo desenvolvidos para demonstrar os mecanismos através dos quais os determinantes sociais de saúde afetam a saúde. O relatório da reunião da Comissão de determinantes sociais de saúde da Organização das Nações Unidas (2005), relaciona os principais modelos estudados até o momento, entre eles os modelos de Dahlgren e Whitehead (1991); Diderichsen e Hallqvist (1998), adaptado subsequentemente por Diderichsen, Evans e Whitehead (2001); Mackenbach (1994); e o de Marmot e Wilkinson (1999).

Um dos principais modelos é o desenvolvido por Dahlgren e Whitehead (1998), que explica como as desigualdades sociais na saúde são resultados de interações entre os diferentes níveis de condições, desde o nível individual até o mais geral. O modelo (Figura 1) é disposto em camadas, desde a mais próxima dos determinantes individuais até uma camada distal, onde se situam os macrodeterminantes.



Figura 1 – Modelo de determinantes sociais de saúde de Dahlgren e Whitehead.
Fonte: Buss e Pellegini Filho (2007)

De acordo com a Figura 1, observa-se que os fatores individuais estão no centro. Idade, sexo e fatores genéticos, sem dúvida, influenciam a saúde do indivíduo. A segunda camada se caracteriza pelo limiar entre as condições individuais e da sociedade, nela

aparecem o comportamento e os estilos de vida individuais, por exemplo, hábito de fumar e dieta pobre. A influência da sociedade aparece na próxima camada onde se destacam as redes comunitárias e de apoio, cuja maior riqueza expressa o nível de coesão social. No próximo nível encontramos fatores relacionados às condições de vida e trabalho, disponibilidade de alimento, acesso a ambientes e serviços essenciais como saúde e educação, indicando que as pessoas em desvantagem social correm riscos diferenciados, criados por condições habitacionais mais humildes, exposição às condições mais perigosas ou estressantes de trabalho e acesso menor aos serviços. O último nível inclui as condições econômicas, culturais e ambientais prevaletentes na sociedade. Os macrodeterminantes possuem grande influência sobre as demais camadas (OMS, 2005; BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Os modelos buscam explicar os mecanismos que geram desigualdade e iniquidades na saúde e propõem intervenções para cada nível, na tentativa de reduzir tal iniquidade. É importante, no entanto, ressaltar a diferença entre desigualdade e iniquidade em saúde.

Victora (2006) define como desigualdade em saúde, a diferença sistemática entre os grupos populacionais com relação aos indicadores de saúde. A iniquidade é qualquer desigualdade injusta e evitável.

Andrade (2010) citando o documento da OMS diz:

A iniquidade implica num fracasso para evitar ou superar desigualdades em saúde que infringem as normas de direitos humanos, ou são injustas. Elas têm raízes na estratificação social, portanto, a iniquidade na saúde pode ser definida como uma categoria moral profunda inserida na realidade política e na negociação das relações sociais de poder.

A desigualdade social torna-se injusta quando está em função do sexo, raça/etnia, faixa etária e do nível socioeconômico. Victora *et al.* (2003, 2006) analisando os diversos inquéritos de saúde e demográficos, mostraram que os pobres morrem mais cedo, sendo que as possíveis causas são:

1. Maior exposição às doenças e agravos. Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) 2002 mostram que 35% das famílias mais pobres não tinham acesso à água potável, ao passo que as famílias mais ricas o percentual não chega a 1%. A pesquisa mundial de saúde mostra que no Brasil, em torno de 22% dos indivíduos que possuem no máximo três bens de consumo no domicílio fumam diariamente, enquanto que os indivíduos que possuem 8 ou mais bens, pouco mais de 10% fumam diariamente.

2. Menor cobertura de intervenções preventivas. Menos da metade das crianças mais pobres recebem seis ou mais intervenções básicas por ano, enquanto que o percentual no

grupo de crianças mais ricas é superior a 90%. Dados da PNAD 2003 mostram que pouco mais de 20% das mulheres que tinham no máximo um ano de escolaridade realizaram mamografia pelo menos uma vez na vida.

3. Maior probabilidade de adoecer. Os resultados da coorte de Pelotas iniciada em 1982 mostram que à medida que cresce a renda familiar diminui o percentual de mulheres que engravidaram na adolescência. A mesma coorte mostra ainda que à medida que cresce a renda familiar diminui o percentual de homens com sintomas psiquiátricos menores.

4. Menor resistência às doenças. Em torno de 14% das crianças vindas de famílias com renda mensal até um salário mínimo apresentaram déficit de peso para idade, enquanto que a partir de 3 salários mínimos, o percentual cai para 1%.

5. Menor acesso aos serviços de saúde. Dados da PNAD 2003 mostraram que o percentual de indivíduos que realizaram consulta médica no último ano foi diretamente proporcional à renda familiar.

6. Pior qualidade da atenção recebida em serviços de atenção primária. Dados da coorte de Pelotas em 2004 mostraram que o percentual de mulheres mais pobres que realizaram exame ginecológico durante o pré-natal foi de aproximadamente 70%, ao passo que nas mulheres mais ricas o percentual foi 85%.

7. Menor probabilidade de receber tratamentos essenciais. A pesquisa mundial de saúde em 2003 mostrou que no Brasil, o percentual de indivíduos que receberam os medicamentos prescritos na consulta aumentava à medida que aumenta o número de bens de consumo. De forma contrária acontecia com o total de adultos que perderam todos os dentes, à medida que aumentava o número de bens no domicílio diminuía o percentual de indivíduos sem dentes.

Dos determinantes sociais de saúde podemos destacar o sistema de saúde como tendo um papel relevante no estado de saúde do indivíduo. Encontra-se firmemente relacionado aos modelos pessoais e não-pessoais de organização e fornecimento dos serviços de saúde, pode tratar diretamente das diferenças de exposição e vulnerabilidade, não somente melhorando o acesso aos cuidados, mas também promovendo ações intersetoriais para melhorar o estado de saúde. O sistema de saúde é capaz de assegurar que problemas de saúde não levem a deterioração do estado de saúde das pessoas e facilitar a reinserção no mercado de trabalho (OMS, 2005).

1.1.2 O Sistema de Saúde brasileiro

O Sistema Único de Saúde (SUS), sistema de saúde brasileiro previsto na Constituição Federal de 1988, significou uma vitória do Movimento Sanitarista que se opunha ao modelo hegemônico médico-assistencialista e hospitalocêntrico. O SUS tem, dentre suas diretrizes, a universalidade, a integralidade, a descentralização, a participação popular e a igualdade (BRASIL, 1990).

Entendendo a universalidade como a saúde sendo um direito de todos, não somente aqueles cobertos pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões, ou assistidos pela filantropia das Santas Casas de Misericórdia.

O princípio da integralidade está previsto na constituição como "atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais" (BRASIL, 1988, art. 198).

Na lei nº8.080/90 – lei que regulamenta o SUS – o texto traz o termo “igualdade de assistência” para todos. Este conceito é menos avançado socialmente que o de equidade, pois define que todos brasileiros recebam o mesmo tratamento do sistema de saúde. O princípio da equidade, por outro lado, propõe priorizar grupos sociais menos privilegiados, e traduziria um valor de solidariedade social para com setores marginais de nossa população.

Para a Organização Pan-Americana de Saúde (2005):

a equidade em saúde se refere à ausência de diferenças injustas no estado de saúde, no acesso à atenção à saúde e aos ambientes saudáveis, e no trato que se recebe nos sistemas de serviços sociais e de saúde. É a pedra angular dos valores sociais: a forma como uma sociedade trata a seus membros que estão em pior situação e reflete a maneira como se julga a vida humana, seja implícita ou explicitamente.

Para alcançar os princípios determinados pela Constituição Brasileira na fundamentação do sistema de saúde é necessário que o mesmo seja baseado na Atenção Primária a Saúde – APS (OPAS, 2005). A APS é definida por Starfield (2002) como o nível de um sistema de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre todas as situações de saúde, exceto as incomuns, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros.

Segundo a Declaração Oficial da Conferência de Alma-Ata, a Atenção Primária de Saúde (APS) é fundamentalmente assistência sanitária posta ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, com sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país pudessem suportar. A Declaração de Alma-Ata afirmou ainda que a

APS era a chave para alcançar um nível aceitável de saúde, que fizesse parte do desenvolvimento social e se inspirasse em um espírito de justiça (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006).

Estudos científicos têm mostrado que países onde o sistema de saúde é fundamentado na atenção primária alcançam melhores indicadores de saúde com melhor custo-efetividade nos gastos em saúde. Andrade, Barreto e Bezerra (2006) elencaram diversos estudos que comprovam que a APS tem impacto positivo nos indicadores de saúde da população, bem como influência positiva no acesso a serviços preventivos e promocionais.

Nas Américas, a partir de documento publicado pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) a APS é defendida como parte integral do desenvolvimento dos Sistemas de Saúde e enfatizada como o caminho mais adequado para produzir melhoras equitativas e sustentáveis na saúde dos povos. No entanto, o documento deixa claro que caberá a cada país desenvolver sua própria estratégia para utilização da APS.

No caso brasileiro a estratégia utilizada é a Estratégia Saúde da Família (ESF) que foi iniciada em 1994 a partir da decisão de reorganizar a rede de assistência à saúde a fim de consolidar os princípios do SUS. A implantação da ESF foi ocorrendo de forma gradual nos municípios à medida que os gestores percebiam o impacto positivo nos indicadores de saúde nos municípios que adotaram a estratégia.

Na época da implantação da ESF, o Brasil já estava no período de transição epidemiológica, onde emergem as doenças crônico-degenerativas, sem, no entanto, eliminação das doenças infecciosas. As taxas de mortalidade infantil nas regiões nordeste e norte eram bastante elevadas e cobertura vacinal inferior às recomendadas. Segundo Andrade, Barreto e Bezerra (2006), o ideal seria que os países apresentassem taxas de mortalidade infantil abaixo de 20 por 1000 nascidos vivos e cobertura vacinal próxima a 100%. Além dos próprios indicadores de acesso desfavoráveis e pobres resultados da atenção básica, o país enfrentava naquele momento uma profunda desigualdade regional na oferta de serviços de saúde, no acesso e nos investimentos em saúde.

A evidência de melhoria de tais indicadores após a implantação e expansão do PSF pode ser verificada nos estudos realizados, sobretudo com relação aos indicadores da saúde materno infantil. Nas áreas onde haviam o PSF implantado foi maior o acesso à assistência pré-natal, melhor cobertura vacinal, redução da mortalidade infantil, sobretudo por diarreia e redução da mortalidade neonatal. No município de Sobral, Silva (2003) realizou um estudo sobre o impacto da implantação da ESF sobre indicadores de saúde materno-infantis no período de 1995 a 2002. Alguns indicadores apresentaram redução expressiva: desnutrição

no primeiro ano de vida, mortalidade neonatal, mortalidade infantil e por diarreia no primeiro ano de vida. As variações positivas em relação ao pré-natal, ao aleitamento materno e à imunização no primeiro ano de vida foram também bastante significativas (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006).

Para Goldbaum *et al.* (2005), o Programa Saúde da Família (PSF) se constitui em uma estratégia de reorganização do sistema de atenção à saúde para o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo descrito como ferramenta de promoção de equidade na oferta de serviços.

A busca pela equidade passa pela identificação de barreiras à utilização dos serviços de saúde (USS) que nos últimos anos tem sido bem explorada no Brasil (SILVA, 1999). O SUS tem como finalidade regular a utilização dos serviços de maneira que, esse não seja usado segundo as leis de mercado (oferta e procura) dificultando o acesso às populações mais desfavorecidas socialmente, exatamente aquelas cujo risco de adoecer e morrer são maiores.

O SUS e a ESF tem contribuído nessa busca pela equidade nos serviços de saúde. Ribeiro *et al.* (2006), com base nos dados da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio – PNAD – mostraram que os usuários do SUS são pretos ou pardos, os mais pobres, com menor escolaridade, sem plano de saúde do que os não-usuários do SUS.

Quanto à contribuição da ESF, esta foi constatada por Goldbaum *et al.* (2005) analisando áreas cobertas pela estratégia no município de São Paulo em comparação a outras áreas com serviços de atenção básica tradicionais, quando documentou que a organização do serviço promovida pela ESF contribuiu para equidade na utilização. Fato também observado por Fernandes, Bertoldi e Barros (2009) em um estudo realizado em Porto Alegre. Nesta última pesquisa, os usuários da ESF e os usuários de outros serviços – hospitais, ambulatorios, clínicas, farmácia – apresentaram o mesmo percentual de utilização de serviços nos últimos 15 dias, no entanto, os usuários do SUS eram os mais pobres e sem posse de plano de saúde. A conclusão dos autores foi de que a ESF tem oferecido assistência à saúde aos que mais necessitam.

1.2 O “Estudo das condições de saúde, educação e qualidade de vida das crianças de 5 a 9 anos da zona urbana do município de Sobral – Ceará – Brasil”

Historicamente, os estudos sobre acesso e utilização de serviços de saúde têm sido realizados a partir de dados dos sistemas de informação no momento da utilização do serviço. Tal prática gera um viés, uma vez que somente os casos que de fato procuraram o atendimento serão contemplados, sendo excluídos aqueles que sequer chegaram ao serviço e por vezes, com maiores necessidades de saúde.

A melhor forma de abranger todos os indivíduos é através dos inquéritos populacionais realizados no domicílio. Segundo Travassos *et al.* (2000), estudos sobre condições de vida e de saúde têm sido realizados periodicamente em muitos países, para orientar a formulação das políticas públicas e a alocação dos recursos.

No Brasil destaca-se a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio – PNAD realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, cujo objetivo é gerar informações sobre as características demográficas básicas da população e do mercado de trabalho desde 1967. O suplemento saúde da PNAD foi incorporado pela primeira vez em 1981, cuja periodicidade seria de 5 anos, no entanto, houve uma pausa desde a PNAD 1986, sendo retomada em 1998 e 2003 (TRAVASSOS, 2008). Além da PNAD, pode-se citar a Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição – PNSN, realizada pelo Ministério da Saúde sobre condições de saúde e nutrição da população, publicada em 1991 (SOBRAL, 1999).

Mesmo diante da importância desses inquéritos, há que ressaltar que os resultados se referem ao nível nacional, ficando por vezes, mascarados os resultados em nível local. Daí a importância da realização de inquéritos nos estados e municípios. Travassos *et al.* (2006), após identificar diferenças entre os Estados do país, sugere que pesquisas futuras devam ser realizadas para estudar mais detalhadamente os fatores que explicam as particularidades do acesso em cada região.

Baseado nisso, a Secretaria de Saúde e Assistência Social do município de Sobral-CE realizou um inquérito de base populacional cujo objetivo era identificar as condições de saúde, educação e qualidade de vida da população. No entanto, limitou-se a uma parcela da população – os escolares – baseada na carência de estudo nessa faixa etária, decorrente de ações, atividades e programas do Ministério da Saúde referentes às faixas etárias menores de cinco anos e adolescente, ficando assim um hiato, justamente a fase escolar (SOBRAL, 1999).

A pesquisa intitulada “Estudo das condições de saúde, educação e qualidade de vida das crianças de 5 a 9 anos da zona urbana do município de Sobral – Ceará – Brasil” pode ser classificada como estudo de corte transversal de base populacional. A coleta de dados ocorreu em duas etapas (1999 e 2000), com crianças de 5 a 9 anos (nascidas entre 1990 e 1994) residentes da zona urbana do município de Sobral-CE (SOBRAL, 1999).

Os dados foram coletados em entrevistas domiciliares por meio de questionário dividido em informações sobre identificação da criança, características da família e do domicílio, escolaridade da criança, trabalho infantil, estado nutricional, morbidade referida nos últimos 15 dias, situação vacinal e consumo de serviços de saúde.

Depois de efetuada a entrevista, a mãe ou responsável era convidada a levar a criança a uma unidade de saúde mais próxima para que fossem realizados os exames clínicos, pelo médico e pelo enfermeiro. Caso fosse necessário, a criança era encaminhada para avaliação de especialistas – oftalmologista, cardiologista, ortopedista, ginecologista e outros. Algumas crianças ainda foram selecionadas para consulta odontológica e otorrinolaringologista. A metodologia completa pode ser consultada em Sucupira (2003).

1.3 O encontro com o objeto

O encontro com o objeto se deu no início de 2002 quando, recém-formada, fui convidada a prestar assessoria estatística a Secretaria de Saúde do município de Sobral, sendo uma das minhas atribuições “cuidar” dos dados da Pesquisa. Não participei da elaboração do projeto, nem da coleta de dados, já que a mesma ocorreu entre 1999 e 2000, mas estive presente na parte final da digitação, na correção de cada bloco e na maioria das análises realizadas.

Através do relatório de pesquisa pude conhecer melhor o município de Sobral, a infra-estrutura, as condições sanitárias, os equipamentos de lazer disponíveis, os serviços de saúde. Conhecer a cultura popular através das práticas realizadas como levar os filhos doentes às rezadeiras ou à farmácia; a utilização da **repetidora**¹ para ajudar no desenvolvimento

¹ Profissional responsável em ajudar as crianças durante a realização das tarefas escolares.

escolar; as formas de divertimento da população; e a grande quantidade de **Romários**². Conhecer a composição das famílias, muitas delas multigeracionais, a estrutura de renda, a migração e outros.

A partir das análises estatísticas realizadas junto aos pesquisadores, foi possível o meu envolvimento com essa população, vivenciar (de forma indireta) algumas situações referentes à saúde das crianças e acompanhar seu crescimento. A começar, poderia citar o estudo de Fernandes (2002) que investigou não apenas as condições ginecológicas de algumas das meninas (agora já com idade de 7 a 11 anos), mas seus sonhos, suas expectativas futuras. Essas mesmas meninas que hoje, com idade de 15 a 19 anos, são objetos de estudo de Queiroz (2010), que pretende conhecer os fatores determinantes para uma possível gravidez em sua fase de adolescência.

Barreto (2006) estudou os aspectos relacionados à morbidade referida pela mãe durante na entrevista domiciliar, suas causas mais prevalentes, possíveis fatores condicionantes, as causas e condicionantes das internações hospitalares e do estado nutricional da criança. A autora identificou uma elevada prevalência de doenças do aparelho respiratório, sendo que os principais fatores associados a esta morbidade referida foram ter idade entre 5 e 7 anos, residir no núcleo urbano principal do município e frequentar a escola. As principais causas de internação hospitalar no grupo estudado foram as doenças infecciosas e respiratórias. O déficit estatura para idade foi mais prevalente no sexo masculino e nas crianças que não frequentavam escola.

Quanto à saúde bucal, Noro *et al.* (2009) realizaram avaliação clínica e odontológica, em um subgrupo da amostra, em dois momentos: a primeira coleta ocorreu em 1999/2000 (entre 5 e 9 anos de idade) e a segunda em 2007 (12 anos a 16 anos). O objetivo era analisar a incidência da cárie dentária bem como a associação à condição sócio-econômica, acesso a serviços e auto-percepção de saúde. A incidência de cárie aumentou progressivamente com a idade e entre as variáveis estudadas, mostraram associação com a presença de cáries, dor de dentes nos últimos 6 meses, consumo de merenda escolar, frequência ao dentista e acesso à unidade de saúde.

Os autores também estudaram os fatores determinantes da consulta ao dentista pelo menos uma vez na vida a partir dos dados coletados em 1999/2000. O autor observou que metade das crianças nunca haviam ido ao dentista, com idade já entre 5 e 9 anos e que os

² Nome próprio comum nas crianças participantes da pesquisa. Acredita-se que se deve ao fato das crianças terem nascido entre 1990 a 1994, período em que o principal jogador da Seleção Brasileira de Futebol era o atacante Romário.

fatores que influenciaram a utilização do serviço odontológico estão vinculados às condições sócio-econômicas, destacando-se a posse de plano de saúde, escova dentária, existência de coleta de lixo regular no bairro, escolaridade da mãe, tratamento de esgoto e desnutrição (NORO *et al.*, 2008).

Além de apreciar algumas condições de saúde da população estudada, foi possível também conhecer algumas questões relacionadas à educação das crianças. Sucupira (2003) estudou as condições de vida e saúde das crianças de 7 a 10 anos de idade e as suas relações com o desempenho escolar e os fatores determinantes para o fracasso escolar. A autora justifica que a utilização do limite inferior de idade (7 anos) é o marcador para a criança começar o ensino fundamental e o limite superior, aos 10 anos, é devido ao fato de que algumas crianças já haviam completado ano no momento da coleta.

Os fatores associados à repetência escolar foram as variáveis consideradas marcadores sócio-econômicos: *renda per capita* e *escolaridade materna*; variáveis relacionadas à escolaridade: *ajuda para fazer lição* e *irmão repetente*, além das variáveis *ser cadastrado no PSF* e *ter outra religião diferente da católica*. *Ter um irmão repetente* aumentaria o risco de repetência uma vez que estão dadas todas as condições para que outras crianças da família sejam também repetentes. *Ter ajuda para fazer lição* seria um fator de risco, ao estar selecionando um grupo de crianças que necessitam de ajuda. Nenhuma das variáveis relacionadas à saúde foi significativas, o que permite afirmar que, para esse grupo, as condições de saúde não têm relação com o desempenho escolar (SUCUPIRA, 2003).

Diante do panorama apresentado, surgiu o interesse por estudar o comportamento dessa amostra de crianças quanto à USS no município de Sobral: *Quais características destas crianças e suas famílias afetariam a busca pelos serviços de saúde e a realização dos mesmos? Que tipo de serviços de saúde as famílias utilizam mais? Existem padrões diferentes de consumo de serviços dentro das mesmas faixas de renda e escolaridade?*

A hipótese era de que os fatores sociais (renda familiar, condições de moradia, escolaridade da mãe), geográficos (distância, localização do domicílio e a zona de residência), de acesso (cadastro da família no PSF, posse de plano de saúde, tempo de espera da consulta) e a ocorrência de doenças determinavam a USS.

Durante a revisão de literatura foi possível perceber como tais variáveis eram semelhantes ao que vem sendo estudado ao longo dos anos por vários autores e também existia um modelo explicativo de USS proposto por Andersen (1995), com características semelhantes, acrescentando apenas outros fatores que não me ocorreram na época.

1.4 Justificativa

Estudos sobre os determinantes sociais da saúde, iniquidades em saúde e equidade têm sido realizados de forma nacional gerando informação e fundamentando as políticas e programas nacionais. No entanto, é de suma importância, a realização de estudos sobre a temática de forma regional, gerando conhecimento sobre a realidade local para futuras intervenções de forma mais efetivas.

A realização de estudos locais sobre determinantes da saúde e iniquidade em saúde está em total concordância com um dos objetivos da CNDSS que consiste na produção do conhecimento e informações sobre os determinantes sociais e a situação de saúde, particularmente gerando conhecimentos sobre as iniquidades em saúde, de forma local (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Identificar os fatores associados à utilização desses serviços se torna importante pelo fato de caracterizar de que forma as desigualdades sociais influenciam no acesso do indivíduo ao serviço; caracterizar a postura do indivíduo em relação à busca de práticas preventivas ou apenas curativas; e permitir que o poder público possa se mobilizar no sentido de promover políticas públicas de forma a minimizar, talvez não as desigualdades sociais às quais o cidadão está submetido, mas não permitir que tais condições sociais afetem a busca de serviços promotores de saúde.

Castro (2006) afirma que o estudo da USS torna-se prioritário pelas seguintes razões: a intensa e pouco regulada incorporação tecnológica na área da saúde, resultando em custos crescentes para o setor; as grandes mudanças no perfil dos pacientes internados, sendo os pacientes menos graves tratados no nível ambulatorial, ficando a internação hospitalar para os casos mais graves e de custo mais elevado; e a importante crise no setor hospitalar que presta serviços ao SUS – público, filantrópico ou privado – frente à escassez de recursos humanos especializados em gestão hospitalar e ao desequilíbrio entre receita e despesa.

Trabalhos anteriormente realizados, com base no *Estudo das condições de saúde, educação e qualidade de vida das crianças de 5 a 9 anos da zona urbana do município de Sobral* já haviam abordado alguns aspectos do consumo de serviços de saúde. Alguns itens foram contemplados por Barreto (2006) e Noro (2008) em suas respectivas teses de doutorado, sendo dispensável nova análise. Barreto (2006) identificou os fatores determinantes das internações hospitalares no último ano e a morbidade referida nos últimos

15 dias. Noro (2008) os fatores associados à consulta ao dentista inclusive nos últimos 12 meses.

Entretanto, diversos aspectos estavam por ser investigados, como por exemplo, analisar a USS nas unidades do Programa Saúde da Família, na rede hospitalar e nas clínicas particulares ou conveniadas, de forma habitual e principalmente, no último mês.

Tal análise permite avaliar a equidade no acesso, investigar padrões de consumo³, estudar com detalhes os determinantes da USS, incluindo os estruturais ou sociais, os intermediários (plano de saúde) e os proximais (sexo, idade, existência de doença ou queixa crônica, desnutrição).

Além disso, é preciso mencionar a importância do estudo, realizado principalmente em um município com alta cobertura da Estratégia Saúde da Família, sendo utilizadas as estruturas das próprias unidades básicas de saúde, podendo de certa forma, avaliar a implantação da estratégia no município.

Estas informações poderão ser de grande utilidade no planejamento das ações e serviços de saúde direcionados a esta faixa etária em Sobral e outros municípios brasileiros.

³ O conhecimento do padrão de utilização dos serviços se torna essencial, para que as respostas às demandas reflitam decisões equânimes e efetivas em relação aos custos, uma vez que esse padrão oferece insumos durante o processo de alocação e geração de recursos (SAWYER; LEITE; ALEXANDRINO, 2002).

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Modelos explicativos da utilização dos serviços de saúde

Serviços de Saúde são estabelecimentos destinados a promover a saúde do indivíduo, protegê-lo de doenças e agravos, prevenir e limitar os danos a ele causados e reabilitá-lo quando sua capacidade física, psíquica ou social for afetada (ANVISA, 2010). Para Travassos (1997), os serviços de saúde devem desempenhar um papel relevante no aumento do conforto e na diminuição do sofrimento, em particular da dor, entre os pacientes.

A cesta de serviços de saúde no saúde pode ser composta pela utilização de serviços em hospital, posto ou centro de saúde, clínica ou consultório particular, farmácia, consultório odontológico, outros consultórios (fonoaudiólogos, psicólogos, etc), ambulatório ou consultório do sindicato, de clínica, pronto-socorro, emergência, laboratório ou clínica para exames complementares, atendimento domiciliar. A utilização/uso ou consumo dos serviços de saúde é a interação entre o indivíduo e os serviços.

Alguns estudos têm sido realizados com o objetivo de identificar os fatores determinantes para o uso dos serviços de saúde. Estes estudos têm revelado que a utilização desses serviços é determinada por diversos fatores sociais, econômicos, de acesso, de necessidade. Conhecer tais fatores se torna importante por conta da otimização da alocação de recursos, uma vez que estes são escassos, baseado na demanda apresentada, como também pode caracterizar a organização do sistema de saúde.

Tomando como base a revisão bibliográfica de Haddad (1992), Travassos e Martins (2004) identificaram e classificaram em duas categorias, os principais modelos explicativos sobre a USS: a) modelos centrados na tomada de decisão e no comportamento do indivíduo; b) modelos, nos quais se considera a interação entre os indivíduos e os prestadores de serviço.

Na primeira categoria – centrado na tomada de decisão e no comportamento do indivíduo – está o modelo de crenças em saúde que busca explicar o comportamento dos indivíduos em relação à saúde e a utilização dos serviços tomando por base as crenças, intenções e percepções do risco.

Enquadrados na segunda categoria – interação entre os indivíduos e os prestadores de serviço – encontram-se o modelo é baseado no comportamento do indivíduo em procurar o

serviço de saúde, comportamento esse que é resultado do balanceamento entre a necessidade ou a percepção de suscetibilidade do indivíduo e as dificuldades possivelmente encontradas para obtê-lo. Segundo Travassos e Martins (2004), dentre os modelos de explicação desse fenômeno o que mais tem sido utilizado é o proposto por Andersen e Newman.

O modelo é aquele que dá importância aos fatores ligados à oferta dos serviços, que inclua as características individuais do prestador/profissional de saúde como fator de explicação. Como principal modelo desse gênero o modelo Dutton (1986) que utiliza como determinantes individuais as características propostas por Andersen, contudo nas características dos profissionais de saúde são considerados fatores demográficos, formação, experiência e atitude (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Ainda há outro tipo de modelo que utiliza a relação entre a saúde e o uso dos serviços de saúde. O modelo denominado “Modelo de produção de saúde” (EVANS; STODART, 1994 *apud* TRAVASSOS; MARTINS, 2004) afirma que a doença é determinante para o consumo do serviço de saúde não a saúde. A utilização do serviço impacta diretamente na doença, mas apenas indiretamente na saúde.

2.2 O modelo comportamental de Andersen

2.2.1 A gênese do modelo

Andersen (1995, 2008), começou a analisar os dados do Inquérito Nacional de Saúde dos Estados Unidos em 1963 por conta de seu doutorado na Purdue University. O autor procurava entender como as famílias utilizavam os serviços de saúde e qual a razão para tantas disparidades no acesso e nos serviços recebidos pelas pessoas. Logo que começou seu estudo percebeu que havia dificuldades em definir variáveis de caracterização das famílias, sobretudo naquelas que eram compostas por indivíduos heterogêneos, passou então a utilizar como objeto de estudo o indivíduo, avaliando suas características pessoais e algumas referentes à família.

Como produto de seu estudo, desenvolveu o modelo comportamental para explicar a USS; definir uma medida de equidade no acesso; e ajudar no desenvolvimento de

políticas que promovem a equidade. Andersen vem trabalhando nessa temática durante toda sua vida profissional (ANDERSEN, 2008).

O primeiro modelo de Andersen e Newman (1973 *apud* Andersen (1995)) foi desenvolvido em função da **predisposição** do indivíduo em usar os serviços de saúde; **recursos disponíveis** ou fatores facilitadores do uso; e a **necessidade** de cuidado apresentada pelo indivíduo (Figura 2). Nenhuma das três condições, observada isoladamente, explica a utilização dos serviços, que é fruto de uma interação entre as mesmas.



Figura 2 – Modelo comportamental inicial
Fonte: Andersen (1995).

2.2.2 Fatores que determinam a utilização dos serviços de saúde segundo Andersen

2.2.2.1 Características de predisposição

As características de predisposição são aquelas relativas às características individuais que podem aumentar a chance de uso de serviços de saúde (HIMES; RUTROUGH, 1994 *apud* SAWYER, 2002). Conforme Andersen (1995) pode ser medido por fatores demográficos, estruturas sociais e crenças em saúde.

Os fatores **demográficos** são dados pelo sexo e idade do indivíduo. A **estrutura social** é medida pela habilidade do indivíduo em lidar com os problemas apresentados, capacidade de gerenciar os recursos para resolver o problema e percepção de ambientes saudáveis ou não. Tradicionalmente essas medidas são avaliadas pelas variáveis educação, ocupação e raça (ANDERSEN, 1995).

Crenças em saúde são atitudes, valores e conhecimentos que as pessoas têm sobre saúde e serviços de saúde que podem influenciar as percepções de necessidade e uso dos serviços.

2.2.2.2 Recursos disponíveis

Recursos disponíveis ou fatores de capacitação/facilitadores/inibidores como definem Sawyer (2002) e Silva (1999) referem-se à capacidade de um indivíduo procurar e receber serviços de saúde. Eles estão diretamente ligados, por um lado, às condições econômicas individuais e familiares. Para Andrade, Barreto e Bezerra (2006), a caracterização da unidade familiar deve se levar em conta não só a composição demográfica, como também as variáveis que descrevem a organização e situação familiar e as características do ambiente. Por outro, está relacionado à oferta de serviços na comunidade onde o indivíduo reside.

Esses fatores incluem renda, condições do domicílio, planos de saúde, suporte familiar, disponibilidade, proximidade, o tempo de deslocamento e de espera e a quantidade de serviços ofertados (ANDERSEN, 1995).

2.2.2.3 Necessidade

Os fatores de necessidade referem-se tanto às percepções subjetivas das pessoas acerca de sua saúde, quanto ao estado de saúde objetivo dos indivíduos. Hulka e Wheat (1985 *apud* ANDERSEN, 1995) ressaltam que o perfil de necessidades individuais constitui-se no determinante mais importante do padrão de consumo de serviços.

Andersen considera dois tipos de necessidade: percebida – como as pessoas percebem seu estado geral de saúde, como cada um julga a necessidade ou não de procurar ajuda profissional – e avaliada – verificada pelo profissional de saúde. O autor afirma que a necessidade avaliada tem maior precisão que a percebida pelo indivíduo, no entanto, o contexto social que o indivíduo vive pode influenciar na capacidade de buscar pelos serviços de saúde (ANDERSEN, 1995).

2.2.2.4 Variáveis dependentes no modelo

O primeiro modelo utilizava como variáveis dependentes os serviços realizados em ambulatório clínicos; hospital (ambulatório e emergência) e serviços odontológicos, durante o período de um ano. A hipótese de Andersen (1995, 2008) afirmava que fatores de necessidade e predisposição explicavam de forma diferente o uso, dependendo do tipo de serviço. Hospitais recebem problemas mais sérios e as características que melhor explicam o modelo são as características demográficas e de necessidade. Já o serviço odontológico pela estrutura social (educação e raça), crenças em saúde e fatores de disponibilidade (seguro-saúde, renda e assistência regular).

2.2.3 O desenvolvimento do modelo

O modelo comportamental de Andersen passou a ser usado para caracterizar a USS. Logo começaram a surgir críticas com relação à inexistência de algumas variáveis importantes ou devido à pouca relevância dada a outras. Por exemplo, os psicólogos questionavam a utilização de forma inapropriada da característica “crenças em saúde”, bem como as relações sociais que, segundo alguns autores da época, facilitariam ou dificultariam o uso dos serviços de saúde (ANDERSEN, 1995). Outras críticas estiveram associadas à falta de precisão sobre variáveis relacionadas aos beneficiários de seguro-saúde.

Alguns autores também apontavam o componente “organização do serviço” como fator importante, a ser incorporado no modelo. Esta proposta foi corroborada posteriormente por Andersen, ele acreditava que, sendo o indivíduo conhecedor da organização do serviço, isto poderia ajudá-lo a melhor utilizar o serviço.

As críticas levaram Andersen a avaliar seu modelo e propor mudanças. O desenvolvimento do modelo nos anos 70 contou com o apoio de Lu Ann Aday e outros colaboradores. O sistema de saúde foi explicitamente incluído reconhecendo a importância das políticas nacionais de saúde, os recursos e a organização dos serviços de saúde para determinação da USS da população (ANDERSEN, 2008). Foram incluídas ainda, características do serviço como o tipo, lugar e objetivo e como desfecho foi adicionada a “satisfação do usuário” (ANDERSEN, 1995).

Posteriormente, em torno dos anos 80, foram inseridos no modelo os fatores externos, – componentes físicos, políticos e econômicos – assim como as práticas saudáveis – dieta, exercícios físicos e práticas de autocuidado (ANDERSEN, 1995). Essa fase do desenvolvimento do modelo, segundo Andersen (2008), foi impulsionada pela suposição de que os serviços de saúde melhoravam e mantinham a saúde do indivíduo. Consequentemente, o estado em saúde – percebido pelo indivíduo e avaliado pelos profissionais – foi adicionado ao desfecho da utilização.

As modificações realizadas nos anos 90 dão ênfase à dinâmica de que o modelo de utilização dos serviços é influenciado pela própria utilização, pelos desfechos, pelo estado de saúde e pela satisfação do usuário. A implementação dessa fase exigiu mudanças nos conceitos, desenhos de estudos experimentais e longitudinais e inovadas técnicas de análise estatística. Contudo, a recompensa veio com maior entendimento dos determinantes do uso dos serviços de saúde e a sua utilização nas políticas de saúde (ANDERSEN, 2008).

A última fase do modelo, até o momento, tem sido focada nos determinantes pessoais e contextuais. Características contextuais são medidas, ao invés do nível individual, pelo agregado da organização de saúde, pelos fatores relacionados ao provedor e pelas características da comunidade. O modelo atual (Figura 3) divide as características do fator contextual nas mesmas características do componente individual – **predisposição** (por exemplo, a estrutura etária da comunidade), **disponibilidade** (fornecimento de suprimentos médicos) e as características de **necessidade** comunitária que influenciam no indivíduo (taxas de morbidade, mortalidade e incapacidade). Também foi adicionado aos comportamentos de saúde, o processo do cuidado médico, isto é, a interação do comportamento do provedor com relação aos pacientes durante a prestação do serviço médico. Às variáveis utilizadas para medir esse comportamento podem incluir o aconselhamento do paciente, solicitação de exames complementares, receita e qualidade da comunicação entre o paciente/provedor (ANDERSEN, 2008).

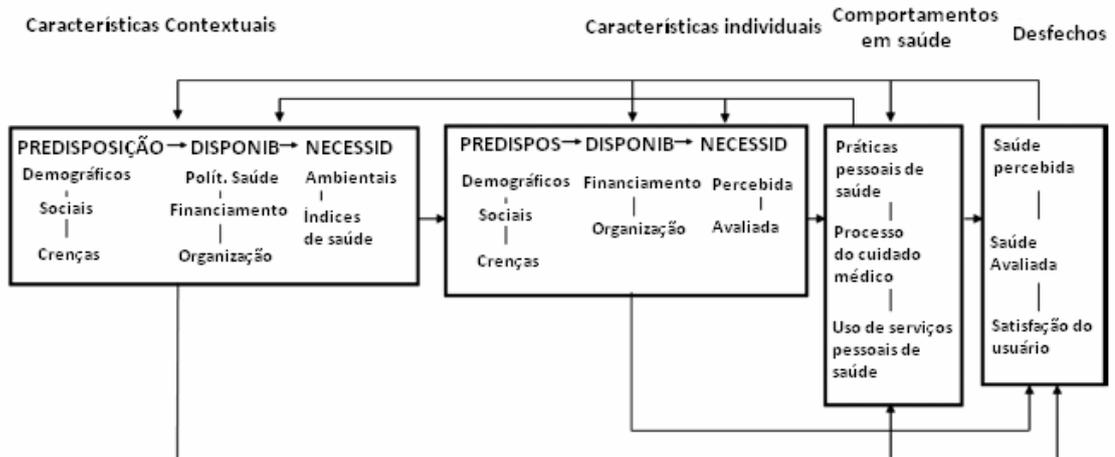


Figura 3 – Modelo comportamental de utilização dos serviços de saúde

O maior objetivo do modelo proposto foi prover medidas de acesso a cuidados médicos. Contudo, medir acesso é relativamente complexo, pode ser definido utilizando conceitos multidimensionais do modelo comportamental. O **potencial acesso** é definido pela presença de recursos disponíveis. Quanto mais recursos disponíveis, maior a utilização. O **acesso realizado** são os serviços utilizados atualmente. **Acesso equitativo** ou **não** é definido de acordo com os fatores preditores mais dominantes no acesso realizado.

Andersen (1968 *apud* ANDERSEN, 1995) tem definido acesso equitativo quando ele ocorre determinado pelas variáveis demográficas e de necessidade. Acesso não equitativo se dá quando as variáveis de estrutura social (ex. raça), crenças e recursos disponíveis (ex. renda) determinam o uso.

ACESSO POTENCIAL	=	RECURSOS DISPONÍVEIS	
ACESSO REALIZADO	=	USO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	
ACESSO EQUITATIVO	=	CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	
		NECESSIDADE	
ACESSO NÃO EQUITATIVO	=	ESTRUTURA SOCIAL	
		CRENÇAS EM SAÚDE	
		RECURSOS DISPONÍVEIS	

Figura 4 – Medidas de acesso.

2.3 Os preditores da utilização dos serviços de saúde

No Brasil, vários estudos têm sido realizados com objetivo de identificar os fatores preditores da USS. Somente na primeira década dos anos 2000 mais de 30 artigos que tratavam exclusivamente dos fatores associados à USS foram localizados. Nessa busca foram encontradas duas edições temáticas da revista *Ciência & Saúde Coletiva* (Volume 7, número 4 e Volume 11, número 4) publicadas em 2002 e 2006, respectivamente (Figura 5).

Os estudos e as publicações, conseqüentemente, foram impulsionados a partir da inserção do suplemento “Saúde” na PNAD, em especial nos anos de 1998 e 2003 em que o tema do inquérito era: Acesso e Utilização dos Serviços de Saúde. Pela figura 5, observa-se que 20 artigos, 64,5% das publicações utilizaram dados da pesquisa, enquanto que apenas 11 (35,5%) publicações foram oriundas de estudos locais.

Entretanto, a PNAD fornecia informações a nível nacional, sendo deficitário o conhecimento das realidades locais, o que justifica o aumento dos estudos transversais e até longitudinais, realizados nas diversas regiões do país – entre eles os estudos de Pelotas-RS, São Paulo e outros municípios-SP e Sobral-CE.

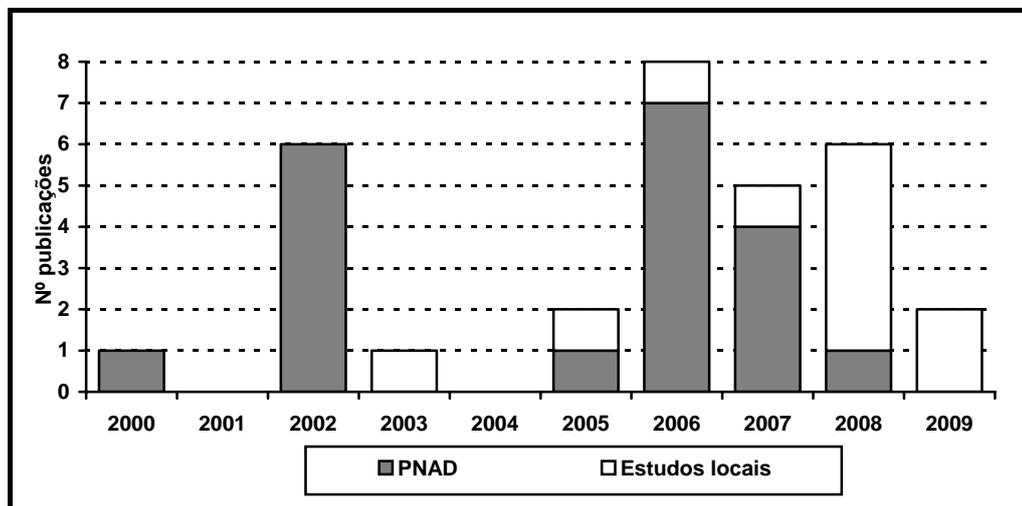


Figura 5 – Número de artigos publicados sobre fatores determinantes à utilização dos serviços de saúde segundo ano de publicação e base de dados de origem, Brasil, 2000-2009.

A seguir serão apresentados os principais fatores preditores da utilização dos serviços de saúde.

2.3.1 Sexo do indivíduo

Os estudos identificaram diversas variáveis determinantes do uso dos serviços de saúde, validando assim o modelo proposto por Andersen. A começar observou-se que o sexo do indivíduo foi significativo na grande maioria dos artigos. Tornou-se claro que a mulher é quem mais utiliza os serviços de saúde.

O perfil demográfico mostra que a mulher tem vivido mais do que o homem, no entanto, a mulher é quem mais relata problema de saúde, avalia seu estado de saúde em condições piores do que o homem e por isso, utilizam mais os serviços de saúde.

Segundo dados da PNAD 1998, as mulheres apresentam maior percentual de restrição das atividades por motivo de saúde do que os homens (7,0% e 5,6%, respectivamente). Um percentual bem maior de mulheres (62,3%) refere ter realizado consultas médicas ao longo de 12 meses que antecederam a entrevista, ao passo que apenas 46,7% dos homens o fizeram. As mulheres também apresentam maiores percentuais na procura por atendimento odontológico no último ano antes da entrevista (35,3% entre as mulheres e 30,9% entre os homens) e de internações (PINHEIRO *et al.*, 2002; MATOS; LIMA-COSTA, 2007).

Alguns autores relatam que as diferenças no risco de adoecer entre os sexos seriam decorrentes de fatores biológicos e hormonais. No entanto, quando se trata da faixa etária menor de 10 anos existe uma inversão no risco de adoecer entre os sexos, sendo que o sexo masculino apresenta desvantagem desde a fase intra-uterina. De acordo com Doyal (2000 *apud* PINHEIRO *et al.*, 2002), existe maior fragilidade biológica entre os meninos, que apresentam maiores taxas de mortalidade mesmo na fase intra-uterina.

Nos resultados da PNAD 1998, Pinheiro *et al.* (2002) encontraram que os meninos até 9 anos de idade apresentaram pior estado de saúde do que as meninas, mais doenças crônicas e mais restrições de atividades por motivo de saúde.

No entanto, homens e mulheres apresentam comportamento diferente no tipo de serviço buscado. As mulheres têm uma maior percepção de saúde e do risco de adoecer, procuram mais serviços de prevenção, exames de rotinas, planejamento familiar, enquanto que os homens costumam buscar atendimento de saúde por causas mais graves.

Isso pode ser observado ainda nos dados da PNAD 1998, os serviços de saúde disponíveis para realização de exames de rotina e prevenção, foram mais procurados pelas mulheres (40,3% *versus* 28,3% para os homens), enquanto que os homens procuram serviço

de saúde predominantemente por motivo de doença – 36,3% homens e 33,4% para as mulheres – geralmente problemas odontológicos, acidentes ou lesão (PINHEIRO *et al.*, 2002).

Ainda de acordo com Pinheiro *et al.* (2002), também há variação de sexo segundo o tipo de serviço, as mulheres procuram mais os postos e centros de saúde, seguido dos consultórios particulares, e os homens procuram mais o hospital, pronto-socorro, farmácia e ambulatório do sindicato.

Já sendo uma relação conhecida, alguns estudos realizam as suas análises de forma estratificada, ou seja, fazendo uma análise para cada sexo (DIAS-DA-COSTA *et al.*, 2008b; BARATA *et al.*, 2007; TRAVASSOS *et al.*, 2006).

2.3.2 Raça/cor da pele

Historicamente, são encontradas diferenças entre os indivíduos com a relação à raça/cor da pele. Diferença essa que pode biológica, como também social, econômica, cultural e religiosa. No Brasil, o que se tem visto são condições desfavoráveis em relação às populações negras e pardas, onde estão os indivíduos mais pobres, com menor escolaridade, em condições de moradia e saneamento precários, conseqüentemente com maior risco de adoecer.

Dachs (2002) mostrou uma forte relação entre a raça/cor da pele os níveis de renda e educação. Pequenos percentuais de indivíduos da raça preta estão nos decis superiores de renda, enquanto para os brancos 41,3% estão no decis superiores chegando a 73,4% dos amarelos. Entre as pessoas brancas, 40,4% têm oito ou mais anos de estudo, enquanto que os pretos apenas 22,9% têm escolaridade semelhante, já nos amarelos chega a 61%. Para 15 anos ou mais, 1,3% é de pessoas negras e 6,7% de pessoas brancas.

Tais condições impulsionaram o estudo de Barata *et al.* (2007) com objetivo de identificar as desigualdades na auto-avaliação do estado de saúde e USS nos últimos 12 meses, levando em consideração a raça/cor da pele do indivíduo, suas condições de renda e escolaridade.

Os negros, de uma forma geral, relataram pior estado de saúde do que os brancos (RP=1,19. IC=1,18-1,21). Pelos dados da PNAD 98, o percentual de pessoas que autorreferiram o estado de saúde como ruim/muito ruim foi 17,85% para homens brancos;

21,96% para homens negros; 24,28% para mulheres brancas e 31,40% para mulheres negras. Excluindo o efeito do sexo (a mulher refere piores estado de saúde do que o homem) as piores taxas são para a raça negra (BARATA *et al.*, 2007).

Quanto à associação entre raça/cor da pele e a USS tem-se observado maior consumo por parte dos brancos. Pinheiro e Torres (2006) identificaram que os serviços odontológicos são mais utilizados por brancos. Barata *et al.* (2007) identificaram que a consulta médica foi 10% maior nos brancos do que nos negros.

Quando o serviço utilizado é a internação hospitalar, a relação entre as variáveis não é consensual entre os autores. Castro, Travassos e Carvalho (2002) encontraram uma pequena associação positiva na chance de internação por parte dos indivíduos de raça branca, mesmo após a inclusão de fatores capacitantes no modelo. Barata *et al.* (2007) também analisaram os dados da PNAD 1998, no entanto, não encontraram associação entre a raça/cor e as internações hospitalares. Não houve associação com base nos dados da PNAD 2003 (CASTRO, 2006).

A diferença do resultado entre os autores que analisaram os mesmos dados pode ter sido por conta de amostras de tamanhos distintos, uma vez que Castro, Travassos e Carvalho (2002) utilizaram dados dos maiores de 14 anos e Barata *et al.* (2007) os indivíduos de 15 a 64 anos.

2.3.3 Local de residência

O local em que o indivíduo mora interfere na USS devido principalmente à oferta e ao acesso aos serviços. É evidente que há um menor número de serviços disponíveis nas áreas rurais, concentrando-se nos grandes centros urbanos. Além disso, a distância entre o domicílio e os serviços de saúde geralmente são maiores, fazendo com que o fator mais importante para procurar o atendimento seja a necessidade de saúde.

Segundo os dados da PNAD 98, o percentual de pessoas que utilizam regularmente os serviços de saúde é 10% maior na região urbana, assim como a visita ao dentista no último ano. Na faixa etária de 5 a 9 anos, em torno de 36,0% da área urbana e 64,0% na área rural, nunca visitaram o dentista (PINHEIRO *et al.*, 2002).

Na zona rural a escolaridade e a renda são menores, assim como a cobertura de plano de saúde.

No entanto, a diferença não existe somente na relação urbano/rural. Nas grandes regiões do país a diferença na oferta dos serviços também influencia na utilização dos mesmos. Tomando como referência o Sul e Sudeste, as chances de USS são menores na região Norte 45% (menos chance), no Nordeste (40% menos chance) e no Centro-Oeste (23% menos chance), no ano de 2003 (TRAVASSOS *et al.*, 2006).

2.3.4 Renda familiar

Estudos mostram que à medida que aumenta a renda do indivíduo maior é a chance de utilizar os serviços de saúde (TRAVASSOS *et al.*, 2006; BARATA *et al.*, 2007). Pessoas com maiores rendimentos apresentam mais recursos para conseguir o atendimento, seja pela disponibilidade de transporte para locomoção, possibilidade de possuir um plano de saúde ou de pagar um consulta particular, além de pagamento para tratamento médico e compra de medicamentos.

Segundo Travassos *et al.* (2006), as pessoas da classe de maior renda, em 2003, tinham 59,5% a mais de chance de USS do que aquelas da classe inferior. Em 1998, esta diferença era de 66,4%.

Travassos (1997) afirma que a renda familiar é fator que influencia na saúde quanto maior a renda melhor as condições de saúde, entretanto quando alcança um determinado valor, o efeito de renda na saúde não tem mais o mesmo impacto. O maior impacto é visto nas populações mais pobres, já que o mínimo aumento de renda possibilita a aquisição dos bens básicos como moradia e comida.

No caso das hospitalizações, a renda atua de forma inversa, quanto menor a renda maior o número de hospitalizações.

2.3.5 Escolaridade

Evidências têm mostrado que a USS é diretamente proporcional à escolaridade do indivíduo, ou seja, quanto maior a escolaridade maior é a utilização dos serviços (TRAVASSOS *et al.*, 2006; BARATA *et al.*, 2007).

Os dados da PNAD mostram que nas pessoas com 9 anos ou mais de escolaridade, a chance de USS era 20,9% maior do que das pessoas de menor escolaridade em 2003. Em 1998, a chance era de 32,4% (TRAVASSOS *et al.*, 2006).

Acredita-se que a maior escolaridade leva o indivíduo a ter maior percepção das necessidades de saúde de uma forma geral, levando assim a maior procura por serviços de saúde, seja para resolver um problema de saúde ou para prevenção de doenças. Além do que, a escolaridade é uma condição muito associada à renda do indivíduo, quanto maior a escolaridade, mais a renda, aumentando os recursos para conseguir atendimento de saúde.

No entanto, quando estratificada por necessidade de saúde – indivíduos em piores situações de saúde, com doenças crônicas e com restrições de atividades – a escolaridade passar a atuar de forma diferente, ou seja, quanto menor a escolaridade maior a utilização, sobretudo quando observamos o tipo de serviço utilizado.

Os serviços ambulatoriais públicos e principalmente, as internações hospitalares são mais utilizados por parte dos indivíduos com menor escolaridade (BARRETO, 2006; LOUVISON *et al.*, 2007).

2.3.6 Auto-avaliação do estado de saúde

A auto-avaliação do estado de saúde é uma classificação do indivíduo em relação à sua saúde. Frequentemente é utilizada nos inquéritos populacionais e tem relevância na explicação de serviços de saúde.

Nas pesquisas realizadas no Brasil, geralmente são utilizadas as seguintes categorias: muito bom, bom, regular, ruim e muito ruim. Já em outros países, como nos Estados Unidos, são utilizadas outras categorias: excelente, muito bom, bom, razoável, ruim e não sabe (BELTRÃO; SUGAHARA, 2002).

Apesar da importância, poucos estudos têm avaliado o estado de saúde autorreferido como fator determinante para USS. No Brasil, apenas os estudos realizados a partir de dados da PNAD, utilizaram a variável como possível fator associado.

Os estudos mostraram que existe associação entre a USS e a auto-avaliação do estado de saúde, no entanto, existe diferença entre os tipos de serviços utilizados. No caso dos serviços hospitalares de urgência e internações, os indivíduos que auto-avaliaram o estado de saúde como ruim/muito ruim têm maior chance de utilizarem esses serviços.

Ribeiro *et al.* (2006) encontraram uma associação entre USS nos últimos 15 dias e auto-avaliação ruim/muito ruim, especialmente nos casos decorrentes de acidentes e lesões, uma vez que eles são encarados de forma urgente e quase sempre são atendidos.

Castro, Travassos e Carvalho (2005) também encontraram associação. Tanto para crianças como para idosos, as piores condições de saúde autorreferidas foram determinantes para internação e re-internação hospitalar. Resultados semelhantes foram encontrados para consultas ambulatoriais e hospitalização nos últimos 12 meses (BARATA *et al.*, 2007; CASTRO, 2006).

Já nos casos de processos preventivos, o quadro se inverte, indivíduos com piores quadros de saúde têm menor acesso aos serviços (RIBEIRO *et al.*, 2006; BARATA *et al.*, 2007). Também no caso de serviços odontológicos, Matos e Lima-Costa (2007) tiveram como resultado do seu estudo que, idosos com auto-avaliação de saúde regular ou ruim/muito ruim têm menor probabilidade de procurar o atendimento.

A utilização da variável auto-avaliação das condições de saúde revela um gradiente social bastante evidente, desfavoráveis aos grupos de menores rendas. Assim, alguns autores têm se dedicado em estudar os fatores determinantes para o estado de saúde do indivíduo.

Dachs (2002); Dachs e Santos (2006) estudaram as desigualdades nos determinantes da auto-avaliação do estado de saúde, a partir dos dados das PNAD 1998 e 2003. Os autores identificaram uma forte relação entre as variáveis socioeconômicas – raça, renda e escolaridade – os pretos têm menor escolaridade e renda do que os brancos e amarelos.

Essa relação também determina o estado de saúde, indivíduos com maiores rendas se consideram melhor de saúde que os de renda mais baixa. Segundo Dachs (2002), a porcentagem de classificação na categoria muito bom sobe de 28,5% no decil mais baixo de renda a 39,1% no decil mais alto de renda, enquanto que a porcentagem de classificação ruim e muito ruim cai de 3,7% a 1,6%.

O mesmo acontece com a escolaridade, das pessoas sem nenhuma instrução ou com menos de um ano de estudo, 15,5% classificam a saúde como ruim ou muito ruim, enquanto que os indivíduos com 15 anos ou mais de escolaridade apenas 1,1% estão classificados nas duas categorias (DACHS, 2002). Dachs e Santos (2006) concluem que o nível de escolaridade é o principal mediador entre as condições socioeconômicas e a percepção de saúde.

Dachs (2002) não observa relação significativa com a raça/cor da pele, ou seja, o que prevalece são as condições sociais do indivíduo que determina a percepção do seu estado de saúde. No entanto, no trabalho de Barata *et al* (2007) essa relação foi constatada, apesar de diminuir a diferença entre negros e brancos quando as variáveis de renda, escolaridade, sexo e idade são controladas, o efeito da raça persiste.

Os negros, de uma forma geral, relataram pior estado de saúde do que os brancos. Situação também observada por Beltrão e Sugahara (2002) ao explorar a situação auto-referida de saúde apenas para os grupos classificados como negro⁴ ou branco, excluindo as demais categorias. A classificação é melhor para os indivíduos de raça branca tanto no Brasil como nos Estados Unidos. Apenas para indivíduos com rendas mais baixas, a medida que aumenta a idade e os problemas de saúde, desaparece a diferenças entre raças (BARATA *et al.*, 2007).

As diferenças entre negros e brancos foram mais marcantes na auto-avaliação do estado de saúde do que na USS. O sistema de saúde de caráter universal pode ter compensado essa diferença.

Além dos fatores citados, podem ser incluídos ainda, o sexo e a idade do indivíduo. Os estudos mostraram que em geral as mulheres referem piores condições de saúde do que os homens, com exceção das idades extremas, os mais jovens (até 15 anos) e os mais velhos (acima de 80 anos).

Quanto à faixa etária, a classificação do estado de saúde piora à medida que a idade aumenta para ambos os sexos. Em estudo realizado por Beltrão e Sugahara (2002) comparando a taxa de condição de saúde ao longo dos grupos etários entre 15 e 75 anos de idade, observa-se um declínio à medida que os anos se passam, sendo que no Brasil o declínio é mais rápido do que observado nos Estados Unidos.

De uma forma geral, o americano sempre declara a saúde melhor que o brasileiro, sendo que a diferença entre os sexos é mais acentuada nos Estados Unidos. As condições gerais de saúde referidas no Brasil são piores do que as declaradas nos Estados Unidos. Além disso, as taxas de deterioração dessas condições, ao longo dos anos, são maiores entre os brasileiros que os americanos (BELTRÃO; SUGAHARA, 2002).

A região em que o indivíduo mora também determina a auto-avaliação do estado de saúde, na zona rural, tanto homens quanto mulheres, referem piores situações de saúde

⁴ No Brasil, a categoria Negro foi formada pelo agrupamento de negros e pardos.

(20,6% e 25,9%, respectivamente), enquanto que os indivíduos com domicílio em área urbana apresentam percentuais de 17,5% e 22,9%, respectivamente (PINHEIRO *et al.*, 2002).

Apesar da importância da variável auto-avaliação do estado de saúde do indivíduo como determinante da USS, a mesma apresenta algumas limitações. Há quem critique o seu caráter subjetivo, além disso, para o grupo etário até 14 anos, o responsável é quem responde pelo o estado de saúde do indivíduo. Outra desvantagem se dá pelo fato das pessoas que estão fora do domicílio ter seu estado de saúde referido por algum morador da casa e até mesmo por pessoas que não são moradoras do domicílio.

2.3.7 Problemas de saúde

Os problemas de saúde estão fortemente associados à USS. Podem ser medidos através da presença de morbidades e das restrições de atividades rotineiras. Travassos *et al* (2000) analisando os dados da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição e Pesquisa de padrões de vida, afirmam que indivíduos que apresentaram restrições de atividades utilizam com mais frequência os serviços de saúde.

Louvison *et al.* (2007) mostraram que os serviços de saúde nos últimos 4 meses foram mais utilizados pelos idosos que apresentavam pelo menos uma doença crônica e com auto-avaliação do estado de saúde em ruim/regular.

2.3.8 Serviços ambulatoriais

A partir de agora serão apresentados os fatores preditores para os principais serviços de saúde utilizados, a começar pelo atendimento ambulatorial.

Dias-da-Costa *et al.* (2008a) em um estudo de base populacional no município de São Leopoldo-RS, verificou a utilização de serviços ambulatoriais nos últimos 12 meses, anteriores à pesquisa, em mulheres de 20 a 60 anos. Os autores perceberam que à medida que diminuía os níveis da classe econômica, de escolaridade e de renda familiar, aumentava o percentual de mulheres que não consultavam.

Geralmente, as pessoas de mais baixa renda e menor escolaridade utilizam menos o serviço ambulatorial, sob a hipótese de que esse grupo populacional não perceberem necessidades de saúde e por utilizarem mais serviços hospitalares, seja por não acreditar no atendimento hierarquizado ou pela própria gravidade da doença.

O mesmo estudo mostrou como resultado que as mulheres que apresentavam hipertensão arterial tinham maior probabilidade de não utilizarem serviço ambulatorial no último ano, 27% a mais quando ajustado por escolaridade e 44% quando ajustado por renda.

Fernandes, Bertoldi e Barros (2009) em seu estudo de base populacional na cidade de Porto Alegre-RS constataram que apesar de haver unidade básica de saúde com demanda programada em sua área de abrangência, a metade delas optou por não utilizar o serviço. Grande parcela dessa população era coberta por plano de saúde ou se enquadraram em um nível socioeconômico mais favorável. No caso do grupo de situação socioeconômica mais precária os usuários optam pela utilização mais frequente de hospitais e pronto-socorros.

No estudo de Dias-da-Costa *et al.* (2008a) não houve significância estatística com relação às variáveis idade, cor da pele, estado civil e outras variáveis investigadas. Diferente de Fernandes, Barros e Bertoldi (2009) que mostraram que as mulheres utilizam mais a unidade do PSF nos últimos 15 dias e também havia um aumento da utilização com o aumento da faixa etária (exceto para faixa de 0 a 9 anos), além de pessoas com auto-percepção de saúde ruim.

2.3.9 Serviços odontológicos

Três estudos procuraram identificar os fatores determinantes do uso de serviços odontológicos tomando como base o fato do indivíduo nunca ter consultado o dentista (NORO *et al.*, 2008; PINHEIRO; TORRES, 2006; BARROS; BERTOLDI, 2002). Barros e Bertoldi (2002) analisaram ainda a utilização de serviços odontológicos nos últimos 12 meses e nos últimos 15 dias.

Noro *et al* (2008) utilizaram os dados da pesquisa de base populacional em um município do interior do Ceará e trabalhou com duas categorias de variáveis, uma relacionada às condições sócio-econômicas – condição de domicílio, tratamento de esgoto, desnutrição, plano de saúde, escolaridade da mãe, frequência à escola, etc. – e outra relacionada ao consumo de serviços – cadastro no PSF, visita do agente comunitário, proximidade a UBS,

vacinação, etc. Pinheiro e Torres (2006) utilizaram os dados da PNAD 1998 e 2003 em nível nacional e categorizaram os dados em variáveis individuais – sexo, idade, raça, plano de saúde, escolaridade, renda, etc. – e variáveis contextuais – taxa de pobreza, analfabetismo, desemprego, cobertura de água tratada, coleta de lixo, oferta de serviços odontológicos, cobertura vacinal, etc. Barros e Bertoldi também utilizaram dados da PNAD 1998 e procuraram analisar apenas as diferenças entre os grupos sociais dividindo os indivíduos em quintis de renda e a forma de financiamento do serviço utilizado.

Noro *et al.* (2008) constataram de maneira significativa a alta influência das condições sócio-econômicas sobre o acesso aos serviços odontológicos. Destacando escolaridade da mãe, desnutrição anterior, posse de escova de dente, coleta de lixo e tratamento de esgoto e a posse de plano de saúde – mesmo que o indivíduo utilize o SUS para o atendimento. Enquanto que as variáveis relacionadas ao consumo de serviços de saúde apenas a visita do agente comunitário de saúde (ACS) se mostrou como fator de risco. Os autores também observaram a importância do SUS para viabilização do acesso aos serviços odontológicos no município, uma vez que a maioria dos atendimentos foi realizada no segmento.

Pinheiro e Torres (2006) encontraram fatores determinantes do consumo de serviços odontológicos de ordem individual, ou seja, o maior consumo foi determinado por mulheres, brancos, com maior escolaridade, maior renda *per capita*, posse de plano de saúde e morador da região urbana, assim como idade até 14 anos. Controlando as características individuais resta a variabilidade dos fatores contextuais, sendo que os Estados cuja oferta de dentistas e atendimentos odontológicos era maior apresentavam maior taxa de consumo desses serviços.

Vale aqui fazer um comentário de que as variáveis de coleta de lixo e tratamento de esgoto são classificadas de forma diferente nos dois estudos. Noro *et al.* (2008) categoriza como variável individual enquanto que Pinheiro e Torres (2006) como variáveis contextuais.

Barros e Bertoldi (2002) observaram uma grande diferença de utilização entre os quintis extremos de renda (o mais rico e o mais pobre), a utilização de serviços odontológicos chega a ser 5 vezes maior no grupo de maior renda, isso possivelmente se deve ao fato de que além da prioridade que essa classe dá à saúde bucal como também a possibilidade de desembolso por parte do indivíduo, já que 47% dos atendimentos odontológicos envolveram algum pagamento, enquanto os atendimentos não odontológicos foram apenas 12%.

Diferente de Noro *et al.* (2008), Barros e Bertoldi (2002) fazem uma avaliação do SUS como ausência dos atendimentos odontológicos uma vez que apenas por 24% dos atendimentos tiveram essa forma de financiamento.

2.3.10 Internações hospitalares

A utilização dos serviços de internação hospitalar tem sido estudada com base nos dados PNAD (PINHEIRO *et al.*, 2002; CASTRO; TRAVASSOS; CARVALHO, 2002, 2005; CASTRO, 2006) e também a partir de estudos de base populacionais (BARRETO, 2010; GARBINATO, 2007). O período da utilização tem sido consensual, nos últimos 12 meses.

A começar pelas características pessoais apresentam-se como fatores determinantes o sexo e a idade. Pelos dados da PNAD, Castro (2006) observou que para as crianças a probabilidade de internação é 14% menor para as meninas, também no caso dos idosos, a probabilidade maior é do sexo masculino. A prevalência maior de internação nas mulheres ocorre no período da idade fértil, sendo as maiores causas questões ginecológicas e obstétricas. No entanto, segundo Pinheiro *et al.* (2002), quando a análise é feita excluindo as causas obstétricas, as mulheres ainda se internaram mais do que os homens (8,7% e 5,1%, respectivamente).

Entre os adultos, a cada aumento de um ano na idade observou-se um aumento de 1% na chance de internação hospitalar. Entre as crianças, a relação é inversa, a cada ano há uma diminuição de 13% na chance de internação hospitalar (CASTRO; TRAVASSOS; CARVALHO, 2002). A faixa etária de 60 anos ou mais demonstrou ter uma chance de internação 4,96 vezes mais que a faixa de referência (14 a 19 anos) utilizada por Garbinato (2007).

As condições socioeconômicas mais baixas também se constituem como fator determinante para internação hospitalar. Castro, Travassos e Carvalho (2002) analisando os indivíduos que se internaram e não se internaram tinham renda familiar *per capita* de R\$ 246,40 e de R\$ 254,30, respectivamente. Quando o tipo de internação é por motivos estéticos a relação se inverte, a renda é maior para os que se internam.

Outros dois fatores evidenciados nos estudos foram a auto-avaliação do estado de saúde e a necessidade de saúde. Segundo Castro (2006) a auto-avaliação do estado de saúde foi o fator estudado que mostrou associação mais forte com o uso de internações hospitalares.

No estudo de Garbinato (2007) 51% dos indivíduos avaliaram seu estado de saúde como ruim/péssimo. A auto-avaliação do estado de saúde foi mais importante nas crianças⁵ do que nos adultos.

Para Castro (2006), pessoas com maiores necessidade em saúde (maior número de doenças crônicas, pior estado de saúde, pior estado funcional, mais restrição de atividades e ter estado acamado por motivo de saúde) foram mais internadas. O que já havia sido significativo no trabalho anterior, onde a necessidade de saúde foi o principal fator determinante da internação hospitalar (CASTRO; TRAVASSOS; CARVALHO, 2002).

Outros fatores também mostraram significância como é o caso da escolaridade, raça, ter plano de saúde, utilização regular do mesmo serviço de saúde, entre outros.

No estudo de Barreto (2006) houve uma particularidade. A autora dividiu as internação pelas 4 principais causas, classificadas por capítulos da CID 10, por entender que cada causa influencia na definição dos fatores determinantes (doenças infecciosas, doenças do aparelho respiratório, sinais e sintomas mal-definidos e causa externas). Utilizou como variáveis dependentes as condições socioeconômicas, ambientais, acesso e utilização de serviços de saúde e antecedentes mórbidos pessoais.

As internações por doenças infecciosas foram determinadas pelas condições ambientais peridomiciliar e intradomiciliar – inexistência de iluminação pública na localidade em que a criança mora; em domicílio com chuveiro coletivo. Doenças respiratórias por causas ambientais peridomiciliares e intradomiciliar – existência de banheiro coletivo – e antecedentes mórbidos – presença de asma. Sinais e sintomas mal-definidos: escolaridade da mãe, portadores de deficiência física e convulsão e epilepsia. Causas externas: crianças fora da escola, ausência de área peridomiciliar construída, com vacinação incompleta. Esta última variável demonstra que o grupo é formado por indivíduos que não percebem as necessidades de saúde e também demonstra a falha no acompanhamento da equipe de saúde da família, em especial do agente comunitário de saúde (BARRETO, 2010).

⁵ A auto-avaliação do estado de saúde da criança é dada pela mãe ou responsável.

Quadro 1 – Resumo das variáveis independentes segundo as dimensões do Modelo Comportamental proposto por Andersen

Dimensão	Definição	Variáveis
Capacitação/ facilitadores	É a capacidade de o indivíduo procurar e receber serviços de saúde. A habilidade e posse de meios de serviços. Estão ligados às condições econômicas individuais e familiares e, por outro, à oferta de serviços na comunidade onde o indivíduo reside. Esses fatores incluem renda, planos de saúde, suporte familiar, disponibilidade, proximidade e quantidade de serviços ofertados.	Unidade da Federação; Situação do domicílio de residência; Total de pessoas residentes no domicílio; a renda <i>per capita</i> família; Número de bens de consumo do domicílio; posse de um plano de saúde; distância entre a residência e o domicílio.
Necessidade	Indivíduos socialmente doentes ou vulneráveis à doença. Referem-se tanto às percepções subjetivas das pessoas acerca de sua saúde, quanto ao estado de saúde objetivo dos indivíduos.	Auto-avaliação do estado de saúde; frequências de doenças crônicas e de “outras doenças” auto-referidas; morbidade referida; condição de restrição de atividades habituais, por motivo de doença e escalas de limitações de atividades físicas.
Predisposição	São aqueles relativos às características individuais que podem aumentar a chance de uso de serviços de saúde. Eles se referem ao conjunto de variáveis sociodemográficas e familiares como idade, sexo, nível de escolaridade e raça.	Posição do indivíduo em relação ao chefe do domicílio; ocupação; anos de estudo; escolaridade da mãe; faixa de idade; sexo; e cor da pele ou raça.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Identificar os fatores associados à utilização dos serviços de saúde entre crianças de 5 a 9 anos na zona urbana do município de Sobral-CE;

3.2 Objetivos específicos

- Descrever o perfil da utilização dos serviços de saúde entre os participantes;
- Descrever as características de acolhimento, promoção da saúde e prevenção de doenças, a comunicação e a relação interpessoal entre médico-paciente para os atendimentos realizados no último mês;
- Identificar os fatores associados à utilização habitual das Unidades de Saúde da Família, hospitais e serviços de saúde conveniados ou particulares;
- Identificar os fatores associados à utilização das Unidades de Saúde da Família, hospitais e serviços de saúde conveniados ou particulares no último mês;
- Caracterizar o sistema de saúde do município quanto à equidade do acesso.

4 METODOLOGIA

4.1 Cenário

O presente estudo foi realizado no município de Sobral, localizado na região norte do Ceará, com uma área de 1729 km², distando 224 km da capital do estado, cuja principal via de acesso ao município é através da rodovia federal BR 222. A divisão geográfica do município é distribuída entre uma sede administrativa e 11 distritos, sendo que cada distrito e a própria sede apresenta áreas urbana e rural (Figura 6).

Segundo o censo do ano 2000, o município contava com uma população de 155.276 habitantes, dos quais 51,5% eram do sexo feminino e 48,5% do sexo masculino. Desta população, 86,6% tinham na residência na zona urbana e 13,4% na zona rural. O município se destacava, na época, pela predominância da população jovem, na faixa etária de 0 a 19 compreendiam 48% da população do município (IBGE, 2000).

O município de Sobral disponibilizava, no ano 2000, 124 unidades de saúde na rede ambulatorial e 6 na rede hospitalar. Da rede ambulatorial, 60,5% eram de unidades municipais, 29,0% privados, 3,2% estaduais, 5,6% filantrópicos e 1,6% sindicais. Na rede hospitalar, 3 são privados, 2 filantrópicos e 1 municipal (SUCUPIRA, 2003). Entre os hospitais o que mais se destaca é a Irmandade Santa Casa de Misericórdia, que presta serviços hospitalares e ambulatoriais, de média e alta complexidade, com um total de 335 leitos (BARRETO, 2006).

O Sistema de Saúde do município vinha de um modelo de atenção à saúde baseada no atendimento médico-hospitalar, apenas a partir de 1997 foram realizadas mudanças com o intuito de melhorar a saúde da população baseadas nos princípios básicos e diretrizes do SUS. O funcionamento do sistema passou a ser ancorado em estratégias como Promoção da Saúde e Estratégia Saúde da Família, cuja base organizacional foi constituída a partir dos territórios de atuação das equipes de saúde da família (ANDRADE *et al.*, 2004 *apud* BARRETO, 2006).

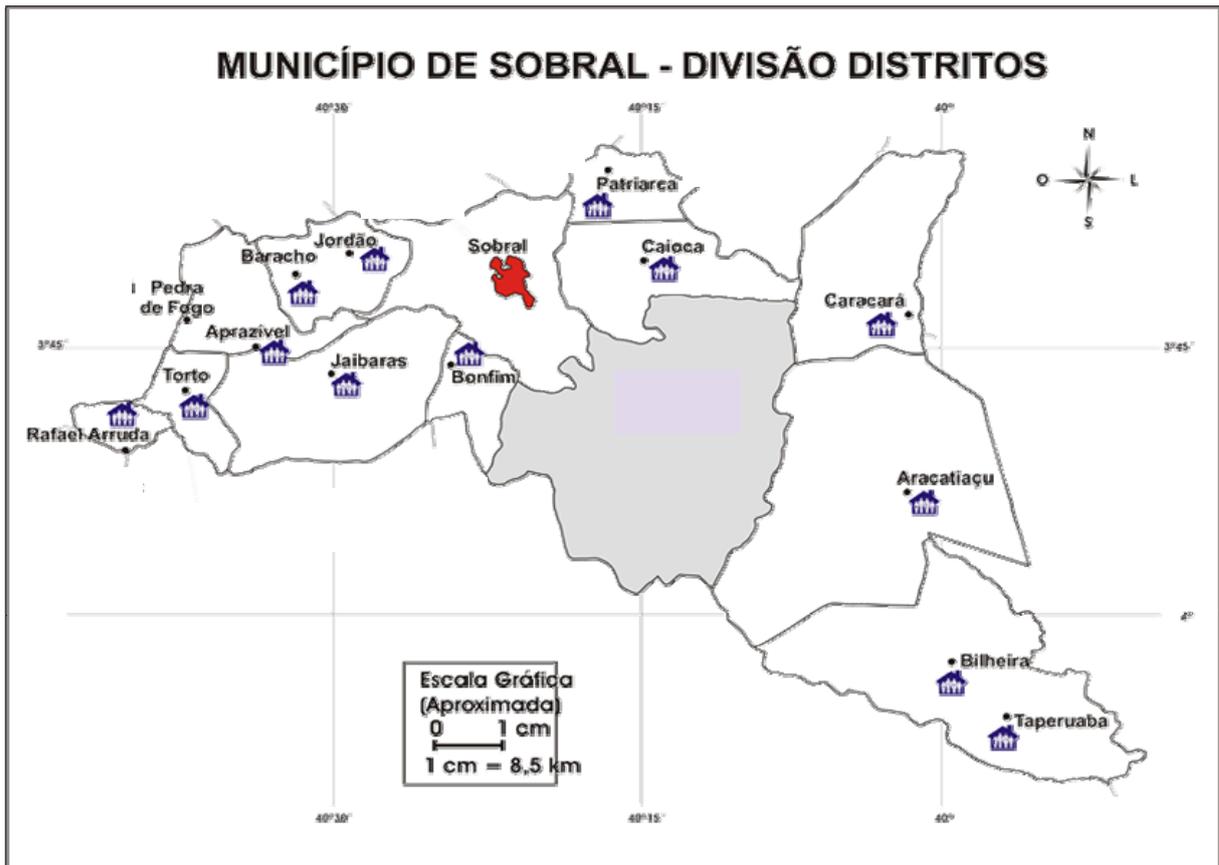


Figura 6 – Divisão geográfica do município de Sobral-CE.

4.2 O processo de coleta de dados

Para o cálculo da amostra foi considerada uma população estimada de 18.668 crianças na faixa etária de 5 a 9 anos de idade (IBGE, 2000). Tomando-se como referência uma prevalência de 10% entre as diversas situações previstas para o estudo e considerando uma margem de erro de 10% e um nível de 95% de confiança, o número final encontrado, ajustado para populações finitas, foi de 2.900 crianças.

Entretanto, considerando-se a capacidade operacional disponível para a pesquisa, foram inicialmente sorteadas 4.400 (um acréscimo de cerca de 50%), uma vez que pela característica da pesquisa era necessário prever as perdas (domicílio inexistente, idade errada no cadastro base, mudança de residência, viagem, negativa da família ou morte da criança).

No total, foram realizadas ao longo do estudo 3.700 entrevistas domiciliares. Destas, 426 foram excluídas por inclusão inadequada de mais de uma criança no mesmo domicílio, duplicidade de questionário e preenchimento incompleto de entrevista domiciliar,

ficando a amostra final composta por 3.274 crianças (Figura 7). Esse tamanho, superior ao inicialmente calculado, permite estimar uma prevalência de 10% com margem de erro de 9% e mesmo nível de confiança.

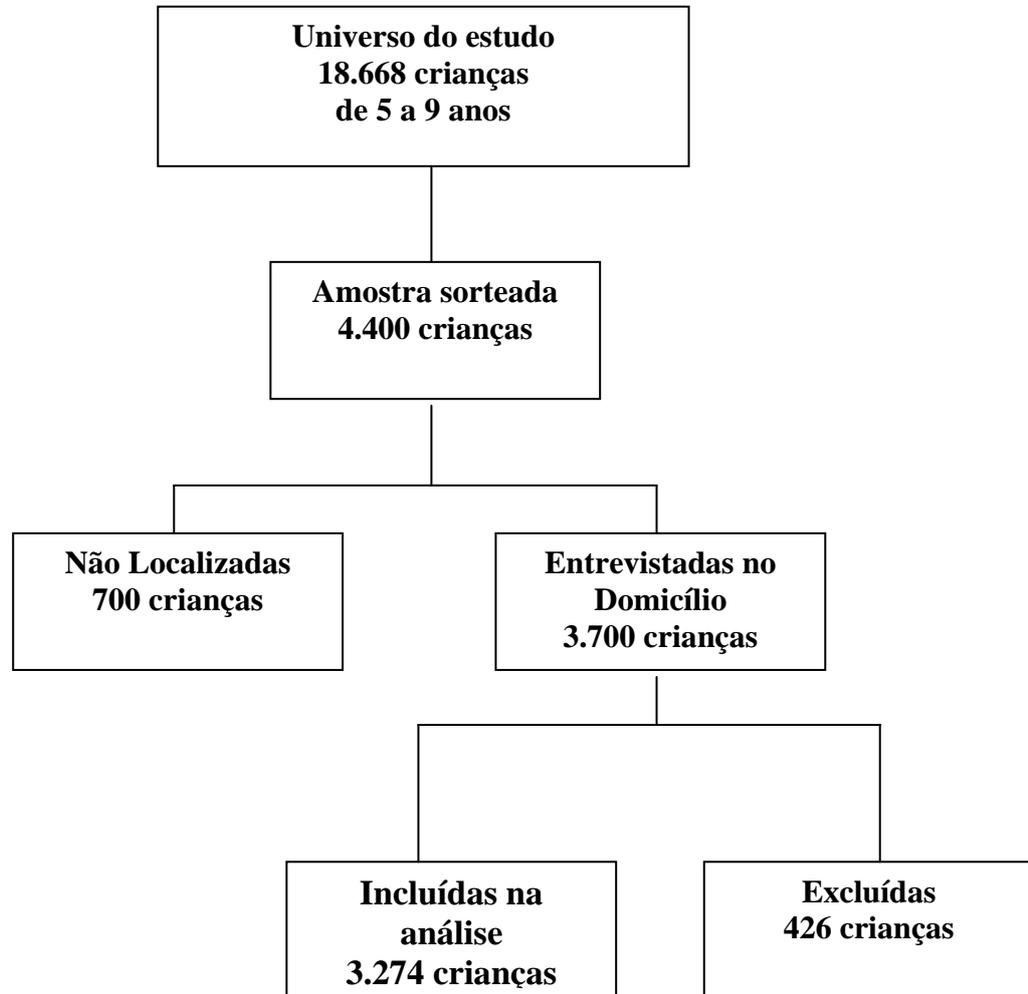


Figura 7 – Fluxograma de seleção do estudo

O instrumento de trabalho foi um questionário semi-estruturado (Anexo), aplicado por estudantes universitários de outras áreas que não a da saúde, especialmente capacitados para o desenvolvimento das entrevistas domiciliares, sob a coordenação de supervisores de campo. Como parte componente da capacitação foi realizada a calibração dos entrevistadores, para assegurar uma interpretação, compreensão e aplicação uniforme quanto aos padrões para as respostas registradas.

O estudo foi realizado por meio de entrevistas domiciliares, preferencialmente com a mãe da criança. Considerando-se a alta cobertura da Estratégia Saúde da Família na área urbana do Município de Sobral, a grande maioria das entrevistas era agendada

preliminarmente pelo agente comunitário de saúde responsável pela família, visando à maior facilidade na interação do pesquisador com a comunidade.

Para a elaboração do questionário foram envolvidos vários pesquisadores de diferentes formações profissionais como médicos, cirurgiões-dentistas, enfermeiros, sanitaristas, estatísticos, entre outros.

4.3 As variáveis

4.2.1 Variáveis dependentes

O presente estudo utilizou os dados do recorte **Consumo dos Serviços de Saúde** da pesquisa “Estudo das condições de saúde, educação e qualidade de vida das crianças de 5 a 9 anos da zona urbana do município de Sobral – Ceará – Brasil”.

A utilização dos serviços de saúde (USS) pôde ser verificada na pesquisa a partir dos seguintes itens disponíveis no questionário: Atendimento nos últimos 15 dias; Atendimento no último mês; Consulta na unidade do PSF; Consulta no Hospital; Uso de medicação nos últimos 3 dias; Situação vacinal; Exame laboratorial; Internação no último ano; Consulta ao dentista; Tratamento dentário nos últimos 12 meses.

O acesso aos serviços de odontologia e internação foram estudados por outros pesquisadores como citado anteriormente (NORO *et al.*, 2008; BARRETO, 2006). O item dedicado à situação vacinal foi descartado pela possibilidade de viés de memória, por parte da mãe da criança, no ato de resposta à entrevista, visto que algumas crianças já estavam com idade entre 8 e 9 anos e o esquema de vacinação termina aos 5 anos de idade. A realização de exames laboratoriais foi descartada pela pequena quantidade de dados, que possivelmente não apresentariam nenhuma significância estatística.

Sendo assim, as variáveis dependentes foram as questões referentes à USS pela criança, nas unidades do PSF, nos hospitais e nos consultórios particulares ou conveniados. A USS foi medida pelas consultas habituais dos serviços de saúde e pelas consultas realizadas no último mês (Quadro 2).

Quadro 2 – Variáveis que caracterizam a utilização dos serviços de saúde

VARIÁVEIS DEPENDENTES	VARIÁVEIS ORIGINAIS (ANEXO 1)
Utilização habitual da unidade de saúde do PSF	J7 – Onde a Sra. Leva seu filho quando ele está doente? Selecionando apenas os casos que responderam o item 1 – PSF
Utilização habitual do hospital	J7 – Onde a Sra. Leva seu filho quando ele está doente? Selecionando apenas os casos que responderam os itens 2 e 3 – Convênio com o SUS Santa Casa e Convênio com o SUS Dr. Estevão
Utilização habitual de serviços conveniados ou particulares	J7 – Onde a Sra. Leva seu filho quando ele está doente? Selecionando apenas os casos que responderam os itens 4 e 5 – Convênio e Particular
Utilização dos Serviços de Saúde no último mês	J19 – No último mês, a Sra. Levou seu filho para algum atendimento de saúde?
Utilização da unidade de saúde do PSF no último mês	J21 – Onde levou? Selecionando apenas os casos que responderam o item 1 – PSF
Utilização do hospital no último mês	J21 – Onde levou? Selecionando apenas os casos que responderam os itens 2 e 3 – Convênio com o SUS Santa Casa e Convênio com o SUS Dr. Estevão

4.2.2 Variáveis independentes

Como variáveis independentes ou fatores determinantes foram utilizadas as características propostas por Andersen em seu modelo comportamental de USS (Figura 3) – características individuais; comportamentos em saúde e desfecho – excluindo as características contextuais pela inexistência de informações sobre o componente no questionário da pesquisa.

4.2.2.1 Características individuais

As variáveis de predisposição utilizadas foram; sexo, idade, raça ou cor da pele, religião, parentesco da criança em relação ao chefe da família e escolaridade da mãe.

As variáveis que caracterizam os recursos disponíveis utilizadas foram: zona de residência; situação do domicílio; número de pessoas no domicílio; renda familiar *per capita*; número de bens de consumo no domicílio; uso regular de serviços de saúde, proximidade aos

serviços de saúde; posse de plano de saúde; gasto com saúde e tempo de espera para o atendimento.

Como variável de necessidade foi utilizada a ocorrência de problema de saúde nos últimos 15 dias.

4.2.2.2 *Comportamento em saúde*

O componente comportamento em saúde compreende as variáveis referentes a **práticas pessoais de saúde** cuja informação não pôde ser obtida pelo questionário da pesquisa.

Para caracterizar o **processo do cuidado médico** que envolve questões sobre a relação médico-paciente, foram utilizadas as variáveis referentes à promoção da saúde e prevenção de doenças; comunicação entre paciente-médico.

O **uso de serviços pessoais de saúde** foi o próprio desfecho da pesquisa.

4.2.2.3 *Desfechos*

Na componente *desfechos* do modelo de Andersen foram utilizadas as características da **satisfação do usuário** analisando a resposta das perguntas referentes à **relação interpessoal** com o médico – opinião sobre a atitude do médico, percepção sobre interesse do médico em relação à criança, percepção da qualidade da consulta médica – e **confiança** – grau de confiança no médico; percepção sobre a competência do médico, percepção sobre o cuidado médico com relação à criança.

Os itens **saúde percebida e avaliada** não foram contemplados no questionário da pesquisa.

4.2.2.4 Tratamento das variáveis

As variáveis independentes passaram por algumas adaptações para serem analisadas. A idade foi calculada pela diferença entre a data da entrevista e a data de nascimento. A escolaridade da mãe passou a ser em anos de estudo, a fim de comparações com outros estudos. A zona de residência foi obtida através da Unidade de Saúde da Família em que o indivíduo era adscrito, ficando em duas categorias (sede do município e sede dos distritos).

A renda mensal per capita foi calculada somando as rendas de todos os moradores do domicílio, dividindo pelo total de pessoas. Vale ressaltar que, a renda era respondida em valor real (R\$) ou em salários mínimos (SM), ficando uniformizada em SM, dividindo as demais por R\$ 137,00, valor do SM na época.

O total de bens de consumo no domicílio foi obtido somando todos os itens, perguntados na entrevista, disponíveis na residência. Os itens perguntados foram: fogão, geladeira, televisão, rádio, aparelho de som, vídeo cassete, microondas, *freezer* e máquina de lavar roupa.

O tempo de deslocamento de casa à unidade de saúde e o tempo de espera para o atendimento foram padronizados em minutos.

O Quadro 3 mostra a lista completa de adaptações e equivalências das variáveis originais do questionário (anexo 1).

Quadro 3 – Definição das variáveis independentes segundo os fatores do Modelo Comportamental de Andersen

DIMENSÃO	VARIÁVEIS INDEPENDENTES	VARIÁVEIS ORIGINAIS	
CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS	PREDISPOSIÇÃO	<p>Sexo</p> <p>Idade</p> <p>Cor da pele ou raça</p> <p>Religião</p> <p>Posição do indivíduo em relação ao chefe do domicílio</p> <p>Escolaridade da mãe (em anos de estudo):</p> <p>0 anos</p> <p>1 a 3 anos</p> <p>4 a 7 anos</p> <p>8 a 11 anos</p> <p>12 anos ou mais</p>	<p>A₂. Sexo</p> <p>A₃. Data de nascimento</p> <p>A₉. Raça. Somente para a criança.</p> <p>A₁₂. Religião</p> <p>B₄. Grau de parentesco. Somente para o chefe da família</p> <p>B₅. Grau de escolaridade. Somente para a mãe da criança</p> <p>Nenhum</p> <p>Primário incompleto</p> <p>Primário completo</p> <p>Ginásio completo</p> <p>Colegial ou superior completo</p>
	RECURSOS DISPONÍVEIS	<p>Zona de residência</p> <p>Sede do município</p> <p>Sede dos distritos</p> <p>Condições ambientais do domicílio (coleta de lixo e saneamento básico)</p> <p>Total de pessoas residentes no domicílio;</p> <p>Renda familiar <i>per capita</i> (SM)</p> <p>Total de bens de consumo do domicílio;</p> <p>Proximidade aos serviços de saúde</p> <p>Tempo de deslocamento casa/unidade de saúde (em minutos)</p> <p>Tempo de espera (em minutos)</p>	<p>A₇. Unidade do PSF</p> <p>Alto da Brasília, Alto do Cristo, Alto Novo, Centro, Dom Expedito, Expectativa, Junco, Padre Palhano, Pedrinhas, Santa Casa, Sinhá Sabóia, Sumaré, Tamarindo, Terrenos Novos e Vila União. Aprazível, Aracatiçu, Bonfim, Caracará, Jaibaras, Jordão, Patriarca, Rafael Arruda, Taperuaba e Torto.</p> <p>D₁₈. De que forma é feito o escoadouro de dejetos?</p> <p>D₂₀. O lixo do domicílio é:</p> <p>Contagem do número de pessoas no domicílio</p> <p>Renda mensal <i>per capita</i>: Soma de B7 – Renda mensal – dividindo pelo número de pessoas na família.</p> <p>D₂₈. Este domicílio tem: fogão, geladeira, televisão, rádio, aparelho de som, vídeo cassete, microondas, freezer, máquina de lavar roupa.</p> <p>D₃₃. Proximidade à unidade de saúde</p> <p>J₉. Quantos minutos a sra. Leva para ir até o serviço onde seu filho é atendido?</p> <p>J₂₅. Quanto tempo a Sra. esperou para que seu filho fosse consultado depois que chegou no serviço de saúde?</p>
		<p>Organização do serviço</p> <p>Cadastro no Programa Saúde da Família (PSF)</p> <p>Posse de plano de saúde</p> <p>Gastos por problema de saúde</p>	<p>J₁₂. Quando seu filho está doente, a Sra. Consegue consulta para o mesmo dia?</p> <p>J₃. A sua família é cadastrada no PSF?</p> <p>J₁. A criança tem direito a convênio ou plano de saúde?</p> <p>H₁₃. A sra. Gastou com essa doença?</p>
	NECESSIDADE	<p>Problema de saúde nos últimos 15 dias</p>	<p>H₁. A criança teve algum problema de saúde nos últimos 15 dias?</p>

(continua)

(continuação)

COMPORTAMENTO EM SAÚDE	PROCESSO DO CUIDADO MÉDICO	Orientações em saúde	J₂₈ . No último atendimento da criança o médico deu orientações de saúde? J₂₉ . Foi falado sobre como evitar doenças? J₃₀ . Foi perguntado sobre as vacinas? J₃₁ . Algum outro profissional deu orientações de saúde?
		Comunicação entre paciente e médico	J₃₂ . Se o seu filho estava doente, o médico explicou sobre a doença que ele tinha? J₃₃ . Se necessitou de tratamento, o médico explicou como tratar? J₃₄ . Se o médico pediu exames, deu explicação sobre eles?
DESFECHOS	SATISFAÇÃO DO USUÁRIO	Relação interpessoal com médico	J₃₅ . A Sra. acha que o médico do seu filho é: J₃₆ . A Sra. acha que o médico do seu filho está interessado na saúde dele? J₃₇ . A Sra. acha que o médico atende seu filho:
		Confiança	J₃₈ . A Sra. confia no médico do seu filho? J₃₉ . A Sra. acha que o médico sabe o que está fazendo no tratamento do seu filho? J₄₀ . A Sra. acha que o médico cuida bem da saúde do seu filho?

4.4 Análise de dados

Para descrever o perfil da USS e caracterizar os atendimentos realizados no último mês foram utilizadas estatísticas descritivas (variáveis quantitativas) e apresentação em gráficos e tabelas.

Na identificação dos fatores associados à USS de forma habitual e no último mês, foi realizado teste de qui-quadrado (χ^2) de *Pearson*, de Tendência linear e Teste exato de *Fisher*, quando necessário. Quanto às variáveis quantitativas foi realizado teste *t-student* para identificar diferença entre as médias. Das variáveis significativas a 5%, foi calculada a razão de prevalência (RP) para as variáveis categóricas e razão de chances (OR) para as variáveis contínuas, bem como seus respectivos intervalos de confiança (IC).

Optou-se por utilizar a RP para estimar a medida de associação entre as variáveis por ser a medida mais apropriada nos estudos transversais, uma vez que o OR superestima a

chance de ocorrência do desfecho, sobretudo quando o desfecho é muito prevalente (FRANCISCO *et al.*, 2008; COUTINHO; SCAZUFCA; MENEZES, 2008).

Na determinação do modelo final de explicação dos serviços de saúde, foi utilizada a técnica de regressão logística (equação 1). As variáveis dependentes foram dicotomizadas, descritas anteriormente no Quadro 2. Para cada variável dependente, eram elaborados modelos a partir dos fatores associados, com significância até 20%, ou seja, com valor de “p” até 0.20, segundo o teste de χ^2 .

$$P(Y) = \frac{1}{1 + e^{-(\beta_0 + \beta_1 X_1 + \dots + \beta_n X_n)}} ,$$

onde:

Y: Estimativa da utilização dos serviços de saúde

β_i : Chance atribuídas às variáveis independentes

X_i : Ocorrência das variáveis independentes ($X=1$, se sim e $X=0$, se não)

i: 1,...,n.

Eram testados modelos com os métodos de entrada *Forward stepwise* e *Backward stepwise*, sendo que apenas as variáveis restantes em cada método, constituíam o modelo final utilizando o método de entrada *Enter*. Foram testados vários modelos, sendo que o modelo final era o que apresentava maiores coeficientes de determinação, R^2 de Cox&Snell e R^2 de Nagelkerke. Além disso, era verificado o ajuste do modelo pelo teste de Hosmer-Lemeshow (HAIR *et al.*, 2005).

A medida de associação utilizada na análise multivariada foi o OR por ser a medida padrão emitida pela técnica de regressão logística.

Durante a análise da utilização habitual dos serviços de saúde, foram excluídas do processo de modelagem variáveis que apresentavam números bem inferiores à amostra estudada. As variáveis excluídas foram aquelas relativas ao processo do cuidado médico; satisfação do usuário; tempo de espera e consulta no mesmo dia, pois as mesmas só foram observadas nos indivíduos que utilizaram o serviço de saúde nos últimos 30 dias, além da variável gasto por problema de saúde que foi observada apenas nos indivíduos que tiveram algum problema de saúde nos últimos 15 dias (Quadro 3).

Na análise da utilização dos últimos 30 dias, foram excluídas as variáveis gasto por problema de saúde e explicação sobre os exames solicitados, pois as mesmas apresentavam poucas respostas, prejudicando o modelo final.

Também foram excluídas as variáveis renda mensal e número de pessoas no domicílio, por identificar colinearidade com a variável renda per capita, já que a mesma é construída a partir das duas anteriores (Quadro 3).

Para caracterizar o sistema de saúde do município quanto à equidade, foi utilizado o modelo comportamental de Andersen.

Todo armazenamento, tratamento e análise estatística dos dados foram realizados no programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 15.

4.5 Aspectos éticos

Nas ações de assistência à saúde, nas pesquisas realizadas com seres humanos, nas ações cotidianas, e não somente em circunstâncias limítrofes que envolvam nascimento ou morte, a pessoa tem o direito de consentir, recusar o que lhe é proposto, tanto para atos de caráter preventivo quanto para ações curativas, que afetem ou venham a afetar sua integridade físico-psíquica ou social.

Para atender tais direitos, o Conselho Nacional de Saúde redigiu a resolução N° 196/96, que estabelece os quatro quesitos básicos para a realização pesquisas científica envolvendo seres humanos: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça. (BRASIL, 2000).

No que se refere ao quesito autonomia, a pesquisa garantiu que a mãe ou responsável pela criança tinha o direito de participar ou não da pesquisa, como também desistir a qualquer momento. No quesito beneficência, garantiu que todos os pacientes sejam beneficiados com o resultado final do estudo. Quanto ao quesito não-maleficência, garantiu que nenhum indivíduo seria penalizado por não participar da pesquisa, tendo seu atendimento nos serviços de saúde independente da participação. Completando os quatro quesitos básicos, a justiça, o entrevistador assegurou que todos os participantes seriam tratados de forma igual no atendimento posterior à pesquisa, independente de condições socioeconômicas, raça, crença e outros. A pesquisa garantiu ainda a confiabilidade das informações das crianças, não divulgando o nome e mantendo o banco de dados/instrumentos de coleta de forma segura em local apropriado.

O consentimento foi solicitado junto à mãe da criança ou responsável, no entanto, o mesmo foi obtido apenas de forma verbal, uma vez que por razões culturais não foi possível a solicitação de forma escrita. Segundo Sucupira (2003), para as camadas mais populares da região estudada, a aposição de uma assinatura em um documento tem significado diferente daquele dos grupos habituados à escrita como um meio de comunicação e de compromisso.

Conforme a Resolução 16/96 (BRASIL, 2000), toda pesquisa envolvendo seres humanos deverá ser submetida à apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa – CEP indicado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP/MS, para tanto, a pesquisa, passou pelo CEP da Universidade Vale do Acaraú para devida apreciação.

5 RESULTADOS

Os resultados foram apresentados em forma de tabelas e figuras, dispostos segundo as características definidas por Andersen, divididas da seguinte forma:

1. Análise descritiva da amostra.

- a. As variáveis independentes estão nas tabelas 1 a 6;
- b. As variáveis dependentes estão na tabela 7.

2. Análise inferencial.

- a. Utilização habitual dos serviços da Unidade de Saúde da Família (tabelas 8 a 14);
- b. Utilização habitual dos serviços hospitalares (tabelas 15 a 21);
- c. Utilização habitual dos serviços de convênios ou particulares (tabelas 22 a 28);
- d. Comparação entre os diferentes tipos de serviço (tabela 29).
- e. Utilização dos serviços de saúde nos últimos 30 dias (tabelas 30 a 34);
- f. Utilização dos serviços da Unidade de Saúde da Família nos últimos 30 dias (tabelas 35 a 41);
- g. Utilização dos serviços hospitalares nos últimos 30 dias (tabelas 42 a 48).

5.1 Descrevendo a amostra

5.1.1 Variáveis independentes

Das características de predisposição dos indivíduos, os resultados mostraram que a amostra era igualmente dividida entre os sexos feminino e masculino, com 1.637 participantes cada; as faixas de idade foram distribuídas de forma praticamente igual, em torno de 21%, com exceção da faixa de 5 anos, que representou apenas 14,6% da amostra; 2.370 crianças (72,4%) foram classificadas pelos responsáveis como negros/mulatos/morenos e 894 (27,3%) como brancos; 2.891 (88,3%) professavam a religião católica e apenas 282 (8,6%), outras religiões; 2.275 (69,6%) crianças tinham o pai como chefe de família e 538

(16,4%) outro parente; quase a metade (46,9%) das mães tinham até 3 anos de escolaridade (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição de uma amostra de 3.274 crianças de 5 a 9 anos segundo características de predisposição, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.

CARACTERÍSTICAS DE PREDISPOSIÇÃO	n	%
SEXO		
Feminino	1637	50,0
Masculino	1637	50,0
IDADE		
5 anos	477	14,6
6 anos	698	21,3
7 anos	690	21,1
8 anos	693	21,2
9 anos	716	21,8
COR DA PELE/RAÇA		
Negra/mulata/morena	2370	72,4
Branca	894	27,3
Amarela	3	0,1
Indígena	1	0,0
Não informou	6	0,2
RELIGIÃO		
Católica	2891	88,3
Outra	282	8,6
Nenhuma	99	3,0
Não informou	2	0,1
PARENTESCO DO CHEFE EM RELAÇÃO À CRIANÇA		
Pai	2275	69,6
Mãe	329	10,0
Irmão	4	0,1
Outro parente	538	16,4
Agregado	13	0,4
Não informou	115	3,5
ESCOLARIDADE DA MÃE		
0 anos	391	11,9
1 a 3 anos	1145	35,0
4 a 7 anos	898	27,4
8 a 11 anos	359	11,0
12 anos ou mais	302	9,2
Não tem mãe/Não informou	179	5,5

Tabela 2 – Distribuição de uma amostra de 3.274 crianças de 5 a 9 anos segundo recursos disponíveis, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.

RECURSOS DISPONÍVEIS	n	%
ZONA DE RESIDÊNCIA		
Sede do município	2864	87,5
Sede dos distritos	410	12,5
ESCOADOUROS DE DEJETOS		
Rede pública	1829	55,8
Vala/céu aberto	465	14,2
Fossa rudimentar	336	10,3
Fossa séptica	321	9,8
Rio/córrego	58	1,8
Outro	262	8,0
Não informou	3	0,1
DESTINO DO LIXO		
Coletado diretamente	2311	70,6
Terreno baldio	568	17,3
Coletado indiretamente (<i>container</i>)	242	7,4
Queimado/enterrado	124	3,8
Rio/córrego	20	0,6
Outro	7	0,2
Não informou	2	0,1
PROXIMIDADE DA UNIDADE DE SAÚDE EM RELAÇÃO AO DOMICÍLIO		
Perto	2554	78,0
Nem perto nem longe	374	11,4
Longe	337	10,3
Não informou	9	0,3
REALIZAÇÃO DE CONSULTA NO MESMO DIA		
Sempre	2060	62,9
Às vezes	985	30,1
Nunca	166	5,1
Não informou	63	1,9

(continua)

(continuação)

RECURSOS DISPONÍVEIS	n	%
CADASTRO NO PSF		
Sim	2996	91,5
Não	275	8,4
Não informou	3	0,1
POSSE DE PLANO DE SAÚDE		
Sim	186	5,7
Não	3067	93,7
Não informou	21	0,6
GASTO POR PROBLEMA DE SAÚDE NOS ÚLTIMOS 15 DIAS (n=1.439)		
Nada	772	53,6
Pouco	375	26,1
Não muito	82	5,7
Muito	93	6,5
Não informou	117	8,1

A Tabela 2 trata da distribuição dos recursos disponíveis e mostra que 2.864 (87,5%) indivíduos residiam na sede do município; 1.829 (55,8%) domicílios faziam o escoadouro de dejetos na rede pública de esgoto e 321 (9,8%) em fossa séptica, mas ainda existem 465 (14,2%) que o faziam em valas ou a céu aberto; o lixo domiciliar era coletado diretamente em 2.311 (70,6%) dos casos e 568 (17,3%) eram jogados em terreno baldio.

Ainda na Tabela 2, observa-se que 2.554 (78,0%) das mães/responsáveis pela criança consideravam a unidade de saúde perto do domicílio e 337 (10,3%) avaliaram como longe; 2.060 (62,9%) indivíduos sempre realizavam consulta no mesmo dia da procura e 1.151 (35,2%) realizavam às vezes ou nunca, consultas no mesmo da procura do serviço; 2.996 (91,5%) possuíam cadastro no Programa de Saúde da Família (PSF), apenas 186 (5,7%) tinham direito ao plano de saúde ou convênio; mais da metade dos indivíduos (53,6%) não gastaram nada com saúde nos últimos 15 dias anteriores à pesquisa.

Tabela 3 – Medidas descritivas de uma amostra de 3.274 crianças de 5 a 9 anos segundo recursos disponíveis, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.

RECURSOS DISPONÍVEIS	Média	Desvio-padrão (DP)	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo
Total de pessoas no domicílio	5,9	2,2	5	5	2	19
Renda Familiar Mensal (SM)	2,4	2,7	1,9	1	0	46,6
Renda mensal <i>per capita</i> (SM)	0,46	0,55	0,30	0,00	0,00	7,77
Total de bens de consumo no domicílio	3,8	1,3	4	4	1	9
Tempo de deslocamento de casa para Unidade de Saúde (minutos)	11,6	12,0	10	10	1	300
Tempo de espera no último atendimento (minutos)	89,0	82,2	60	120	0	600

Na Tabela 3, tratando ainda dos recursos disponíveis, observa-se que em média, as famílias apresentavam quase seis pessoas por domicílio (dp=2,2), sendo que haviam domicílios com até 19 pessoas. A metade das famílias era composta por até 5 pessoas e a formação mais frequente também era de 5 pessoas. Na Figura 8 observou-se, através do gráfico de dispersão, que grande parte das famílias tem de 3 a 10 membros, sendo menos frequentes aquelas compostas por duas pessoas ou acima de 10 pessoas.

A renda mensal familiar média era de 2,4 salários mínimos (SM), sendo que 50% da amostra ganhavam até 1,9 SM. O rendimento familiar mensal mais comum no município foi de 1 SM. A renda mensal *per capita* era pouco menor que meio salário mínimo, em média. No entanto, havia uma grande disparidade entre as famílias (dp=0,55), onde algumas apresentavam renda *per capita* de 7,77 SM e outras não tinham renda alguma. A Figura 8 mostra que a grande concentração de famílias ganha até 5 SM e a renda *per capita* até 1 SM/pessoa. Observou-se ainda, a grande quantidade de famílias que não contavam com rendimento algum.

A média de bens de consumo⁶ no domicílio era de 3,8 itens (dp=1,3). Pela Figura 8 observou-se que grande parte das famílias possuía de 3 a 6 bens de consumo e que todas as famílias possuíam pelo menos um dos nove assinalados.

O tempo de deslocamento da residência à unidade de saúde variava de 1 minuto a 5 horas e em média, era de 11,6 minutos (dp=12 min). Pela Figura 8, observa-se que quase todos os indivíduos da pesquisa levam, no máximo, 30 minutos de casa ao PFS.

O tempo espera no último atendimento apresentou grande variação, sendo que a média foi de uma hora e meia. Metade da amostra foi atendida em até uma hora.

⁶ Bens de consumo: fogão, geladeira, televisão, rádio, aparelho de som, vídeo cassete, microondas, *freezer*, máquina de lavar roupa.

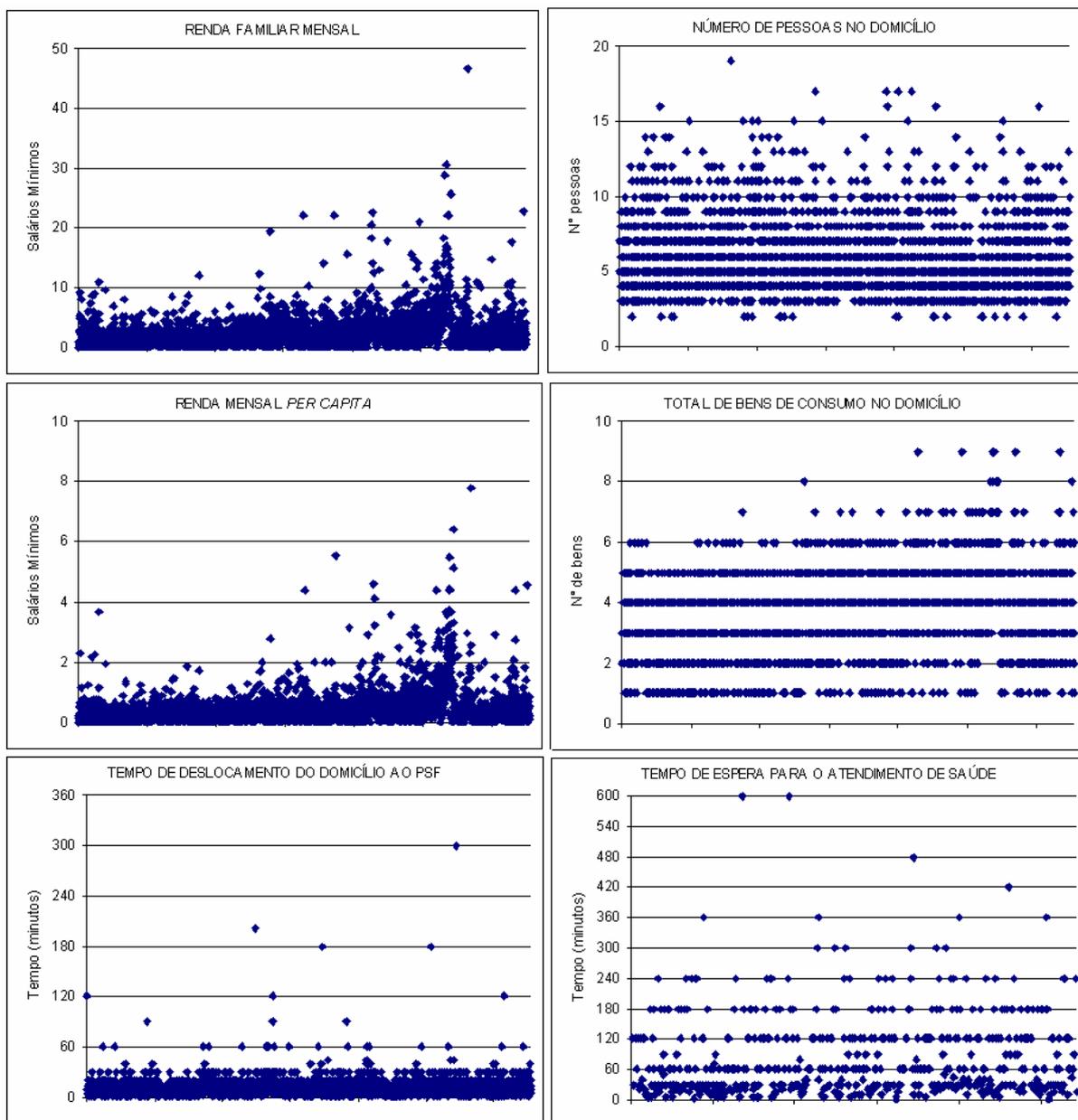


Figura 8 – Diagramas de dispersão das variáveis quantitativas.

Tabela 4 – Distribuição de uma amostra de 3.274 crianças de 5 a 9 anos segundo problemas de saúde nos últimos 15 dias anteriores à pesquisa, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.

PROBLEMA DE SAÚDE	n	%
Sim	1439	44,0
Não	1835	56,0
Total	3274	100,0

Com relação às necessidades de saúde, 1.439 (44%) indivíduos apresentaram algum problema de saúde nos últimos 15 dias anteriores à pesquisa (Tabela 4).

Nas duas tabelas a seguir, observam-se os dados referentes à consulta realizada no último mês anterior à pesquisa (544 indivíduos).

Tabela 5 – Distribuição da amostra de 544 crianças de 5 a 9 anos, consultadas no último mês, segundo processo do cuidado médico, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.

PROCESSO DO CUIDADO MÉDICO	n	%
ORIENTAÇÕES EM SAÚDE		
Orientações do médico na última consulta	343	63,1
Orientações sobre prevenção de doenças	252	46,3
Perguntas sobre a vacinação da criança	197	36,2
Orientações de outro profissional	117	21,5
COMUNICAÇÃO MÉDICO/PACIENTE		
Explicações sobre a doença, caso estivesse doente	399	73,3
Explicações o tratamento, caso necessário	328	60,3
Explicações os exames, caso necessário	104	19,1

A Tabela 5, referente ao processo do cuidado médico, mostra que em 343 (63,1%) casos, o médico deu orientações de saúde; em 252 (46,3%), deu orientações de prevenção de doenças; 197 (36,2%) perguntaram sobre a vacinação da criança e 117 (21,5%) receberam orientações de outros profissionais de saúde, que não o médico. Com relação à comunicação médico/paciente, em 399 (73,3%) casos, o médico explicou sobre a doença da criança; em 328 (60,3%), explicou o tratamento e em apenas 104 (19,1%), explicou os exames.

Na Tabela 6, observa-se que 476 (87,5%) das mães/responsáveis pelas crianças consultadas no último mês, consideraram o médico simpático ou muito simpático, apenas 1 (0,2%) indivíduo classificou-o como muito antipático; 114 (21,0%) acharam que o médico estava muito interessado na saúde da criança, enquanto que 94 (15,3%), acharam pouco

interessado ou desinteressado; 457 (84,0%) qualificaram o atendimento como bom ou muito bom e 70 (12,9%), regular; 132 (24,3%) confiavam muito no médico, ao contrário de 29(5,3%) que não confiam no médico; 455 (83,6%) acreditavam que o médico sabia o que estava fazendo; 409 (75,2%) achavam que o médico cuidava bem da criança e 129 (23,7%), cuidavam mais ou menos ou não cuidam bem da criança.

Tabela 6 – Distribuição da amostra de 544 crianças de 5 a 9 anos, consultadas no último mês, segundo satisfação do usuário, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.

SATISFAÇÃO DO USUÁRIO	n	%
ATITUDE DO MÉDICO		
Muito simpático	118	21,7
Simpático	358	65,8
Indiferente	30	5,5
Antipático	25	4,6
Muito antipático	1	0,2
Não respondeu	12	2,2
INTERESSE DO MÉDICO		
Muito interessado	114	21,0
Interessado	328	60,2
Pouco interessado	75	13,8
Desinteressado	19	3,5
Não respondeu	8	1,5
QUALIDADE DO ATENDIMENTO		
Muito bom	129	23,7
Bom	328	60,3
Regular	70	12,9
Mau	8	1,5
Muito mau	5	0,9
Não respondeu	4	0,7
GRAU DE CONFIANÇA NO MÉDICO		
Confia muito	132	24,3
Confia	310	57,0
Confia pouco	69	12,7
Não confia	29	5,3
Não respondeu	4	0,7
COMPETÊNCIA DO MÉDICO		
Sabe o que está fazendo	455	83,6
Não tenho certeza se ele sabe	62	11,4
Acho que ele não sabe	20	3,7
Não respondeu	7	1,3
CUIDADO DO MÉDICO COM A CRIANÇA		
Cuida bem	409	75,2
Cuida mais ou menos	100	18,4
Não cuida bem	29	5,3
Não respondeu	6	1,1

5.1.2 Variáveis dependentes: Utilização dos serviços de saúde

Na Tabela 7 está descrita a USS pelos participantes da pesquisa. Percebe-se que, 2.586 (79,1%) dos indivíduos utilizavam habitualmente a Unidade de Saúde da Família (PSF), seguida da utilização de serviços hospitalares (13,5%) e apenas 112 (3,4%) participantes utilizavam habitualmente serviços por convênio ou particulares, ou seja, 92,6% dos indivíduos referem utilizar o serviço público de saúde, já que os hospitais mencionados são conveniados ao SUS. Além dessas, 116 (3,5%) das crianças eram levadas a outros lugares quando necessitam de atendimento de saúde, entre estes recursos de atenção à saúde estavam farmácias, rezadeiras, madrinhas, avós, entre outros.

Apenas 558 (17,0%) indivíduos utilizaram algum dos serviços de saúde nos últimos 30 dias anteriores à pesquisa. O tipo de serviço utilizado foi praticamente o mesmo da utilização habitual, 400 (71,7%) foram ao PSF, 82 (14,7%) aos hospitais, 19 (3,4%) aos serviços conveniados ou particulares.

Tabela 7 – Distribuição da amostra de 3.274 crianças de 5 a 9 anos segundo utilização dos serviços de saúde, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.

UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	n	%
UTILIZAÇÃO HABITUAL		
PSF	2586	79,1
Hospital	443	13,5
Convênio/particular	112	3,4
Outro	116	3,5
Não informou	17	0,5
UTILIZAÇÃO NO ÚLTIMO MÊS		
Sim	558	17,0
Não	2715	82,9
Não informou	1	0,1
SERVIÇO UTILIZADO (N=558)		
PSF	400	71,7
Hospital	82	14,7
Convênio/particular	19	3,4
Outro	17	3,0
Não informou	40	7,2
ATENDIMENTO REALIZADO (N=558)		
Sim	544	97,5
Não	14	2,5

5.2 Análise inferencial

5.2.1 Utilização habitual: Unidade de Saúde da Família (PSF) *versus* Outros serviços

As tabelas a seguir, tratam da utilização habitual da Unidade de Saúde da Família (PSF) em relação aos outros tipos de serviço. Pela Tabela 8, constata-se que, para as características de predisposição – sexo, idade e religião – não foram encontradas associações estatísticas significativas com o tipo de serviço de saúde utilizado habitualmente.

A cor da pele/raça apresentou significância ($p < 0,001$) com relação ao tipo de serviço de saúde utilizado. A criança negra/mulata/morena teve chance 1,11 vezes maior de utilizar os serviços do PSF do que as crianças brancas.

A criança que tem como chefe de família outro parente apresentava chance 1,06 vezes maior de utilizar os serviços do PSF, do que as crianças que tinham o pai como chefe de família ($p = 0,02$). Não foi encontrada relação estatisticamente significativa entre o fato de a mãe ser a chefe de família e o tipo de serviço habitualmente utilizado, tomando como referência o pai ($p = 0,52$).

A escolaridade da mãe mostrou-se um fator muito associado à utilização dos serviços do PSF. A Tabela 8 mostra que, quanto maior a escolaridade, menor a chance de utilização do PSF ($p < 0,001$). Crianças, cujas mães não tinham nenhuma escolaridade, tiveram 1,88 vezes mais chance de utilizar os serviços do PSF do que as crianças, cujas mães tinham escolaridade de 12 anos ou mais ($p < 0,001$). Enquanto, as crianças, cujas mães tinham escolaridade de 8 a 11 anos, tiveram a chance 1,60 vezes maior de utilizar o PSF do que as crianças com mães com 12 anos ou mais de escolarização ($p < 0,001$).

Com relação aos recursos disponíveis, a Tabela 9 mostra que, todas as variáveis apresentaram associação com a utilização dos serviços do PSF.

Os indivíduos que moravam na sede dos distritos tiveram chance 1,19 vezes maior de utilizar o PSF, do que os indivíduos residentes da sede do município ($p < 0,001$).

O tipo de escoadouro de dejetos realizado no domicílio apresentou significância em algumas categorias. Considerando a rede pública como referência, utilizar a fossa rudimentar como escoadouro aumentou em 1,10 vezes, a chance de o indivíduo procurar os serviços do PSF ($p = 0,01$), enquanto que fazer o escoamento por vala ou a céu aberto, aumenta

em 1,22 vezes, a chance de utilizar o PSF ($p<0,001$) e por outro meio, 1,19 vezes ($p<0,001$). O escoamento feito em fossa séptica ou em rio/córrego não apresentou significância.

Com relação ao destino do lixo domiciliar, o indivíduo, cujo domicílio tinha o lixo queimado ou enterrado, tem a chance 1,22 vezes maior de utilizar os serviços de saúde do PSF do que os indivíduos residentes em domicílio, cujo lixo é coletado diretamente ($p<0,001$). Os indivíduos que jogam em terreno baldio apresentam a chance de 1,15 vezes maior de utilizar os serviços do PSF ($p<0,001$). As categorias, coletados indiretamente (*container*), jogado em rio ou córrego e outros tipos, não apresentaram diferença significativa com relação à coleta direta.

As crianças que moravam perto da unidade de saúde apresentaram uma chance de 1,08 vezes de utilizar os serviços do PSF do que os que moram longe ($p=0,02$). Os indivíduos que consideram, nem perto nem longe, a distância entre o domicílio e a unidade de saúde, ficaram no limiar da significância (IC=0,99-1,17).

A possibilidade de conseguir consulta sempre no mesmo dia da procura tem 1,22 vezes a chance de utilizar o PSF que os indivíduos que nunca conseguem ($p<0,001$). Assim como, os indivíduos que às vezes conseguem a consulta para o mesmo dia têm 1,32 vezes mais chance de utilizar o PSF do que os que nunca conseguem ($p<0,001$).

Os fatores que mostraram maior associação com a utilização dos serviços do PSF foram o cadastro no Programa de Saúde da Família e a posse de plano de saúde. Crianças com cadastro tiveram mais de 1,74 vezes a chance de utilizar os serviços do PSF do que os não cadastrados ($p<0,001$) e as crianças sem plano de saúde têm mais de 2,47 vezes a chance de utilizar o PSF, do que os indivíduos com plano ($p<0,001$).

Verificando o gasto por problema de saúde nos últimos 15 dias, anteriores à pesquisa, percebe-se que indivíduos que gastaram pouco ou nada tiveram chance 1,18 vezes maior de utilizar o PSF, com relação aos que gastaram não muito ou muito ($p<0,001$).

Tabela 8 – Relação entre utilização habitual dos serviços de saúde (PSF x Outros serviços) e características de predisposição, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.

CARACTERÍSTICAS DE PREDISPOSIÇÃO	PSF		Outros		p	RP	IC 95%	
	n	%	n	%				
SEXO								
Feminino	1297	79,7%	331	20,3%	0,70			
Masculino	1289	79,1%	340	20,9%				
IDADE								
5 anos	380	80,0%	95	20,0%	0,86			
6 anos	556	80,1%	138	19,9%				
7 anos	548	79,7%	140	20,3%				
8 anos	548	79,5%	141	20,5%				
9 anos	554	77,9%	157	22,1%				
COR DA PELE/RAÇA ¹								
Negra/mulata/morena	1921	81,5%	436	18,5%	<0,001	1,11	1,06	1,16
Branca	655	73,6%	235	26,4%		1,00		
RELIGIÃO								
Católica	2278	79,2%	597	20,8%	0,81			
Outra	228	80,9%	54	19,1%				
Nenhuma	78	79,6%	20	20,4%				
PARENTESCO DO CHEFE EM RELAÇÃO À CRIANÇA ²								
Pai	1776	78,5%	486	21,5%		1,00		
Mãe	261	80,1%	65	19,9%	0,52	1,02	0,96	1,08
Outro parente	449	83,0%	92	17,0%	0,02	1,06	1,01	1,10
ESCOLARIDADE DA MÃE ³								
0 anos	332	85,3%	57	14,7%	<0,001	1,88	1,65	2,14
1 a 3 anos	972	85,5%	165	14,5%	<0,001	1,88	1,66	2,13
4 a 7 anos	723	81,0%	170	19,0%	<0,001	1,78	1,57	2,02
8 a 11 anos	261	72,7%	98	27,3%	<0,001	1,60	1,39	1,84
12 anos ou mais	137	45,5%	164	54,5%		1,00		

1. Excluídos os indivíduos de raça amarela e indígena
2. Excluídos os agregados. A categoria “Irmão” foi agregada a outros parentes.
3. Qui-quadrado de tendência. $p < 0,001$

Tabela 9 – Relação entre utilização habitual dos serviços de saúde (PSF x Outros serviços) e recursos disponíveis, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.

RECURSOS DISPONÍVEIS	PSF		Outros		p	RP	IC 95%	
	n	%	n	%				
ZONA DE RESIDÊNCIA								
Sede do município	2211	77,5%	641	22,5%	<0,001	1,00		
Sede dos distritos	375	92,6%	30	7,4%		1,19	1,15	1,24
ESCOADOUROS DE DEJETOS								
Rede pública	1358	74,7%	459	25,3%		1,00		
Fossa séptica	253	78,8%	68	21,2%	0,12	1,05	0,99	1,12
Fossa rudimentar	275	81,8%	61	18,2%	0,01	1,10	1,03	1,16
Vala/céu aberto	423	91,2%	41	8,8%	<0,001	1,22	1,17	1,27
Rio/córrego	43	75,4%	14	24,6%	0,91	1,01	0,87	1,17
Outro	231	89,2%	28	10,8%	<0,001	1,19	1,14	1,25
DESTINO DO LIXO								
Coletado diretamente	1759	76,5%	541	23,5%		1,0		
Coletado indiretamente (<i>container</i>)	193	79,8%	49	20,2%	0,25	1,04	0,97	1,12
Queimado/enterrado	116	93,5%	8	6,5%	<0,001	1,22	1,16	1,29
Terreno baldio	496	87,9%	68	12,1%	<0,001	1,15	1,11	1,19
Rio/córrego	14	77,8%	4	22,2%	0,90	1,02	0,79	1,30
Outro	6	85,7%	1	14,3%	0,57	1,12	0,83	1,52
PROXIMIDADE DA UNIDADE DE SAÚDE EM RELAÇÃO AO DOMICÍLIO								
Perto	2032	80,0%	509	20,0%	0,02	1,08	1,01	1,15
Nem perto nem longe	298	79,9%	75	20,1%	0,08	1,08	0,99	1,17
Longe	248	74,3%	86	25,7%		1,00		
REALIZAÇÃO DE CONSULTA NO MESMO DIA								
Sempre	1627	79,1%	429	20,9%	<0,001	1,22	1,08	1,36
Às vezes	844	85,7%	141	14,3%	<0,001	1,32	1,17	1,48
Nunca	106	65,0%	57	35,0%		1,00		
CADASTRO NO PSF								
Sim	2457	82,3%	527	17,7%	<0,001	1,74	1,54	1,98
Não	128	47,2%	143	52,8%		1,00		

(continua)

(continuação)

RECURSOS DISPONÍVEIS	PSF		Outros		p	RP	IC 95%	
	n	%	n	%				
POSSE DE PLANO DE SAÚDE								
Sim	62	33,3%	124	66,7%	<0,001	1,00		
Não	2509	82,2%	542	17,8%		2,47	2,01	3,03
GASTO POR PROBLEMA DE SAÚDE NOS ÚLTIMOS 15 DIAS (n=1.439)								
Pouco ou Nada	950	83,1%	193	16,9%	<0,001	1,18	1,06	1,30
Não muito ou Muito	123	70,7%	51	29,3%		1,00		

Tabela 10 – Relação entre utilização habitual dos serviços de saúde (PSF x Outros serviços) e recursos disponíveis, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.

RECURSOS DISPONÍVEIS	PSF		Outros		p ¹	OR	IC 95%	
	Média	DP	Média	DP				
Total de pessoas no domicílio	6,0	2,2	5,6	2,2	<0,001	1,10	1,05	1,14
Renda mensal em salários mínimos (SM)	2,0	1,9	4,1	4,5	<0,001	0,76	0,73	0,79
Renda mensal <i>per capita</i> (SM)	0,36	0,36	0,82	0,90	<0,001	0,23	0,19	0,28
Total de bens de consumo no domicílio	3,6	1,3	4,4	1,4	<0,001	0,63	0,58	0,67
Tempo de deslocamento de casa para Unidade de Saúde (minutos)	10,8	10,4	15,4	16,9	<0,001	0,97	0,96	0,98
Tempo de espera para o atendimento (minutos)	93,1	83,7	68,0	71,1	0,008	1,005	1,001	1,008

1. Testes de Levene e t-student.

Tabela 11 – Relação entre utilização habitual dos serviços de saúde (PSF x Outros serviços) e ocorrência de problemas de saúde nos últimos 15 dias anteriores à pesquisa, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.

PROBLEMA DE SAÚDE	PSF		Outros		p	RP	IC 95%	
	n	%	n	%				
Sim	1165	81,2%	269	18,8%	0,02	1,04	1,01	1,08
Não	1421	77,9%	402	22,1%		1,00		

Pela Tabela 10, observa-se a comparação entre as médias de pessoas por domicílio, renda mensal familiar, renda mensal *per capita*, posse de bens de consumo, tempo de espera por atendimento e proximidade do serviço de saúde do grupo de indivíduos que utilizaram o PSF em relação aos outros serviços. Todas apresentaram significância estatística.

Observando o número de pessoas por domicílio, à medida que aumentou o número de pessoas, aumentou a utilização do PSF. Para cada pessoa a mais residente em um dado domicílio, a chance de utilizar o PSF foi 1,1 vezes (10%) maior.

Quanto maiores a renda mensal, a renda *per capita* e o total de bens de consumo do domicílio, menor foi a utilização do PSF. A cada unidade de salário que aumentou na renda mensal, a chance de utilizar o PSF diminuiu em 24% (OR=0,76) e a cada unidade de salário que aumentou na renda *per capita*, diminuiu em 77% a chance de utilização (OR=0,23). Quanto aos bens de consumo, a cada bem de consumo a mais que a família possuía, a chance de utilizar o PSF diminuía em 37% (OR=0,63).

O tempo de deslocamento do domicílio ao PSF também apresentou associação à utilização do PSF. A cada minuto que aumentava, diminuía em 3% a chance de utilização (OR=0,97). Ao contrário do tempo de espera para o atendimento, que para cada minuto que aumentava, a chance de utilizar o PSF aumentava em 0,5% (OR=1,005).

A necessidade de saúde, medida pela ocorrência de problema de saúde nos últimos 15 dias, aumentou a chance de utilizar o PSF em 1,04 vezes (Tabela 11).

A Tabela 12 apresenta os fatores relacionados ao processo do cuidado médico. As orientações do médico na última consulta, inclusive sobre prevenção de doenças não apresentaram significância estatística ($p=0,80$ e $0,71$, respectivamente).

Quanto à pergunta sobre a vacinação da criança, percebe-se que o indivíduo que foi questionado tem a chance de utilizar o PSF 1,13 vezes mais com relação aos indivíduos que não foram questionados ($p=0,001$). Assim como, os indivíduos que receberam orientações de outro profissional (que não o médico) tiveram a chance 1,14 vezes maior de utilizar o PSF ($p=0,003$).

As crianças que não receberam explicação sobre a doença e os exames complementares tiveram chance 1,10 e 1,12 vezes maior de utilizar o PSF, respectivamente. A explicação sobre o tratamento não mostrou associação com a utilização habitual do PSF ($p=0,97$).

Tabela 12 – Relação entre utilização habitual dos serviços de saúde (PSF x Outros serviços) e processo do cuidado médico, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.

PROCESSO DO CUIDADO MÉDICO	PSF		Outros		p	RP	IC 95%	
	n	%	n	%				
ORIENTAÇÕES DO MÉDICO NA ÚLTIMA CONSULTA								
Sim	285	83,1%	58	16,9%	0,80			
Não	167	83,9%	32	16,1%				
ORIENTAÇÕES SOBRE PREVENÇÃO DE DOENÇAS								
Sim	212	84,1%	40	15,9%	0,71			
Não	238	82,9%	49	17,1%				
PERGUNTAS SOBRE A VACINAÇÃO DA CRIANÇA								
Sim	178	90,4%	19	9,6%	0,001	1,13	1,06	1,22
Não	274	79,7%	70	20,3%				
ORIENTAÇÕES DE OUTRO PROFISSIONAL								
Sim	108	92,3%	9	7,7%	0,003	1,14	1,06	1,22
Não	342	80,9%	81	19,1%				
EXPLICAÇÕES SOBRE A DOENÇA, CASO ESTIVESSE DOENTE								
Sim	324	81,2%	75	18,8%	0,02	1,00		
Não	127	89,4%	15	10,6%				1,10
EXPLICAÇÕES O TRATAMENTO, CASO NECESSÁRIO								
Sim	266	81,1%	62	18,9%	0,97			
Não	55	80,9%	13	19,1%				
EXPLICAÇÕES OS EXAMES, CASO NECESSÁRIO								
Sim	78	75,0%	26	25,0%	0,04	1,00		
Não	235	83,9%	45	16,1%				1,12

Tabela 13 – Relação entre utilização habitual dos serviços de saúde (PSF x Outros serviços) e satisfação do usuário, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.

SATISFAÇÃO DO USUÁRIO	PSF		Outros		p
	n	%	n	%	
ATITUDE DO MÉDICO¹					
Simpático	402	84,5%	74	15,5%	0,10
Indiferente	22	73,3%	8	26,7%	
Antipático	19	73,1%	7	26,9%	
INTERESSE DO MÉDICO²					
Interessado	369	83,5%	73	16,5%	0,79
Pouco interessado	64	85,3%	11	14,7%	
Desinteressado	15	78,9%	4	21,1%	
QUALIDADE DO ATENDIMENTO					
Bom ou Muito bom	385	84,2%	72	15,8%	0,49
Regular	55	78,6%	15	21,4%	
Mau ou muito mau	11	84,6%	2	15,4%	
GRAU DE CONFIANÇA NO MÉDICO					
Confia muito	105	79,5%	27	20,5%	0,72
Confia	263	84,8%	47	15,2%	
Confia pouco	58	84,1%	11	15,9%	
Não confia	24	82,8%	5	17,2%	
COMPETÊNCIA DO MÉDICO					
Sabe o que está fazendo	380	83,5%	75	16,5%	0,59
Não tenho certeza se ele sabe	53	85,5%	9	14,5%	
Acho que ele não sabe	15	75,0%	5	25,0%	
CUIDADO DO MÉDICO COM A CRIANÇA					
Cuida bem	344	84,1%	65	15,9%	0,47
Cuida mais ou menos	83	83,0%	17	17,0%	
Não cuida bem	22	75,9%	7	24,1%	
Não respondeu	4	66,7%	2	33,3%	

1.A categoria “muito simpático” foi agregada à categoria “simpático”. A categoria “muito antipático” foi agregada à categoria “antipático”;

2.A categoria “muito interessado” foi agregada à categoria “interessado”.

A Tabela 13 apresenta os fatores relacionados à satisfação do usuário medida através da relação interpessoal com o médico e do grau de confiança no profissional. Nenhuma variável apresentou associação estatística com a utilização habitual do PSF.

Tabela 14 – Modelo final de utilização habitual dos serviços da Unidade de Saúde da Família, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.

VARIÁVEIS	BRUTA				AJUSTADA			
	p	RP/OR	IC 95%		p	OR	IC 95%	
ESCOLARIDADE DA MÃE								
0 anos	<0,001	1,88	1,65	2,14	0,001	2,09	1,29	3,40
1 a 3 anos	<0,001	1,88	1,66	2,13	<0,001	2,50	1,71	3,66
4 a 7 anos	<0,001	1,78	1,57	2,02	<0,001	2,11	1,47	3,04
8 a 11 anos	<0,001	1,60	1,39	1,84	0,057	1,47	0,99	2,20
12 anos ou mais		1,00				1,00		
ZONA DE RESIDÊNCIA								
Sede do município	<0,001	1,00			<0,001	1,00		
Sede dos distritos		1,19	1,15	1,24		6,32	3,40	11,73
REALIZAÇÃO DE CONSULTA NO MESMO DIA								
Sempre	<0,001	1,22	1,08	1,36	0,83	1,05	0,65	1,70
Às vezes	<0,001	1,32	1,17	1,48	0,02	1,88	1,13	3,13
Nunca		1,00				1,00		
CADASTRO NO PSF								
Sim	<0,001	1,74	1,54	1,98	<0,001	3,74	2,70	5,19
Não		1,00				1,00		
POSSE DE PLANO DE SAÚDE								
Sim	<0,001	1,00			<0,001	1,00		
Não		2,47	2,01	3,03		3,69	2,46	5,55
RENDA MENSAL PER CAPITA (SM)								
<0,001	0,23	0,19	0,28	<0,001	0,42	0,32	0,54	
TOTAL DE BENS DE CONSUMO NO DOMICÍLIO								
<0,001	0,63	0,58	0,67	<0,001	0,84	0,76	0,92	
TEMPO DE DESLOCAMENTO DE CASA PARA UNIDADE DE SAÚDE (MINUTOS)								
<0,001	0,97	0,96	0,98	<0,001	0,96	0,95	0,97	

R² de Cox&Snell=20%. R² de Nagelkerke=32%. Teste de Hosmer-Lemeshow. p=0,49.

O modelo final de utilização habitual dos serviços do PSF trouxe como fatores associados a escolaridade materna, zona de residência, possibilidade de realização da consulta no mesmo dia, cadastro no PSF, posse de plano de saúde, renda mensal *per capita*, total de bens de consumo no domicílio e tempo de deslocamento entre a residência e o PSF (Tabela 14).

As chances de utilizar regularmente o PSF foram maiores nas faixas de escolaridade mais baixa. As crianças cujas mães tinham escolaridade até 7 anos de estudo

tiveram mais de duas vezes a chance de utilizar o PSF do que as crianças com mães que tinham escolaridade igual ou superior a 8 anos de estudo.

Com relação à zona de residência, a chance do indivíduo que mora na sede dos distritos era 6,32 vezes maior de utilizar o serviço do PSF do que os indivíduos da sede do município.

Quanto à possibilidade de conseguir consulta para o mesmo dia da procura, apenas os indivíduos que às vezes realizam o atendimento no mesmo dia têm 1,88 vezes mais chance de utilizar o PSF do que os que nunca conseguem ($p=0,02$).

Os indivíduos com cadastro no PSF e sem plano de saúde passaram a ter uma chance 3,7 vezes maior de utilizar o PSF do que os sem cadastro e com direito a plano de saúde ($p<0,001$).

Com relação à renda *per capita* e o total de bens de consumo do domicílio, quanto maiores, menor é a utilização do PSF. A cada unidade de salário que aumenta na renda *per capita*, diminui em 58% a chance de utilização ($OR=0,42$). Quanto aos bens de consumo, a cada unidade que aumenta, a chance de utilizar o PSF diminui em 33% ($OR=0,67$).

O tempo de deslocamento do domicílio ao PSF também apresentou associação à utilização do PSF. A cada minuto que aumentava, diminuía em 4% a chance de utilização ($OR=0,96$).

5.2.2 Utilização habitual: Hospital *versus* Outros serviços

A Tabela 15 mostra a relação entre a utilização habitual de serviços hospitalares e as características de predisposição dos indivíduos.

O sexo e a idade não mostraram diferenças significativas, $p=0,33$ e $0,90$, respectivamente. Assim como, a religião e o parentesco do chefe de família, também não apresentaram significância ($p=0,36$ e $0,41$).

Apenas a raça/cor da pele e a escolaridade da mãe mostraram associação. O indivíduo de raça/cor branca tem 1,28 vezes mais chance de utilizar o hospital do que a Negra/mulata/morena.

À medida que cresce a escolaridade da mãe, aumenta a utilização do hospital. Tomando como referência a mãe sem escolaridade, indivíduos cuja mãe tem escolaridade de 4 a 7 anos de estudo têm a chance 1,47 vezes maior de utilizar os serviços hospitalares; com escolaridade de 8 a 11 anos de estudo, 2,11 vezes mais; e com escolaridade maior ou igual a 12 anos, 2,97 vezes mais. Apenas a faixa de escolaridade de 1 a 3 anos de estudo não apresentou diferença com relação ao grupo sem escolaridade ($p=0,77$).

Tabela 15 – Relação entre utilização habitual dos serviços de saúde (Hospital x Outros serviços) e características de predisposição, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.

CARACTERÍSTICAS DE PREDISPOSIÇÃO	Hospital		Outros		p	RP	IC 95%	
	n	%	n	%				
SEXO								
Feminino	212	13,0%	1416	87,0%	0,33			
Masculino	231	14,2%	1398	85,8%				
IDADE								
5 anos	62	13,1%	413	86,9%	0,90			
6 anos	90	13,0%	604	87,0%				
7 anos	92	13,4%	596	86,6%				
8 anos	95	13,8%	594	86,2%				
9 anos	104	14,6%	607	85,4%				
COR DA PELE/RAÇA ¹								
Negra/mulata/morena	299	12,7%	2058	87,3%	0,01	1,00		
Branca	144	16,2%	746	83,8%		1,28	1,06	1,53
RELIGIÃO								
Católica	400	13,9%	2475	86,1%	0,36			
Outra	33	11,7%	249	88,3%				
Nenhuma	10	10,2%	88	89,8%				
PARENTESCO DO CHEFE EM RELAÇÃO À CRIANÇA ²								
Pai	300	13,3%	1962	86,7%	0,41			
Mãe	52	16,0%	274	84,0%				
Outro parente	72	13,3%	469	86,7%				
ESCOLARIDADE DA MÃE								
0 anos	37	9,5%	352	90,5%		1,00		
1 a 3 anos	114	10,0%	1023	90,0%	0,77	1,05	0,74	1,50
4 a 7 anos	125	14,0%	768	86,0%	0,03	1,47	1,04	2,08
8 a 11 anos	72	20,1%	287	79,9%	<0,001	2,11	1,46	3,05
12 anos ou mais	85	28,2%	216	71,8%	<0,001	2,97	2,08	4,24

1.Excluídos os indivíduos de raça amarela e indígena

2.Excluídos os agregados. A categoria "Irmão" foi agregada a outros parentes.

Tabela 16 – Relação entre utilização habitual dos serviços de saúde (Hospital x Outros serviços) e recursos disponíveis, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.

RECURSOS DISPONÍVEIS	Hospital		Outros		p	RP	IC 95%	
	n	%	n	%				
ZONA DE RESIDÊNCIA								
Sede do município	435	15,3%	2417	84,7%	<0,001	7,72	3,87	15,42
Sede dos distritos	8	2,0%	397	98,0%		1,00		
ESCOADOUROS DE DEJETOS								
Vala/céu aberto	26	5,6%	438	94,4%		1,00		
Rede pública	309	17,0%	1508	83,0%	<0,001	3,03	2,06	4,47
Fossa séptica	37	11,5%	284	88,5%	<0,001	2,06	1,27	3,33
Fossa rudimentar	46	13,7%	290	86,3%	<0,001	2,44	1,54	3,87
Rio/córrego	11	19,3%	46	80,7%	<0,001	3,44	1,80	6,59
Outro	14	5,4%	245	94,6%	0,91	0,96	0,51	1,81
DESTINO DO LIXO								
Outro ¹	43	6,0%	670	94,0%		1,00		
Coletado diretamente	364	15,8%	1936	84,2%	<0,001	2,62	1,93	3,56
Coletado indiretamente (<i>container</i>)	36	14,9%	206	85,1%	<0,001	2,47	1,62	3,75
PROXIMIDADE DA UNIDADE DE SAÚDE EM RELAÇÃO AO DOMICÍLIO								
Perto	337	13,3%	2204	86,7%	0,28			
Nem perto nem longe	51	13,7%	322	86,3%				
Longe	55	16,5%	279	83,5%				
REALIZAÇÃO DE CONSULTA NO MESMO DIA								
Sempre	323	15,7%	1733	84,3%	<0,001	1,54	1,26	1,88
Às vezes ou Nunca	117	10,2%	1031	89,8%		1,00		
CADASTRO NO PSF								
Sim	365	12,2%	2619	87,8%	<0,001	1,00		
Não	78	28,8%	193	71,2%		2,35	1,91	2,90
POSSE DE PLANO DE SAÚDE								
Sim	33	17,7%	153	82,3%	0,09			
Não	406	13,3%	2645	86,7%				
GASTO POR PROBLEMA SAÚDE NOS ÚLTIMOS 15 DIAS (n=1.439)								
Pouco ou Nada	132	11,5%	1011	88,5%	<0,001	1,00		
Não muito ou Muito	38	21,8%	136	78,2%		1,89	1,37	2,61

1.Outro: Queimado/enterrado/Jogado no rio, córrego ou terreno baldio.

Tabela 17 – Relação entre utilização habitual dos serviços de saúde (Hospital x Outros serviços) e recursos disponíveis, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.

RECURSOS DISPONÍVEIS	Hospital		Outros		p ¹	OR	IC 95%	
	Média	DP	Média	DP				
Total de pessoas no domicílio	5,6	2,2	6,0	2,2	<0,001	0,90	0,86	0,95
Renda mensal em salários mínimos (SM)	3,3	2,6	2,3	2,8	<0,001	1,10	1,06	1,13
Renda mensal <i>per capita</i> (SM)	0,66	0,60	0,43	0,54	<0,001	1,74	1,50	2,01
Total de bens de consumo no domicílio	4,2	1,2	3,7	1,4	<0,001	1,31	1,21	1,41
Tempo de deslocamento de casa para Unidade de Saúde (minutos)	15,4	12,7	11,0	11,8	<0,001	1,02	1,01	1,03
Tempo de espera para o atendimento (minutos)	75,8	75,2	90,9	83,1	0,15	0,99	0,98	1,01

1. Testes de Levene e t-student.

Os recursos disponíveis estão apresentados na Tabela 16 e Tabela 17. A zona de residência apresenta diferença na utilização do hospital como serviço habitual. Indivíduos que moram na sede do município têm a chance de utilizar o hospital, 7,72 vezes maior que os dos distritos ($p < 0,001$).

Com relação às condições ambientais do domicílio, percebe-se que o escoadouro de dejetos (utilizando como referência vala/céu aberto) quando é realizado em rede pública, aumenta a chance de o indivíduo utilizar o hospital em 3,03 vezes ($p < 0,001$). Quando é feito em fosse séptica, aumenta a chance em 2,06 vezes e em fossa rudimentar, 2,44 vezes ($p < 0,001$). Já os indivíduos cujo domicílio fazem escoadouro de dejetos em rio/córrego, têm a chance 3,44 vezes maior de utilizar o hospital do que os indivíduos que o fazem em vala ou a céu aberto ($p < 0,001$).

Os indivíduos que têm o lixo domiciliar coletado de forma direta têm 2,62 vezes a chance de utilizar o hospital que os indivíduos que destinam o lixo domiciliar de outras formas⁷ ($p < 0,001$). Os que têm a coleta de forma indireta (*container*) apresentam a chance de 2,47 vezes ($p < 0,001$).

A proximidade da unidade do PSF com relação ao domicílio não apresentou diferença significativa ($p = 0,28$).

A possibilidade de sempre realizar a consulta no mesmo dia da procura aumenta em 1,54 vezes a chance de utilizar o hospital do que os indivíduos que às vezes ou nunca conseguem ($p < 0,001$).

⁷ Queimado/enterrado/Jogado no rio, córrego ou terreno baldio.

Indivíduos que não têm cadastro no PSF apresentam a chance de 2,35 vezes maior de utilizar o hospital que os cadastrados ($p < 0,001$). A posse de plano de saúde não foi significativa ($p = 0,09$).

Indivíduos que tiveram não muito ou muito gasto por problema de saúde nos últimos 15 dias, anteriores à pesquisa, têm a chance 1,89 vezes maior de utilizar os serviços hospitalares do que os indivíduos que gastaram pouco ou nada ($p < 0,001$).

Pela Tabela 17, observa-se que à medida que aumenta o total de pessoas no domicílio, diminui em 10% a utilização do hospital ($OR = 0,90$). O contrário acontece com a renda, à medida que cresce a renda, também cresce a chance de utilização. Para cada unidade de salário mínimo que aumenta na renda familiar, aumenta em 1,10 vezes a chance de utilizar o hospital, assim como, a cada unidade de salário mínimo que aumenta na renda *per capita*, cresce em 1,74 vezes a chance de utilização do serviço.

O mesmo fenômeno acontece com o total de bens de consumo do domicílio. A cada unidade que aumenta no total de bens, aumenta em 1,31 vezes a chance de utilizar o hospital ($p < 0,001$).

O tempo de deslocamento de casa para unidade do PSF também influencia na utilização do hospital. A cada minuto que aumenta no tempo de deslocamento, cresce em 2% a chance de utilizar os serviços hospitalares ($p < 0,001$). Não houve diferença significativa para o tempo de espera no atendimento ($p = 0,15$).

Tabela 18 – Relação entre utilização habitual dos serviços de saúde (Hospital x Outros serviços) e ocorrência de problemas de saúde nos últimos 15 dias anteriores à pesquisa, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.

PROBLEMA DE SAÚDE	Hospital		Outros		P
	n	%	n	%	
Sim	185	12,9%	1249	87,1%	0,30
Não	258	14,2%	1565	85,8%	

Na Tabela 18 observa-se que, não houve associação entre a ocorrência de problema de saúde, nos últimos 15 dias anteriores à pesquisa e a utilização do hospital ($p = 0,30$).

Tabela 19 – Relação entre utilização habitual dos serviços de saúde (Hospital x Outros serviços) e processo do cuidado médico, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.

PROCESSO DO CUIDADO MÉDICO	Hospital		Outros		p	RP	IC 95%	
	n	%	n	%				
ORIENTAÇÕES DO MÉDICO NA ÚLTIMA CONSULTA								
Sim	45	13,1%	298	86,9%	0,99			
Não	26	13,1%	173	86,9%				
ORIENTAÇÕES SOBRE PREVENÇÃO DE DOENÇAS								
Sim	29	11,5%	223	88,5%	0,34			
Não	41	14,3%	246	85,7%				
PERGUNTAS SOBRE A VACINAÇÃO DA CRIANÇA								
Sim	11	5,6%	186	94,4%	<0,001	1,00		
Não	59	17,2%	285	82,8%		3,07	1,65	5,71
ORIENTAÇÕES DE OUTRO PROFISSIONAL								
Sim	8	6,8%	109	93,2%	0,02	1,00		
Não	63	14,9%	360	85,1%		2,18	1,07	4,42
EXPLICAÇÕES SOBRE A DOENÇA, CASO ESTIVESSE DOENTE								
Sim	57	14,3%	342	85,7%	0,18			
Não	14	9,9%	128	90,1%				
EXPLICAÇÕES O TRATAMENTO, CASO NECESSÁRIO								
Sim	45	13,7%	283	86,3%	0,40			
Não	12	17,6%	56	82,4%				
EXPLICAÇÕES OS EXAMES, CASO NECESSÁRIO								
Sim	17	16,3%	87	83,7%	0,43			
Não	37	13,2%	243	86,8%				

Com relação ao processo do cuidado médico, a Tabela 19 mostra que, as orientações do médico de uma forma geral e sobre prevenção de doenças não apresentaram associação com a utilização do hospital ($p=0,99$ e $0,34$, respectivamente).

Os indivíduos que não foram questionados sobre vacinação e nem tiveram orientações de outros profissionais, têm chance de 3,07 e 2,18 vezes, respectivamente, de utilizar o hospital. Explicações do médico sobre a doença, o tratamento e os exames complementares não foram significativos para utilização do hospital.

Tabela 20 – Relação entre utilização habitual dos serviços de saúde (Hospital x Outros serviços) e satisfação do usuário, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.

SATISFAÇÃO DO USUÁRIO	Hospital		Outros		p	RP	IC 95%	
	n	%	n	%				
ATITUDE DO MÉDICO ¹								
Simpático	56	11,8%	420	88,2%		1,00		
Indiferente	8	26,7%	22	73,3%	0,02	2,27	1,19	4,31
Antipático	6	23,1%	20	76,9%	0,10	1,96	0,93	4,13
INTERESSE DO MÉDICO ²								
Interessado	55	12,4%	387	87,6%	0,54			
Pouco interessado	10	13,3%	65	86,7%				
Desinteressado	4	21,1%	15	78,9%				
QUALIDADE DO ATENDIMENTO								
Bom ou Muito bom	56	12,3%	401	87,7%	0,51			
Regular	12	17,1%	58	82,9%				
Mau ou muito mau	2	15,4%	11	84,6%				
GRAU DE CONFIANÇA NO MÉDICO								
Confia muito	17	12,9%	115	87,1%	0,92			
Confia	40	12,9%	270	87,1%				
Confia pouco	9	13,0%	60	87,0%				
Não confia	5	17,2%	24	82,8%				
COMPETÊNCIA DO MÉDICO								
Sabe o que está fazendo	59	13,0%	396	87,0%	0,84			
Não tenho certeza se ele sabe	8	12,9%	54	87,1%				
Acho que ele não sabe	4	20,0%	16	80,0%				
CUIDADO DO MÉDICO COM A CRIANÇA								
Cuida bem	49	12,0%	360	88,0%	0,23			
Cuida mais ou menos	15	15,0%	85	85,0%				
Não cuida bem	6	20,7%	23	79,3%				

1.A categoria “muito simpático” foi agregada à categoria “simpático”. A categoria “muito antipático” foi agregada à categoria “antipático”;

2.A categoria “muito interessado” foi agregada à categoria “interessado”.

Com relação à satisfação do usuário (relação interpessoal paciente/médico), apenas a atitude do médico mostrou diferença significativa. Indivíduos que consideraram o médico indiferente têm 2,27 vezes mais chance de utilizar o hospital do que os indivíduos que consideraram simpático ($p=0,02$).

Tabela 21 – Modelo final de utilização habitual dos serviços hospitalares, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.

VARIÁVEIS	BRUTA				AJUSTADA			
	p	RP/OR	IC 95%		p	OR	IC 95%	
ESCOLARIDADE DA MÃE								
0 anos		1,00				1,00		
1 a 3 anos	0,77	1,05	0,74	1,50	0,90	0,97	0,64	1,48
4 a 7 anos	0,03	1,47	1,04	2,08	0,42	1,18	0,78	1,82
8 a 11 anos	<0,001	2,11	1,46	3,05	0,02	1,76	1,11	2,82
12 anos ou mais	<0,001	2,97	2,08	4,24	0,01	1,93	1,17	3,19
ZONA DE RESIDÊNCIA								
Sede do município	<0,001	7,72	3,87	15,42	<0,001	7,46	3,48	16,02
Sede dos distritos		1,00				1,00		
ESCOADOUROS DE DEJETOS								
Vala/céu aberto		1,00				1,00		
Rede pública	<0,001	3,03	2,06	4,47	<0,001	2,44	1,52	3,92
Fossa séptica	<0,001	2,06	1,27	3,33	0,02	2,01	1,12	3,61
Fossa rudimentar	<0,001	2,44	1,54	3,87	<0,001	2,58	1,48	4,51
Rio/córrego	<0,001	3,44	1,80	6,59	<0,001	3,53	1,50	8,30
Outro	0,91	0,96	0,51	1,81	0,44	1,32	0,65	2,68
REALIZAÇÃO DE CONSULTA NO MESMO DIA								
Sempre	<0,001	1,54	1,26	1,88	<0,001	1,82	1,42	2,33
Às vezes ou nunca		1,00				1,00		
CADASTRO NO PSF								
Sim	<0,001	1,00			<0,001	1,00		
Não		2,35	1,91	2,90		2,04	1,47	2,85
POSSE DE PLANO DE SAÚDE								
Sim	0,09	1,35	0,97	1,84	0,02	1,00		
Não		1,00				1,81	1,12	2,93
RENDA MENSAL PER CAPITA (SM)								
	<0,001	1,74	1,50	2,01	<0,001	1,51	1,23	1,85
TEMPO DE DESLOCAMENTO DE CASA PARA UNIDADE DE SAÚDE (MINUTOS)*								
	<0,001	1,31	1,21	1,41	<0,001	1,03	1,02	1,04

R² de Cox&Snell=9%. R² de Nagelkerke=15%. Teste de Hosmer-Lemeshow. p=0,15.

* Para cada 15 minutos, o valor de OR é 1,5 [1,3-1,7].

A Tabela 21 traz o modelo final com os fatores associados à utilização do hospital. As variáveis foram: escolaridade materna, zona de residência, escoadouro de dejetos, realização de consulta no mesmo dia da procura, cadastro no PSF, posse de plano de saúde, renda *per capita* e tempo de deslocamento de casa para unidade do PSF.

A escolaridade materna continua significativa, no entanto, apenas a partir de 8 anos de estudo apresenta associação com a utilização do hospital. Tomando como referência a mãe sem escolaridade, indivíduos, cuja mãe tem de 8 a 11 anos de estudo, têm a chance 1,76 vezes maior de utilizar o hospital; e com escolaridade igual ou superior a 12 anos de estudo, a chance vai para 1,93 vezes.

Quanto à zona de residência, os indivíduos que moram na sede do município têm 7,46 vezes mais chance de utilizar os serviços hospitalares que os indivíduos domiciliados nos distritos ($p < 0,001$).

As condições ambientais também mostraram significância ($p < 0,001$). Tomando como referência o escoadouro de dejetos em vala ou a céu aberto, os indivíduos que o fazem em rede pública, fossa séptica ou rudimentar, apresentam chances maiores que o dobro de utilizar o serviço de hospitais, OR= 2,44; 2,01 e 2,58; respectivamente ($p < 0,001$). Entretanto, indivíduos que fazem escoadouros de dejetos no rio/córrego apresentam chance de utilizar o hospital 3,53 vezes mais do que os que fazem em vala ou a céu aberto ($p < 0,001$).

Indivíduos que sempre realizam atendimento no mesmo dia da procura têm 1,82 vezes mais chance de utilizar o hospital do que os que às vezes ou nunca conseguem ($p < 0,001$).

Não ter cadastro no PSF e não possuir de plano de saúde aumenta a chance de utilizar o hospital. Os indivíduos que não estavam cadastrados no PSF apresentavam a chance duas vezes maior, com relação aos indivíduos cadastrados ($p < 0,001$). Já os indivíduos que não possuíam plano de saúde, apresentam uma chance 1,81 vezes maior de utilizar o hospital. Diferente da análise individual, em que a posse de plano de saúde não apresentou significância a 5%. Como o valor de $p = 0,09$, a variável entrou para o modelo multivariado, tornando-se significativa ajustada às outras variáveis e invertendo até a direção do OR. Antes, era favorável aos indivíduos com plano de saúde, agora aos indivíduos sem plano.

À medida que aumenta a renda, aumenta também a utilização do hospital. Para cada unidade de salário mínimo que aumenta na renda *per capita*, a chance de utilizar a rede hospitalar aumenta 1,51 vezes ($p < 0,001$).

O crescimento do tempo de deslocamento de casa ao PSF aumenta a utilização do hospital como serviço de referência. A cada minuto que aumenta no tempo de deslocamento, aumenta em 3% a utilização do hospital ($p < 0,001$). Fazendo uma outra análise, para cada 15 minutos a mais no deslocamento, a chance de utilizar o hospital aumenta em 50%.

5.2.3 Utilização habitual: Convênio/particular *versus* Outros serviços

Tabela 22 – Relação entre utilização habitual dos serviços de saúde (Convênio/ particular x Outros serviços) e características de predisposição, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.

CARACTERÍSTICAS DE PREDISPOSIÇÃO	Convênio/particular		Outros		p	RP	IC 95%	
	n	%	n	%				
SEXO								
Feminino	64	3,9%	1564	96,1%	0,12			
Masculino	48	2,9%	1581	97,1%				
IDADE								
5 anos	20	4,2%	455	95,8%	0,76			
6 anos	20	2,9%	674	97,1%				
7 anos	23	3,3%	665	96,7%				
8 anos	26	3,8%	663	96,2%				
9 anos	23	3,2%	688	96,8%				
COR DA PELE/RAÇA ¹								
Negra/mulata/morena	51	2,2%	2306	97,8%	<0,001	1,00		
Branca	61	6,9%	829	93,1%		3,17	2,20	4,56
RELIGIÃO								
Católica	97	3,4%	2778	96,6%	0,72			
Outra	12	4,3%	270	95,7%				
Nenhuma	3	3,1%	95	96,9%				
PARENTESCO DO CHEFE EM RELAÇÃO À CRIANÇA ²								
Pai	96	4,2%	2166	95,8%	0,002	3,28	1,53	7,02
Mãe	5	1,5%	321	98,5%	0,77	1,19	0,38	3,70
Outro parente	7	1,3%	534	98,7%		1,00		
ESCOLARIDADE DA MÃE								
0 a 3 anos	11	0,7%	1515	99,3%		1,00		
4 a 7 anos	16	1,8%	877	98,2%	0,02	2,49	1,16	5,33
8 a 11 anos	14	3,9%	345	96,1%	<0,001	5,41	2,48	11,82
12 anos ou mais	68	22,6%	233	77,4%	<0,001	31,34	16,78	58,54

1. Excluídos os indivíduos de raça amarela e indígena

2. Excluídos os agregados. A categoria "Irmão" foi agregada a outros parentes.

A partir da Tabela 22, encontram-se os resultados da relação entre as variáveis estudadas e a utilização dos serviços conveniados ou particulares.

Com relação às características de predisposição (Tabela 22), observa-se que sexo e idade da criança não mostraram diferença na utilização de convênio/particular ($p=0,12$ e $0,76$, respectivamente). A religião da família também não foi significativa ($p=0,72$).

Os indivíduos de raça branca têm 3,17 vezes mais chance de utilizar as clínicas conveniadas ou particulares, que os indivíduos negros ($p<0,001$).

As crianças que tiveram o pai como chefe de família, apresentaram 3,28 vezes mais chance de utilizar os serviços conveniados/particulares que as crianças que tiveram outros parentes como chefe ($p=0,002$). Não existe diferença entre ter a mãe e outro parente como chefe de família ($p=0,77$).

A escolaridade da mãe foi um fator fortemente associado à utilização de clínicas particulares ou conveniadas. À medida que aumenta a escolaridade, aumenta a utilização. Tomando como referência as mães com escolaridade até 3 anos de estudo, a criança, cuja mãe tem escolaridade de 4 a 7 anos, apresentam a chance 2,49 vezes maior de utilizar os serviços conveniados/particulares; com escolaridade de 8 a 11 anos, 5,41 vezes mais chance; e maior ou igual 12 anos, aproximadamente 31 vezes mais.

Tabela 23 – Relação entre utilização habitual dos serviços de saúde (Convênio/particular x Outros serviços) e recursos disponíveis, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.

RECURSOS DISPONÍVEIS	Convênio/ particular		Outros		p	RP	IC 95%	
	n	%	n	%				
ZONA DE RESIDÊNCIA								
Sede do município	107	3,8%	2745	96,2%	0,01	3,04	1,25	7,41
Sede dos distritos	5	1,2%	400	98,8%		1,00		
ESCOADOUROS DE DEJETOS								
Rede pública	91	5,0%	1726	95,0%	<0,001	13,02	4,14	41,00
Fossa séptica	11	3,4%	310	96,6%	0,001	8,91	2,50	31,73
Fossa rudimentar	7	2,1%	329	97,9%	0,01	5,42	1,41	20,82
Outro ¹	3	0,4%	777	99,6%		1,00		
DESTINO DO LIXO								
Coletado diretamente	98	4,3%	2202	95,7%	<0,001	4,34	2,03	9,30
Coletado indiretamente (<i>container</i>)	7	2,9%	235	97,1%	0,04	2,95	1,04	8,31
Outro ²	7	1,0%	706	99,0%		1,00		
PROXIMIDADE DA UNIDADE DE SAÚDE EM RELAÇÃO AO DOMICÍLIO								
Perto	83	3,3%	2458	96,7%	0,63			
Nem perto nem longe	14	3,8%	359	96,2%				
Longe	14	4,2%	320	95,8%				
REALIZAÇÃO DE CONSULTA NO MESMO DIA								
Sempre	69	3,4%	1987	96,6%	0,58			
Às vezes	35	3,6%	950	96,4%				
Nunca	8	4,9%	155	95,1%				
CADASTRO NO PSF								
Sim	70	2,3%	2914	97,7%	<0,001	1,00		
Não	42	15,5%	229	84,5%		6,61	4,60	9,49
POSSE DE PLANO DE SAÚDE								
Sim	88	47,3%	98	52,7%	<0,001	62,76	40,64	96,91
Não	23	0,8%	3028	99,2%		1,00		
GASTO POR PROBLEMA DE SAÚDE NOS ÚLTIMOS 15 DIAS (n=1.439)								
Pouco ou Nada	28	2,4%	1115	97,6%	0,01	1,00		
Não muito ou Muito	11	6,3%	163	93,7%		2,58	1,31	5,09

1. Outro: Vala/céu aberto/rio/córrego.

2. Outro: Queimado/enterrado/Jogado no rio, córrego ou terreno baldio.

Tabela 24 – Relação entre utilização habitual dos serviços de saúde (Convênio/ particular x Outros serviços) e recursos disponíveis, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.

RECURSOS DISPONÍVEIS	Convênio/particular		Outros		p ¹	OR	IC 95%	
	Média	DP	Média	DP				
Total de pessoas no domicílio	5,1	1,7	6,0	2,2	<0,001	0,79	0,71	0,89
Renda mensal em salários mínimos (SM)	8,73	7,33	2,23	2,12	<0,001	1,42	1,35	1,49
Renda mensal <i>per capita</i> (SM)	1,74	1,34	0,41	0,44	<0,001	5,37	4,26	6,78
Total de bens de consumo no domicílio	5,9	1,5	3,7	1,3	<0,001	3,81	3,16	4,59
Tempo de deslocamento de casa para Unidade de Saúde (minutos)	14,3	10,6	11,5	12,0	0,01	1,01	1,00	1,02
Tempo de espera para o atendimento (minutos)	38,4	47,2	90,5	82,6	0,001	0,98	0,97	0,99

1. Testes de Levene e t-student.

Nas Tabela 23 e Tabela 24 encontram-se os resultados referentes aos recursos disponíveis. Os indivíduos que residem na sede do município têm 3,04 vezes mais chance de utilizar o convênio ou consulta particular do que os indivíduos dos distritos ($p=0,01$).

As condições ambientais do domicílio também apresentaram associação estatisticamente significante com a utilização do serviço de saúde. Tomando como base o escoadouro de dejetos em outras fontes⁸, as crianças residentes em domicílios que fazem o escoadouro em rede pública, têm 13,02 vezes mais chance de utilizar os serviços conveniados ou particulares; em fossa séptica, 8,91 vezes; e em fossa rudimentar, 5,42 vezes.

Os indivíduos que têm o lixo domiciliar coletado diretamente, apresentam a chance 4,34 vezes maior de utilizar as clínicas particulares ou conveniadas, do que os que fazem destino de outras formas⁹ ($p<0,001$). Os indivíduos que têm o lixo coletado de forma indireta (*container*) apresentam a chance 3 vezes maior ($p=0,04$).

A proximidade do domicílio com relação ao PSF e a possibilidade de obter atendimento no mesmo dia não apresentaram associação ($p=0,63$ e $0,58$, respectivamente).

Não ter cadastro no PSF aumenta em 6,61 vezes a chance de utilizar os serviços conveniados ($p<0,001$). A posse de plano de saúde é o principal fator associado à utilização dos serviços particulares/conveniados. O indivíduo com plano de saúde tem a chance 62,76 vezes maior.

⁸ Vala/céu aberto/rio/córrego

⁹ Queimado/enterrado/Jogado no rio, córrego ou terreno baldio.

E finalmente, os indivíduos que tiveram não muito ou muito gasto por problema de saúde têm 2,58 vezes mais chance de utilizar os serviços conveniados/particulares em relação aos que gastaram pouco ou nada ($p=0,01$).

Na Tabela 24 observa-se que, à medida que aumenta o número de pessoas no domicílio, diminui em 21% a utilização dos serviços de clínicas particulares e conveniadas. O contrário acontece com a renda e o total de bens de consumo no domicílio. A cada unidade de salário mínimo que aumenta na renda mensal, aumenta em 42% a utilização dos serviços conveniados ou particulares; a cada unidade de salário mínimo que aumenta na renda *per capita*, aumenta a chance em 5,37 vezes; e a cada unidade de bens que aumenta no domicílio, aumenta a chance em 3,81 vezes.

O tempo de deslocamento do domicílio ao PSF mostrou uma pequena associação com a utilização do serviço. A cada minuto que aumenta no tempo de deslocamento, aumenta em 1% a chance de utilização ($p=0,01$).

Tabela 25 – Relação entre utilização habitual dos serviços de saúde (Convênio/particular x Outros serviços) e ocorrência de problemas de saúde nos últimos 15 dias anteriores à pesquisa, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.

PROBLEMA DE SAÚDE	Convênio/particular		Outros		P
	n	%	n	%	
Sim	44	3,1%	1390	96,9%	0,30
Não	68	3,7%	1755	96,3%	

Não houve associação entre a utilização dos serviços conveniados/particulares e a ocorrência de problemas de saúde nos últimos 15 dias (Tabela 25).

Tabela 26 – Relação entre utilização habitual dos serviços de saúde (Convênio/particular x Outros serviços) e processo do cuidado médico, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.

PROCESSO DO CUIDADO MÉDICO	Convênio/particular		Outros		p	RP	IC 95%	
	n	%	n	%				
ORIENTAÇÕES DO MÉDICO NA ÚLTIMA CONSULTA								
Sim	12	3,5%	331	96,5%	0,32			
Não	4	2,0%	195	98,0%				
ORIENTAÇÕES SOBRE PREVENÇÃO DE DOENÇAS								
Sim	10	4,0%	242	96,0%	0,20			
Não	6	2,1%	281	97,9%				
PERGUNTAS SOBRE A VACINAÇÃO DA CRIANÇA								
Sim	7	3,6%	190	96,4%	0,53			
Não	9	2,6%	335	97,4%				
ORIENTAÇÕES DE OUTRO PROFISSIONAL								
Sim	1	0,9%	116	99,1%	0,21			
Não	15	3,5%	408	96,5%				
EXPLICAÇÕES SOBRE A DOENÇA, CASO ESTIVESSE DOENTE								
Sim	15	3,8%	384	96,2%	0,08			
Não	1	0,7%	141	99,3%				
EXPLICAÇÕES O TRATAMENTO, CASO NECESSÁRIO								
Sim	14	4,3%	314	95,7%	0,48			
Não	1	1,5%	67	98,5%				
EXPLICAÇÕES OS EXAMES, CASO NECESSÁRIO								
Sim	8	7,7%	96	92,3%	0,03	3,08	1,14	8,27
Não	7	2,5%	273	97,5%				

Pela Tabela 26, percebe-se que, das variáveis referentes ao processo do cuidado médico, apenas a explicação dos exames complementares apresentou significância estatística. Os indivíduos que, receberam detalhamento sobre os exames, tiveram a chance de utilizar os serviços particulares/conveniados 3,08 vezes mais do que os que não receberam explicação.

Tabela 27 – Relação entre utilização habitual dos serviços de saúde (Convênio/ particular x Outros serviços) e satisfação do usuário, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.

SATISFAÇÃO DO USUÁRIO	Convênio/particular		Outros		p	RP	IC 95%	
	n	%	n	%				
ATITUDE DO MÉDICO ¹								
Simpático	16	3,4%	460	96,6%	0,38			
Indiferente	0	0,0%	30	100,0%				
Antipático	0	0,0%	26	100,0%				
INTERESSE DO MÉDICO ²								
Interessado	16	3,6%	426	96,4%	0,17			
Pouco interessado	0	0,0%	75	100,0%				
Desinteressado	0	0,0%	19	100,0%				
QUALIDADE DO ATENDIMENTO								
Bom ou Muito bom	15	3,3%	442	96,7%	0,56			
Regular	1	1,4%	69	98,6%				
Mau ou muito mau	0	0,0%	13	100,0%				
GRAU DE CONFIANÇA NO MÉDICO								
Confia muito	9	6,8%	123	93,2%	0,02	3,02	1,15	7,94
Confia	7	2,3%	303	97,7%		1,00		
Confia pouco ou nada ³	0	0,0%	98	100,0%	-	-	-	-
COMPETÊNCIA DO MÉDICO								
Sabe o que está fazendo	15	3,3%	440	96,7%	0,56			
Não tenho certeza se ele sabe	1	1,6%	61	98,4%				
Acho que ele não sabe	0	0,0%	20	100,0%				
CUIDADO DO MÉDICO COM A CRIANÇA								
Cuida bem	15	3,7%	394	96,3%	0,23			
Cuida mais ou menos	1	1,0%	99	99,0%				
Não cuida bem	0	0,0%	29	100,0%				

1.A categoria “muito simpático” foi agregada à categoria “simpático”. A categoria “muito antipático” foi agregada à categoria “antipático”;

2.A categoria “muito interessado” foi agregada à categoria “interessado”.

3.Não é possível calcular OR porque o valor de pessoas na categoria é zero.

Com relação à satisfação do usuário (Tabela 27), apenas a confiança no médico mostrou-se relevante. Os indivíduos que confiam muito no médico têm chance 3,02 vezes maior de utilizar as clínicas particulares/conveniadas, com relação aos indivíduos que apenas confiam.

Tabela 28 – Modelo final de utilização habitual dos serviços de clínicas particulares ou convênios, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.

VARIÁVEIS	BRUTA				AJUSTADA			
	p	RP/OR	IC 95%		p	OR	IC 95%	
ESCOLARIDADE DA MÃE								
0 a 3 anos		1,00				1,00		
4 a 7 anos	0,02	2,49	1,16	5,33	0,73	1,18	0,47	2,98
8 a 11 anos	<0,001	5,41	2,48	11,82	0,10	2,22	0,87	5,68
12 anos ou mais	<0,001	31,34	16,78	58,54	<0,01	3,65	1,53	8,66
CADASTRO NO PSF								
Sim	<0,001	1,00			<0,001	1,00		
Não		6,61	4,60	9,49		4,17	2,13	8,17
POSSE DE PLANO DE SAÚDE								
Sim	<0,001	62,76	40,64	96,91	<0,001	39,68	22,06	71,36
Não		1,00				1,00		
RENDA MENSAL PER CAPITA (SM)								
TOTAL DE BENS DE CONSUMO NO DOMICÍLIO	<0,001	5,37	4,26	6,78	<0,01	1,66	1,19	2,33
	<0,001	3,81	3,16	4,59	<0,001	1,91	1,47	2,48

R² de Cox&Snell=16%. R² de Nagelkerke=62%. Teste de Hosmer-Lemeshow. p=0,18.

O modelo final de utilização de serviços conveniados ou particulares apresenta as seguintes variáveis como fatores associados: escolaridade da mãe, cadastro no PSF, posse de plano de saúde, renda *per capita* e total de bens de consumo no domicílio (Tabela 28).

Detalhando cada variável, percebe-se que apenas uma faixa da escolaridade da mãe foi significativa. O indivíduo, cuja mãe tenha escolaridade igual ou superior a 12 anos de estudo, apresenta a chance de utilizar os serviços de saúde por convênio ou pagamento direto 3,65 vezes mais que com escolaridade de 0 a 3 anos ($p < 0,01$).

O fato de não ser cadastrado no PSF faz com que o indivíduo tenha a chance 4,17 vezes maior de utilizar os serviços conveniados e particulares. Assim como, a posse de plano de saúde aumentou a chance em quase 40 vezes de consultas em serviços de convênios ou particulares ($p < 0,001$).

E finalmente, à medida que cresce a renda e o total de bens de consumo, aumenta a utilização de clínicas particulares ou conveniadas. Para cada unidade de salário mínimo que aumenta na renda *per capita*, aumenta 1,66 vezes a chance de utilizar esses serviços ($p < 0,01$); para cada unidade de bem de consumo que aumentou no domicílio, aumentou em 1,91 vezes a chance de utilizar os serviços de convênios ou particulares ($p < 0,001$).

Tabela 29 – Fatores associados à Utilização habitual dos Serviços de Saúde por crianças de 5 a 9 anos segundo tipo de serviço, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.

FATORES	PSF			HOSPITAL			CONVÊNIO/ PARTICULAR		
	p	OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	p	OR	IC 95%
ESCOLARIDADE DA MÃE									
0 anos ¹	0,001	2,1	1,3-3,4		1,0				
1 a 3 anos	<0,001	2,5	1,7-3,7	0,90	0,9	0,6-1,5		1,0	
4 a 7 anos	<0,001	2,1	1,5-3,0	0,42	1,2	0,8-1,8	0,73	1,2	0,5-3,0
8 a 11 anos	0,057	1,5	1,0-2,2	0,02	1,8	1,1-2,8	0,10	2,2	0,9-5,7
12 anos ou mais		1,0		0,01	1,9	1,2-3,2	<0,01	3,6	1,5-8,7
ZONA DE RESIDÊNCIA									
Sede do município	<0,001	1,0		<0,001	7,5	3,5-16,0	-	-	-
Sede dos distritos		6,3	3,4-11,7		1,0		-	-	-
REALIZAÇÃO DE CONSULTA NO MESMO DIA									
Sempre	0,83	1,0	0,6-1,7	<0,001	1,8	1,4-2,3	-	-	-
Às vezes	0,02	1,9	1,1-3,1		1,0		-	-	-
Nunca ²		1,0		-	-	-	-	-	-
CADASTRO NO PSF									
Sim	<0,001	3,7	2,7-5,2	<0,001	1,0		<0,001	1,0	
Não		1,0			2,0	1,5-2,8		4,2	2,1-8,2
POSSE DE PLANO DE SAÚDE									
Sim	<0,001	1,0		0,02	1,0		<0,001	39,7	22,1-71,4
Não		3,7	2,4-5,5		1,8	1,1-2,9		1,0	
RENDA MENSAL PER CAPITA (SM)									
	<0,001	0,46	0,32-0,54	<0,001	1,5	1,2-1,9	<0,01	1,7	1,2-2,3
TOTAL DE BENS DE CONSUMO NO DOMICÍLIO									
	<0,001	0,84	0,76-0,92	-	-	-	<0,001	1,9	1,5-2,5
TEMPO DE DESLOCAMENTO DE CASA PARA UNIDADE DE SAÚDE (MIN)									
	<0,001	0,96	0,95-0,97	<0,001	1,03	1,02-1,04	-	-	-
ESCOADOUROS DE DEJETOS									
Vala/céu aberto	-	-	-		1,0		-	-	-
Rede pública	-	-	-	<0,001	2,4	1,5-3,9	-	-	-
Fossa séptica	-	-	-	0,02	2,0	1,1-3,6	-	-	-
Fossa rudimentar	-	-	-	<0,001	2,6	1,5-4,5	-	-	-
Rio/córrego	-	-	-	<0,001	3,5	1,5-8,3	-	-	-
Outro	-	-	-	0,44	1,3	0,7-2,7			

1. As categorias “0 anos” e “1 a 3 anos” foram agregadas, na análise dos serviços por convênio/particular.

2. As categorias “às vezes” e “nunca” foram agregadas, na análise da utilização do hospital.

5.2.4 Utilização dos Serviços de Saúde nos últimos 30 dias

Nas tabelas a seguir observa-se a relação entre a Utilização dos Serviços de Saúde (USS) nos últimos 30 dias. Pela Tabela 30, constata-se que, nenhuma das características de predisposição – sexo, idade, religião, raça, grau de parentesco do chefe de família e escolaridade da mãe – foram significativas a 5%.

Com relação aos recursos disponíveis, a Tabela 31 mostra que, os indivíduos que moram na sede do município tiveram 1,9 vezes mais chance de USS ($p < 0,001$).

Os indivíduos que tinham o lixo domiciliar coletado de forma direta tiveram 1,40 vezes mais chance de USS do que os indivíduos que destinavam o lixo em outros locais. Os que tinham o lixo coletado indiretamente apresentaram 1,68 vezes mais chance de USS.

A utilização habitual da unidade do PSF mostrou associação à USS, os indivíduos que utilizavam sempre o PSF tiveram uma chance 1,61 vezes maior de utilizar algum serviço de saúde nos últimos 30 dias, do que os indivíduos que frequentavam às vezes ou nunca ($p < 0,001$).

Quanto aos gastos por problemas de saúde, as crianças que tiveram pouco ou nenhum gasto tiveram uma chance de USS 1,39 vezes maior do que aqueles que tiveram algum gasto ($p = 0,004$).

As demais variáveis relativas aos recursos disponíveis – escoadouro de dejetos, proximidade da unidade do PSF, realização de consulta no mesmo dia, cadastro no PSF, posse de plano de saúde, renda mensal e *per capita*, total de bens no domicílio e tempo de deslocamento de casa para a unidade do PSF – não apresentaram relação com a USS (Tabela 31 e Tabela 32).

Quanto à necessidade de saúde, medida pela ocorrência de problemas de saúde nos últimos 15 dias (Tabela 33), a criança que apresentou algum problema teve 3,12 vezes mais chance de USS em comparação às que não tiveram ($p < 0,001$).

Tabela 30 – Relação entre utilização dos serviços de saúde nos últimos 30 dias e características de predisposição, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.

CARACTERÍSTICAS DE PREDISPOSIÇÃO	Utilizou		Não utilizou		p	RP	IC 95%
	n	%	n	%			
SEXO							
Feminino	294	18,0%	1343	82,0%	0,18		
Masculino	264	16,1%	1372	83,9%			
IDADE							
5 anos	86	18,0%	391	82,0%	0,08		
6 anos	133	19,1%	565	80,9%			
7 anos	129	18,7%	560	81,3%			
8 anos	105	15,2%	588	84,8%			
9 anos	105	14,7%	611	85,3%			
COR DA PELE/RAÇA¹							
Negra/mulata/morena	405	17,1%	1964	82,9%	0,87		
Branca	150	16,8%	744	83,2%			
RELIGIÃO							
Católica	495	17,1%	2395	82,9%	0,95		
Outra	47	16,7%	235	83,3%			
Nenhuma	16	16,2%	83	83,8%			
PARENTESCO DO CHEFE EM RELAÇÃO À CRIANÇA²							
Pai	368	16,2%	1907	83,8%	0,13		
Mãe	63	19,2%	265	80,8%			
Outro parente	104	19,2%	438	80,8%			
ESCOLARIDADE DA MÃE							
0 anos	65	16,6%	326	83,4%	0,79		
1 a 3 anos	188	16,4%	956	83,6%			
4 a 7 anos	166	18,5%	732	81,5%			
8 a 11 anos	60	16,7%	299	83,3%			
12 anos ou mais	53	17,5%	249	82,5%			

1.Excluídos os indivíduos de raça amarela e indígena

2.Excluídos os agregados. A categoria “Irmão” foi agregada a outros parentes.

Tabela 31 – Relação entre utilização dos serviços de saúde nos últimos 30 dias e recursos disponíveis, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.

RECURSOS DISPONÍVEIS	Utilizou		Não utilizou		p	RP	IC 95%	
	n	%	n	%				
ZONA DE RESIDÊNCIA								
Sede do município	515	18,0%	2348	82,0%	<0,001	1,72	1,28	2,30
Sede dos distritos	43	10,5%	367	89,5%		1,00		
ESCOADOURO DE DEJETOS								
Rede pública	310	17,0%	1518	83,0%	0,85			
Fossa séptica	53	16,5%	268	83,5%				
Fossa rudimentar	63	18,8%	273	81,3%				
Outro ¹	132	16,8%	653	83,2%				
DESTINO DO LIXO								
Coletado diretamente	414	17,9%	1896	82,1%	0,001	1,40	1,14	1,73
Coletado indiretamente (<i>container</i>)	52	21,5%	190	78,5%		1,68	1,24	2,28
Outro ²	92	12,8%	627	87,2%		1,00		
PROXIMIDADE DA UNIDADE DE SAÚDE EM RELAÇÃO AO DOMICÍLIO								
Perto	442	17,3%	2111	82,7%	0,74			
Nem perto nem longe	62	16,6%	312	83,4%				
Longe	53	15,7%	284	84,3%				
REALIZAÇÃO DE CONSULTA NO MESMO DIA								
Sempre	375	18,2%	1685	81,8%	0,09			
Às vezes	182	15,8%	969	84,2%				
Nunca	557	17,3%	2654	82,7%				
UTILIZAÇÃO REGULAR DO PSF								
Sempre	284	22,1%	1000	77,9%	<0,001	1,61	1,39	1,87
Às vezes/Nunca	272	13,7%	1709	86,3%		1,00		
CADASTRO NO PSF								
Sim	520	17,4%	2476	82,6%	0,15			
Não	38	13,8%	237	86,2%				

(continua)

(continua)

RECURSOS DISPONÍVEIS	Utilizou		Não utilizou		p	RP	IC 95%	
	n	%	n	%				
POSSE DE PLANO DE SAÚDE								
Sim	38	20,4%	148	79,6%	0,23			
Não	518	16,9%	2549	83,1%				
GASTO POR PROBLEMA DE SAÚDE NOS ÚLTIMOS 15 DIAS								
Pouco ou Nada	320	27,9%	827	72,1%	0,004	1,39	1,13	1,71
Não muito ou Muito	68	38,9%	107	61,1%		1,00		

1. Outro: Vala, céu aberto, rio, córrego e outros

2. Outro: terreno baldio, queimado, enterrado, rio, córrego e outros.

Tabela 32 – Relação entre utilização dos serviços de saúde nos últimos 30 dias e recursos disponíveis, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.

RECURSOS DISPONÍVEIS	Utilizou		Não utilizou		p ¹	OR	IC 95%	
	Média	DP	Média	DP				
Total de pessoas no domicílio	5,9	2,2	6,0	2,2	0,58	-	-	-
Renda mensal em salários mínimos (SM)	2,4	3,0	2,4	2,7	0,89	-	-	-
Renda mensal <i>per capita</i> (SM)	0,45	0,58	0,46	0,55	0,82	-	-	-
Total de bens de consumo no domicílio	3,8	1,3	3,8	1,3	0,77	-	-	-
Tempo de deslocamento de casa para Unidade de Saúde (minutos)	11,3	11,9	11,7	12,0	0,53	-	-	-

1. Testes de Levene e t-student.

Tabela 33 – Relação entre utilização dos serviços de saúde nos últimos 30 dias e ocorrência de problemas de saúde nos últimos 15 dias anteriores à pesquisa, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.

PROBLEMA DE SAÚDE	Utilizou		Não utilizou		p	RP	IC 95%	
	n	%	n	%				
Sim	396	27,5%	1043	72,5%	<0,001	3,12	2,63	3,69
Não	162	8,8%	1672	91,2%		1,00		

Tabela 34 – Modelo final de Utilização dos Serviços de Saúde nos últimos 30 dias, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.

VARIÁVEIS	BRUTA				AJUSTADA			
	p	RP	IC 95%		p	OR	IC 95%	
PROBLEMA DE SAÚDE NOS ÚLTIMOS 15 DIAS								
Sim	<0,001	3,12	2,63	3,69	<0,001	3,90	3,19	4,77
Não		1,00				1,00		
UTILIZAÇÃO REGULAR DO PSF								
Sempre	<0,001	1,61	1,39	1,87	<0,001	1,81	1,50	2,19
Às vezes/Nunca		1,00				1,00		
DESTINO DO LIXO								
Coletado diretamente	0,001	1,40	1,14	1,73	0,04	1,33	1,01	1,74
Coletado indiretamente (container)		1,68	1,24	2,28		1,87	1,24	2,82
Outro ²		1,00				1,00		
ZONA DE RESIDÊNCIA								
Sede do município	<0,001	1,72	1,28	2,30	0,03	1,51	1,04	2,18
Sede dos distritos		1,00				1,00		

R² de Cox&Snell=8%. R² de Nagelkerke=13%. Teste de Hosmer-Lemeshow. p=0,79.

O modelo final de USS trouxe como fatores associados a ocorrência de problemas de saúde nos últimos 30 dias, utilização regular do PSF, destino do lixo domiciliar e a zona de residência do indivíduos (Tabela 34).

A ocorrência de algum problema de saúde nos últimos 15 dias aumentou em 3,90 vezes a chance de utilizar algum serviço de saúde no último mês. A utilização frequente do PSF, a coleta do lixo domiciliar e a residência da criança localizada na sede do município também foram as demais variáveis que favorecem à USS.

Observando o coeficiente de determinação R², constata-se que de 8 a 13% da USS é explicada pelas quatro variáveis apresentadas na Tabela 34, no entanto, a ocorrência de problemas de saúde foi o maior fator associado, apresentando coeficientes 6 a 10% da USS.

5.2.5 Utilização dos Serviços de Saúde nos últimos 30 dias: Unidade de Saúde da Família (PSF) *versus* Outros serviços

As próximas tabelas tratam da USS nos últimos 30 dias, no entanto, comparando a utilização em cada tipo de serviço, a começar pela utilização da Unidade de Saúde da Família (PSF) em relação aos outros tipos de serviço.

Pela Tabela 35, constata-se que, das características de predisposição, sexo, idade, religião e grau de parentesco não foram significativos.

A cor da pele/raça apresentou significância ($p=0,04$). O indivíduo do grupo étnico negro/mulato/ moreno teve a chance 1,12 vezes maior de utilizar os serviços do PSF do que os indivíduos brancos.

A escolaridade da mãe mostrou-se um fator muito associado à utilização dos serviços do PSF. A Tabela 35 mostra que, todas as faixas de escolaridade menores que 12 anos apresentam mais chance de levar o filho a unidade do PSF, do que a faixa maior ou igual a 12 anos de estudo. Sendo que a maior chance estava no grupo sem escolaridade, que apresentou uma chance 1,85 vezes maior de utilizar o PSF nos últimos 30 dias, com relação ao grupo de 12 anos de estudo ou mais ($p<0,001$).

Com relação aos recursos disponíveis, a Tabela 36 mostra que, os indivíduos que moram na sede dos distritos têm a chance 1,19 vezes maior de utilizar o PSF, do que os indivíduos residentes da sede do município ($p=0,03$). Assim como, indivíduos que têm cadastro no PSF e os que não têm direito ao plano de saúde apresentaram chance 1,97 vezes maior o serviço ($p<0,001$).

O tipo de escoadouro de dejetos e o destino do lixo domiciliar não apresentaram associação com a utilização do PSF nos últimos 30 dias ($p=0,06$ e $0,22$). A distância entre a residência e o PSF não esteve associada à utilização do mesmo ($p=0,96$), bem como, a possibilidade de obter atendimento no mesmo dia da procura ($p=0,44$).

Quanto ao gasto com problemas de saúde nos últimos 15 dias, observou-se que indivíduos que gastaram pouco ou nada têm a chance 1,19 vezes maior de utilizar o PSF, com relação aos que gastaram não muito ou muito ($p=0,02$).

Tabela 35 – Relação entre utilização dos serviços de saúde nos últimos 30 dias (PSF x Outros serviços) e características de predisposição, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.

CARACTERÍSTICAS DE PREDISPOSIÇÃO	PSF		Outros		p	RP	IC 95%	
	n	%	n	%				
SEXO								
Feminino	214	77,8%	61	22,2%	0,75			
Masculino	186	76,5%	57	23,5%				
IDADE								
5 anos	56	69,1%	25	30,9%	0,12			
6 anos	102	82,3%	22	17,7%				
7 anos	99	81,1%	23	18,9%				
8 anos	70	72,2%	27	27,8%				
9 anos	73	77,7%	21	22,3%				
COR DA PELE/RAÇA ¹								
Negra/mulata/morena	297	79,4%	77	20,6%	0,04	1,12	1,00	1,26
Branca	100	70,9%	41	29,1%		1,00		
RELIGIÃO								
Católica	359	77,9%	102	22,1%	0,35			
Outra	28	68,3%	13	31,7%				
Nenhuma	13	81,3%	3	18,8%				
PARENTESCO DO CHEFE EM RELAÇÃO À CRIANÇA ²								
Pai	265	76,8%	80	23,2%	0,08			
Mãe	41	73,2%	15	26,8%				
Outro parente	83	86,5%	13	13,5%				
ESCOLARIDADE DA MÃE								
0 anos	52	85,2%	9	14,8%	<0,001	1,85	1,35	2,55
1 a 3 anos	140	80,5%	34	19,5%		1,75	1,28	2,38
4 a 7 anos	118	77,6%	34	22,4%		1,69	1,24	2,31
8 a 11 anos	45	80,4%	11	19,6%		1,75	1,26	2,42
12 anos ou mais	23	46,0%	27	54,0%		1,00		

1.Excluídos os indivíduos de raça amarela e indígena

2.Excluídos os agregados. A categoria “Irmão” foi agregada a outros parentes.

Tabela 36 – Relação entre utilização dos serviços de saúde nos últimos 30 dias (PSF x Outros serviços) e recursos disponíveis, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.

RECURSOS DISPONÍVEIS	PSF		Outros		p	RP	IC 95%	
	n	%	n	%				
ZONA DE RESIDÊNCIA								
Sede do município	361	76,0%	114	24,0%	0,03	1,19	1,07	1,33
Sede dos distritos	39	90,7%	4	9,3%		1,00		
ESCOADOURO DE DEJETOS								
Rede pública	206	72,5%	78	27,5%	0,06			
Fossa séptica	41	82,0%	9	18,0%				
Fossa rudimentar	47	81,0%	11	19,0%				
Vala/céu aberto	53	82,8%	11	17,2%				
Rio/córrego	14	73,7%	5	26,3%				
Outro	39	90,7%	4	9,3%				
DESTINO DO LIXO								
Coletado diretamente	292	75,1%	97	24,9%	0,22			
Coletado indiretamente (<i>container</i>)	39	84,8%	7	15,2%				
Queimado/enterrado	14	87,5%	2	12,5%				
Terreno baldio	55	82,1%	12	17,9%				
Rio/córrego	0	0,0%	0	0,0%				
Outro	0	0,0%	0	0,0%				
PROXIMIDADE DA UNIDADE DE SAÚDE EM RELAÇÃO AO DOMICÍLIO								
Perto	315	77,4%	92	22,6%	0,96			
Nem perto nem longe	45	76,3%	14	23,7%				
Longe	40	78,4%	11	21,6%				
REALIZAÇÃO DE CONSULTA NO MESMO DIA								
Sempre	265	76,4%	82	23,6%	0,44			
Às vezes	108	77,1%	32	22,9%				
Nunca	26	86,7%	4	13,3%				
CADASTRO NO PSF								
Sim	385	80,0%	96	20,0%	<0,001	1,97	1,33	2,92
Não	15	40,5%	22	59,5%		1,00		

(continua)

(continuação)

RECURSOS DISPONÍVEIS	PSF		Outros		p	RP	IC 95%	
	n	%	n	%				
POSSE DE PLANO DE SAÚDE								
Sim	15	40,5%	22	59,5%	<0,001	1,00		
Não	384	80,0%	96	20,0%		1,97	1,33	2,92
GASTO POR PROBLEMA DE SAÚDE NOS ÚLTIMOS 15 DIAS								
Pouco ou Nada	244	82,7%	51	17,3%	0,02	1,19	1,01	1,42
Não muito ou Muito	45	69,2%	20	30,8%		1,00		

Tabela 37 – Relação entre utilização dos serviços de saúde nos últimos 30 dias (PSF x Outros serviços) e recursos disponíveis, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.

RECURSOS DISPONÍVEIS	PSF		Outros		p ¹	OR	IC 95%	
	Média	DP	Média	DP				
Total de pessoas no domicílio	6,0	2,2	5,5	2,0	0,02	1,13	1,01	1,25
Renda mensal em salários mínimos (SM)	2,0	2,0	3,7	5,1	0,001	0,82	0,76	0,90
Renda mensal <i>per capita</i> (SM)	0,37	0,39	0,74	0,97	<0,001	0,32	0,20	0,50
Total de bens de consumo no domicílio	3,7	1,3	4,2	1,5	<0,001	0,76	0,65	0,89
Tempo de deslocamento de casa para Unidade de Saúde (minutos)	11,4	13,1	11,8	7,4	0,74			
Tempo de espera para o atendimento (a cada meia hora)	95,2	82,5	73,6	86,4	0,01	1,11	1,02	1,22

1. Testes de Levene e t-student.

Tabela 38 – Relação entre utilização dos serviços de saúde nos últimos 30 dias (PSF x Outros serviços) e ocorrência de problemas de saúde nos últimos 15 dias anteriores à pesquisa, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.

PROBLEMA DE SAÚDE	PSF		Outros		p	RP	IC 95%	
	n	%	n	%				
Sim	296	80,4%	72	19,6%	0,01	1,16	1,03	1,31
Não	104	69,3%	46	30,7%		1,00		

Pela Tabela 37, observou-se que à medida que aumenta o número de pessoas no domicílio, aumenta a chance de utilização do PSF. Uma pessoa a mais no domicílio, representa uma chance de utilizar o PSF, 10% maior ($p=0,02$).

Quanto maiores a renda mensal, a renda *per capita* e o total de bens de consumo do domicílio, menor foi a chance utilizar o PSF nos últimos 30 dias. A cada unidade de salário que aumenta na renda mensal, a chance de utilizar o PSF diminui em 18% ($OR=0,82$) e a cada unidade de salário que aumenta na renda *per capita*, diminui em 68% a chance de utilização ($OR=0,32$). Quanto aos bens de consumo, a cada unidade que aumenta, a chance de utilizar o PSF diminui em 24% ($OR=0,76$).

O tempo de deslocamento do domicílio ao PSF não apresentou associação à utilização do PSF no último mês. Apenas o tempo de espera para o atendimento, que para cada 30 minutos que aumentava, a chance de utilizar o PSF aumentava em 11% ($OR=1,11$).

A necessidade de saúde, medida pela ocorrência de problema de saúde nos últimos 15 dias, aumenta a chance de utilizar o PSF em 1,36 vezes (Tabela 38).

A Tabela 39 apresenta os fatores relacionados ao comportamento em saúde. As orientações do médico na última consulta, inclusive sobre prevenção de doenças não apresentaram associação com a utilização do PSF nos últimos 30 dias ($p=0,66$ e $0,75$, respectivamente).

Os indivíduos que foram questionados sobre a situação vacinal apresentaram uma chance 1,15 vezes maior de utilizar o PSF que os que não tiveram a informação averiguada ($p=0,01$). Assim como, os indivíduos que receberam orientações de outro profissional (que não o médico) tiveram a chance 1,21 vezes maior de utilizar o PSF ($p<0,001$).

Indivíduos que não receberam explicação sobre a doença e os exames complementares tiveram chance 1,14 e 1,23 vezes maior de utilizar o PSF, no último mês. A explicação sobre o tratamento não mostrou diferença entre os grupos ($p=0,97$).

Tabela 39 – Relação entre utilização dos serviços de saúde nos últimos 30 dias (PSF x Outros serviços) e processo do cuidado médico, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.

PROCESSO DO CUIDADO MÉDICO	PSF		Outros		p	RP	IC 95%	
	n	%	n	%				
ORIENTAÇÕES DO MÉDICO NA ÚLTIMA CONSULTA								
Sim	244	76,3%	76	23,8%	0,66			
Não	144	78,3%	40	21,7%				
ORIENTAÇÕES SOBRE PREVENÇÃO DE DOENÇAS								
Sim	185	78,1%	52	21,9%	0,75			
Não	202	76,5%	62	23,5%				
PERGUNTAS SOBRE A VACINAÇÃO DA CRIANÇA								
Sim	152	84,0%	29	16,0%	0,01	1,15	1,05	1,26
Não	236	73,3%	86	26,7%		1,00		
ORIENTAÇÕES DE OUTRO PROFISSIONAL								
Sim	99	89,2%	12	10,8%	<0,001	1,21	1,11	1,32
Não	288	73,7%	103	26,3%		1,00		
EXPLICAÇÕES SOBRE A DOENÇA, CASO ESTIVESSE DOENTE								
Sim	278	74,3%	96	25,7%	0,02	1,00		
Não	109	84,5%	20	15,5%		1,14	1,03	1,25
EXPLICAÇÕES O TRATAMENTO, CASO NECESSÁRIO								
Sim	229	74,1%	80	25,9%	0,87			
Não	47	75,8%	15	24,2%				
EXPLICAÇÕES OS EXAMES, CASO NECESSÁRIO								
Sim	65	64,4%	36	35,6%	0,01	1,00		
Não	205	78,8%	55	21,2%		1,23	1,05	1,44

Tabela 40 – Relação entre utilização dos serviços de saúde nos últimos 30 dias (PSF x Outros serviços) e satisfação do usuário, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.

SATISFAÇÃO DO USUÁRIO	PSF		Outros		p
	n	%	n	%	
ATITUDE DO MÉDICO¹					
Simpático	340	77,3%	100	22,7%	0,32
Indiferente	19	65,5%	10	34,5%	
Antipático	20	80,0%	5	20,0%	
INTERESSE DO MÉDICO²					
Interessado	311	76,0%	98	24,0%	0,46
Pouco interessado	57	81,4%	13	18,6%	
Desinteressado	16	84,2%	3	15,8%	
QUALIDADE DO ATENDIMENTO					
Bom ou Muito bom	325	77,0%	97	23,0%	0,38
Regular	50	74,6%	17	25,4%	
Mau ou muito mau	12	92,3%	1	7,7%	
GRAU DE CONFIANÇA NO MÉDICO					
Confia muito	85	71,4%	34	28,6%	0,18
Confia	225	77,6%	65	22,4%	
Confia pouco	77	81,9%	17	18,1%	
COMPETÊNCIA DO MÉDICO					
Sabe o que está fazendo	319	76,3%	99	23,7%	0,60
Não tenho certeza se ele sabe	50	82,0%	11	18,0%	
Acho que ele não sabe	15	75,0%	5	25,0%	
CUIDADO DO MÉDICO COM A CRIANÇA					
Cuida bem	287	76,3%	89	23,7%	0,52
Cuida mais ou menos	74	76,3%	23	23,7%	
Não cuida bem	24	85,7%	4	14,3%	

1.A categoria “muito simpático” foi agregada à categoria “simpático”. A categoria “muito antipático” foi agregada à categoria “antipático”;

2.A categoria “muito interessado” foi agregada à categoria “interessado”.

A Tabela 40 apresenta os fatores relacionados à satisfação do usuário referente à relação interpessoal com o médico e à confiança no profissional. Nenhuma variável apresentou significância estatística.

Tabela 41 – Modelo final de Utilização dos Serviços de Saúde nos últimos 30 dias dos serviços da Unidade de Saúde da Família, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.

VARIÁVEIS	BRUTA				AJUSTADA			
	p	RP/OR	IC 95%		p	OR	IC 95%	
ESCOLARIDADE DA MÃE								
0 anos	<0,001	1,85	1,35	2,55	0,03	3,01	1,08	8,35
1 a 3 anos	<0,001	1,75	1,28	2,38	0,02	2,66	1,20	5,87
4 a 7 anos	<0,001	1,69	1,24	2,31	0,03	2,43	1,10	5,38
8 a 11 anos	<0,001	1,75	1,26	2,42	0,01	3,98	1,46	10,81
12 anos ou mais		1,00				1,00		
CADASTRO NO PSF								
Sim	<0,001	1,97	1,33	2,92	<0,001	4,26	1,91	9,47
Não		1,00				1,00		
POSSE DE PLANO DE SAÚDE								
Sim	<0,001	1,00			0,003	1,00		
Não		1,97	1,33	2,92		3,92	1,59	9,68
RENTA MENSAL PER CAPITA (SM)								
	<0,001	0,32	0,20	0,50	0,02	0,52	0,31	0,89
PROBLEMA DE SAÚDE NOS ÚLTIMOS 15 DIAS								
Sim	0,01	1,16	1,03	1,31	0,03	1,77	1,07	2,92
Não		1,00				1,00		
PERGUNTAS SOBRE A SITUAÇÃO VACINAL								
Sim	0,01	1,15	1,05	1,26	0,02	1,86	1,08	3,20
Não		1,00				1,00		
ORIENTAÇÕES DE OUTRO PROFISSIONAL								
Sim	<0,001	1,21	1,11	1,32	0,04	2,09	1,03	4,24
Não		1,00				1,00		

R² de Cox&Snell=17%. R² de Nagelkerke=25%. Teste de Hosmer-Lemeshow. p=0,55.

O modelo final de utilização dos serviços do PSF trouxe como fatores associados a escolaridade materna, cadastro no PSF, posse de plano de saúde, renda mensal *per capita*, problemas de saúde nos últimos 15 dias, perguntas sobre a situação vacinal e orientações de outro profissional (Tabela 41).

Até 7 anos de estudo, à medida que aumenta o nível de escolaridade da mãe, diminui a chance de utilização do PSF no último mês. A exceção está na faixa de 8 a 11 anos de estudo que apresenta a maior chance, 4 vezes maior do que a escolaridade de referência que é 12 anos de estudos ou mais.

Os indivíduos com cadastro no PSF apresentaram a chance 4,26 vezes maior de utilizar o PSF do que os não cadastrados (p<0,001). Com o ajuste do modelo, o cadastro no PSF tornou-se mais importante do que o fato de não possuir plano de saúde, cuja chance é de

3,92 vezes ($p=0,003$). Antes do ajuste as duas variáveis tinham o mesmo peso para utilização do PSF no último mês.

A renda também se mostrou um fator fortemente associado à utilização do PSF. A cada unidade de salário que aumenta na renda *per capita*, diminui em 48% a chance de utilizar o PSF ($p=0,02$).

A ocorrência de algum problema de saúde nos últimos 15 dias aumentou em 1,77 vezes a chance de atendimento no PSF.

A criança que tinha a situação vacinal questionada apresentou 1,86 vezes a chance de utilizar o PSF do que aquelas que não foram abordadas ($p=0,02$).

Assim como, indivíduos que receberam informações de outros profissionais tiveram a chance de utilizar o PSF, nos últimos 30 dias, duas vezes maior, com relação aos que não receberam orientação nenhuma.

5.2.6 Utilização dos Serviços de Saúde nos últimos 30 dias: Hospital *versus* Outros serviços

Nenhuma característica de predisposição apresentou diferença estatística a 5% (Tabela 42). No entanto, algumas variáveis mostraram diferenças entre seus percentuais. Com relação ao sexo, a proporção de crianças do sexo masculino, que utilizou o hospital nos últimos 30 dias, foi de 17,3% contra 14,5% do sexo feminino. A idade de 6 anos foi a faixa que menos utilizou o hospital (10,2%), enquanto que a faixa de 8 anos foi a que mais utilizou (21,6%). A população branca obteve um percentual de utilização do hospital de 17% *versus* 15,5% da população negra/mulata/morena. Os indivíduos da religião católica utilizaram um pouco menos (15,4%). Quando a mãe era a chefe de família, a criança utilizou mais o hospital (23,2%) do que quando era o pai (14,8%) ou outro parente (11,5%). Com relação à escolaridade da mãe, o grupo sem escolaridade levou o filho ao hospital em 13,1% e no grupo com escolaridade maior ou igual a 12 anos de estudo, 24%.

Dos recursos disponíveis, apenas o cadastro no PSF e gasto por problema de saúde mostraram significância estatística ($p=0,001$ e $0,047$, respectivamente). O indivíduo que não era cadastrado apresentava 2,45 vezes mais chance de ter utilizado o serviço hospitalar no último mês do que os cadastrados. Com relação ao gasto por problema de saúde nos últimos 15 dias, indivíduos que tiveram não muito ou muito gasto apresentaram 1,75 vezes mais chance de utilizar o hospital com relação aos que tiveram pouco ou nenhum gasto (Tabela 43).

As demais variáveis que não apresentaram significância, observou-se que 16,6% das crianças que utilizaram o hospital moravam na sede do município, enquanto que apenas 7%, nos distritos. Em torno de 18% faziam escoadouro de dejetos em rede pública e 11,1% em outros destinos. Aproximadamente, 16% moravam perto ou relativamente perto da unidade do PSF enquanto que, 9,8% moravam longe. 8,1% dos indivíduos tinham direito ao plano de saúde e 16,5% não tinham.

Ainda com relação aos recursos disponíveis, as variáveis quantitativas apresentaram médias praticamente iguais (Tabela 44).

Tabela 42 – Relação entre utilização dos serviços de saúde nos últimos 30 dias (Hospital x Outros serviços) e características de predisposição, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.

CARACTERÍSTICAS DE PREDISPOSIÇÃO	Hospital		Outros		p	RP	IC 95%
	n	%	n	%			
SEXO							
Feminino	40	14,5%	235	85,5%	0,40		
Masculino	42	17,3%	201	82,7%			
IDADE							
5 anos	17	21,0%	64	79,0%	0,13		
6 anos	13	10,5%	111	89,5%			
7 anos	18	14,8%	104	85,2%			
8 anos	21	21,6%	76	78,4%			
9 anos	13	13,8%	81	86,2%			
COR DA PELE/RAÇA ¹							
Negra/mulata/morena	58	15,5%	316	84,5%	0,69		
Branca	24	17,0%	117	83,0%			
RELIGIÃO							
Católica	71	15,4%	390	84,6%	0,75		
Outra	8	19,5%	33	80,5%			
Nenhuma	3	18,8%	13	81,3%			
PARENTESCO DO CHEFE EM RELAÇÃO À CRIANÇA ²							
Pai	51	14,8%	294	85,2%	0,14		
Mãe	13	23,2%	43	76,8%			
Outro parente	11	11,5%	85	88,5%			
ESCOLARIDADE DA MÃE							
0 anos	8	13,1%	53	86,9%	0,39		
1 a 3 anos	29	16,7%	145	83,3%			
4 a 7 anos	23	15,1%	129	84,9%			
8 a 11 anos	7	12,5%	49	87,5%			
12 anos ou mais	12	24,0%	38	76,0%			

1.Excluídos os indivíduos de raça amarela e indígena

2.Excluídos os agregados. A categoria “Irmão” foi agregada a outros parentes.

Tabela 43 – Relação entre utilização dos serviços de saúde nos últimos 30 dias (Hospital x Outros serviços) e recursos disponíveis, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.

RECURSOS DISPONÍVEIS	Hospital		Outros		p	RP	IC 95%
	n	%	n	%			
ZONA DE RESIDÊNCIA							
Sede do município	79	16,6%	396	83,4%	0,12		
Sede dos distritos	3	7,0%	40	93,0%			
ESCOADOUROS DE DEJETOS							
Rede pública	53	18,7%	231	81,3%	0,25		
Fossa séptica	7	14,0%	43	86,0%			
Fossa rudimentar	8	13,8%	50	86,2%			
Outro ¹	14	11,1%	112	88,9%			
DESTINO DO LIXO							
Coletado diretamente	63	16,2%	326	83,8%	0,86		
Coletado indiretamente (<i>container</i>)	6	13,0%	40	87,0%			
Outro ¹	13	15,7%	70	84,3%			
PROXIMIDADE DA UNIDADE DE SAÚDE EM RELAÇÃO AO DOMICÍLIO							
Perto	67	16,5%	340	83,5%	0,46		
Nem perto nem longe	10	16,9%	49	83,1%			
Longe	5	9,8%	46	90,2%			
REALIZAÇÃO DE CONSULTA NO MESMO DIA							
Sempre	56	16,1%	291	83,9%	0,90		
Às vezes ou Nunca	26	15,3%	144	84,7%			
CADASTRO NO PSF							
Sim	69	14,3%	412	85,7%	0,001	1,00	
Não	13	35,1%	24	64,9%		2,45	1,50 4,00
POSSE DE PLANO DE SAÚDE							
Sim	3	8,1%	34	91,9%	0,24		
Não	79	16,5%	401	83,5%			
GASTO POR PROBLEMA DE SAÚDE NOS ÚLTIMOS 15 DIAS							
Pouco ou Nada	39	13,2%	256	86,8%	0,047	1,00	
Não muito ou Muito	15	23,1%	50	76,9%		1,75	1,03 2,97

1.Outro: Vala, a céu aberto, rio, córrego e outros.

2.Outro: Queimado/enterrado/Jogado no rio, córrego ou terreno baldio.

Tabela 44 – Relação entre utilização dos serviços de saúde nos últimos 30 dias (Hospital x Outros serviços) e recursos disponíveis, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.

RECURSOS DISPONÍVEIS	Hospital		Outros		p ¹	OR	IC 95%	
	Média	DP	Média	DP				
Total de pessoas no domicílio	5,5	2,1	5,9	2,2	0,13	-	-	-
Renda mensal em salários mínimos (SM)	2,4	2,2	2,4	3,2	0,84	-	-	-
Renda mensal <i>per capita</i> (SM)	0,47	0,46	0,45	0,61	0,83	-	-	-
Total de bens de consumo no domicílio	3,7	1,3	3,8	1,4	0,74	-	-	-
Tempo de deslocamento de casa para Unidade de Saúde (minutos)	12,0	7,9	11,4	12,8	0,66	-	-	-
Tempo de espera para o atendimento (minutos)	86,4	96,0	90,9	81,4	0,66	-	-	-

1. Testes de Levene e t-student.

Tabela 45 – Relação entre utilização dos serviços de saúde nos últimos 30 dias (Hospital x Outros serviços) e ocorrência de problemas de saúde nos últimos 15 dias anteriores à pesquisa, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.

PROBLEMA DE SAÚDE	Hospital		Outros		p
	n	%	n	%	
Sim	55	14,9%	313	85,1%	0,43
Não	27	18,0%	123	82,0%	

Na Tabela 45 observa-se que, não houve associação entre a ocorrência de problema de saúde, nos últimos 15 dias anteriores à pesquisa e a utilização do hospital (p=0,43).

Tabela 46 – Relação entre utilização dos serviços de saúde nos últimos 30 dias (Hospital x Outros serviços) e processo do cuidado médico, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.

PROCESSO DO CUIDADO MÉDICO	Hospital		Outros		p	RP	IC 95%	
	n	%	n	%				
ORIENTAÇÕES DO MÉDICO NA ÚLTIMA CONSULTA								
Sim	49	15,3%	271	84,7%	0,70			
Não	31	16,8%	153	83,2%				
ORIENTAÇÕES SOBRE PREVENÇÃO DE DOENÇAS								
Sim	31	13,1%	206	86,9%	0,14			
Não	48	18,2%	216	81,8%				
PERGUNTAS SOBRE A VACINAÇÃO DA CRIANÇA								
Sim	15	8,3%	166	91,7%	0,001	1,00		
Não	64	19,9%	258	80,1%		2,40	1,41	4,08
ORIENTAÇÕES DE OUTRO PROFISSIONAL								
Sim	10	9,0%	101	91,0%	0,03	1,00		
Não	70	17,9%	321	82,1%		1,99	1,06	3,72
EXPLICAÇÕES SOBRE A DOENÇA, CASO ESTIVESSE DOENTE								
Sim	65	17,4%	309	82,6%	0,16			
Não	15	11,6%	114	88,4%				
EXPLICAÇÕES O TRATAMENTO, CASO NECESSÁRIO								
Sim	53	17,2%	256	82,8%	0,71			
Não	12	19,4%	50	80,6%				
EXPLICAÇÕES OS EXAMES, CASO NECESSÁRIO								
Sim	21	20,8%	80	79,2%	0,35			
Não	42	16,2%	218	83,8%				

Com relação ao processo do cuidado médico, a Tabela 46 mostra que, os indivíduos que não foram questionados sobre vacinação e nem tiveram orientações de outros profissionais, tiveram chance de 2,40 e 1,99 vezes, respectivamente, de utilizar o hospital no último mês. As demais variáveis não foram significativas para utilização do hospital.

Tabela 47 – Relação entre utilização dos serviços de saúde nos últimos 30 dias (Hospital x Outros serviços) e satisfação do usuário, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.

SATISFAÇÃO DO USUÁRIO	Hospital		Outros		p	RP	IC 95%
	n	%	n	%			
ATITUDE DO MÉDICO ¹							
Simpático	67	15,2%	373	84,8%	0,21		
Indiferente	8	27,6%	21	72,4%			
Antipático	4	16,0%	21	84,0%			
INTERESSE DO MÉDICO ²							
Interessado	66	16,1%	343	83,9%	0,78		
Pouco interessado	9	12,9%	61	87,1%			
Desinteressado	3	15,8%	16	84,2%			
QUALIDADE DO ATENDIMENTO							
Bom ou Muito bom	65	15,4%	357	84,6%	0,51		
Regular	13	19,4%	54	80,6%			
Mau ou muito mau	1	7,7%	12	92,3%			
GRAU DE CONFIANÇA NO MÉDICO							
Confia muito	17	14,3%	102	85,7%	0,18		
Confia	53	18,3%	237	81,7%			
Confia pouco ou não confia	10	10,6%	84	89,4%			
COMPETÊNCIA DO MÉDICO							
Sabe o que está fazendo	67	16,0%	351	84,0%	0,45		
Não tenho certeza se ele sabe	8	13,1%	53	86,9%			
Acho que ele não sabe	5	25,0%	15	75,0%			
CUIDADO DO MÉDICO COM A CRIANÇA							
Cuida bem	63	16,8%	313	83,2%	0,63		
Cuida mais ou menos	14	14,4%	83	85,6%			
Não cuida bem	3	10,7%	25	89,3%			

1. A categoria “muito simpático” foi agregada à categoria “simpático”. A categoria “muito antipático” foi agregada à categoria “antipático”;

2. A categoria “muito interessado” foi agregada à categoria “interessado”.

Com relação à satisfação do usuário (relação interpessoal paciente/médico), nenhuma variável mostrou diferença significativa (Tabela 47).

Tabela 48 – Modelo final de Utilização dos Serviços de Saúde nos últimos 30 dias dos serviços hospitalares, zona urbana de Sobral-CE, 1999-2000.

VARIÁVEIS	BRUTA			AJUSTADA				
	p	RP	IC 95%	p	OR	IC 95%		
CADASTRO NO PSF								
Sim	0,001	1,00		0,002	1,00			
Não		2,45	1,50	4,00	3,33	1,57	6,97	
PERGUNTAS SOBRE A VACINAÇÃO DA CRIANÇA								
Sim		1,00			1,00			
Não	0,001	2,40	1,41	4,08	<0,001	3,08	1,67	5,66
EXPLICAÇÕES SOBRE A DOENÇA, CASO ESTIVESSE DOENTE								
Sim	0,16	1,49	0,88	2,53	0,04	1,94	1,04	3,61
Não		1,00				1,00		

R² de Cox&Snell=5%. R² de Nagelkerke=9%. Teste de Hosmer-Lemeshow. p=0,87.

A Tabela 48 traz o modelo final com os fatores associados à utilização do hospital. As variáveis foram: cadastro no PSF, perguntas sobre a situação vacinal da criança e explicação sobre a doença.

As crianças que não eram cadastradas no PSF apresentavam 3,33 vezes mais chance de utilizar o hospital nos últimos 30 dias do que as cadastradas (p=0,002). Os indivíduos que não foram questionados quanto à situação vacinal tiveram 3,08 vezes mais chance de utilizar o hospital (p<0,001).

A análise ajustada revelou uma nova variável associada à utilização dos serviços hospitalares no último mês. O fato de o médico ter explicado a doença do indivíduo, caso estivesse doente, aumentou a chance de utilização em quase duas vezes com relação aos que não tiveram nenhuma informação (p=0,04).

Vale ressaltar, que o ajuste do modelo foi bastante prejudicado pela reduzida amostra de crianças que utilizaram o hospital nos últimos 30 dias. Apesar de verificada a normalidade dos dados, o modelo apresentou baixos coeficientes de determinação (R²), de 5% a 9% da variável utilização de serviços hospitalares pode ser explicada pelas variáveis: cadastro no PSF, perguntas sobre a situação vacinal da criança e explicação sobre a doença. Percebeu-se ainda que, mesmo apresentando grandes diferenças no percentual, não era possível detectar diferença estatística em função do pequeno tamanho de amostra.

6 DISCUSSÃO

6.1 O indivíduo, a família e o domicílio

A amostra, com relação ao sexo, ficou igualmente dividida, metade do sexo feminino e metade do sexo masculino. O resultado apresentou leve diferença com relação à distribuição por sexo da população geral no Censo 2000, onde 51,5% dos habitantes do município de Sobral-CE eram do sexo feminino e 48,5% do sexo masculino (IBGE, 2000).

A distribuição racial foi composta por 72% dos indivíduos se declararam como negro/mulato/moreno e 27%, como branco. Quase não foram encontradas as demais raças (oriental e indígena). De acordo com o IBGE, o Censo 2000 mostrou que dois terços da população do município de Sobral era parda ou negra e apenas um terço, branca. Os resultados mostraram que houve certo acréscimo do grupo negro/mulato/moreno da amostra estudada, em contrapartida, um decréscimo no percentual de brancos.

O município de Sobral é caracterizado por uma importante tradição religiosa católica. As igrejas protestantes constituem a segunda religião no município, em termos de número de fiéis. Isso explica o alto percentual referido de famílias católicas e o pequeno número de famílias com outras religiões. O perfil da população segundo as religiões, no Censo de 2000, é bastante semelhante ao da pesquisa, com 86,5% de católicos.

Com relação à organização familiar, na maioria dos domicílios (69,6%), o chefe de família era o pai da criança. O resultado foi próximo ao percentual de domicílios que tinham como responsável uma pessoa do sexo masculino com cônjuge (IBGE, 2000). Os dados do Censo 2000 mostraram que, em municípios cearenses com população de 100 a 500 mil habitantes, do mesmo porte do município de Sobral, o percentual de domicílio nestas condições, era de 67,3%, no Estado do Ceará era 67,9% e com o percentual um pouco inferior, o Brasil (66%).

Para fins de comparação com os dados do Censo, é plausível adotar que quando a família declarava ser o pai o chefe de família, seja considerado como sendo um casal (pai e mãe), já que é marca da cultura cearense, especialmente no interior do estado, atribuir ao homem o papel de provedor da família, mesmo havendo uma mulher.

Assim, quando a família declarava que o chefe de família era a mãe (10%), é possível que, quase todas assumam a responsabilidade do domicílio, sem cônjuge. Os dados

do IBGE mostraram que o resultado corresponde à metade do encontrado no Censo, em torno de 20% das famílias do Ceará e do Brasil, tinham como chefe de família, uma mulher sem cônjuge.

Os resultados mostraram ainda que, mais de 16% dos lares tinha outros parentes como chefe de família, geralmente o avô da criança, revelando outra realidade da sociedade sobralense, senão brasileira, das famílias multigeracionais (SOBRAL, 2003). Em geral, são mulheres que têm filhos sem estabelecer vínculo com o pai da criança, necessitando do apoio dos pais para manutenção própria e dos filhos.

Quase a metade das mães tinham escolaridade de até 3 anos de estudo. O valor estava muito acima da realidade nacional, revelada pelo Censo 2000, em que 30% da população brasileira estavam na faixa de até 3 anos de estudo. Ainda de acordo com os dados do IBGE, 34% dos brasileiros tinham escolaridade de 4 a 7 anos de estudo e outros 35%, 8 ou mais anos de escolaridade (IBGE, 2000). A PNAD 99 revelou que, na Região Nordeste, a média de anos de estudo entre as mulheres era de 4,7 anos, enquanto que no Brasil, 5,9 anos (IBGE, 1999).

Em torno de 65% dos domicílios estudados faziam o escoadouro de dejetos na rede pública de esgoto ou fossa séptica. Pelo IBGE (1999), o valor é bem superior aos dados do Nordeste (22,6%) e do Brasil (52,8%). Quanto ao destino do lixo, 70% era coletado de forma direta, maior que o percentual da Região Nordeste (59,7%) e menor que a média nacional (79,9%).

A pesquisa mostrou que em média, as famílias eram compostas por seis pessoas, sendo que grande parte dos domicílios tinham de 3 a 10 indivíduos. A média apresentada na amostra foi bem maior que a média nacional que era de 3,4 pessoas na PNAD de 1999 e também do Nordeste que era de 3,7 pessoas por domicílio (IBGE, 1999). Vale lembrar que, o presente estudo só participaram famílias com crianças na faixa etária de 5 a 9 anos, excluindo assim domicílios compostos por apenas 1 membro adulto e casais sem filhos, o que superestimou a média.

O comércio, a indústria e os serviços eram as principais atividades econômicas do município de Sobral, nos anos de 1999 e 2000, sendo que mais da metade das famílias pesquisadas tinham como principal ocupação uma dessas atividades (SOBRAL, 2003). Tal fato explica a distribuição de renda em que a metade das famílias amostradas ganhava menos de 2 SM. De uma forma geral pôde-se afirmar que a população de Sobral era relativamente homogênea, do ponto de vista financeiro, sendo a grande maioria de baixa renda. No Brasil,

em 2000, apenas 27,6% das famílias recebiam até 2 SM, enquanto que, no Nordeste, o percentual chegava a 47,5% (IBGE, 1999).

Pelos dados da pesquisa observou-se que os domicílios possuíam, em média, 4 bens de consumo e que todas as famílias possuíam pelo menos um bem. No relatório final da pesquisa (SOBRAL, 2003), os bens mais frequentes nos domicílios foram: o fogão (99%) e a televisão (89,3%). Pelos dados da PNAD 1999, constatou-se que o principal bem de consumo das famílias era o fogão. Mais de 97% dos domicílios do Brasil era possível encontrar tal bem, em seguida o rádio e o aparelho de televisão, 89,9% e 87,7%, respectivamente. Na Região Nordeste, em 93,2% dos domicílios encontrava-se o fogão; em 83,3%, o rádio e em 75,5%, o aparelho de televisão (IBGE, 1999).

6.2 O acesso aos serviços de saúde

O acesso aos serviços de saúde pode ser definido como o uso oportuno de serviços pessoais de saúde para alcançar os melhores resultados possíveis. A acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem ao serviço.

Segundo Donabedian (1973 *apud* STARFIELD, 2002) a acessibilidade pode ser dividida em acesso sócio-organizacional e acesso geográfico. O primeiro inclui as características que facilitam ou atrapalham o indivíduo na utilização do serviço, como por exemplo, o pagamento para obter o atendimento. O acesso geográfico envolve as características relacionadas à distância e ao tempo necessário para alcançar e obter o serviço.

Os resultados do presente estudo mostraram que a grande maioria das mães ou responsáveis pela criança considerava o PSF próximo ao domicílio. O tempo médio de deslocamento da residência ao PSF era pouco mais de 11 minutos e quase todos os indivíduos levavam no máximo, meia hora para chegar à unidade de saúde. Além disso, mais de 90% das famílias pesquisadas eram cadastradas no PSF.

A implantação do Programa Saúde da Família no município de Sobral aconteceu a partir de 1997, sendo que a escolha dos locais onde funcionariam as unidades de saúde foi baseada nas necessidades da comunidade e localizada de forma a facilitar o acesso da população, sobretudo nos distritos do município (ANDRADE; MARTINS JUNIOR, 1999).

Ainda de acordo com Andrade e Martins Junior (1999), depois de implantadas as equipes de saúde da família, uma das primeiras atividades era o cadastro das famílias da área

de abrangência, o que justifica o alto percentual de cadastramento no PSF verificado no estudo.

A população do município dispunha, majoritariamente, do serviço público de saúde, uma vez que, apenas uma pequena parcela da amostra estudada tinha direito ao plano de saúde ou convênio, cerca de 5%. O resultado foi bem menor que o percentual nacional observado e se aproxima do percentual atribuído à zona rural do país. De acordo com os dados da PNAD o percentual de brasileiros com cobertura de plano de saúde, entre 1998 e 2003, praticamente não foi alterado, em torno de 24,5% (IBGE, 1998; 2003).

Pinto e Soranz (2004) afirmam que o percentual de beneficiários de planos de saúde depende do porte populacional do município, quanto maior o porte do município, maior a taxa de cobertura. Para os municípios do mesmo porte de Sobral – 100 a 200 mil habitantes – os autores estimaram um percentual de cobertura que chegava a 16,6%, sendo que na região Nordeste o percentual não chegava a 10%.

Em especial, para faixa etária utilizada no presente estudo – 5 a 9 anos, Pinheiro *et al* (2002) apontavam um percentual de cobertura de aproximadamente, 26% na zona urbana e 5% na zona rural.

Vale ressaltar que no presente estudo contabilizou apenas um membro do domicílio, não sendo possível obter tal informação dos demais membros da unidade familiar, o que possivelmente, subestima o percentual de cobertura. No entanto, o baixo poder aquisitivo da população estudada também se mostra como outro fator para explicar tão baixa cobertura de plano de saúde.

O interessante era que, 92,9% da amostra tinham cadastro no PSF ou direito ao plano de saúde, 4,3% das crianças mesmo tendo cobertura de plano de saúde, ela era cadastrada no PSF e tinha assegurado o direito de utilizar o PSF – princípio da universalidade. Apenas 1,4% tinham como única fonte de assistência o plano de saúde. O mais preocupante era o fato de que 7,1% da amostra não tinham cobertura de plano de saúde, nem cadastro no PSF.

Esta parcela apresentava características bem heterogêneas. Havia semelhante distribuição com relação à cor da pele. Quanto à escolaridade materna apresentava concentração na faixa menor e também na faixa maior de escolaridade. Havia famílias pequenas e numerosas, com baixíssimos padrões de consumo e altos padrões, moradores dos distritos e dos bairros mais ricos do município. Ou seja, é uma parcela formada por indivíduos de baixa renda que utilizam serviços de assistência à saúde não oficiais e indivíduos de alta

renda que utilizam os serviços de saúde por meio de pagamento direto – consultas particulares.

6.3 Utilização dos Serviços de Saúde

Analisando os dados de utilização dos serviços de saúde nos últimos 30 dias anteriores à pesquisa, observa-se que apenas 17% das crianças buscaram algum tipo de serviço no período mencionado.

O resultado é levemente superior aos estudos realizados pelo IBGE. De acordo com os dados da PNAD 2003, 14,4% dos indivíduos entrevistados haviam buscado qualquer tipo de serviço de saúde nos últimos 15 dias (RIBEIRO *et al.*, 2006). Segundo dados da Pesquisa sobre Padrões de Vida do IBGE, a Região Nordeste apresentava um percentual de USS de aproximadamente 14% em 1996/1997, estatisticamente semelhante ao percentual da Região Sudeste, 15,2% (TRAVASSOS *et al.*, 2000).

Para a população infantil (menores de 10 anos), o percentual de utilização passou de 14,4% na PNAD 1998 para 16,1% na PNAD 2003 (TRAVASSOS *et al.*, 2006). Já para a faixa etária menor de 5 anos, Silva *et al.* (1999) encontraram a partir de estudo transversal no Estado do Maranhão, um percentual de 67,2% de USS nos últimos 3 meses. O alto percentual é proveniente, possivelmente, do acumulado dos 3 meses e da faixa etária estudada ter sido a infantil em que se leva muitas vezes a criança aos serviços de saúde.

No presente estudo, dos que procuraram os serviços de saúde no último mês, 97,5% conseguiram o atendimento. Dados semelhantes ao do Brasil em 1998, em torno de 98% dos indivíduos que procuravam os serviços de saúde eram atendidos (PINHEIRO *et al.*, 2002).

O PSF foi o serviço de saúde utilizado por dois terços das crianças, seguido pelos hospitais, totalizando 86,4% dos atendimentos realizados em serviço público, já que os hospitais mencionados eram conveniados ao SUS e apenas 3,4% em serviços conveniados ou particulares.

Os dados da PNAD 2003 mostraram que mais de 60% dos atendimentos em saúde nos últimos 15 dias, foram realizados pelo SUS. Os planos de saúde financiaram 27,9% dos atendimentos e por pagamento direto, apenas 10% do total (PORTO; SANTOS; UGÁ, 2006).

No estudo de Puccini *et al.* (2002), em torno de 88% das crianças menores de 5 anos de idade foram atendidas em serviços públicos de saúde, sendo que 35,1% foram atendidas nas unidades básicas de saúde. Os serviços conveniados e particulares foram responsáveis por 11,6% dos atendimentos.

Em 1998, os dados da PNAD mostraram que o percentual de atendimentos pelo SUS foi de 56,1%, pelos planos de saúde 30,5% e pagamento direto, 13,5% (SANTOS; UGÁ; PORTO, 2008). O percentual de atendimentos realizados pelo SUS no município de Sobral foi superior aos resultados observados nas PNAD 98 e 2003, mesmo tendo havido um aumento entre os anos estudados. Ao contrário, o percentual de atendimento por convênio ou de forma direto, foi muito inferior ao nacional. A elevada cobertura do PSF em Sobral pode explicar porque mais de 70% da amostra utilizou este serviço no último mês.

Ainda com relação aos indivíduos que utilizaram os serviços de saúde nos últimos 30 dias, a pesquisa mostrou mais de 60% dos médicos deram alguma orientação em saúde, todavia, menos da metade orientaram a respeito da prevenção de doenças, apenas um terço perguntaram sobre a vacinação da criança.

Apesar de que o grupo estudado já deveria ter o esquema de vacinação completo, apenas 89% da amostra informaram ter completado, sendo que apenas 54,2% apresentaram o cartão de vacinação no momento da entrevista (SOBRAL, 1999).

Os resultados levam a crer que o momento da consulta não foi bem aproveitado pelo profissional médico, para falar sobre a prevenção de doenças e promoção da saúde. No entanto, pouco mais de 20% da amostra recebeu orientações de outros profissionais.

Com relação à comunicação médico/paciente, três quartos dos médicos deram explicações sobre a doença da criança, mais de 60% explicaram o tratamento e 20%, os exames complementares, quando eram solicitados.

Para Starfield (2002) as interações entre profissionais e pacientes contribuem para o estabelecimento de relações longa duração, para o entendimento do paciente sobre seu estado de saúde e sobre os tratamentos necessários, favorecem os resultados, pois os pacientes têm maior probabilidade de aderir ao tratamento, ouvir os conselhos e instruções que o profissional oferece.

A satisfação da mãe ou responsável pela criança com relação ao atendimento recebido é uma consequência da comunicação entre médico e paciente. Mais de 80% da amostra consideraram que o médico foi simpático, mostrava interesse e cuidado pela saúde da criança, confiam na competência do médico e qualificaram o atendimento como bom ou

muito bom. Todavia, uma parcela da amostra, em torno de 5%, não mostra nenhuma satisfação pelo profissional e pelo atendimento prestado.

Tais fatores, segundo Andersen (1995), influenciam na busca de novos atendimentos de saúde. O indivíduo que é bem atendido, que confia no profissional, apresenta maior chance de voltar ao serviço.

Com relação à necessidade de saúde, menos da metade da amostra apresentou problema de saúde, nos últimos 15 dias anteriores à entrevista. Segundo os dados das PNAD 1998 e 2003, para a população menor de 10 anos, 6,3% e 7,8%, respectivamente, apresentaram algum problema de saúde, nos últimos 15 dias (TRAVASSOS *et al.*, 2006). No entanto, a PNAD utiliza como problema de saúde, restrição de atividades rotineiras, diferentemente do estudo atual, que considerou qualquer problema de saúde.

Em estudo realizado na Região Metropolitana do estado de São Paulo com crianças de até 5 anos de idade, o percentual de problemas de saúde ocorridos nos últimos 15 dias foi de 30% (PUCCINI *et al.*, 2002).

Segundo Barreto (2006), os principais problemas de saúde referidos pelas mães/responsáveis foram os respiratórios (65,4%), na grande maioria, os resfriados. Das crianças que apresentaram algum problema de saúde, apenas 41% procuraram atendimento de saúde, mostrando assim a baixa gravidade da morbidade referida.

Quase a metade dos indivíduos que apresentaram problema de saúde, teve algum gasto por conta dessa enfermidade. Tal resultado aponta para a prática de automedicação, uma vez que, 40% dos indivíduos com algum problema de saúde e que não procuraram atendimento nos serviços de saúde, tiveram algum gasto com essa morbidade.

Identificando os fatores associados à USS no último mês, o modelo final de explicação apontou como principais fatores: a ocorrência de problemas de saúde, a utilização regular do PSF, a residência do indivíduo localizada na sede do município e a coleta do lixo domiciliar, sendo que a variável que expressou maior importância no modelo foi a ocorrência de problemas de saúde.

Em estudo de base populacional realizado no sul do Brasil, o modelo final traz como principal fator associado à utilização de serviços ambulatoriais nos últimos 2 meses, as variáveis relacionadas às necessidades de saúde, além da utilização regular do serviço de saúde. Os demais fatores associados foram: idade, sexo, renda, escolaridade, eventos estressantes e cobertura de seguro de saúde (MENDOZA-SASSI; BÉRIA; BARROS, 2003).

Existe uma mudança no padrão de USS de acordo com a idade. Os serviços de saúde são mais utilizados por crianças e idosos em ambos os sexos, sendo que no sexo

feminino há uma elevação na USS durante a fase adulta devido ao período reprodutivo e a busca por exames de prevenção (GOLDBAUM *et al.*, 2005).

O presente estudo não identificou a associação entre a USS e idade, possivelmente por se tratar de uma pequena variação de 5 e 9 anos. Com relação ao sexo, não foi observada a maior utilização entre os meninos, como mostra a literatura (PINHEIRO *et al.*, 2002).

As variáveis validadas anteriormente pelos estudos como fatores associados à USS não se destacaram nessa análise, por exemplo, a escolaridade e as condições econômicas – renda, total de bens de consumo no domicílio e posse de plano de saúde – não foram sequer significativas na análise individual.

Puccini *et al.* (2002) no estudo realizado na Região Metropolitana de São Paulo, acreditavam que os segmentos populacionais menos favorecidos – determinados pela renda, escolaridade do chefe, condições sanitárias, entre outros – eram excluídos da assistência à saúde. A hipótese dos autores não foi confirmada, pois o percentual de USS nos últimos 15 dias não apresentou diferença significativa.

Possuir plano de saúde não levou as crianças a procurarem ou utilizarem os serviços de saúde com mais frequência, na presente amostra. O resultado estava de acordo com Ribeiro *et al.* (2006) que, analisando os dados da PNAD 2003, constatou que a posse de plano de saúde não garantiu a utilização dos serviços de saúde.

Segundo Andersen (2008), o sistema de saúde não deve ser explicado pelas crenças de saúde ou recursos disponíveis, ele deve ser explicado em função das necessidades de saúde do indivíduo. Baseado nessa afirmação, os resultados encontrados no modelo de USS no último mês sugerem que o sistema de saúde do município de Sobral tinha um acesso relativamente equitativo.

Com relação ao serviço de saúde de referência, a pesquisa mostrou que a grande maioria das crianças de 5 a 9 anos era, habitualmente, levada ao PSF quando necessitavam de um serviço de saúde, em torno de 80%, mostrando a aceitação da população ao sistema de saúde local baseado na atenção primária. Vale ressaltar, que a partir de 1998, a cobertura da Estratégia Saúde da Família no município de Sobral era de quase 100% (BARRETO *et al.*, 1999).

Além da utilização do PSF, em torno de 13% das mães levavam os filhos aos hospitais e 3% às clínicas conveniadas aos planos de saúde ou por pagamento direto (particular). No entanto, 3,5% das crianças eram “consultadas” por atendentes de farmácia, rezadeiras, madrinhas e avós, entre outras, evidenciando que outras formas de atenção à saúde, não oficiais, ainda eram utilizadas.

Os dados da PNAD 1998 mostraram que, o serviço mais procurado pelo brasileiro foi o posto ou centro de saúde, em torno de 31%. Em seguida, as consultas particulares (29%) e os hospitais, em torno de 20% (PINHEIRO *et al.*, 2002).

Quando perguntado àquela parcela de 7,1% da amostra que não tinha cadastro no PSF, nem plano de saúde (dados apresentados anteriormente), pouco mais da metade referiu o PSF como o serviço de saúde de referência quando a criança precisa de atendimento. Enquanto que, 30% referem o hospital e 10%, outros serviços – não oficiais. Ou seja, diminui a referência ao PSF e mais que dobra a referência de hospitais e outros serviços, sugerindo que este grupo era menos aderente a este formato de oferta de serviços de saúde.

Mesmo classificando o sistema de saúde municipal como relativamente equitativo era necessário detalhar a possível diferença entre os tipos de serviço oferecidos pelo sistema – unidades básicas de saúde, serviços hospitalares, clínicas conveniadas e particulares.

Alguns estudos têm se dedicado em analisar a USS tomando como desfecho a utilização de pelo menos um dos serviços de saúde disponíveis. Por exemplo, Brown *et al.* (2009) procuraram identificar os fatores determinantes de utilização de práticas de medicina alternativa em mulheres americanas afro-descendentes, sendo que a variável desfecho foi definida como a utilização de pelo menos uma das 17 modalidades classificadas como medicina alternativa.

No Brasil, alguns autores têm se dedicados a identificar os fatores associados à utilização de qualquer serviço de saúde, entre eles podem ser citados: Travassos *et al.* (2000) que identificaram os fatores determinantes da utilização de qualquer serviço de saúde – hospital, posto de saúde, clínica particular e farmácia – nos últimos 15 ou 30 dias; Ribeiro *et al.* (2006) analisou os dados da PNAD 2003 com relação à utilização de qualquer serviço de saúde nos últimos 15 dias; Dias-da-Costa *et al.* (2008b) analisou a utilização de qualquer serviço de saúde nos últimos 12 meses, entre outros. Entretanto, a tendência nos últimos anos, é o estudo de cada desfecho separadamente, entendendo que cada serviço tem sua especificidade.

Foi analisada principalmente a utilização habitual ou regular de cada tipo de serviço, entendendo por utilização habitual, o serviço de saúde onde geralmente a mãe leva o filho quando está doente. Para Pinheiro *et al.* (2002), o serviço de saúde utilizado de forma regular pode ser interpretado como a “porta de entrada” do sistema.

A utilização habitual torna-se um fator de suma importância para o estado de saúde do indivíduo. Starfield (2002) aponta pesquisas indicando que pessoas que relataram

não ter nenhuma fonte de atenção regular utilizaram o serviço de saúde menos do que o necessário.

6.4 Utilização da Estratégia de Saúde da Família

Fazendo a análise dos fatores associados à utilização regular dos serviços do PSF, observou-se que das características de predisposição do indivíduo, sexo, idade e religião não mostraram significância.

Para Pinheiro *et al.* (2002), a prática de escolher um determinado serviço de saúde como referência (utilização habitual) é mais comum entre as pessoas do sexo feminino e as crianças. No entanto, para aqueles que utilizam com mais frequência os centros ou postos de saúde, não houve diferença entre os dois sexos.

O estudo mostrou que, em Sobral, os indivíduos de raça negra/mulata/morena utilizavam 60% mais o PSF que os brancos. O resultado foi diferente do encontrado por Barata *et al.* (2007) que, analisando os dados da PNAD 98, constatou que os brancos utilizavam as consultas médicas, 10% mais que os negros¹⁰.

A escolaridade da mãe teve uma relação inversa à utilização dos serviços do PSF. Quanto maior a escolaridade menor é a utilização do PSF. Outros estudos mostram uma relação positiva, ao contrário dos resultados aqui encontrados, ou seja, quanto maior a escolaridade maior a USS de forma geral, sem diferenciar por serviço público ou privado (MENDOZA-SASSI; BÉRIA; BARROS, 2003; BARATA *et al.*, 2007; DIAS-DA-COSTA *et al.*, 2008b).

Com relação à utilização dos serviços públicos e aos indivíduos que utilizam o SUS como referência, Louvison *et al.* (2007) mostraram que a escolaridade atuava de forma inversa na USS. Ribeiro *et al.* (2006) também observaram que os usuários do SUS em todo o país eram indivíduos de cor preta ou parda, com menores rendas e escolaridades.

Ao contrário das características de predisposição, todas variáveis que caracterizam os recursos disponíveis apresentaram associação à utilização habitual do PSF, a começar pelo local onde o indivíduo mora.

¹⁰ Barata *et al.* (2007) agregaram os mulatos à categoria negros. Os indivíduos indígenas e orientais foram excluídos da análise.

As crianças que residiam nos distritos do município apresentavam quase quatro vezes mais chance de utilizar o PSF do que as residentes na sede do município. Seguramente isto se deve ao fato de que o PSF é o único serviço disponível nestas localidades, uma vez que os hospitais e as clínicas conveniadas ou particulares ficam na sede do município.

Segundo os dados da PNAD 98, enquanto que 29% dos indivíduos da zona urbana utilizavam centros ou postos de saúde como principal serviço de saúde, o percentual da zona rural vai para 42% (PINHEIRO *et al.*, 2002).

Com relação às questões ambientais, os indivíduos que moravam em piores condições sanitárias (sem escoadouro de dejetos e destino inadequado do lixo) tiveram mais chance de utilizar o PSF como principal serviço de saúde.

A situação econômica das famílias que mais utilizavam o PSF como serviço de referência era inferior às condições das famílias que não utilizavam. A renda média mensal das famílias que utilizavam o PSF era de 2,0 Salários mínimos, enquanto que das famílias que utilizavam outros serviços era de 4,1 Salários mínimos. Observando a renda *per capita*, a desigualdade era ainda maior, com médias de 0,36 salários mínimos/pessoa para o PSF e 0,82 salários mínimos/pessoa para outros serviços.

Medindo a situação econômica pelo total de bens de consumo do domicílio, a pesquisa mostrou que à medida que aumenta o número de bens, a chance de utilizar o PSF diminui em 37%.

Travassos *et al.* (2000) afirmaram que o tipo de serviços de saúde utilizado pelos brasileiros nos anos 1996/1997 apresentavam diferença quanto à situação econômica. Indivíduos com maiores rendimentos utilizavam preferencialmente os serviços ambulatoriais dos postos ou centros de saúde, ao passo que indivíduos com menores rendimentos, utilizavam mais os hospitais, especialmente na região Nordeste. A ESF em Sobral parece ter contribuído para uma mudança significativa nesta realidade.

O cadastramento da família no Programa de Saúde da Família mostrou-se um fator importante à utilização da unidade do PSF. Conforme Andrade e Martins Junior (1999), o cadastramento das famílias constitui-se com uma das primeiras atividades da implantação do programa em cada área de abrangência.

Sucupira (2003) afirmou que o importante não era o fato da família está cadastrada, já que o processo do cadastramento é dinâmico, sempre atualizado pelo Agente Comunitário de Saúde. O mais importante era a família se sentir cadastrada, saber que têm uma referência para o atendimento de suas necessidades de saúde.

Observou-se que conseguir a consulta no mesmo dia da procura aumentou a chance de utilização do PSF, no entanto, obter a consulta apenas de vez em quando (às vezes) apresentou uma chance maior ainda. Talvez isto resulte do fato de que o PSF oferecia consultas no mesmo dia, nos casos mais graves, mas também agendava para os dias subsequentes (demanda organizada) e, de certa forma, parece que esta forma de organização era bem aceita pela população.

Não apenas a realização do atendimento é importante, como também o tempo de espera do indivíduo para receber o atendimento. Quanto menor o tempo de espera, maior é a utilização do serviço. Dados da PNAD 2003 mostraram que a principal causa de insatisfação dos usuários do SUS era o tempo de espera para a consulta (RIBEIRO *et al.*, 2006).

A localização da unidade do PSF também é um fator importante à utilização do mesmo. Indivíduos que consideraram o PSF perto do domicílio tiveram mais chance de utilizar o serviço. Com relação ao tempo de deslocamento, o estudo mostrou que à medida que aumentava o tempo entre a residência e à unidade do PSF, diminuía a chance de utilizar o serviço.

O mercado de planos ou seguros de saúde privado, no sistema de saúde do Brasil, constitui-se como setor suplementar, ou seja, além do SUS o indivíduo pode dispor de planos privados para financiar o atendimento em saúde.

O presente estudo mostrou que os indivíduos que não tinham cobertura de planos privados de saúde, apresentaram uma chance nove vezes maior de utilizar as unidades do PSF.

O gasto por problema de saúde apresentou associação com a utilização habitual do PSF, ou seja, os indivíduos que gastaram pouco ou nada tinham mais chance de referenciar o PSF como principal serviço de saúde utilizado.

Entretanto, parecia viável considerar que o gasto veio em consequência da utilização, ou seja, a USS foi fator predisponente para o gasto com saúde. Observando os resultados da utilização do PSF nos últimos 30 dias, percebe-se como indivíduos que utilizaram o PSF tiveram duas vezes mais chance de ter gastado pouco ou nada com saúde do que os indivíduos que utilizaram outros serviços.

Todavia, segundo o modelo de Andersen, a USS interfere na próxima ida do indivíduo ao serviço (Figura 3), logo o gasto por problema de saúde pode sim ser considerado como um fator associado à USS.

As necessidades em saúde são as principais causas da USS. Indivíduos com piores condições de saúde, sejam auto-avaliadas ou avaliadas por profissional médico, têm mais

chance de utilizar qualquer serviço de saúde (BELTRÃO; SUGAHARA, 2002; RIBEIRO *et al.*, 2006; CASTRO; TRAVASSOS; CARVALHO, 2005; BARATA *et al.*, 2007; CASTRO, 2006; MATOS; LIMA-COSTA, 2007).

Na utilização habitual do PSF, a ocorrência de problemas de saúde aumentou em 20% a chance de utilizá-lo. No entanto, a variável não permaneceu no modelo final sendo explicada pelas demais variáveis.

Com relação ao processo do cuidado médico, percebeu-se que, mais de um terço das crianças, não receberam nenhuma orientação do médico na última consulta realizada e mais da metade, não recebeu orientação sobre prevenção de doenças. Ou seja, o profissional médico não aproveitou a ida do indivíduo ao serviço de saúde, para falar de cuidados básicos como medidas de prevenção e promoção da saúde. Vale ressaltar que não houve diferença entre os que utilizaram o PSF e os outros serviços.

Segundo Andrade e Martins Junior (1999), o modelo de Saúde da Família tem como base a percepção integral do ser humano, articulando as ações de promoção da saúde, prevenção e recuperação de doenças. Pelos resultados apresentados muitas características do PSF ainda não estavam coerentes com o proposto pela literatura.

Como comentado anteriormente, Starfield (2002) afirma que a interação entre médico e paciente é importante para o resultado final da procura ao serviço, que é a cura do indivíduo. Na atenção primária esta relação se torna fundamental, uma vez que o maior interesse é de que os casos sejam solucionados sem precisar encaminhá-los à atenção secundária e terciária.

Em contrapartida, a situação vacinal foi bastante abordada pelo médico, especialmente, os profissionais do PSF. Indivíduos que foram questionados sobre sua situação vacinal tiveram mais que o dobro de chance de utilizarem regularmente o PSF.

Outra característica do Modelo de Saúde da Família apontado por Andrade e Martins Junior (1999) é o predomínio da intervenção de uma equipe interdisciplinar, não centralizada no profissional médico. Tal situação foi evidenciada no estudo, uma que os indivíduos que receberam orientações de outros profissionais (que não o médico) tiveram mais chance de utilizar habitualmente o PSF.

Indivíduos que não receberam explicações sobre a doença e os exames complementares, tiveram mais chance de utilizar o PSF. Os achados podem revelar uma falha na comunicação entre médico e paciente nas unidades do PSF. No entanto, é preciso levar em consideração, que nos casos em que não houve explicação da doença, do tratamento ou dos exames complementares, é possível que o indivíduo não tenha sofrido nenhum problema de

saúde, pode ter sido uma consulta preventiva. Além do que, sabe-se que os casos atendidos pelas unidades básicas de saúde, são os casos de menor gravidade, não necessitando muitas vezes de tratamento ou de solicitação de exames complementares.

Com relação à satisfação do usuário dos serviços do PSF, o estudo não apresentou diferença entre os outros serviços. Vale destacar novamente o alto índice de satisfação do indivíduo com relação aos profissionais dos serviços de saúde.

O modelo final de explicação da utilização do PSF como serviço de referência para o atendimento de saúde revelou que, com exceção da escolaridade materna, os fatores associados à utilização foram referentes aos recursos disponíveis. Vale comentar que, mesmo a escolaridade da mãe não sendo considerada como recursos disponíveis/facilitadores, a variável tem uma correlação linear com renda *per capita* classificada como regular, $r = 0,43$ ($p < 0,001$).

O modelo evidenciou que os indivíduos mais pobres, com mais baixa escolaridade, sem plano de saúde, moradores dos distritos, foram os que mais utilizaram o PSF. Exatamente, o grupo de indivíduos que mais adoecem, mais tem necessidades de saúde e tem as piores avaliações do estado de saúde, foi o grupo que mais estava se beneficiando da Estratégia Saúde da Família.

Os resultados de escolaridade e renda do presente estudo mostraram-se diferentes de outros. Em estudo realizado por Dias-da-Costa *et al.* (2008a) com mulheres no Sul do Brasil, os serviços ambulatoriais eram mais utilizados por indivíduos de classe econômica, escolaridade e renda maiores. Provavelmente, indivíduos com menos escolaridade e renda não percebem a necessidade de saúde.

Travassos *et al.* (2000) também mostraram que condições sociais desfavoráveis tendem a reduzir as chances do uso dos serviços de saúde. Por exemplo, no Nordeste, a chance do indivíduo no primeiro tercil de renda utilizar os serviços de saúde é 37% menor, em relação aos indivíduos do terceiro tercil.

Ainda referenciando os autores, os indivíduos com plano de saúde têm 66% mais chance de utilizar os serviços de saúde do que os indivíduos sem cobertura de plano de saúde.

É bem verdade, que esses indivíduos eram os que tinham melhores condições de acesso ao PSF, pois eram os que tinham cadastro no programa e que moravam mais próximos das unidades de saúde.

O SUS, através da ESF tem assegurado o acesso aos indivíduos menos favorecidos. Travassos *et al.* (2000) comparando dados de USS entre 1989 e 1996/1997,

constataram que a política de saúde introduzida pelo SUS produziu algum impacto na direção de uma maior equidade em saúde.

Barata *et al.* (2007) afirmam que o SUS parece ter assegurado acesso à consulta médica e hospitalização por motivo de doença (estado de saúde ruim), independentemente da raça e da renda familiar.

Ribeiro *et al.* (2006) constatam que mesmo tendo condições de compra de serviços, os indivíduos não tinham a utilização do serviço garantida, sugerindo assim uma melhor organização do serviço – característica da ESF.

Com relação à classificação do sistema de saúde municipal quanto à equidade em saúde, baseando nos critérios de Andersen, os sistemas de saúde que são explicados exclusivamente pelos recursos disponíveis são classificados como não equitativos. O autor afirma que, os indivíduos que tem piores condições econômicas, baixa escolaridade, moram distante dos centros urbanos e com piores avaliações do estado de saúde, são os que menos utilizam os serviços de saúde.

No entanto, no presente estudo, apesar do modelo explicativo ter sido formado, quase que exclusivamente, por variáveis referentes aos recursos disponíveis, a conclusão foi inversa, os indivíduos mais pobres, com menos escolaridade, morando nas regiões afastadas foram os que mais utilizam os serviços de saúde oferecidos pela Estratégia Saúde da Família. Parece viável classificar o sistema municipal de saúde como equitativo, favorecendo exatamente a quem mais necessita.

Alguns estudos têm mostrado que o principal fator associado à USS tem sido a necessidade de saúde. O presente estudo mostrou que a necessidade de saúde foi associação à utilização habitual do PSF, apenas na análise individual, não permanecendo no modelo final. A necessidade em saúde só foi fator associado à utilização do PSF no último mês, onde os indivíduos que tiveram algum problema de saúde nos últimos 15 dias apresentaram uma chance aproximadamente, duas vezes maior de utilizar o PSF do que os indivíduos que não tiveram problema de saúde.

Vale aqui comentar que uma das limitações do estudo é o fato de que a necessidade em saúde foi medida apenas por problema de saúde referido pela mãe da criança. Não foi realizada, de fato, uma auto-avaliação do estado de saúde (classificando o próprio estado de saúde em uma escala que vai de péssimo até ótimo, no caso de criança avaliada pela mãe ou referindo restrições de atividades rotineiras por conta de problemas de saúde). Nem tampouco, uma avaliação médica da necessidade de saúde do indivíduo, o que possivelmente subestimou a importância da variável.

6.5 Utilização dos serviços hospitalares

As características de predisposição do indivíduo, o sexo e a idade não se mostraram como fatores associados à utilização habitual de serviços hospitalares.

Os dados da PNAD 1998 mostraram que o homem utiliza mais serviços hospitalares, ao passo que as mulheres, ambulatoriais. Com relação à idade também existe uma relação direta com a USS, a partir dos 15 anos de idade, a medida que aumenta a faixa etária também aumenta a utilização de serviços hospitalares (BARATA *et al.*, 2007).

No entanto, é preciso destacar que no presente estudo a amostra foi constituída apenas por crianças de 5 a 9 anos, ou seja, houve uma pequena mudança na faixa etária e talvez por isso, não tenha apresentado diferença no padrão do consumo.

A cor da pele do indivíduo apareceu novamente como fator associado, agora de forma diferente. Na utilização habitual dos hospitais, os indivíduos brancos tiveram mais chance de referirem o hospital como principal serviço de saúde utilizado.

A escolaridade da mãe também apareceu de forma diferenciada, à medida que aumenta a escolaridade também aumenta a chance de utilizar o hospital.

Com relação ao local de residência do indivíduo, o estudo mostrou que aqueles que moravam na sede do município apresentaram chance muito maior de utilizar os serviços hospitalares como referência. Vale lembrar que os hospitais eram localizados na sede do município e que nos distritos estavam disponíveis apenas as unidades do PSF.

Os resultados do estudo foram diferentes aos encontrados na PNAD 1998. Segundo Pinheiro *et al.* (2002), o hospital era mais utilizado por indivíduos da zona rural. Enquanto 19% das pessoas da zona urbana utilizavam o hospital como principal serviço de saúde, 26% dos indivíduos da zona rural utilizavam.

As melhores condições ambientais (escoadouro de dejetos e destino do lixo) aumentam a chance de utilizar o hospital. Indivíduos que tinham escoadouro de dejetos feitos em rede pública, fossa séptica e rudimentar, tinham a chance, de utilizar os hospitais, maior que os indivíduos cujo escoadouro de dejetos era a vala ou ao céu aberto.

A exceção é o grupo de indivíduos que o fazem em rio ou córrego. Tal fato poderia ser explicado pelo fato do principal hospital da cidade está localizado às margens do

rio e a população mais próxima (do hospital e do rio) utilizam mais o hospital e fazem o escoadouro de dejetos no rio.

Quanto ao destino do lixo, os indivíduos que tinham o lixo domiciliar coletado – direta ou indiretamente – tiveram mais chance de referenciar o hospital como principal tipo de serviço utilizado, quando comparado às outras formas de destinar o lixo.

Os indivíduos que mais tiveram chance de utilizar os serviços hospitalares tinham como característica sempre obter consulta no mesmo dia da procura e não terem sido cadastrados no PSF. Os resultados sugerem que são indivíduos que não acreditam na Atenção Primária, que buscam os serviços imediatos e não estão dispostos a esperar pelo agendamento de uma consulta médica. Pode-se supor também que este grupo pertença também, por relações de parentesco ou amizade, a redes sociais que facilitam o acesso a consultas hospitalares.

Apesar da distância¹¹ entre a unidade do PSF e a residência não ter apresentado diferença significativa, quando analisado o tempo de deslocamento, verificou-se que à medida que o tempo para chegar ao PSF aumenta, cresce a chance de utilizar os hospitais.

Com relação aos gastos por problemas de saúde, os resultados do presente estudo mostraram que as famílias com muito ou não muito gasto tiveram mais chance de referenciar o hospital como serviço de saúde que habitualmente leva a criança, quando comparado às famílias que tiveram pouco gasto ou não gastaram.

Travassos *et al.* (2000) afirmam que os gastos crescem com a renda, ou seja, quanto maior renda familiar maiores são os gastos com plano de saúde e/ou com medicamentos.

No presente estudo isso também se verifica, indivíduos com menor renda tinham a chance de gastar pouco ou nada por problemas de saúde (dados não apresentados). No entanto, não foi possível diferenciar se esse gasto era com plano de saúde ou por compra de medicamentos, nem tampouco, o quanto representava esse gasto, em termos percentuais, na renda do indivíduo.

Um dado interessante é que mesmo no grupo de indivíduos do primeiro tercil de renda – até 0,21 SM/pessoa – quase 9% tiveram muito gasto por problema de saúde e mais da metade deles não procurou nenhum serviço de saúde (dados não apresentados), o que leva a crer que o gasto se refere à compra de medicamento.

¹¹ Distância avaliada pela mãe ou responsável pela criança, categorizada em “perto”, “nem perto nem longe” e “longe”.

Os dados da PNAD 98 mostraram que quanto menor a renda, maior era o percentual de comprometimento da renda em função do gasto com saúde, tanto com plano de saúde quanto compra de medicamento (TRAVASSOS *et al.*, 2000).

Financeiramente falando, os indivíduos com melhores condições – famílias menores, com maiores rendas mensais e com mais bens de consumo no domicílio – tiveram maiores chances de utilizar os serviços hospitalares como referência.

O resultado é diferente do observado no Brasil, onde os indivíduos do primeiro tercil de renda utilizaram mais os hospitais, sobretudo na Região Nordeste (TRAVASSOS *et al.*, 2006).

A ocorrência de problema de saúde não foi caracterizada como fator associado à escolha do serviço, o que leva a crer que a criança é levada ao hospital sem necessidade urgente – característica do serviço hospitalar – sendo assim ela poderia ter levado a unidade de saúde mais próxima.

Ribeiro *et al.* (2006) acreditam que a maior utilização dos hospitais por parte dos usuários do SUS pode ser pelo pior estado de saúde dessa população, maior oferta desse tipo de serviço ou ainda a procura pelo atendimento de emergência ao invés de procurar a unidade básica.

Com relação ao processo do cuidado médico, observou-se que as orientações do médico do serviço hospitalar, bem como, as devidas explicações sobre a doença, o tratamento e os exames não apresentaram diferença significativa.

Os indivíduos que não tiveram sua situação vacinal abordada e também não dispuseram de outro profissional para dar-lhes orientações de saúde tiveram mais chance de utilizar os serviços hospitalares como referência. São situações que não fazem parte da rotina de um profissional do serviço hospitalar, tais características estão ligadas à atenção primária, fazendo com que as crianças que utilizam habitualmente os hospitais percam a oportunidade de serem avaliadas de uma forma integral e interdisciplinar, não apenas baseada na doença e sob o único olhar do profissional médico.

O modelo final explicativo da utilização habitual de serviços hospitalares foi composto – com exceção da escolaridade materna – por variáveis referentes aos recursos disponíveis, repetindo o fato acontecido no modelo para utilização do PSF.

Após o ajuste a escolaridade materna passa a ser significativa a partir de 8 anos de estudos, ou seja, tomando como base a escolaridade até 7 anos de estudo, os indivíduos que tinham mãe com escolaridade maior ou igual a 8 anos, apresentavam a chance maior de utilizar o hospital como referência.

A utilização habitual dos serviços hospitalares foi mais frequente em famílias com escolaridade maior, que moravam na sede do município, com melhores condições sanitárias – exceto esgotamento no rio/córrego, já comentado anteriormente – e com melhores condições econômicas. Além do que eram indivíduos com menos condições de acesso ao PSF, pois não possuíam eram cadastrados, exigiam consulta no mesmo dia da procura, levavam mais tempo para deslocar-se até a unidade do PSF e não possuíam cobertura de plano de saúde.

Aqui é interesse destacar que na análise individual, a variável posse de plano de saúde não mostrou significância a 5%, somente após o ajustamento com outras variáveis, a mesma passou a ser um fator associado à utilização do hospital.

Analisando equidade do sistema de saúde a partir do modelo final de utilização habitual do hospital foi possível detectar uma desigualdade no acesso a esse serviço de saúde, uma vez que foi mais utilizado pelos grupos com melhores condições de vida, ao contrário do que seria o ideal, a busca do serviço por necessidade de saúde, que não foi sequer fator associado nem na análise individual, nem na utilização dos serviços hospitalares nos último 30 dias.

6.6 Utilização dos serviços de clínicas particulares e conveniadas

Na utilização habitual dos serviços particulares ou conveniados, as características de sexo e idade não estavam associadas, assim como a religião professada pela família.

Novamente, a cor da pele do indivíduo mostrou-se como fator associado à USS, nesse caso, as crianças de pele branca apresentaram mais chance de utilizar os serviços de clínicas conveniadas ou particulares com referência às crianças classificadas como negras, mulatas ou morenas.

As crianças que vieram de famílias, cujo pai é o chefe, apresentaram mais chance de referenciar os serviços particulares/conveniados como principal serviço utilizado, comparando com os indivíduos que tiveram a mãe ou outros parentes como chefe. O resultado parece mostrar que as famílias organizadas da forma tradicional – pai, mãe e filhos – apresentam mais chance de utilizar esse tipo de serviço, com relação às famílias que eram constituídas apenas por mães e filhos ou por famílias multigeracionais – avós, mães e filhos.

A escolaridade da mãe mostrou-se, novamente, como um forte fator associado à USS, ou seja, a chance de utilizar habitualmente os serviços particulares e conveniados cresce ao passo que cresce a escolaridade.

O local de residência também esteve associado à utilização, os indivíduos que moravam na sede apresentavam maior chance de utilização do serviço, assim como, os indivíduos com melhores condições sanitárias – escoadouro de dejetos e destino do lixo.

Quanto ao acesso aos serviços, a proximidade do PSF e a possibilidade de atendimento no mesmo dia da procura não foram significativos, apenas o tempo de deslocamento entre a residência e o PSF apresentou uma pequena diferença, à medida que aumentava o tempo, aumentava minimamente a chance de utilização dos serviços particulares.

As variáveis mais importantes, neste aspecto, foram: o não cadastramento no Programa de Saúde da Família e a cobertura de plano de saúde. Obviamente, a variável que apresentou associação mais forte foi a posse de plano de saúde, pois se o indivíduo paga ou tem direito ao plano de saúde, é bastante provável que ele utilize os serviços cobertos pelo plano. A utilização de serviços públicos só será realizada nos casos em que o plano de saúde não cobre.

Com relação aos gastos por problemas de saúde, indivíduos que tiveram gastos maiores tiveram mais chance de utilizar as clínicas conveniadas e particulares.

Os recursos financeiros aumentaram a chance de utilizar as clínicas particulares e conveniadas. As crianças pertencentes às famílias menores, com renda mensal maiores e maior número de bens de consumo no domicílio tiveram mais chance de utilizar os serviços.

A ocorrência de problemas de saúde ocorrida nos últimos 15 dias não mostrou associação à utilização habitual dos serviços particulares e conveniados.

Analisando o processo do cuidado médico percebeu-se que, percentualmente, todos os itens foram favoráveis à utilização dos serviços conveniados e particulares. Por exemplo, os médicos forneceram mais orientações de forma geral, sobre a prevenção de doenças, sobre a situação vacinal da criança, a doença da criança, o tratamento necessário e os exames complementares solicitados. No entanto, talvez pelo pequeno número de informações, apenas a orientação sobre exames complementares foi significativo, ou seja, quem recebeu orientações na última consulta apresentou mais chance de utilizar os convênios ou consultórios particulares do que os que não receberam.

A mesma análise vale para a satisfação do usuário, os médicos dos convênios ou consultórios particulares são considerados – pelas mães das crianças estudadas – simpáticos, interessados, com atendimento bom ou muito bom, expressam confiança, competência e

cuidam bem do paciente. Novamente, apenas o grau de confiança apresentou diferença estatística, a mãe que confia muito no médico teve o triplo de chance de levar habitualmente o filho às clínicas particulares e conveniadas.

O modelo final explicativo da utilização habitual dos serviços particulares e conveniados apresentou quase que exclusivamente fatores econômicos: posse de plano de saúde, renda, total de bens de consumo no domicílio e escolaridade da mãe – que tem uma correlação linear positiva com renda.

A exceção foi o cadastro no PSF, ou seja, a criança que não era cadastrado apresentava maior chance de utilizar os serviços particulares. Provavelmente, indivíduos que tinham cobertura de plano de saúde ou tinham poder aquisitivo para pagar consultas particulares, não mostraram interesse pelo cadastramento do Programa Saúde da Família.

O modelo explicativo mostrou a grande desigualdade social na utilização habitual dos serviços particulares ou conveniados. Apenas os indivíduos com alto poder aquisitivo tinham o poder de compra dos serviços de saúde oferecidos, em nenhum momento aparece a necessidade de saúde na busca dos serviços.

Pinto e Loran (2004) afirmam que os planos privados de assistência à saúde atuam no sistema de saúde brasileiro como um fator de geração de desigualdade sociais no acesso e na USS, pois cobrem apenas a parcela da população com maiores rendas familiares, inseridas em determinadas atividades do mercado de trabalho, com auto-avaliação do estado de saúde como “muito bom” ou “bom”, moradores das capitais ou regiões metropolitanas, entre outros.

6.7 Comparando os serviços utilizados

Observando os tipos de serviços de saúde utilizados como referência – PSF, hospitais e clínicas conveniadas/particulares – constatam-se algumas semelhanças e diferenças no perfil dos indivíduos.

Primeiramente, a escolaridade da mãe esteve presente nas três análises, sendo que no PSF a maior chance de utilizar o serviço está nas mais baixas faixas de escolaridade, enquanto que no hospital está nas faixas maiores e no serviço particular apenas a mais alta.

A literatura pressupõe que quanto maior a escolaridade do indivíduo maior a chance de identificar necessidades de saúde em si mesmo e naqueles que estão mais

próximos. No caso das crianças, como elas não têm a devida percepção sobre as necessidades de saúde, passa a ser avaliada a escolaridade da mãe, que geralmente é a principal responsável pelos cuidados da criança.

Entretanto, quando analisada a USS no último mês percebeu-se que a escolaridade não esteve associada ao fato de utilizar ou não o serviço e fazendo uma comparação com o serviço de referência utilizado pela criança, acredita-se que a ESF tenha preenchido essa lacuna na percepção da necessidade de comparecer ao serviço de saúde, seja através de visita do Agente Comunitário de Saúde¹², pelo acesso facilitado ou pelas orientações sobre prevenção de doenças e promoção da saúde recebidas em consultas anteriores.

A zona de residência do indivíduo foi fator associado à utilização do PSF e do hospital, sendo que o PSF é mais provável nos distritos do município e hospital na sede da cidade. A realização de consulta sempre no mesmo dia da procura está mais associada ao serviço hospitalar e aqueles que nem sempre conseguem no mesmo dia, ao PSF. O cadastramento da família no Programa Saúde da Família esteve associado à utilização do PSF, enquanto que o não cadastramento, ao hospital e aos serviços particulares e conveniados. O tempo de deslocamento entre a residência do indivíduo e a unidade do PSF esteve associado à utilização do PSF e do hospital. Quanto mais distante, menor a utilização do PSF e maior do hospital.

Em estudo realizado na Grécia, os autores constataram que os indivíduos da zona rural utilizavam mais o serviço dos Centros de Saúde de Atenção Primária (PHC) pelas seguintes razões: único serviço de saúde disponível na região; localização próxima às residências e gratuidade do serviço – já que o sistema de saúde grego é financiado pela contribuição social dos trabalhadores, cobrindo apenas 50% da população (MARIOLIS *et al.*, 2009).

Ainda citando o mesmo estudo, os moradores da região urbana que utilizavam os PHC – 5º lugar no ranking de 7 – o faziam pela proximidade da residência, satisfação do usuário e baixo tempo de espera pelo atendimento. Os autores acreditam que a baixa utilização dos PHC era devida ao pouco tempo de estabelecimento do serviço na área urbana, uma vez que os serviços de atenção primária foram implantados apenas nas áreas rurais.

As condições de acesso aos serviços facilitaram a utilização do PSF. Os indivíduos que moram nos distritos utilizam mais o PSF porque só existe esse serviço disponível, sendo que as clínicas e os hospitais estão localizados na sede do município. A

¹² Em torno de 82% dos entrevistados relataram receber a visita “sempre” ou “às vezes” do Agente Comunitário de Saúde (BARRETO, 2006).

proximidade do PSF em relação ao domicílio também é favorável a sua utilização. A cada minuto de aumento no deslocamento, a chance de utilizar o PSF diminui em 4% e aumentam a chance de utilizar os hospitais.

A posse de plano de saúde foi determinante para utilização de clínicas particulares e conveniadas, enquanto que a não cobertura fez o indivíduo utilizar mais o PSF e os hospitais.

O uso das clínicas e consultórios particulares predomina no grupo dos indivíduos com cobertura de plano de saúde, e o uso de hospitais e centros de saúde é maior no grupo de indivíduos não cobertos (TRAVASSOS *et al.*, 2000).

A renda foi o fator associado de maior destaque nas três análises, sendo mais importante até que a própria escolaridade. Os resultados são semelhantes aos encontrados na PNAD 2002 que mostrou que a renda do indivíduo influenciava mais à USS do que a escolaridade (TRAVASSOS *et al.*, 2006).

A renda *per capita* mais baixa esteve associada à utilização do PSF, enquanto que as rendas mais altas, à utilização dos hospitais e das clínicas particulares e conveniadas. Assim como, o total de bens de consumo no domicílio, o número menor foi associado ao PSF e o número maior aos serviços particulares.

De acordo com Travassos *et al.* (2000), os serviços ambulatoriais são mais utilizados por indivíduos de rendas mais altas e os serviços hospitalares por indivíduos de mais baixa renda. No entanto há uma variação entre o serviço ambulatorial utilizado: os grupos de maior renda usam consultórios particulares e clínicas, ao passo que os de menor renda usam mais postos e centros de saúde.

E por fim, o tipo de escoadouro de dejetos que mostrou associação apenas à utilização do hospital, indivíduos com melhores condições sanitárias tiveram mais chance de utilizar o serviço.

Vale ainda comentar sobre algumas variáveis conhecidamente associadas à USS e que não apresentaram significância estatística no presente estudo, como por exemplo, o sexo do indivíduo.

Estudos mostram que as mulheres utilizam mais os serviços de saúde do que os homens, adoecem mais frequentemente, apresentam piores condições no estado de saúde, têm maiores percentuais de cobertura de plano de saúde, entre outros (PINHEIRO *et al.*, 2002; MATOS; LIMA-COSTA, 2007; PINTO; SORANZ, 2004).

No presente estudo, tal relação não foi identificada, possivelmente pelo fato de que a faixa etária estudada tenha sido apenas de crianças de 5 a 9 anos, cuja percepção das

necessidades de saúde seja praticamente da mãe ou responsável. A diferença deve se apresentar em faixas etárias maiores quando o indivíduo passa a ser a responsável pela avaliação do seu próprio estado de saúde.

Com relação à cor da pele da criança, que apesar de ter sido significativo nas três análises, não permaneceu no modelo final. Sabe-se que a raça está fortemente associada aos outros fatores sócio-econômicos – por exemplo, escolaridade e renda – provavelmente tenha sido explicada por essas variáveis que permaneceram no modelo final.

Outra questão interessante foi a variável necessidade em saúde, mesmo sendo tão importante, apontada por outros autores, não apresentou significância. Apenas na utilização habitual do PSF mostrou associação na análise individual, não permanecendo no modelo final.

O fato poderia ser explicado pela baixa gravidade dos casos que referiram problemas de saúde. De acordo com Barreto (2006), cerca de 80% dos indivíduos procuraram a unidade do PSF por doenças respiratórias, especificamente, resfriados, que não são tão graves.

E por fim, o gasto por problemas de saúde, que foi significativo nas três análises, sendo que a utilização regular do PSF foi mais provável nos indivíduos que gastaram pouco ou nada com saúde, enquanto que a chance de utilizar habitualmente os hospitais e serviços conveniados/particulares foi maior para o grupo de indivíduos que gastaram muito ou não muito.

Evidências mostram que o sistema de saúde tem atuado na redução das desigualdades em saúde e também das desigualdades sociais. Países que não possuem sistemas de saúde universal, público e gratuito levam as pessoas pobres a se tornarem mais pobres devido a problemas de saúde.

Em relatório divulgado pela Organização Mundial de Saúde – OMS sobre a saúde da criança mostrou-se que em países asiáticos a carga de recursos financeiros gasta para suprir as necessidades de saúde é maior para a população mais pobre do que para os mais ricos. Famílias que tenham crianças com problemas de saúde e não são beneficiadas por um sistema de saúde gratuito são obrigadas a pagar por tratamentos caros. Essas famílias têm dificuldade para comprar suprimentos de saúde, higiene pessoal e domiciliar, alimentação, e forçadas até mesmo, a vender bens, terras e meios transportes ou retirar as crianças da escola para suprir tais necessidades, favorecendo assim o empobrecimento dessa população (WHO, 2010).

Apesar do gasto com saúde ter tamanha importância, devido à informação ter sido averiguada apenas nos indivíduos que tiveram problemas de saúde, a amostra ficava muito reduzida e a análise prejudicada, em função disto foi retirada do modelo.

Através dos dados da PNAD 1998, 2003 e de outros inquéritos locais, os estudos mostram que as desigualdades sociais, no Brasil, diminuíram em alguns pontos, mas a utilização dos serviços de saúde só melhorou em áreas cuja organização e oferta do serviço de saúde era melhor. (TRAVASSOS *et al.*, 2000, 2006; GOLDBAUM *et al.*, 2005).

No estudo de Goldbaum *et al.* (2005), os autores analisaram a USS em uma área coberta pela ESF e outra não coberta. A prevalência de USS nas áreas estudadas foi semelhante. Todavia, quando observado os fatores associados à utilização, constatou-se que na área coberta pela ESF a renda e a escolaridade não estavam associadas à utilização, enquanto que na área não coberta, a utilização foi maior nos indivíduos com maiores escolaridade e renda. O estudo confirma que a ESF atua na promoção da equidade.

Fernandes, Bertoldi e Barros (2009) encontraram um perfil de utilização semelhante ao presente estudo. Indivíduos que com menor nível socioeconômico e sem cobertura de plano de saúde tiveram mais chance de utilizar a Unidade de Saúde da Família nos últimos 15 dias. Ao contrário, os indivíduos com maior nível socioeconômico e com cobertura de plano de saúde tiveram mais chance de utilizar outros tipos de serviços, entre eles hospitais, clínicas particulares, conveniadas, entre outros.

Os autores sugerem que a redução das desigualdades no consumo ocorreu após a implantação do SUS e da ESF. As políticas de saúde conseguiram incluir maior número de pessoas de baixa renda, provavelmente, pelo movimento de trabalhar na perspectiva de abranger o território pelo qual a equipe de saúde da família tem responsabilidade sanitária, através das ações de cadastro familiar e visitas domiciliares contínuas dos ACS.

É importante ressaltar que coordenar o trabalho dos ACS no território é uma função formalmente atribuída às equipes de saúde da família, o que deve fortalecer o vínculo entre estas e as comunidades (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006). Diga-se ainda que esta orientação não era explícita, nem formalmente expressa, na maioria dos arranjos organizacionais de Atenção Primária à Saúde antes existente no Brasil (PAIM, 2003).

Andersen (1995) afirma que as políticas de saúde devem ser elaboradas em função das variáveis explicativas, apresentadas pelos modelos. A utilização do modelo para promover o acesso equitativo depende do grau de mutabilidade das variáveis explicativas.

O autor afirma que os fatores de predisposição são de baixa mutabilidade – por exemplo, o sexo e a idade do indivíduo não podem ser alterados. No entanto, os fatores

disponíveis e a necessidade de saúde podem ser fortemente mutáveis, ou seja, as políticas locais de saúde devem ser elaboradas como intervenção dessas características.

Observando o modelo final de USS nos últimos 30 dias, verifica-se que as variáveis foram: 1. ocorrência de problemas de saúde – necessidade de saúde; 2. utilização regular do PSF, destino do lixo domiciliar e zona de residência – fatores disponíveis. Sendo assim, as políticas de saúde devem ser direcionadas a essas características para que as desigualdades possam ser reduzidas mais ainda.

Com relação às necessidades de saúde, é importante a informação para que os indivíduos tenham melhor percepção do seu estado de saúde e de práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças. Andersen (1995) sugere a realização de campanhas educativas ou incentivos financeiros para procurar o serviço de saúde podem alterar a percepção do indivíduo.

A utilização regular do PSF pode ser incentivada também pela melhoria da qualidade deste serviço, garantido por uma infra-estrutura física e de equipamentos adequados para as equipes e uma política de recursos humanos para saúde, que abranja desde questões trabalhistas à educação permanente. Não pode ser esquecida a necessidade de processos de comunicação efetivos com a população, que orientem sobre a utilização adequada dos serviços. Mendoza-Sassi, Béria e Barros (2003) sugerem que campanhas educativas mostrem como utilizar os serviços de saúde e como ter direito a eles favorecem a utilização dos mais pobres.

A coleta do lixo domiciliar que *a priori* não é de competência do sistema de saúde, mas que deve ser um argumento para incentivos financeiros na melhoria das condições sanitárias da população e conseqüentemente do situação de saúde do indivíduo.

E finalmente, a localização da residência do indivíduo. Sabe-se que nos distritos, de uma forma geral, existe uma oferta menor dos serviços de saúde e conseqüentemente, uma utilização menor. O sistema de saúde pode intervir nessa desigualdade oferecendo mais serviços de saúde nesses locais.

6.8 Perfis dos grupos populacionais por tipo de serviço utilizado

Observando os resultados de cada tipo de serviço de saúde utilizado foi possível diferenciar as características dos indivíduos, como observado na figura 9. Um primeiro grupo

formado por crianças de cor da pele negra/mulata/morena, de mães com escolaridade mais baixa, vindos de famílias numerosas, com condições econômicas menores, que moravam na sede dos distritos, cadastrados no PSF, sem cobertura de plano de saúde e com distância do PSF à residência menor tinha mais chance de utilizar regularmente as unidades do PSF.

O segundo grupo composto por crianças de cor da pele branca, escolaridade materna intermediária, vindos de famílias com tamanho intermediário, com condições econômicas intermediárias, moradores da sede do município, sem cadastro no PSF e sem plano de saúde e com distância do PSF à residência maior tinha mais chance de escolher o hospital como serviço de saúde de referência.

O terceiro grupo formado por crianças de cor da pele branca, de mães com escolaridade maior, vindas de famílias menores, com condições econômicas maiores, moradores da sede do município, sem cadastro no PSF, com cobertura de plano de saúde e com distância do PSF à residência intermediária apresentava maior chance de utilizar regularmente os serviços de consultórios particulares e conveniados aos planos de saúde.

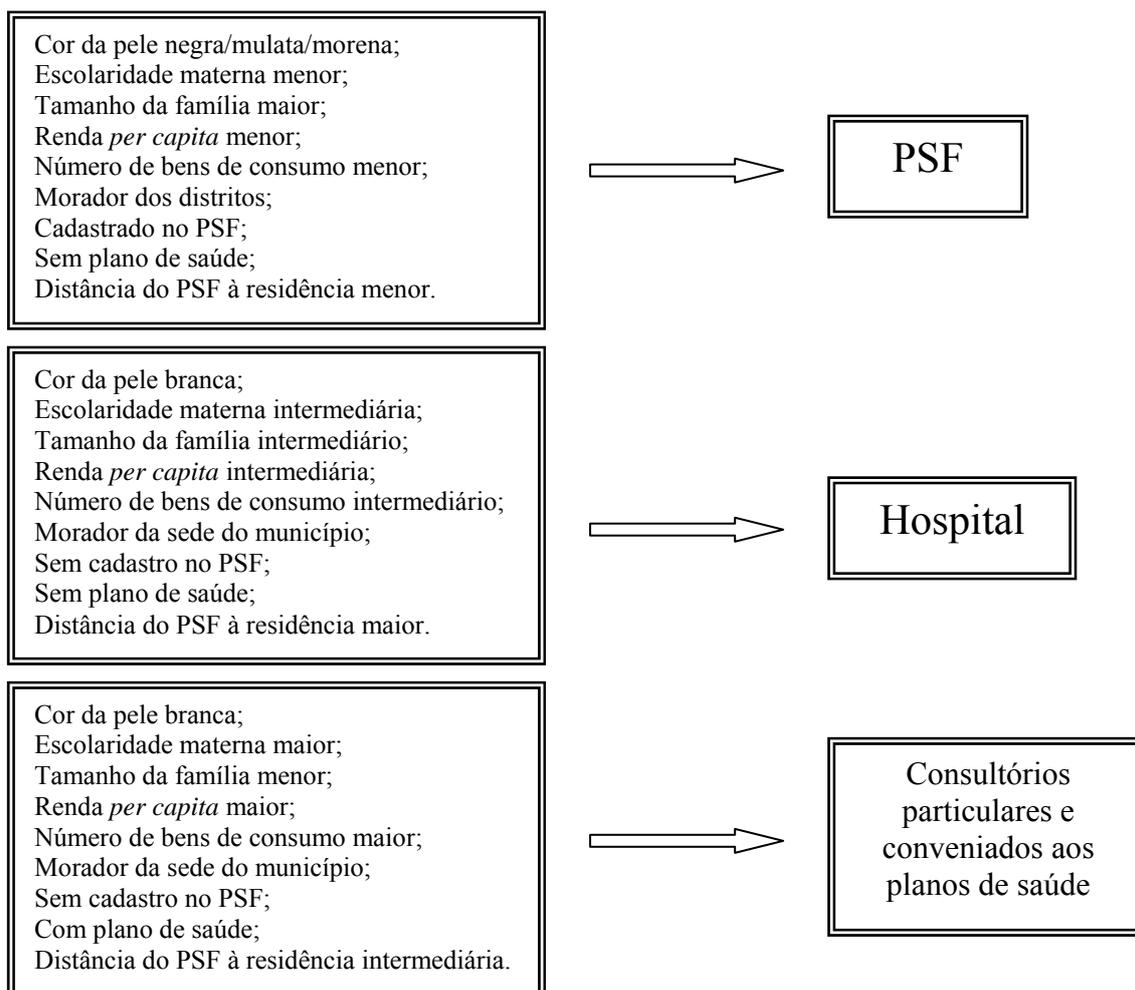


Figura 9 – Modelo de utilização dos serviços de saúde entre crianças de 5 a 9 anos, Sobral-Ce.

7 CONCLUSÕES

Foram analisados os fatores associados à utilização dos serviços de saúde nos últimos 30 dias e ao tipo de serviço habitualmente utilizado – unidade do PSF, hospitais e serviços particulares/conveniados.

A partir dos resultados obtidos foi possível concluir que a USS nos últimos 30 dias praticamente não mostrou desigualdade no acesso. O sistema de saúde do município de Sobral-CE atuou de forma equânime.

O fato se deve a adesão do sistema de saúde à atenção primária, em especial, à Estratégia Saúde da Família, uma vez que, os indivíduos que utilizam regularmente as unidades do PSF foram aqueles mais vulneráveis e que deveriam ser tratados de forma prioritária. Tal conclusão só foi possível a partir de uma análise por tipo de serviço, revelando os perfis dos grupos populacionais que utilizam cada um.

No entanto, se faz necessário melhorar alguns pontos para que o sistema de saúde caminhe no sentido da universalidade, atendimento para todos. Medidas devem ser tomadas para os indivíduos que não utilizam as unidades de saúde saibam que o serviço está disponível e também para os indivíduos que o utilizam regularmente permaneçam fiéis à escolha.

A melhoria na qualidade do atendimento nas unidades de saúde, em especial na comunicação médico-paciente; a diminuição do tempo de espera para o atendimento; e a disponibilização de horários flexíveis de atendimento – horário de almoço, terceiro turno e fins de semana – são requisitos básicos para atrair os indivíduos às unidades do PSF.

Tornou-se clara a importância dos estudos sobre utilização e acesso aos serviços de saúde de forma local, fornecendo informações diferenciadas do Brasil como um todo. De uma forma geral, o país apresenta um diagnóstico de grandes desigualdades em saúde, mas aproximando a lente para os municípios, percebe-se a importância da ESF na promoção da equidade.

Ressalta-se também, a realização periódica dos inquéritos, a exemplo da PNAD. Um novo inquérito, no município, anos depois do primeiro, seria possível avaliar a continuidade ou não dos benefícios trazidos após a implantação da ESF.

Não foi objetivo do presente estudo, identificar um modelo perfeito de utilização dos serviços de saúde. Sabe-se da existência de muitas outras características pessoais e contextuais que não foram possíveis de serem medidas e outras que sequer imagina-se que possam interferir na utilização.

E por fim, o estudo revelou um grande imbricamento entre as características socioeconômicas, demográficas e de percepção de necessidades de saúde. Trata-se de um complexo quebra-cabeça, que modelos teóricos e análises estatísticas não conseguem desvendá-lo por completo. No entanto, o sistema de saúde tem a capacidade de alterá-lo.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Tecnologia da Organização dos Serviços de Saúde**. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/organiza/index.htm>>. Acesso em: 7 jan. 2010.

ANDERSEN, R.M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? **J. Health Soc. Behav.**, v.36, p. 1-10, Mar. 1995.

_____. National health surveys and the behavioral model of health services use. **Med. Care**, v.46, n.7, p. 647-653, 2008.

ANDRADE, L. O. M. Do nascimento da medicina social à intersectorialidade. In: _____. **Saúde e o Dilema da Intersectorialidade**. São Paulo: Hucitec, 2006. p.37-63.

_____. Rumo a um modelo conceitual para análise e ação sobre os determinantes sociais de saúde. Mestrado em Saúde da Família. Universidade Federal do Ceará. **Apresentação oral**. Sobral, 2010.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G.W.S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; JUNIOR, M. D.; CARVALHO, Y. M. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 783-836.

ANDRADE, L. O. M; MARTINS JUNIOR, T. Saúde da Família – Construindo um novo modelo: Programa de Saúde da Família em Sobral. **Sanare – Rev. Sobralense Políticas Públicas**, v.1, n.1, p.8-19, 1999.

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

BARRETO, I. C. H. C. **Morbidade referida e seus condicionantes em crianças de 5 a 9 anos da zona urbana de Sobral-CE**. 2006. 177 f. Tese (Doutorado em Pediatria) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

BARRETO, I. C. H. C. *et al.* Residência em Saúde da Família: Um desafio na qualificação dos profissionais na atenção primária. **Sanare – Rev. Sobralense Políticas Públicas**, v.1, n.1, p.20-32, 1999.

BARRETO, I. C. H. C.; GRISI, S. J. F. E. Morbidade referida e seus condicionantes em crianças de 5 a 9 anos em Sobral, CE, Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 13, p. 35-48, 2010.

BARROS, A. J. D.; BERTOLDI, A. D. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.7, n.4, p.709-717, 2002.

BELTRÃO, K. I.; SUGAHARA, S. Comparação de informações sobre saúde das populações brasileira e norte-americana baseada em dados da PNAD/98 e NHIS/96. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.7, n.4, p.841-867, 2002.

BÍBLIA. N.T. Evangelho de São João. Português. **Bíblia Sagrada**. São Paulo: Ave Maria, 2000. p.1397.

BRASIL. **Constituição Federal**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Normas para pesquisa envolvendo seres humanos**: Resolução nº 196/96. Brasília: 2000.

BROWN, C.; BARNER, J.; BOHMAN, T.; RICHARDS, K. A multivariate test of an expanded Andersen health care utilization model for complementary and alternative medicine (CAM) in African Americans. **J. Altern. Complement. Med.**, v.15, n.8, p.911-919, 2009.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Rev. Saúde Coletiva**, v.17, n.1, p.77-93, 2007.

CASTRO, M. S. M. Desigualdades sociais no uso de internações hospitalares no Brasil: o que mudou entre 1998 e 2003. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.11, n.4, p.987-998, 2006.

CASTRO, M. S. M.; TRAVASSOS, C.; CARVALHO, M. S. Fatores associados às internações hospitalares no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.7, n.4, p.795-811, 2002.

_____. Efeito da oferta de serviços de saúde no uso de internações hospitalares no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v.39, n.2, p.277-84, 2005.

COUTINHO, L. M. S.; SCAZUFCA, M.; MENEZES, P. R. Métodos para estimar razão de prevalência em estudos de corte transversal. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 6, p. 992-998, 2008.

DACHS, J. N. W. Determinantes das desigualdades na auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/1998. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p.641-657, 2002.

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

DIAS-DA-COSTA, J. S.; PRESSER, A. D.; ZANOLLA, A. F.; FERREIRA, D. G.; PEROZZO, G.; FREITAS, I. B. A.; PORTOLAN, L. T.; TAVARES, R. T.; OLINTO, M. T. A.; PATTUSSI, M. P. Utilização dos serviços ambulatoriais de saúde por mulheres: estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n.12, p.2843-2851, 2008.

DIAS-DA-COSTA, J. S.; GIGANTE, D. P.; HORTA, B. L.; BARROS, F. C.; VICTORA, C. G. Utilização dos serviços de saúde por adultos da coorte de nascimentos de 1982 a 2004-5, Pelotas, RS. **Rev. Saúde Pública**, v.42, supl.2, p.51-59, 2008.

FERNANDES, E.M.R.Q. **O estudo epidemiológico de leucorreia em meninas de 5 a 9 anos da zona urbana de Sobral**. 2002. Dissertação (Mestrado em Gestão Pública) – Universidade Estadual Vale do Acaraú/Universidade de Lisboa, Sobral, 2002.

FERNANDES, L. C. L.; BERTOLDI, A. D.; BARROS, A. J. D. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, v.43, n.4, p. 595-603, 2009.

FRANCISCO, P. M. S. B.; DONALISIO, M. R.; BARROS, M. B. A.; CESAR, C. L. G.; CARANDINA, L.; GOLDBAUM, M. Medidas de associação em estudo transversal com delineamento complexo: razão de chances e razão de prevalência. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 11, n. 3, p. 347-355, 2008.

GARBINATO, L. R.; BÉRIA, J. U.; FIGUEIREDDO, A. C. L.; RAYMANN, B.; GIGANTE, L. P.; PALAZZO, L. S.; AERTS, D. R. G. C. Prevalência de Internação hospitalar e fatores associados: um estudo de base populacional em um centro urbano no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.23, n.1, p.217-224, 2007.

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

HAIR, J. F. *et al.* **Análise multivariada de dados**. 5.ed. Porto Alegre: Bookman, 2005. 593p.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) 1998**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad98/saude/analise.shtm>> Acesso em: 29 nov. 2010.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) 1999**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/tabela3.shtm#a35>> Acesso em: 23 nov. 2010.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) 1999**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad99/sintese/tab6_1_b_1999.shtm> Acesso em: 24 nov. 2010.

_____. **Censo demográfico 2000**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/universo.php?tipo=31o/tabela13_1.shtm&paginaatual=1&uf=23&letra=S> Acesso em: 16 de março de 2010.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) 2003**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impresao.php?id_noticia=370> Acesso em: 29 de novembro de 2010.

LOUVISON, M. C. P.; LEBRÃO, M. L.; LIMA, F. D.; DUARTE, Y. A. O. Uso e acesso de serviços de saúde entre a população idosa do município de São Paulo. **Divulgação em Saúde para Debate**, n.38, p.7-14, 2007.

MARIOLIS, A.; MIHAS, C.; ALEVIZOS, A.; MARIOLIS-SAPSAKOS, T.; MARAYIANNIS, K.; PAPATHANASIOU, M.; GIZLIS, V.; KARANASIOS, D.; MERKOURIS, B. Comparison of primary health care services between urban and rural setting after the introduction of the first urban health centre in Vyronas, Greece. **BMC Health Serv. Res.**, v. 8, n.124, 2009. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/124>>. Acesso em: 3 Jan. 2011.

MATOS, D. L.; LIMA-COSTA, M. F. Tendência na utilização de serviços odontológicos entre idosos brasileiros e fatores associados: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998 e 2003). **Cad. Saúde Pública**, v.23, p.2740-2748, 2007.

MENDOZA-SASSI, R.; BÉRIA, J. U.; BARROS, A. J. D. Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study. **Rev. Saúde Pública**, v.37, n.3, p.372-378, 2003.

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

_____. Incidência de cárie dentária em adolescentes em município do Nordeste brasileiro, 2006. **Cad. Saúde Pública**, v.25, n.4, p.783-790, abr, 2009.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Comissão de Determinantes Sociais de Saúde. **Rumo a um Modelo Conceitual para análise e ação sobre os Determinantes Sociais de Saúde**: relatório da segunda reunião da Comissão de determinantes sociais de saúde. Genebra, 2005.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Renovación de la Atención Primaria de Salud em las Américas. **Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/OPAS**. Washington, 2005.

PAIM, J. S. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Org.). **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 568-586.

PINHEIRO, R. S.; TORRES, T. Z. G. Uso de serviços odontológicos entre os Estados do Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.11, n.4, p.999-1010, 2006.

PINHEIRO, R. S.; VIACAVAL, F.; TRAVASSOS, C.; BRITO, A. S. Gênero, morbidade, acesso e utilização dos serviços de saúde no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.7, n.4, p. 687-707, 2002.

PINTO, L. F.; SORANZ, D. R. Planos privados de assistência à saúde: cobertura populacional no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 9, n.1, p.85-98, 2004.

PORTO, S. M.; SANTOS, I. S.; UGÁ, M. A. D. A utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.11, n.4, p.895-910, 2006.

PUCCINI, R. F.; SILVA, N. N.; ARAÚJO, N. S.; PEDROSO, G. C.; SILVA, E. M. K. Saúde infantil: condições de vida e utilização de serviços de saúde em área da Região Metropolitana de São Paulo, 1996. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 2, n. 2, p.143-155, 2002.

QUEIROZ, O. S. **Fatores que influenciam a ocorrência de gravidez na adolescência no município de Sobral-Ce: um estudo caso-controle.** 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

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

SANTOS, I. S.; UGÁ, M. A. D.; PORTO, S. M. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.13, n.5, p.1431-1440, 2008.

SAWYER, D. O.; LEITE, I. C.; ALEXANDRINO, R. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.7, n.4, p. 757-776, 2002.

SILVA, A. A. M. ; GOMES, U. A.; TONIAL, S. R.; SILVA, R. A. Fatores associados à realização de consultas médicas de crianças menores de 5 anos. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v.2, n.1/2, p.60-72, 1999.

SOBRAL. Secretaria da Saúde e Assistência Social. **Estudo das condições de saúde, educação e qualidade de vida das crianças de 5 a 9 anos da zona urbana do município de Sobral – Ceará – Brasil:** projeto de pesquisa. Sobral, 1999.

_____. **Estudo das condições de saúde, educação e qualidade de vida das crianças de 5 a 9 anos da zona urbana do município de Sobral – Ceará – Brasil:** relatório de pesquisa. Sobral, 2003.

STARFIELD, B. **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, 2002.

SUCUPIRA, A. C. S. L. **O fracasso escolar e condições de vida em crianças de 7 a 10 anos de idade, Sobral-CE.** 2003. 215 f. Tese (Doutorado em Pediatria) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

TRAVASSOS, C. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000200024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 dez. 2009.

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

TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E. X. G.; VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.11, n.4, p.975-986, 2006.

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

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F.; LAGUARDIA, J. Os Suplementos Saúde na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) no Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v.11, sup.1, p.98-112, 2008.

VICTORA, C. G. Avanços no conhecimento sobre determinantes sociais da saúde no Brasil. In: REUNIÃO DA CNDSS, 1., Brasília, 2006.

VICTORA, C. G.; WAGSTAFF, A.; SCHELLENBERG, J. A.; GWATKIN, D.; CLAESON, M.; HABICHT, J. P.. Applying an equity lens to child health and mortality: more of the same is not enough. **Lancet**, p. 362-241, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Reaching the poor: Child Health and Poverty.** Challenges for child health in the western pacific region. Disponível em: <http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/C1BA83FE-283B-4F31-AFC9-42EBDC08255A/0/ReachingthePoor_ChildHealthandPoverty_Part2.pdf>. Acesso em: 22 Dec. 2010.

ANEXO

ENTREVISTA DOMICILIAR

Código do entrevistador:	Data da entrevista / /
--------------------------	------------------------

Parte A - Identificação (colar etiqueta)

A₁ . Identificador numérico: _____ A₂ . Sexo: (1) F (2) M A₃ . Data de nascimento: ____/____/____ A₄ . Nome da criança: A₅ . Nome da mãe: A₆ . Endereço: A₇ . Unidade do PSF:
--

A₈. Qual o período que a criança frequenta a escola:

(1) 7 às 11h	(2) 11 às 15h	(3) 13 às 17h	(4) 19 às 22h	(5) Não se aplica
----------------	-----------------	-----------------	-----------------	---------------------

Como a Sra. classifica o pai da criança, a criança e a Sra. própria? (*Marque com um X*)

GRUPO	A ₉ . Criança	A ₁₀ . Mãe	A ₁₁ . Pai
1. Branco			
2. Índio			
3. Negro/Mulato/Moreno			
4. Amarelo			

A₁₂. Qual a sua religião?

(1) Católica	(2) Nenhuma	(3) Outra, especifique:
----------------	---------------	---------------------------

Parte B – Características Demográficas

Qual o nome, data de nascimento, etc. dos moradores desta casa? (*Não anotar os dados da criança pesquisada*)

B ₁ . Nome	B ₂ . Data de nascimento	B ₃ . Sexo	B ₄ . Relação de Parentesco	B ₅ . Grau de Escolaridade	B ₆ . Ocupação	B ₇ . Renda Mensal
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						
14.						
Somente o primeiro nome	DD/MM/AA	1. F 2. M	1. pai 2. mãe 3. irmão 4. outro parente 5. empreg. Domést. 6. agregado 7. pensionista	1.nenhum 2.prim.inc 3.prim.com 4.ginasiol com. 5.colegial com. 6.superior com.	Principal atividade atual de cada morador. Não confundir com profissão. Desempregado.	Valores em reais (1 SM=R\$137,00)

Quem é o chefe da família? Colocar um asterisco() em frente ao nome do chefe.*

B₈. O domicílio é:

(1) Unifamiliar	(2) Multifamiliar
-------------------	---------------------

Parte C – Características de migração da criança**C₁**. A criança nasceu neste município?

(1) Sim	(2) Não. C₂ . Em que estado nasceu? (sigla) <input type="text"/>
-----------	--

C₃. A criança já morou em outro estado?

(1) Sim. C₄ . Há quanto tempo está neste município? _____ meses _____ anos	(2) Não
--	-----------

C₅. A criança já morou em zona rural?

(1) Sim. C₆ . Por quanto tempo? _____ meses _____ anos	(2) Não	(9) Não sabe
--	-----------	----------------

Parte D – Condições de Moradia**D₁**. Tipo do domicílio:

(1) Casa	(2) Apartamento	(3) Cômodo	D₂ .(4) Outro, especifique: _____
------------	-------------------	--------------	---

D₃. Localização do domicílio:

(1) Bairro urbanizado	(2) Bairro não urbanizado	(3) Condomínio privado	(4) Loteamento informal
(5) Favela	(6) Moradia isolada	(7) Cortiço	D₄ .(8) Outro, especifique: _____

D₅. Construção:

(1) Alvenaria	(2) Alvenaria sem revestimento
(3) Taipa	(4) Taipa sem revestimento
(5) Madeira	D₆ .(6) Outro material, especifique: _____

D₇. Quantos cômodos têm este domicílio? _____ cômodos**D₈**. Quantos cômodos estão servindo permanentemente de dormitório para os moradores deste domicílio?
_____ cômodos**D₉**. Este domicílio é:

(1) Próprio já pago	(2) Próprio em financiamento. D₁₀ . Qual o valor da última prestação? _____
(3) Cedido	(4) Alugado D₁₁ . Qual o valor do aluguel do último mês? _____
D₁₂ . (5) Outra condição, especifique: _____	

D₁₃. Este domicílio tem o abastecimento de água proveniente de:

(1) Rede pública com canalização interna	(2) Rede pública sem canalização interna
(3) Água de poço com canalização interna	(4) Água de poço com canalização interna
D₁₄ . (5) Outras fontes, especifique: _____	

D₁₅ Neste domicílio existe banheiro ou sanitário?

(1) Sim	(2) Não (Passa para D₁₈)
-----------	--

D₁₆. A instalação deste domicílio é:

(1) De uso só do domicílio, com água	(2) Comum a mais de um domicílio, com água
(3) De uso só do domicílio, sem água	(4) Comum a mais de um domicílio, sem água

D₁₇. O chuveiro deste domicílio é:

(1) Individual	(2) Coletivo	(3) Inexistente
------------------	----------------	-------------------

D₁₈. De que forma é feito o escoadouro dos dejetos?

(1) Rede pública de esgoto	(2) Fossa séptica	(3) Fossa rudimentar	(4) Vala/céu aberto
(5) Direto para o rio/córrego	D₁₉ . (6) Outro, especifique: _____		

D₂₀. O lixo neste domicílio é:

(1) Coletado diretamente	(2) Coletado indiretamente (container)
(3) Queimado ou enterrado	(4) Jogado em terreno baldio ou logradouro
(5) Jogado no rio ou córrego	D₂₁ . (6) Outro, especifique:

D₂₂. Este domicílio tem área externa peridomiciliar não construída?

(1) Sim	D₂₃ . As crianças usam para lazer?	(1) Sim (2) Não
	D₂₄ . Esta área oferece risco para doença ou acidente?	(1) Sim (2) Não
(2) Não		

D₂₅. Este domicílio está situado:

(1) Em rua asfaltada	(2) Em rua de terra	(3) Calçamento
(4) Não há rua de acesso	D₂₆ . (5) Outro, especifique:	

D₂₇. Há iluminação pública nas vias de acesso ao domicílio?

(1) Sim	(2) Não
-----------	-----------

D₂₈. Este domicílio tem:

(1) Fogão	(2) Geladeira	(3) Televisão	(4) Rádio	(5) Aparelho de som
(6) Vídeo Cassete	(7) Microondas	(8) Freezer	(9) Máquina de lavar roupa	(0) Nenhum item

D₂₉. O fogão deste domicílio utiliza predominantemente:

(1) Gás de botijão	(2) Lenha	(3) Carvão	D₃₀ . (4) Outro combustível, especifique: _____
----------------------	-------------	--------------	---

D₃₁. Este domicílio tem algum tipo de filtro de água?

(1) Sim	(2) Não
-----------	-----------

A Sra. considera que em relação à sua casa a:

Local	1. Perto	2. Não muito perto	3. Nem perto nem longe	4. Não muito longe	5. Longe
D₃₂ . Escola					
D₃₃ . Unidade de saúde					
D₃₄ . Delegacia de polícia					
D₃₅ . Igreja ou templo					
D₃₆ . Associação de moradores					
D₃₇ . Clube esportivo					
D₃₈ . Praça pública					
D₃₉ . Supermercado/mercearia					
D₄₀ . Bar					

20. Sua família freqüenta:

Local	1. Sempre	2. Às vezes	3. Nunca
D₄₁ . Igreja ou templo			
D₄₂ . Associação de moradores			
D₄₃ . Clube esportivo			
D₄₄ . Praça pública			
D₄₅ . Bar			
D₄₆ . Cinema			
D₄₇ . Ginásio/quadra/campo de esportes			
D₄₈ . Casa de amigos/parentes			

Parte E – Escolaridade da criança

E₁. A criança sabe:

(1) Ler corretamente	(2) Ler um pouco
(3) Sabe apenas escrever o nome	(4) Não sabe ler

E₂. A criança está na escola?

(1) Sim. E ₃ . Em qual série? _____ série. Passa para E₄	(2) Não. Passa para E₅.
E ₄ . Nome da escola em que a criança estuda:	

(Passa para E₁₆).E₅. Frequentou alguma vez a escola?

(1) Sim	E ₅ . Frequentou alguma vez a escola? _____		
	E ₇ . Quanto tempo frequentou a escola?	_____ dias	_____ meses _____ anos
	E ₈ . Em que série saiu da escola?	_____ série	
	E ₉ . Repetiu alguma vez de ano?	(1) Sim	E ₁₀ . () alfabetização Quantas vezes? _____ E ₁₁ . () 1ª série Quantas vezes? _____ E ₁₂ . () 2ª série Quantas vezes? _____ E ₁₃ . () 3ª série Quantas vezes? _____
(2) Não	(2) Não		

Com que idade a criança entrou na:

E ₁₅ . Creche _____ anos (88) Nunca frequentou	E ₁₆ . Pré-escola _____ anos (88) Nunca frequentou	E ₁₇ . 1ª série _____ anos (88) Nunca frequentou
--	--	--

Que escolas a criança já frequentou? (Nome da escola)

E ₁₈ .
E ₁₉ .
E ₂₀ .

Da questão E₂₁ até a E₃₅, só fazer para as crianças que estão na escola.E₂₁. A Sra. acha que a criança está aprendendo na escola?

(1) Sim	(2) Não. E ₂₂ . Por que?
-----------	---------------------------------------

E₂₃. Já repetiu de ano alguma vez?

(1) Sim. Em que séries:	E ₂₄ . () alfabetização	Quantas vezes? _____ vezes
	E ₂₅ . () 1ª série.	Quantas vezes? _____ vezes
	E ₂₆ . () 2ª série.	Quantas vezes? _____ vezes
	E ₂₇ . () 3ª série.	Quantas vezes? _____ vezes
(2) Não		

E₂₈. A criança tem um lugar próprio para fazer a lição/dever/tarefa de casa?

(1) Sim	E ₂₉ . Onde?	(1) Escrivania	(2) Mesa da sala	(3) Mesa da cozinha	(4) No chão
(2) Não	E ₃₀ . (5) Outro, especifique:				

E₃₁. Tem alguém que fique junto com a criança na hora de fazer a lição/dever/tarefa?

(1) Sim	E ₃₂ . Quem?	(1) Irmão	(2) Mãe	(3) Pai	(4) Outro parente
(2) Não	(5) Amigo/vizinho (6) Repetidora E ₃₃ . (7) Outro, especifique:				

E₃₄. No último mês a criança faltou algum dia à escola?

(1) Sim	E ₃₅ . Quantos dias?	(1) 1 dia	(2) 2 a 5 dias	(3) mais de 5 dias	(2) Não.
-----------	---------------------------------	-------------	------------------	----------------------	------------

E₃₆. Por que faltou?

(1) Doença	(2) Foi ao médico	(3) Teve que cuidar do irmão	(4) não quis ir	E ₃₇ (5) outro: _____
--------------	---------------------	--------------------------------	-------------------	------------------------------------

E₃₈. Tem algum irmão que já repetiu de ano?

(1) Sim		(2) Não. Passa para parte F			
E₃₇. Nome	E₃₈. Idade atual	E₃₉. Série atual ou fora da escola (F)	E₄₀. Séries que repetiu	E₄₁. N.º de vezes que repetiu	E₄₂. Idade da evasão
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

Parte F – Trabalho Infantil

F₁. A criança faz algum trabalho dentro ou fora de casa?

(1) Sim. Passa para F₂.	(2) Não. Passa para G
---	--------------------------------

F₂. Há quanto tempo faz este trabalho? _____ dias _____ meses _____ anos

F₃. Por que a criança trabalha?

(1) Para ajudar no orçamento familiar	(2) Para ajudar no trabalho de casa	(3) Para ganhar casa
(4) Para ganhar comida	(5) Porque ele quer	F₄. (6) Outro, especifique: _____

F₅. Qual o tipo de trabalho?

(1) Trabalhador doméstico	(2) Trabalhador doméstico na própria casa	(3) Trabalhador na construção para o próprio consumo
(4) Empregador	(5) Pedinte	(6) Trabalhador na produção para o próprio consumo
(7) Conta própria	(8) Trabalhador na rua	(9) Trabalhador membro da unidade domiciliar
F₆. (0) Outro, especifique: _____		

F₇. Descreva o que a criança faz no trabalho:

F₈. Este é um trabalho:

(1) Permanente	(2) Temporário	(3) Ocasional
------------------	------------------	-----------------

F₉. Este trabalho é remunerado?

(1) Sim. Passa para F₁₀	(2) Não. Passa para F₁₂
---	---

F₁₀. Qual o tipo de remuneração?

(1) Dinheiro	(2) Moradia	(3) Alimentação	F₁₁. (4) Outro, especifique: _____
----------------	---------------	-------------------	--

F₁₂. Este trabalho tem horário fixo?

(1) Sim	F₁₃. Horário de início da jornada: _____ h	F₁₄. Horário de fim da jornada: _____ h
(2) Não		

Este trabalho faz a criança:

F₁₅. Ter saúde:	(1) Melhor	(2) Pior
F₁₆. Se sentir:	(1) Cansada	(2) Mais disposta
F₁₇. Na escola:	(1) Gostar de ir à escola	(2) Faltar muito
F₁₈. No estudo:	(1) Ficar mais estudiosa	(2) Não ter tempo para estudar
F₁₉. Nas brincadeiras:	(1) Não ter tempo para brincar	(2) Não atrapalha para brincar
F₂₀. No dia-a-dia:	(1) Ficar revoltada	(2) Ficar mais responsável

F₂₁. Já se feriu/machucou alguma vez neste trabalho?

(1) Sim. Passa para F₂₂.	(2) Não. Passa para F₃₄.
--	--

F₂₂. Descreva o acidente:

F₂₃. Tipo de acidente:

(1) Escoriação	(2) Corte	(3) Contusão	(4) Fratura	(5) Queimadura
(6) Envenenamento	(7) Afogamento	(8) Atropelamento	F₂₄ (9) Outro, especifique	

F₂₅. Necessitou ser atendido em serviço de saúde?

(1) Sim. Passa para F₂₆ .	(2) Não. Passa para F₂₈ .
---	---

F₂₆. Onde foi atendido?

(1) Serviço da empresa	(2) PSF	(3) Convênio com SUS	(4) Convênio	(5) Particular
F₂₇ . (6) Outro, especifique				

Ficou afastado da:

F₂₈ . Da escola	(1) Sim	F₂₉ . Quanto tempo?	dias	meses	anos
	(2) Não				
F₃₀ . Do trabalho	(1) Sim	F₃₁ . Quanto tempo?	dias	meses	anos
	(2) Não				

F₃₂. Ficou com algum tipo de problema por causa do acidente?

(1) Sim	F₃₃ . (1) Temporário	(2) Permanente
(2) Não		

F₃₄. Com que idade começou a trabalhar? _____ anos

F₃₅. Teve outros trabalhos anteriores?

(1) Sim.	(2) Não. Passa para parte G
------------	--------------------------------------

Em relação aos trabalhos anteriores:

F₃₆ . Tipo de trabalho	F₃₇ . Característica do trabalho	F₃₈ . Remuneração	F₃₉ . Horário fixo	F₄₀ . Jornada	F₄₁ . Teve acidente
				às	
1. Trabalhador doméstico 2. Trab. doméstico na própria casa 2. Conta-própria 3. Empregador 4. Trab. membro da unidade domiciliar 5. Trab. na produção p/ o próprio consumo 6. Trab. na construção p/ o próprio consumo 7. Trab. na rua 8. Pedinte 9. Outro, especifique	1. Temporário 2. Permanente	1. Dinheiro 2. Moradia 3. Alimentação 4. Outro: especifique	1. Sim 2. Não		1. Sim * 2. Não *especificar

F₄₂. No total, quanto tempo já trabalhou? _____ dias _____ meses _____ anos

Parte G – Nutrição**G₁**. A criança já teve desnutrição?

(1) Sim. G₁ . Com que idade? _____ meses _____ anos	(9) Não Sabe	(2) Não. Passa para G₁₀
---	----------------	---

G₃. Fez parte de algum programa para desnutridos?

(1) Sim. G₄ . Por quanto tempo? _____ meses _____ anos	(2) Não. Passa para G₁₀
--	---

G₅. Em qual programa para desnutridos a criança estava inscrita?

(1) Posto de saúde	(2) Igreja	(3) Ação Social	G₆ . (4) Outros, especifique: _____
----------------------	--------------	-------------------	---

G₇. Recebeu no programa para desnutridos?

(1) Leite.	G₈ . Por quanto tempo? _____ meses _____ anos
(2) Cesta básica.	G₉ . Por quanto tempo? _____ meses _____ anos

G₁₀. Recebeu alguma vez ajuda alimentar para a criança, sem ser em programa para desnutridos?

(1) Sim	() Leite	G₁₁ . Por quanto tempo? _____ meses _____ anos
	() Cesta básica	G₁₂ . Por quanto tempo? _____ meses _____ anos
	G₁₃ . () Outro, especifique: _____	G₁₄ . Por quanto tempo? _____ meses _____ anos
(2) Não		

G₁₅. A criança come a merenda da escola?

(1) Sempre	(2) Às vezes	(3) Nunca	(8) Não se aplica
--------------	----------------	-------------	---------------------

Parte H – Morbidade**H₁**. A criança teve algum problema de saúde nos últimos 15 dias?

(1) Sim. H₂ . Qual? _____	(2) Não. Passa para H₁₄
---	---

H₃. Procurou algum tipo de atendimento para esse problema?

(1) Sim	H₄ . Qual?	(1) PSF	(2) Convênio com SUS	(3) Convênio	(4) Particular
		H₅ . (5) Outro, especifique: _____			
(2) Não					

H₆. Fez algum tipo de exame?

(1) Sim	H₇ . Qual?	(1) Sangue	(2) Urina	(3) Fezes	(4) RX
		H₈ . (5) Outro, especifique: _____			
(2) Não					

H₉. Quantas vezes procurou atendimento para esse mesmo problema? _____ vezes**H₁₀**. Esse problema de saúde foi resolvido?

(1) Sim. Passa para H₁₃ .	(2) Não. Passa para H₁₁
---	---

H₁₁. Se não, o médico encaminhou para outro serviço?

(1) Sim. H₁₂ . Qual? _____	(2) Não
--	-----------

H₁₃. A Sra. gastou com essa doença?

(1) Nada	(2) Pouco	(3) Não muito	(4) Muito
------------	-------------	-----------------	-------------

H₁₄. Seu filho foi internado no hospital no último ano?

(1) Sim. Passa para H₁₅	(2) Não. Passa para H₁₉
---	---

Se sim, qual(is) a(s) doença(s) que ele tinha quando foi internado?

H₁₅ .
H₁₆ .
H₁₇ .

H₁₈. Seu filho foi internado em que tipo de hospital?

(1) PSF	(2) Convênio com SUS Santa Casa	(3) Convênio com SUS Dr. Estevão	(4) Convênio	(5) Particular
-----------	--------------------------------------	---------------------------------------	----------------	------------------

H₁₉. A criança fez uso de alguma medicação nos últimos 3 dias?

(1) Sim. H₂₀. Qual?	(2) Não. Passa para H₂₆
---	---

H₂₁. Quem indicou a medicação?

(1) PSF	(2) Outro médico	(3) familiar	(4) vizinho	(5) comadre	(6) farmácia	H₂₂ (6) outro: _____
---------	------------------	--------------	-------------	-------------	--------------	--

H₂₃. A Sra. comprou o medicamento?

(1) Sim	(2) Não. H₂₄. Onde conseguiu?
-----------	---

H₂₅. A quanto tempo a criança está tomando o medicamento? _____ dias _____ meses _____ anos

H₂₆. A criança já foi alguma vez ao dentista?

(1) Sim	(2) Não. Passa para H₂₉
-----------	---

H₂₇. A criança fez tratamento dentário nos últimos doze meses?

(1) Sim. H₂₈. Onde?	(1) Público	(2) Privado	(3) Convênio
(2) Não			

H₂₉. Alguma vez procurou dentista e a criança não foi atendida?

(1) Sim.	H₃₀. Onde foi?	(1) Público	(2) Privado
	H₃₁. Qual motivo?	(1) Urgência	(2) Para tratamento
(2) Não			

H₃₂. *Pedir para ver a escova da criança e marcar o estado em que está a escova:*

(1) Satisfatório	(2) Insatisfatório	(3) Não tem escova
--------------------	----------------------	----------------------

H₃₃. A criança usa pasta de dente?

(1) Sim. H₃₄. Qual a marca?	(2) Não
---	-----------

A criança teve algum desses hábitos e até que idade?

H₃₅. Mamadeira:	(1) Sim	(2) Não	H₃₆. Idade	meses	anos
H₃₇. Chupeta/bico	(1) Sim	(2) Não	H₃₈. Idade	meses	anos
H₃₉. Sucção de dedo	(1) Sim	(2) Não	H₄₀. Idade	meses	anos

Parte I – Situação vacinal

VACINA	N.º de doses		
I₁. Anti-pólio (SABIN)			
I₂. DPT (tríplice)			
I₃. BCG Id			
I₄. Anti-sarampo			
I₅. Triviral (MMR)	(1) Sim	(2) Não	
I₆. Anti-rubéola	(1) Sim	(2) Não	
I₇. Anti-caxumba	(1) Sim	(2) Não	
I₈. Anti-gripe	(1) Sim	(2) Não	
		N.º de doses	
I₉. Anti-hepatite B	(1) Sim	(2) Não	I₁₀.
I₁₁. Anti- <i>Haemophilus influenzae</i> B	(1) Sim	(2) Não	I₁₂.
I₁₃. Anti-hepatite A	(1) Sim	(2) Não	I₁₄.
I₁₅. Anti-varicela	(1) Sim	(2) Não	I₁₆.
I₁₇. Situação vacinal:	(1) Completa	(2) Incompleta	
I₁₈. Informação:	(1) Com carteira	(2) Sem carteira	
I₁₉. Vitamina A	(1) Sim	(2) Não	I₂₀. N.º de doses:

Parte J – Consumo de serviços de saúde**Acesso:****J₁**. A criança tem direito a algum convênio ou plano de saúde?

(1) Sim. J₂ . Qual?	(2) Não
---	-----------

J₃ A sua família é cadastrada no PSF?

(1) Sim. J₄ . Qual?	(2) Não
---	-----------

J₅. O Agente de Saúde visita a sua casa:

(1) Sempre	(2) Às vezes	(3) Nunca
--------------	----------------	-------------

J₆. A Sra. leva o seu filho à unidade de saúde do PSF?

(1) Sempre	(2) Às vezes	(3) Nunca
--------------	----------------	-------------

J₇. Onde a Sra. leva seu filho quando ele está doente?

(1) PSF	(2) Convênio com SUS Santa Casa	(3) Convênio com SUS Dr. Estevão	(4) Convênio	(5) Particular
(6) Farmácia	(7) Rezadeira	J₈ . (8) Outro, especifique:		

J₈. Quantos minutos a Sra. leva para ir até o serviço onde seu filho é atendido? _____**J₉**. Qual o horário de funcionamento deste serviço?**J₁₁**. Como a Sra. faz para marcar consulta para este seu filho, neste serviço?

J₁₂. Quando o seu filho está doente, a Sra. consegue consulta para o mesmo dia?

(1) Sempre	(2) Às vezes	(3) Nunca
--------------	----------------	-------------

J₁₃. Quando a Sra. levou seu filho para pesar e medir pela última vez?

(1) Menos de 1 ano	(2) 1 ano ou mais	(3) Mais de 2 anos	
(4) Mais de 3 anos	(5) Mais de 4 anos	(6) Mais de 5 anos	(9) Não lembra

J₁₄. A Sra. leva seu filho a Santa Casa?

(1) Sim	J₁₅ . Onde leva?	(1) Urgência	(2) Não urgência
(2) Não	J₁₆ . Por que leva?		

Vínculo:**J₁₇**. A criança é sempre consultada pelo mesmo médico na unidade do PSF?

(1) Sim. Passa para J₁₈	(2) Não. Passa para J₁₉
---	---

J₁₈. Como é o nome do médico que atende seu filho na unidade do PSF?

Acolhimento**J₁₉**. No último mês, a Sra. levou seu filho para algum atendimento de saúde?

(1) Sim	J₂₀ . Quantas vezes?	Veves			
	J₂₁ . Onde levou?	(1) PSF	(2) Convênio com SUS Santa Casa	(3) Convênio com SUS Dr. Estevão	(4) Convênio
		(5) Particular	J₂₂ . (6) Outro, especifique:		
(2) Não. Encerre a entrevista					

J₂₃. A Sra. conseguiu que seu filho fosse atendido?

(1) Sim. Passa para J₂₅	(2) Não. Passa para J₂₄
---	---

J₂₄. Se não conseguiu, qual foi a orientação dada no serviço de saúde?

(Encerre a entrevista)

J₂₅. Quanto tempo a Sra. esperou para que seu filho fosse consultado depois que chegou no serviço de saúde?
 _____ minutos _____ horas

J₂₆. Quanto tempo ao todo a Sra. ficou no serviço de saúde? _____ minutos _____ horas

J₂₇. O que a Sra. achou do atendimento que recebeu no serviço de saúde?

(1) Muito bom	(2) Bom	(3) Regular	(4) Ruim	(5) Muito ruim
-----------------	-----------	---------------	------------	------------------

Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças:

Continuar respondendo as questões sobre o último atendimento realizado nos últimos 30 dias

J₂₈. No último atendimento da criança o médico deu orientações de saúde?

(1) Sim	(2) Não
-----------	-----------

J₂₉. Foi falado sobre como evitar doenças?

(1) Sim	(2) Não
-----------	-----------

J₃₀. Foi perguntado sobre as vacinas?

(1) Sim	(2) Não
-----------	-----------

J₃₁. Algum outro profissional deu orientações de saúde?

(1) Sim	J₂₉. Quem?	(1) Enfermeiro	(2) Auxiliar de enfermagem	(3) Agente de saúde	(4) Dentista
(2) Não					

Comunicação:

Informação sobre a última consulta

J₃₂. Se o seu filho estava doente, o médico explicou sobre a doença que ele tinha?

(1) Sim. Passa para J₃₃	(2) Não. Passa para J₃₅
---	---

J₃₃. Se necessitou de tratamento, o médico explicou como tratar?

(1) Sim	(2) Não
-----------	-----------

J₃₄. Se o médico pediu exames, deu explicação sobre eles?

(1) Sim	(2) Não
-----------	-----------

Relação Interpessoal:

J₃₅. A Sra. acha que o médico do seu filho é:

(1) Muito simpático	(2) Simpático	(3) Indiferente	(4) Antipático	(5) Muito antipático	(6) NR
-----------------------	-----------------	-------------------	------------------	------------------------	----------

J₃₆. A Sra. acha que o médico do seu filho está interessado na saúde dele?

(1) Muito interessado	(2) Interessado	(3) Pouco interessado	(4) Não está interessado	(5) NR
-------------------------	-------------------	-------------------------	----------------------------	----------

J₃₇. A Sra. acha que o médico atende seu filho:

(1) Muito bem	(2) Bem	(3) Regular	(4) Mal	(5) Muito mal	(6) NR
-----------------	-----------	---------------	-----------	-----------------	----------

Confiança:

J₃₈. A Sra. confia no médico do seu filho?

(1) Confia muito	(2) Confia	(3) Confia pouco	(4) Não confia	(5) NR
--------------------	--------------	--------------------	------------------	----------

J₃₉. A Sra. acha que o médico sabe o que está fazendo no tratamento do seu filho?

(1) Acho que ele sabe	(2) Não tenho certeza se ele sabe	(3) Acho que ele não sabe	(4) NR
-------------------------	-------------------------------------	-----------------------------	----------

J₄₀. A Sra. acha que o médico cuida bem da saúde do seu filho?

(1) Acho que cuida	(2) Acho que cuida mais ou menos	(3) Acho que não cuida bem	(4) NR
----------------------	------------------------------------	------------------------------	----------