

Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP
Campus de Botucatu – Faculdade de Medicina de Botucatu
Departamento de Saúde Pública

*PERFIL DE UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE
SAÚDE, NO MUNICÍPIO DE BOTUCATU – SP-
2001-2002.*

CAMILA CESAR WINCKLER DIAZ BAPTISTA

Botucatu – SP
2009

Camila Cesar Winckler Diaz Baptista

*PERFIL DE UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE
SAÚDE, NO MUNICÍPIO DE BOTUCATU – SP-
2001-2002.*

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, área de concentração Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu – Universidade Estadual Paulista-UNESP, para obtenção do título de mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Luana Carandina

Co-orientador: Prof. Dr. Antonio Luiz Caldas Junior

Botucatu – SP
2009

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉCNICA DE AQUISIÇÃO E TRATAMENTO
DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: Selma Maria de Jesus

Baptista, Camila Cesar Winckler Diaz.

Perfil de utilização de serviços de saúde, no Município de Botucatu – SP-
2001-2002 / Camila Cesar Winckler Diaz Baptista. – Botucatu : [s.n.], 2009.

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de
Medicina de Botucatu, 2009.

Orientadora: Luana Carandina

Co-orientador: Antonio Luiz Caldas Junior

Assunto CAPES: 40602001

1. Saúde coletiva 2. Serviços de saúde – Botucatu (SP)

CDD 614.0981

Palavras-chave: Inquérito de saúde; Morbidade referida; Utilização de
serviços

Dedicatória

Eu dedico este trabalho ao autor da minha vida, o Deus Todo Poderoso, a quem eu devo toda honra e reverência.

Aquele que me deu o fôlego de vida e tudo que tenho o meu maior amor, o alfa e ômega, o princípio e o fim, e que era, que é e que há de vir.

Agradecimientos

AGRADECIMENTOS

- A Deus que me deu a oportunidade de aumentar o meu conhecimento.
 - Ao Robson, amor da minha vida, servo do Senhor, que me incentiva a cada dia a crescer profissional e espiritualmente. Que me entendeu nos momentos difíceis, e com sabedoria e unção conduziu a situação. Obrigada pelo seu amor.
 - Aos meus pais Gerson e Areli, pelo muito amor e estímulo para nunca desistir.
 - As minhas irmãs Valéria e Giuliana, colegas de profissão, que me entenderam quando me privei de sua presença.
 - Aos meus cunhados Amilton e Ismael, pelo apoio. Amilton louvo a Deus por sua vida, por estar sempre disposto a ajudar. Suas contribuições foram essenciais.
 - Ao meu sobrinho Nicolas, presente de Deus, “perfeito aos olhos do Pai” (Deus).
 - Ao Professor Caldas que o admiro por sua sabedoria, humor e forma com que conduz as coisas. Devo a você meu conhecimento dos Sistemas de Saúde.
 - A Dra. Luana que me acolheu em um momento crítico e que não economizou seu tempo em se dedicar a orientação da minha tese.
 - A Fernanda Manzini, amiga e irmã, que não mede esforços para ajudar as pessoas, e eu fui “vítima” deste privilégio.
 - As meninas do laboratório de pesquisa: Eliana, Maria Luiza e Rosângela, que contribuíram no início, meio e fim deste desafio.
 - As colegas do Departamento de Enfermagem que me incentivaram e contribuíram com suas experiências.
 - A querida amiga e irmã na fé, Carlinha, que me auxiliou com seu conhecimento profissional em línguas.
 - Ao Fernando do Departamento de Enfermagem que não mediu esforços para me ajudar.
-

- Às queridas irmãs das “Mulheres de Fé” especialmente, Elis, Rosana e família, Nádia, Fátima, Lenise, Luiza, Débora, Vitória, Hortência, Maria Helena, Juliana Gadum, Jô, Cleide e Vilma. Agradeço a todas vocês.
 - A Olivia, que se tornou minha querida amiga, obrigada por sua dedicação em todos os momentos.
 - A amiga Daniela Ramos, que tem vivido ao meu lado compartilhando experiências semelhantes de alegrias e dificuldades desta vida.
 - A Magda, admirável amiga que soube colocar algumas coisas em ordem na minha vida, através do papoterapia.
 - A minha amiga e mãe na fé Edna, sei que você não poupa seu tempo em interceder por minha vida. Louvo a Deus por Ele permitir ter encontrado você.
 - Aos meus pastores, João Alexandre, Claucir, André e suas esposas, que intercedem por mim constantemente.
-

Epígrafe

EPIGRAFE

Salmos 46

1 Deus é o nosso refúgio e fortaleza, socorro bem presente na angústia.

2 Pelo que não temeremos ainda que a terra se mude, e ainda que os montes se projetem para o meio dos mares:

3 ainda que as águas rujam e espumem, ainda que os montes se abalem pela sua braveza.

4 Há um rio cujas correntes alegam a cidade de Deus o lugar santo das moradas do Altíssimo.

5 Deus está no meio dela; não será abalada; Deus a ajudará desde o raiar da alva.

6 Bramam nações, reinos se abalam; ele levanta a sua voz, e a terra se derrete.

7 O Senhor dos exércitos está conosco; o Deus de Jacó é o nosso refúgio.

8 Vinde contemplai as obras do Senhor, as desolações que tem feito na terra.

9 Ele faz cessar as guerras até os confins da terra; quebra o arco e corta a lança; queima os carros no fogo.

10 Aquietai-vos e sabei que eu sou Deus; sou exaltado entre as nações, sou exaltado na terra.

11 O Senhor dos exércitos está conosco; o Deus de Jacó é o nosso refúgio.

Resumo

Introdução: Estudos sobre a utilização de serviços de saúde podem contribuir com a racionalização dos gastos, o planejamento, a reorganização das ações e programas buscando melhorar a qualidade dos serviços prestados. Os inquéritos de saúde de base populacional coletam simultaneamente informações sobre a situação de saúde, as condições de vida, a utilização dos serviços, incorporando informações sobre a população atendida e não atendida, caracterizando a demanda segundo variáveis biológicas, socioeconômicas e geográficas. O estudo da utilização dos serviços de saúde permite conhecer sua acessibilidade para os diversos grupos sócio-econômicos e avaliar a equidade do sistema de saúde. **Objetivos:** Conhecer o perfil de utilização dos serviços de saúde de Botucatu-SP, em relação à morbidade referida de 15 dias e outros motivos de utilização, segundo características dos usuários e dos serviços procurados. **Metodologia:** Foram analisados dados, coletados em inquérito de base populacional, relativos à procura de serviços de saúde em amostra populacional urbana de Botucatu, a partir das morbidades referidas e outros motivos, não mórbidos, de procura de serviços de saúde nos últimos 15 dias anteriores a data da entrevista. Os problemas de saúde foram classificados segundo os capítulos da CID 10, sua frequência e prevalência foram analisadas segundo as variáveis de idade e sexo. Foram estudados a procura de serviços e os motivos da não-procura, o grau de satisfação com o atendimento recebido e a resolubilidade dos problemas de saúde entre os que procuraram e não procuraram os serviços de saúde. Foram caracterizados os serviços procurados, se públicos ou privados, as formas e fontes de pagamento dos atendimentos, de exames solicitados e de medicamentos prescritos. Foram estudadas as variáveis sexo e idade, grau de instrução do chefe da família e renda per capita em relação à utilização de serviços. **Resultados:** Das 1558 pessoas entrevistadas, 413 (26,0%) referiram um ou mais problemas de saúde e em 61,2% houve procura de ajuda, sendo esta mais freqüente no sexo feminino, na maioria das faixas etárias e nas idades extremas. Entre as crianças prevaleceram doenças do aparelho respiratório e do ouvido e apófise mastóide e, nas pessoas mais velhas, as doenças do aparelho respiratório, do sistema osteomuscular e do aparelho circulatório. Os serviços mais procurados foram: Hospital/PS, Unidades Básicas de Saúde e consultório particular. Houve procura de serviços do SUS em 67,3% dos casos e do serviço privado em 25,3%. Apenas 5,8% das procuras não foram atendidas, em serviços do SUS. O procedimento mais realizado foi à consulta médica (84,0%), com baixa solicitação de exames, sendo o SUS a principal fonte pagadora. Houve prescrição de medicamentos em 83,0% das consultas e em 66,1% o pagamento dos mesmos foi integralmente dos usuários. As pessoas com renda per capita até 2 salários mínimos procuraram mais o SUS e os de maior renda o serviço privado/conveniado. Houve aprovação do atendimento recebido em 83,0%, sendo maior no serviço privado. Foi referida maior resolubilidade dos problemas entre os que não procuraram atendimento. O principal motivo referido pelos que não procuraram ajuda foi por não achar necessário, em 89,2% dos casos. A procura de serviços por outros motivos, não mórbidos, ocorreu em 15,1% dos entrevistados, sendo os mais referidos a vacinação em crianças e exames de rotina pelos idosos. **Conclusão:** Houve maior procura de serviços por morbidade e menor por outros motivos, especialmente pelas pessoas de menor renda per capita e cujo chefe de família tinha menor escolaridade. O SUS foi a maior fonte pagadora dos procedimentos: consulta e exames, mas a medicação prescrita foi, em grande parte, paga integralmente pelos usuários. A porta preferencial do sistema de saúde ainda é o hospital/PS e exames preventivos não representam motivo de procura dos serviços de saúde.

Descritores: utilização de serviços, inquérito de saúde, morbidade referida.

Abstract

Introduction: Studies on the use of health services may contribute to reasonable spending, planning, reorganization of actions and programs aiming to improve the quality of delivered services. Populational-based health surveys simultaneously collect information about health condition, life conditions, and the use of services, incorporating information about serviced and non-serviced population, characterizing the demand according to biological, social, economic and geographical variables. The study of the use of health services allows knowing its accessibility to various social and economical groups and evaluating health system equity. **Objectives:** To know the profile of the use of health service in Botucatu-SP, related to 15 days referred morbidity and other reasons of use, according to characteristics of users and pursued services. **Methodology:** Collected data from a populational-based survey were analyzed and they were related to the pursuit of health services in an urban population sample in Botucatu, from the referred morbidity and other non-morbid reasons of pursuing health services on the last 15 days prior to the day of interview. Health problems were classified according to the chapters of CID 10, its frequency and prevalence were analyzed according to age and sex. The pursued and non-pursued of services, the degree of satisfaction of delivered service and the solution of problems among those who pursued and the ones who did not pursue the services were studied. Pursued services were characterized according to public or private, the ways and sources of service payment, asked examinations and prescribed medications. Variables like sex and age, education degree of the head of the family, and per capita income related to the use of the service were studied. **Results:** From 1558 interviewed people, 413 (26, 0%) referred one or more health problems and in 61, 2% there was a pursuit of help, more frequent among females, in all ages and in extreme ages. Among children there was a prevalence of respiratory and ear diseases and mastoid apophysis, in older people, respiratory system, osteomuscular system and circulatory system. Most pursued services were: Hospital/ER, Basic Health Units and private offices. There was service pursuit for SUS in 67, 3% of cases and private service in 25, 3%. Only 5, 8% of pursuits were not serviced at SUS. Most performed procedure was medical consultation (84, 0%), with low examinations requirements where SUS was the financial supporter. There was medication prescription in 83, 0% consultations and in 66, 1% the users paid the total amount. People with two minimum salary per capita income used SUS more frequently and the ones with higher income used private or health insurance. There was approval of the service received in 83, 0%, higher in private services. Solution of problems was higher among those who did not pursue the service. The main referred reason of those who did not pursue help was that they did not consider it necessary in 89, 2% of cases. The pursuit of service for other reasons, not morbid ones, occurred in 15,1% of the interviewed individuals where child vaccination and routine examinations of older people were the most referred ones. **Conclusion:** There was a higher pursuit of services due to morbidity and lower due to other reasons, especially by people with low per capita income and whose head of the house had a lower educational level. SUS was the higher financial supporter of procedures: consultation and examinations but the prescribed medication was mostly financed by the user. The preferable entrance to the health system is still the hospital /ER and preventive examinations do not represent a reason for pursuing health services.

Keywords: use of services, health survey, referred morbidity.

Lista de Gráficos e Figura

LISTA DE GRÁFICOS E FIGURA

Gráfico 1 –	Distribuição percentual de procura de ajuda nos serviços de saúde por morbidade referida de 15 dias, segundo idade e sexo. Botucatu, 2001-2002.....	44
Gráfico 2 –	Morbidade referida de 15 dias: tipo de serviço procurado. Botucatu, 2001-2002.....	45
Gráfico 3 –	Morbidade referida de 15 dias: segundo o serviço de saúde procurado. Botucatu, 2001-2002.....	45
Gráfico 4 –	Procedimentos realizados no atendimento – Botucatu, 2001-2002. ..	47
Gráfico 5 –	Grau de satisfação dos usuários pelo atendimento recebido. Botucatu, 2001-2002.....	50
Gráfico 6 –	Grau de satisfação dos usuários pelo atendimento recebido, segundo o serviço de saúde. Botucatu, 2001-2002.	51
Gráfico 7 –	Morbidade referida de 15 dias: resolubilidade do problema para quem procurou e para quem não procurou ajuda. Botucatu, 2001-2002.	52
Figura 1 –	Total de procuras de serviços de saúde por motivos mórbidos e não mórbidos. Botucatu, 2001-2002	53

Lista de Tabelas

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Freqüência das morbidades referidas de 15 dias, segundo agrupamento de causas (CID 10). Botucatu, 2001-2002.	42
Tabela 2 –	Prevalência (por 1000) da morbidade referida de 15 dias segundo causas em capítulos da CID 10, faixa etária e sexo. Botucatu, 2001-2002	43
Tabela 3 –	Atendimento e motivos de não atendimento nos serviços procurados para morbidade de 15 dias. Botucatu, 2001-2002.	46
Tabela 4 –	Pagamento pelo procedimento realizado. Botucatu, 2001-2002.....	47
Tabela 5 –	Fonte pagadora dos procedimentos realizados no atendimento. Botucatu, 2001-2002.....	48
Tabela 6 –	Caracterização dos serviços procurados, segundo a renda per capita. Botucatu, 2001-2002.....	48
Tabela 7 –	Caracterização dos serviços procurado, segundo a escolaridade do chefe de família. Botucatu, 2001-2002.	49
Tabela 8 –	Solicitação de exames e realização. Botucatu, 2001-2002.....	49
Tabela 9 –	Pagamento pelos medicamentos prescritos no atendimento. Botucatu, 2001-2002.....	50
Tabela 10 –	Pagamento pelos medicamentos prescritos, segundo o tipo de serviço utilizado. Botucatu, 2001-2002.....	50
Tabela 11 –	Motivos de não procura de ajuda. Botucatu, 2001-2002.....	51
Tabela 12 –	Procura de serviços por outros motivos. Botucatu, 2001- 2002.....	54
Tabela 13 –	Uso de serviços de saúde, no período de 15 dias, por outros motivos, segundo idade e sexo. Botucatu, 2001-2002.	54
Tabela 14 –	Procura de serviços, por outros motivos, segundo a renda per capita. Botucatu, 2001-2002.....	55
Tabela 15 –	Procura de serviços, por outros motivos, segundo a escolaridade do chefe da família. Botucatu, 2001-2002.....	55

Lista de Abreviaturas e Siglas

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CID	Classificação Internacional de Doenças
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ISA – SP	Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PS	Pronto Socorro
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNESP	Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
USP	Universidade de São de Paulo

Sumário

SUMÁRIO

1	Introdução	22
1.1	Justificativa	31
2	Objetivos	32
2.1	Objetivo Geral	33
2.2	Objetivos Específicos	33
3	Metodologia	34
3.1	Delineamento Geral	35
3.2	Cenário da Investigação	35
3.3	Processo Amostral e tamanho da amostra	36
3.4	Material e método	37
3.5	Aspectos éticos	38
4	Resultados	39
5	Discussão	56
6	Conclusões	62
7	Consideração Final	65
8	Referências	67
9	Anexos	72

1 Introdução

1 INTRODUÇÃO

Diante do panorama sócio-político brasileiro marcado por desigualdades sociais e pela escassez de recursos públicos para o financiamento do setor saúde, conhecer a real capacidade de resposta às necessidades de saúde da população é essencial. Para isso é necessário que os gestores monitorem os programas, o acesso e a qualidade dos serviços oferecidos aos diferentes grupos sociais no Brasil.

Este monitoramento pode ser feito por meio de avaliação e planejamento em saúde conhecendo-se assim as características dos usuários dos serviços de saúde e o padrão de utilização. As informações sobre a utilização de serviços de saúde devem ser periodicamente atualizadas e adequadas às mudanças estruturais e funcionais do sistema de saúde do País (Capilheira e Santos, 2006).

Segundo Travassos et al (2000) e Santos et al (2008), o sistema de saúde brasileiro é constituído por uma complexa rede de prestadores e compradores de serviços interrelacionados, complementares e competitivos, formando um complicado *mix* público e privado, financiado majoritariamente com recursos públicos. Compõem-se por dois principais subsetores: 1) o público, com serviços financiados e prestados ou não pelo Estado, nos seus diversos níveis, incluindo-se os serviços próprios das forças armadas; 2) o privado (lucrativo e não-lucrativo), financiado diretamente pelo consumidor ou pelas empresas empregadoras. A pluralidade do sistema de saúde brasileiro caracteriza-se, portanto, pela presença de diversos mercados de serviços de saúde com implicações variadas sobre a equidade no consumo.

O sistema público direciona-se para o acesso universal, integral e equânime, enquanto que o sistema privado baseia-se na oferta de seguros de saúde e na modalidade de assistência contra pagamento direto (Ribeiro et al, 2006). Além disso, é um sistema altamente centrado na assistência médica, hospitalar e curativa, características que se acentuaram a partir dos anos 60 com o desenvolvimento da previdência social (Travassos et al, 2000; Rosa e Labate, 2005).

Com a crise econômica na década de 1980, reduziram-se significativamente as receitas fiscais e contribuições sociais, resultando forte impacto no volume de recursos destinados à assistência à saúde (Travassos et al, 2000).

Desde a promulgação da Constituição de 1988, o Brasil tem vivido uma reforma sanitária sem precedentes, no sentido da construção de um Sistema Único de Saúde (SUS) universal, integral e equânime, com participação e controle social (Starfield,

2002). A Constituição introduz importantes modificações no sistema de saúde no país, institucionalizando a universalidade da cobertura e do atendimento, assim como a uniformidade e equivalência dos benefícios dos serviços de saúde para as populações urbanas e rurais. Da carta constitucional e da legislação específica infere-se que o princípio da equidade pode ser traduzido como igualdade de oportunidade de acesso aos serviços de saúde para necessidades iguais (Travassos et al, 2000).

A atual legislação brasileira amplia o conceito de saúde, definindo elementos condicionantes, como: alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, acesso a bens e serviços essenciais (Brasil, 2005).

O SUS faz parte das ações definidas na Constituição como sendo de “relevância pública”, ou seja, são atribuídas ao poder público a regulamentação, a fiscalização e o controle das ações e dos serviços de saúde, independentemente da execução direta do mesmo.

Ao lado do conceito ampliado de saúde, o SUS traz dois outros conceitos importantes: o de sistema e a idéia de unicidade. A noção de sistema significa que não estamos falando de um novo serviço ou órgão público, mas de um conjunto de várias instituições, das três esferas de governo federadas e do setor privado contratado e conveniado, que interagem para um fim comum. Na lógica do sistema público, os serviços contratados e conveniados são seguidores dos mesmos princípios e das mesmas normas do serviço público.

Este sistema é único, ou seja, deve ter a mesma doutrina e a mesma forma de organização em todo o país. Mas é preciso compreender bem esta idéia de unicidade. Num país com tamanha diversidade cultural, econômica e social como o Brasil, pensar em organizar um sistema sem levar em conta as diferenças locais seria uma temeridade. O que é definido como único na Constituição é um conjunto de elementos doutrinários e de organização do sistema de saúde, os princípios da universalização, da equidade, da integralidade, da descentralização e da participação popular. Estes elementos se relacionam com as peculiaridades e determinações locais, por meio de formas previstas de aproximação da gerência aos cidadãos, sejam com a descentralização político-administrativa ou através do controle social do sistema (Cunha e Cunha, 2001).

Segundo Starfield (2002) todo sistema de serviços de saúde possui duas metas principais. A primeira é otimizar a saúde da população por meio do emprego dos

conhecimentos mais avançados sobre as causas das enfermidades, o manejo das doenças e a maximização da saúde. A segunda meta, igualmente importante, é minimizar as disparidades entre subgrupos populacionais, de modo que determinados grupos não estejam em desvantagem sistemática em relação ao seu acesso aos serviços de saúde e ao alcance de um ótimo nível de saúde.

A política de saúde concretizada através do Sistema Único de Saúde (SUS), como toda política pública de caráter universal, é freqüentemente questionada no sentido de sua real capacidade de atingir a parcela da população mais necessitada. Ainda que o SUS tenha sido concebido como uma política para toda a população, independentemente das condições socioeconômicas, a existência de grandes desigualdades sociais e a presença do sistema privado pode gerar a expectativa de que a política pública seja dirigida preferencialmente para as parcelas da população não cobertas pelo sistema privado (Ribeiro et al, 2006).

Portanto, do ponto de vista da reforma do sistema de saúde, é cada vez mais premente a necessidade de estimular o desenvolvimento de análises sobre as desigualdades sociais relacionadas às condições de saúde, ao acesso e utilização dos serviços e ao financiamento do sistema de saúde, o que implica em dois mecanismos importantes: a) melhorar a qualidade das informações relativas às variáveis sociais nas bases de dados de registro contínuo e b) aprofundar as experiências dos inquéritos de base populacional que associam os dados de saúde às condições de vida e trabalho da população (Viacava, 2002).

Os autores Travassos et al (2000) e Travassos e Martins (2004) concluem que o processo de utilização dos serviços de saúde é resultante da interação do comportamento do indivíduo que procura por cuidados, do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde, bem como das formas de financiamento e dos recursos disponíveis para a população.

O termo “acesso” tem sido usado historicamente como medida de justiça de distribuição de serviços, podendo ser medido, visando sua ampliação. Também pode indicar o grau de facilidade ou dificuldade com que as pessoas obtêm serviços de saúde, refletindo as características do sistema de saúde, que atuam aumentando ou diminuindo obstáculos à obtenção de serviços pela população. A utilização de serviços de saúde, entendida como a entrada nos serviços, é uma expressão positiva do acesso (Travassos et al 2006; Travassos e Viacava, 2007).

Segundo Starfield (2002), o acesso pode também ser definido como “o uso oportuno de serviços de saúde para alcançar os melhores resultados possíveis em saúde”, considerando que o mesmo só tem importância na presença de efetividade nos serviços.

Condições de habitação, alimentação, educação e poder aquisitivo compõem, juntamente com o ingresso aos serviços de saúde, o contexto do acesso à saúde, que está intimamente vinculada às condições de vida. (Unglert, 1995).

Para Hortale et al (2000), o acesso deve ser visto sob o aspecto geográfico e econômico, bem como o organizacional e o sócio-cultural, pois permite avaliar a capacidade de um serviço dar cobertura a uma população ou ser obstáculo a sua utilização. Os serviços de saúde podem ser um dos grandes determinantes do estado de saúde da população, de sua manutenção ou recuperação.

Donabedian (1972) define que “acesso é à entrada do indivíduo ao sistema de atenção à saúde”. As características distintas do sistema e da população podem determinar a possibilidade de entrada ou não ao mesmo, mas a prova do acesso em si não consiste na disponibilidade dos serviços ou recursos e sim no fato dos serviços serem utilizados por aqueles que necessitem.

Starfield (2002) refere que acessibilidade está associada à oferta do acesso, possibilitando que as pessoas cheguem aos serviços. Não é uma característica apenas da atenção primária, uma vez que todos os níveis de atenção devem estar acessíveis. Entretanto, os requisitos específicos para a acessibilidade diferem na atenção primária, pois é a porta de entrada do sistema de serviços de saúde.

Donabedian (1973), afirma que “a acessibilidade é um dos aspectos da oferta relativa à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população”.

Já em publicação posterior, Donabedian (1990) refere que acessibilidade é a habilidade de obter o cuidado quando necessário e de forma fácil e conveniente, sendo um importante determinante da qualidade. O autor afirma, ainda, que a acessibilidade pode ser percebida de forma mais ampla e complexa, integrada pelas categorias de: distância/tempo entre a população e as unidades de saúde; oportunidade (ação de prestar o serviço em sintonia com a demanda); funcionalidade (capacidade dos serviços para resolverem o problema); custos diretos e indiretos da atenção (como medicamentos, salários, preço do transporte) e aceitação do demandante do modo e características de como se produz a atenção.

Travassos e Viacava (2007) referem que o padrão de acesso reflete na utilização de serviços de saúde, e ainda afirmam que o padrão de utilização de serviços de saúde de um determinado grupo populacional é explicado por seu perfil de necessidades. Essas necessidades envolvem inúmeros outros fatores, internos e externos ao setor, relacionados às escolhas do usuário e a forma como está estruturada a oferta de serviços.

A necessidade em saúde pode ser entendida como uma ampla e complexa gama de características relacionadas ao indivíduo ou à comunidade e que indica a ausência de uma ou mais condições/determinantes para ser obter a saúde plena.

Campos e Bataiero (2007), em revisão sistemática da literatura, revelam a complexidade do conceito de necessidades de saúde, sendo ainda bastante centrado no âmbito hospitalar da assistência, privilegiando um recorte fragmentado que enfatiza a doença.

Com relação à organização de serviços, as necessidades de saúde são o aspecto mais importante, pois suscitam os serviços e embasam a configuração geral de sua estrutura. (Scaiber e Mendes-Gonçalves,1996)

Ao pensar em necessidades de saúde imediatamente nos lembramos da “assistência”, associando ao consumo de um serviço de saúde, geralmente, a procura por consulta médica. Caracterizamos esta procura por demanda, uma busca ativa por intervenção que representa também consumo. A motivação dessa busca é o carecimento, traduzido pelo indivíduo em algo que deve ser corrigido em seu atual estado sócio-vital. Pode ser uma alteração física, orgânica, que o impede de seguir vivendo em sua rotina de vida, ou um sofrimento ainda não identificado fisicamente; ou até mesmo uma situação que reconhece como “uma falta”, algo de que carece como, por exemplo, uma informação. (Scaiber e Mendes-Gonçalves,1996)

Em razão das condições sociais e a ideologia vigentes nas sociedades, as necessidades de saúde podem ou não ser sentidas e, estas, por sua vez, ser expressas, ou seja, transformar-se em demandas; demandas podem ou não manifestar necessidades; a oferta de serviços pode ou não atender às demandas e, por ultimo, necessidades podem ser tecnicamente definidas sem que, por isto, sejam sentidas. (Stotz, 1991).

Esse indivíduo que se sente doente, ou em sofrimento, enxerga a saída: assume que há correção desejável para seu problema e que existem meios para isso. O resultado das intervenções sobre qualquer desses carecimentos é reconhecido,

portanto, como necessidade, tornando as próprias intervenções também necessidades. (Shraiber e Mendes-Gonçalves, 1996)

Diante da infinita gama de variabilidade das necessidades humanas e as finitas possibilidades que temos, ao “enquadrar” um tema tão complexo como “necessidades em saúde”, correríamos o risco de reducionismo ou simplificação excessiva, ou até mesmo de compreendê-las. (Cecílio, 2001)

Assim, desigualdade no uso de serviços de saúde, isto é, na atitude de procurá-los, obter acesso e se beneficiar com o atendimento recebido, é influenciada por fatores dos indivíduos, em particular, pelo perfil de necessidades de saúde e pelos valores e preferências das pessoas (Travassos et al, 2000; 2002; 2004; 2007).

Além disso, aspectos inerentes aos indivíduos, serviços, sistema de saúde e profissionais sobrepõem-se para formar uma complexa cadeia causal da utilização de serviços de saúde (Capilheira e Santos, 2006).

O consumo no uso de bens ou de serviços visa à satisfação direta das necessidades, no contexto da saúde trazem uma melhora do bem estar e das condições de existência de uma população (Zucchi et al, 2000).

Para Capilheira e Santos (2006), a utilização dos serviços de saúde representa o centro do funcionamento dos sistemas de saúde e Goldbaum et al (2005), afirmam que a intensidade e o modo de utilização de serviços estão relacionados com o nível de qualidade de vida, com o nível de conhecimento dos indivíduos sobre a saúde e sobre a rede de serviços.

Zucchi et al (2000) também consideram importante analisar outros aspectos quando se pretende avaliar ou medir o uso de serviços de saúde. São eles: a) tipo de serviço procurado (unidades básicas de saúde-UBS), prontos atendimentos, pronto-socorros (PS), ambulatorios, consultórios ou clínicas especializadas e hospitais, (públicos ou privados); b) frequência e o motivo do uso de serviços de saúde (procedimentos preventivos, terapêuticos, laboratoriais e assistenciais).

Segundo Dever (1988), a utilização dos serviços é uma interação entre os consumidores e os prestadores de serviços, pode ser influenciada por fatores socioculturais (tecnologia e valores sociais) e organizacionais, além de outros fatores relacionados com o consumidor e prestador de serviços.

A utilização de serviços de saúde é um fenômeno complexo. Para Travassos e Martins (2004) é resultante de um conjunto amplo de determinantes que incluem as características de organização da oferta, as características socioeconômicas dos

usuários, o perfil epidemiológico, além de aspectos relacionados aos prestadores de serviços. Pereira (2005) e Cesar (2008) argumentam que o uso de serviços depende da interação entre a necessidade, a demanda e a oferta de serviços, bem como, a percepção da doença que sofre influência de fatores sociais, econômicos e culturais.

O padrão de consumo de serviços de saúde também pode ser influenciado por aspectos relacionados à oferta, tais como: a disponibilidade, o tipo, a quantidade de serviços e recursos (financeiros, humanos, tecnológicos), a cultura médica local, a ideologia do prestador, entre outros. Por outro lado, as escolhas individuais também são cruciais, embora nem todas as necessidades se convertam em demandas e nem todas as demandas sejam atendidas. Inversamente, por indução da oferta, existe o uso de serviços não relacionados com as necessidades (Travassos et al, 2000).

Lora (2004) considera que o padrão de consumo também resulta de complexos elementos de decisões, valores, representações, padrões culturais e práticas, gerados nas famílias, onde se dá a reprodução cotidiana dos agentes sociais, delineando-se certos arranjos de sobrevivência e maneiras de enfrentar o problema de saúde e doença dos seus distintos membros.

Assim, o modelo economicista encontra seu próprio limite ao reconhecer que a soberania do consumidor em seu processo de decisão não pode ser reduzida a simples disponibilidade da oferta de bens e serviços ou do acesso formal garantido pela inserção laboral, mas tem que se levar em conta “aptidões ideológicas” dos consumidores, representações intrínsecas aos distintos sistemas de cura socialmente organizados.

O estado de saúde ou o perfil de necessidades de saúde é um importante determinante da procura por serviços de saúde. A análise do perfil de uso dos serviços de saúde de diferentes grupos populacionais implica que as taxas de utilização sejam controladas pelo estado de saúde e padronizadas por idade e sexo (Viacava, 2002).

Nesse contexto, os estudos de base populacional fornecem informações valiosas para a caracterização dos usuários e o padrão de utilização dos serviços, possibilitando aos gestores o entendimento e a aplicabilidade dos resultados.

Os inquéritos de saúde vêm cada vez mais se consolidando como elemento fundamental no processo de planejamento, principalmente nos países desenvolvidos. Uma contribuição ímpar dos inquéritos de base populacional é permitir o conhecimento dos problemas de saúde da parcela da população que não tem acesso aos serviços ou

daqueles cujo contato foi irregular, pois possibilitam detectar as necessidades que não são visíveis ou o “iceberg” da saúde da comunidade que não alcançou o médico, o que é impossível através dos estudos de demanda, ou seja, através dos registros dos pacientes atendidos nas diversas instituições de saúde (Campos 1993, Cesar et al., 2005).

Hoje os inquéritos de saúde são amplamente utilizados em todo o mundo e, dentre suas diversas funções, buscam revelar o estado de saúde e doença na população. Buscam também identificar, descrever, mensurar ou analisar a prevalência de doenças ou queixas; os comportamentos perante a doença; o grau de incapacidade resultante dos quadros mórbidos; os gastos (tempo, esforço, dinheiro) individuais relacionados à saúde e ao uso dos serviços; os efeitos dos cuidados; o acesso aos serviços e aos recursos de saúde; a utilização dos serviços; o autocuidado; a confiança do usuário no sistema de saúde e o consumo de medicamentos (Campos, 1993).

Dentre os estudos com base populacional, os inquéritos domiciliares vêm sendo utilizados há algum tempo nos países industrializados, como fonte de informação importante para conhecimento da situação de saúde da população e do acesso aos serviços de saúde, fornecendo subsídios ao planejamento e à avaliação destes (Cesar e Tanaka, 1996).

Para Barros (2005) os inquéritos domiciliares contribuem de maneira exclusiva quanto à descrição do padrão de utilização dos serviços de saúde, principalmente na realidade brasileira onde o sistema de saúde é complexo. A grande diversidade de instituições prestadoras de serviços, públicas e privadas, a insuficiente integração, regionalização e hierarquização de serviços, impossibilita um diagnóstico consistente a partir dos prestadores, determinando a busca de informações por meio dos consumidores. No dizer de Campos (1993), até onde se sabe, nenhum outro tipo de investigação seria capaz de revelar o que se passa fora dos sistemas de saúde. Desta forma, o estudo de morbidade e da utilização de serviços com base nos inquéritos populacionais possibilitaria, especialmente, estudar a primeira fase da utilização, tal como definida por Dever (1988), isto é, a percepção da enfermidade e a ação demandante por serviços (ou a ocorrência da enfermidade e a não-ação demandante).

Em 2006 foi implantado em todas as capitais dos 26 estados brasileiros e Distrito Federal o sistema VIGITEL (vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis por inquérito via telefone). Esse sistema objetiva o monitoramento contínuo da frequência e distribuição de fatores de risco e proteção

das DCNT.

Para Barros (2008) além dos dados mais gerais que caracterizam o uso dos serviços de saúde, os inquéritos são fundamentais para nortear políticas de promoção da saúde e de controle de fatores de risco, também coletar dados relativos à frequência com que diferentes tipos de serviços são procurados, os motivos da procura, os tipos de atendimento recebido, motivo do não atendimento, tempo de espera para ser atendido, etc.

Os inquéritos de base populacional permitem superar uma das grandes limitações dos dados obtidos a partir da demanda que, por serem altamente seletivos, "ocultam um dos aspectos mais importantes da avaliação de serviços de saúde nos países em desenvolvimento e mesmo naqueles desenvolvidos: a iniquidade no acesso aos serviços de saúde" (Cesar e Tanaka, 1996).

Nos inquéritos de saúde de base populacional, é comum o emprego de indicadores de morbidade referida, uma vez que a informação diagnóstica de difícil coleta requer padronização rigorosa e apresenta maior custo (Pinheiro et al, 2002).

A aplicabilidade dos inquéritos domiciliares em nível local contribui para aprimorar a avaliação dos serviços, pois fornecem subsídios para a construção do retrato da situação de saúde do município e servem de parâmetros para a comparação tanto das condições de saúde, como das características de utilização dos serviços de saúde. Através dos inquéritos podemos especificar com maior precisão as diretrizes e as estratégias necessárias para a organização do sistema de saúde, visando suprir às necessidades de saúde da população e possibilitando maior equidade no atendimento.

1.1 JUSTIFICATIVA

A partir do inquérito multicêntrico de saúde de base populacional realizado em 2001-2002 "Inquérito de Saúde" (ISA-SP) e utilizando o banco de dados do município de Botucatu, estudou-se o uso de serviços de saúde, caracterizando os usuários, os motivos da procura e o tipo de serviço, com o intuito de contribuir com a avaliação do sistema de saúde local.

2 Objetivos

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar o perfil de utilização de serviços de saúde da população urbana do município de Botucatu - SP, no período de abril de 2001 a março de 2002.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar o perfil de utilização de serviços de saúde em relação à morbidade aguda referida de 15 dias, segundo as características individuais e dos serviços utilizados pelos entrevistados;
 - Caracterizar o perfil de utilização de serviços de saúde nos últimos 15 dias por outros motivos, segundo as características individuais e dos serviços procurados.
-

3 Metodologia

3 METODOLOGIA

3.1 DELINEAMENTO GERAL

Trata-se de um estudo de corte transversal para análise de utilização de serviços de saúde, por meio de entrevistas domiciliares.

Segundo Pereira (2005), este tipo de investigação é capaz de fornecer subsídios para o planejamento em saúde devido o alto potencial descritivo. Para esse autor, “as observações e mensurações das variáveis de interesse são feitas simultaneamente, constituindo uma radiografia estática do que ocorre em um dado momento”.

“Estudos seccionais ou de corte transversal são investigações que produzem “instantâneos” da situação de saúde de uma população ou comunidade, com base na avaliação individual do estado de saúde de cada um dos membros do grupo, daí produzindo indicadores globais de saúde para o grupo investigado, sendo de grande utilidade para realização de diagnósticos comunitários da situação local de saúde” (Rouquayrol e Almeida, 2003).

3.2 CENÁRIO DA INVESTIGAÇÃO

O Inquérito de Saúde (ISA-SP) foi realizado em 2001-02, em quatro áreas do Estado de São Paulo: a) os municípios de Embu, Taboão da Serra e Itapeverica da Serra, da Região Metropolitana de São Paulo; b) o Distrito do Butantã, do município de São Paulo; c) o município de Campinas e d) o município de Botucatu, ambos no interior do Estado. Este estudo multicêntrico, financiado pela FAPESP e Secretaria de Estado da Saúde (SES) foi realizado por pesquisadores da UNESP, UNICAMP, USP e SES, que utilizaram a mesma metodologia nas quatro localidades a fim de analisar e comparar as condições de vida, a situação de saúde e a utilização de serviços de saúde nas populações urbanas estudadas (Cesar et al, 2005).

O município de Botucatu, onde foi realizado o presente estudo, fica localizado na região centro-oeste do Estado de São Paulo, a 240 km da Capital.

Em 2002, segundo o Censo Demográfico do IBGE de 2000, o município contava com uma população de 108.118 habitantes. A rede básica de serviços públicos de

Saúde de Botucatu era composta por treze Centros de Saúde sendo que, destes, dois eram localizados na zona rural e o restante na zona urbana. Em nível secundário contava-se com um Ambulatório Regional de Especialidades e dois hospitais gerais (um conveniado ao SUS e outro com atendimento exclusivamente privado).

Disponha ainda de um Hospital Psiquiátrico Estadual e de um hospital terciário universitário (Hospital das Clínicas da UNESP). O município encontrava-se em Gestão Plena de Atenção Básica, segundo a Norma Operacional Básica (NOB) do SUS – 1996 (Brasil, 2009).

3.3 PROCESSO AMOSTRAL E TAMANHO DA AMOSTRA

Foi utilizada uma amostragem estratificada, por conglomerados, em dois estágios. Em Botucatu, assim como nas outras três áreas da pesquisa ISA-SP, os setores censitários (Censo Demográfico-IBGE-1996) foram agrupados em três estratos segundo o percentual de chefes de família com escolaridade de nível universitário: <5%, 5% a 25% e >25%. De cada estrato, foram sorteados, com probabilidade proporcional ao tamanho, 10 setores censitários, totalizando 30 setores e em cada setor foram selecionados aleatoriamente os domicílios.

O sorteio foi feito de forma a obter um mínimo de 200 entrevistas para cada um dos seguintes domínios amostrais, segundo sexo e idade:

- Menores de 1 ano de ambos os sexos
- 1 a 11 anos de ambos os sexos
- 12 a 19 anos masculino
- 12 a 19 anos feminino
- 20 a 59 anos masculino
- 20 a 59 anos feminino
- 60 anos e mais masculino
- 60 anos e mais feminino

O tamanho mínimo de 200 possibilitaria estimar uma prevalência de 0,5 com erro de 0,07 considerando um erro alfa de 0,05 e um efeito de delineamento de 2. Para compensar as possíveis perdas, estimadas em 20%, foram sorteados 250 indivíduos de cada domínio.

3.4 MATERIAL E MÉTODO

A presente investigação foi realizada a partir de dados secundários de um banco previamente elaborado, referente ao município de Botucatu, o ISA-SP. Tais informações foram originalmente obtidas por meio de um questionário (anexo 2) aplicado por entrevistadores devidamente treinados.

Participaram das entrevistas, moradores sorteados ou um responsável pelas crianças menores de 12 anos, possibilitando assim maior confiabilidade das informações. O questionário ISA-SP continha questões fechadas, semi-abertas e abertas e foi organizado em blocos.

Foram entrevistadas 1588 pessoas da amostra urbana de Botucatu no período de abril de 2001 a março de 2002.

A morbidade referida de 15 dias pelos entrevistados foi codificada e agrupada de acordo com os capítulos da CID-10 (OMS-1995), segundo a idade e sexo (domínios), escolaridade do chefe da família (categorizada em: sem instrução, ensino fundamental, ensino médio, ensino superior), renda per capita (menos de 1, de 1 a 2, e 3 e mais salários mínimos), a procura de serviços de saúde (UBS, PS/hospital, ambulatório, consultório), fonte pagadora (pública ou privada), grau de satisfação (muito bom, bom, mais ou menos e ruim) e medicamentos (prescrição, uso, tipo de aquisição).

Para o cálculo da freqüência ponderada da morbidade referida de 15 dias foram consideradas todas as queixas de cada problema de saúde referido, codificadas segundo os capítulos da CID 10 e mais o peso do entrevistado, em cada capítulo. Para o cálculo da prevalência da morbidade referida de 15 dias, segundo causas, faixa etária e sexo, cada capítulo da CID 10 foi considerado somente uma vez por entrevistado e o peso do entrevistado na população também foi computado uma única vez, a cada capítulo da CID.

Foi estudada a utilização de serviço de saúde, nos 15 dias anteriores à data da entrevista, por outros motivos que não a morbidade (pré-natal, puericultura, vacinação, exames de rotina, entre outros), segundo idade e sexo dos entrevistados, o tipo de serviço utilizado e a fonte de pagadora.

As análises foram feitas com o programa Stata 9.2 (Stata, 2007), banco estatístico complexo, considerado adequado para o processo de amostragem do ISA-SP.

Para comparar dois grupos, quando necessário, foram feitos teste de associação entre as variáveis (qui-quadrado de Pearson), sendo consideradas estatisticamente significantes as associações em que o valor “p” fosse menor que 0,05.

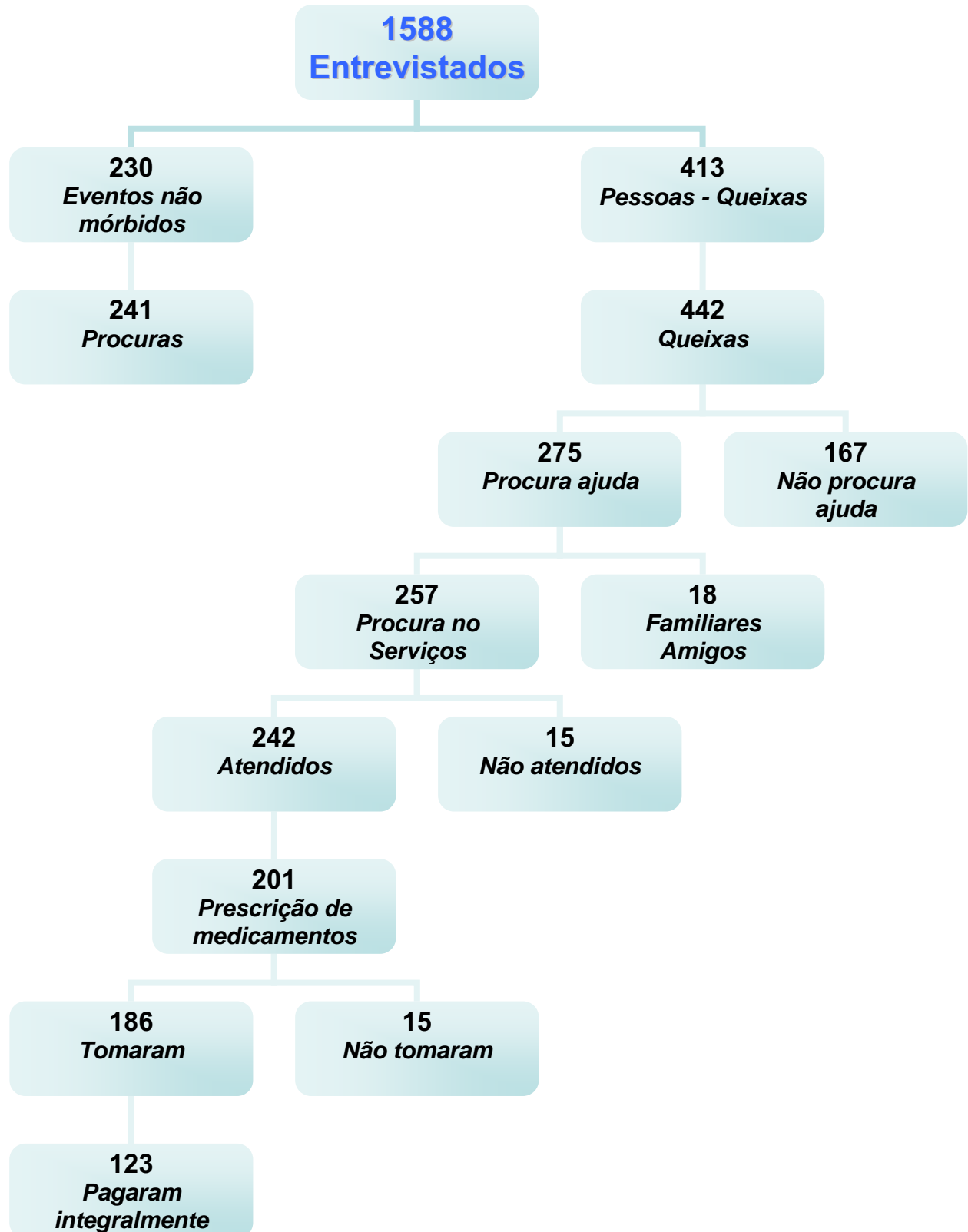
3.5 ASPECTOS ÉTICOS

O presente projeto foi apresentado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP, número do protocolo do CEP 2123 - 2006. (anexo 1).

4 Resultados

4 RESULTADOS

Das 1588 pessoas entrevistadas, 413 (26,0%) referiram pelo menos um problema de saúde nos últimos 15 dias, totalizando 442 problemas, ou seja, algumas pessoas referiram mais de um problema.



Com relação à distribuição das morbidades referidas de 15 dias, segundo agrupamento de causas (capítulos da CID 10), a tabela 1 aponta a frequência do total das morbidades, podendo um indivíduo ter referido mais de uma morbidade. As maiores frequências foram do capítulo XVIII (*Sintomas, sinais e achados anormais...*) correspondendo a 35,2%, às *Doenças do aparelho respiratório* (31,8%); *Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo* (8,5%); *Algumas doenças infecciosas e parasitárias* (3,7%); *Doenças do aparelho geniturinário* (3,6%), *Doenças do aparelho digestivo* (3,4%), *Doenças do aparelho circulatório* (2,6%) e *Doenças do ouvido e da apófise mastóide* (2,4%). Os outros capítulos tiveram frequências inferiores a 2% do total das morbidades.

A tabela 2 descreve as taxas de prevalência, por 1.000 pessoas, das morbidades agrupadas nos capítulos da CID 10, segundo domínio. Houve predomínio de algumas morbidades segundo idade e sexo, como por exemplo: as *doenças do ouvido e apófise mastóide* e do *aparelho respiratório* prevaleceram nas idades mais baixas; por outro lado, para as idades mais altas as doenças prevalentes foram as do *aparelho respiratório*, do *sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo* e do *aparelho circulatório*.

Tabela 1 – Freqüência das morbidades referidas de 15 dias, segundo agrupamento de causas (CID 10). Botucatu, 2001-2002.

Capítulos		N ^{os} absolutos na amostra	% na amostra ponderada
I	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	21	3,7
II	Neoplasias (tumores)	2	0,6
III	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	2	0,8
IV	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	11	1,9
V	Transtornos mentais e comportamentais	6	0,9
VI	Doenças do sistema nervoso	5	1,3
VII	Doenças do olho e anexos	7	1,3
VIII	Doenças do ouvido e da apófise mastóide	10	2,4
IX	Doenças do aparelho circulatório	22	2,6
X	Doenças do aparelho respiratório	177	31,8
XI	Doenças do aparelho digestivo	20	3,4
XII	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	11	1,1
XIII	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	58	8,5
XIV	Doenças do aparelho geniturinário	13	3,6
XVII	Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	1	0,6
XVIII	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte	206	35,2
XIX	Lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas	5	0,4
Total		582	100

Tabela 2 – Prevalência (por 1000) da morbidade referida de 15 dias segundo causas em capítulos da CID 10, faixa etária e sexo. Botucatu, 2001-2002.

Causas	Faixa etária e sexo										Total
	<1	1 a 11		12 a 19		20 a 59		60 e +		♀	
		♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀		
I- Algumas doenças infecciosas e parasitárias	16,5	25,3	17,9	21,7	11,5	7,4	-	7,8	-	7,8	13,7
II- Neoplasias (tumores)	-	-	-	-	7,2	-	-	2,5	-	2,5	2,0
III- Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	-	10,2	-	-	-	4	-	-	-	-	2,9
IV- Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	-	10,2	-	4,3	-	8,1	5,7	12,2	12,2	12,2	5,5
V- Transtornos mentais e comportamentais	-	-	-	-	8,7	-	-	12,2	-	12,2	3,1
VI- Doenças do sistema nervoso	-	-	-	4,1	7,2	7,4	2,8	2,5	2,5	2,5	4,5
VII- Doenças do olho e anexos	8,3	-	-	15,2	7,2	-	17,8	11,9	11,9	11,9	4,8
VIII- Doenças do ouvido e da apófise mastoide	14,4	44,8	-	4,3	-	-	-	5,3	-	5,3	8,9
IX- Doenças do aparelho circulatório	-	-	6,2	-	8,5	11,4	25,5	34,0	34,0	34,0	9,4
X- Doenças do aparelho respiratório	207,6	164,2	89,2	117,2	111,5	81,9	73,4	61,8	61,8	61,8	107,7
XI- Doenças do aparelho digestivo	19,3	11,1	15,1	-	4,2	23,5	10,5	10,3	10,3	10,3	12,2
XII- Doenças da pele e do tecido subcutâneo	14,4	-	4,5	14,9	-	0,4	9,3	10,6	10,6	10,6	4,0
XIII- Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	-	-	9	15,2	27,0	35,0	71,4	68,7	68,7	68,7	26,8
XIV- Doenças do aparelho geniturinário	-	-	-	-	-	43,0	6,5	11,4	11,4	11,4	13,0
XV- Gravidez, parto e puerpério	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
XVI- Algumas afecções originadas no período perinatal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
XVII- Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	-	-	-	-	-	7,4	-	-	-	-	2,1
XVIII- Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte	84,4	106,8	8,2	131,1	57,5	81,9	81,9	103,4	103,4	103,4	85,1
XIX- Lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas	11,0	5,6	-	-	-	-	-	5	5	5	1,5

Dentre as 413 (pessoas) que referiram problemas de saúde, houve procura de ajuda em 62,2 % (275). Destas, em 257 (58,1%) foram nos serviços de saúde, e em 18 (5,8%) houve procura de outro tipo de ajuda (parentes, amigos,etc.). A procura foi maior nas idades extremas: menores de 1 ano, 1 a 11 anos e 60 anos e mais. Levando-se em conta o sexo, prevaleceram as mulheres, na maioria das faixas de idade, quando comparadas com os homens. (gráfico 1)

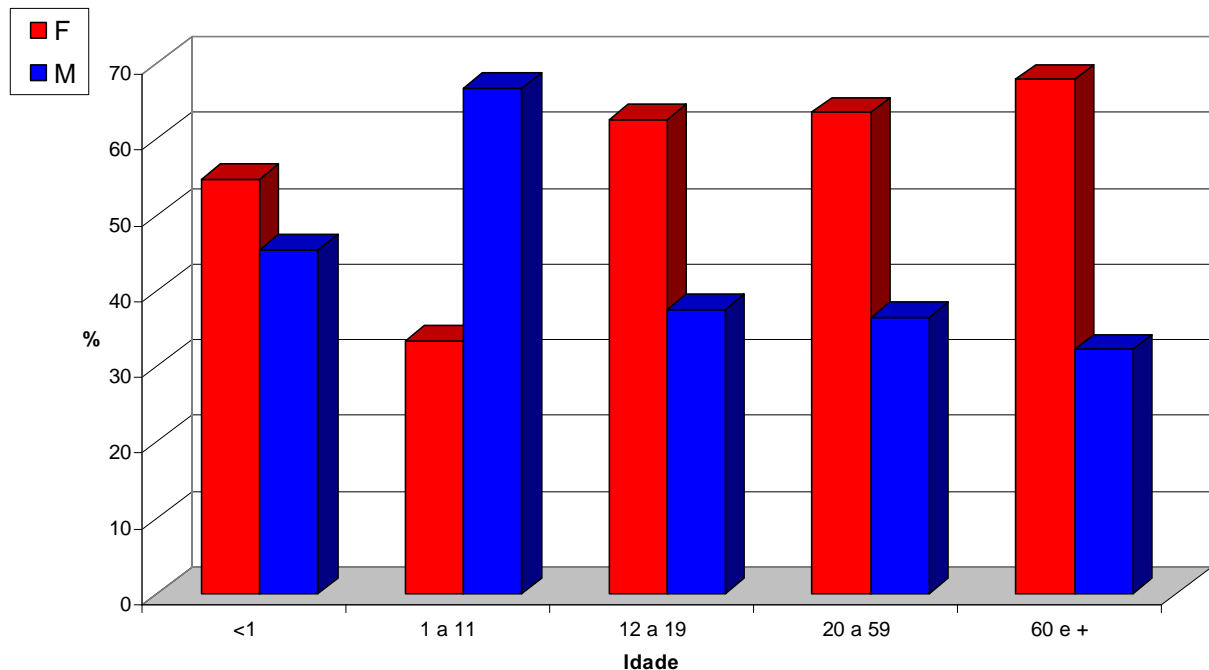


Gráfico 1 – Distribuição percentual de procura de ajuda nos serviços de saúde por morbidade referida de 15 dias, segundo idade e sexo. Botucatu, 2001-2002.

Em relação ao tipo de serviço, os mais procurados para morbidade de 15 dias foram, em ordem decrescente: Hospital/PS, UBS e consultório particular. A UBS pública deveria ser a porta de entrada do sistema de saúde universalizado, porém o (gráfico 2) deixa claro o caráter hospitalocêntrico da assistência prestada.

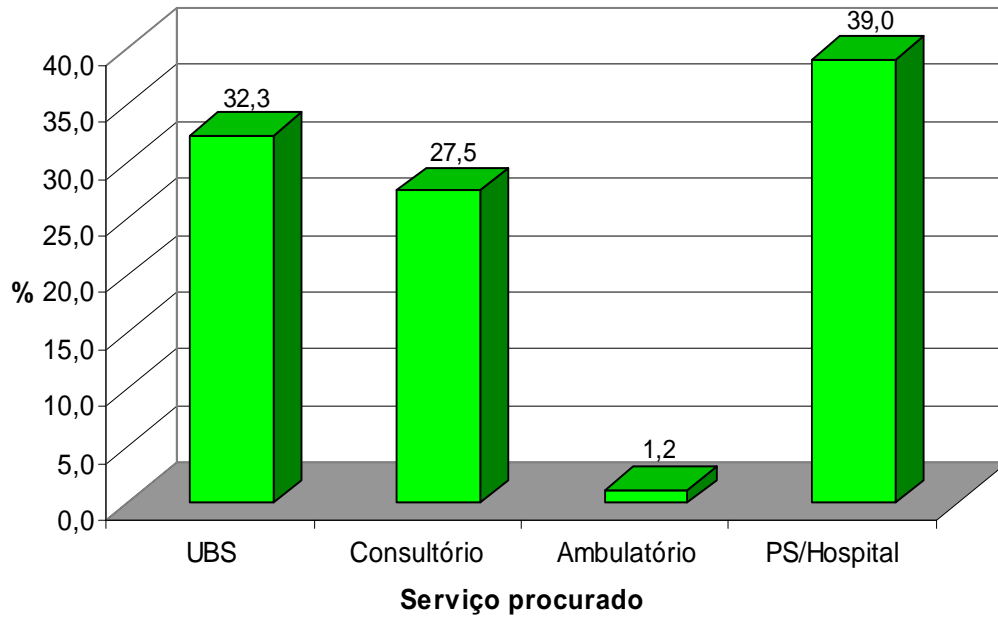


Gráfico 2 – Morbidade referida de 15 dias: tipo de serviço procurado. Botucatu, 2001-2002.

A caracterização dos serviços procurados pela morbidade referida de 15 dias mostrou que a maior procura foi pelo serviço público/SUS (67,3%), destacando-se também a procura do serviço privado/particular (25,3%), (gráfico 3). Ocorreu em menor porcentagem a previdência governamental, o serviço de sindicato e o serviço próprio da empresa, que pelo seu pequeno número foram agrupados como “outros” nas análises seguintes.

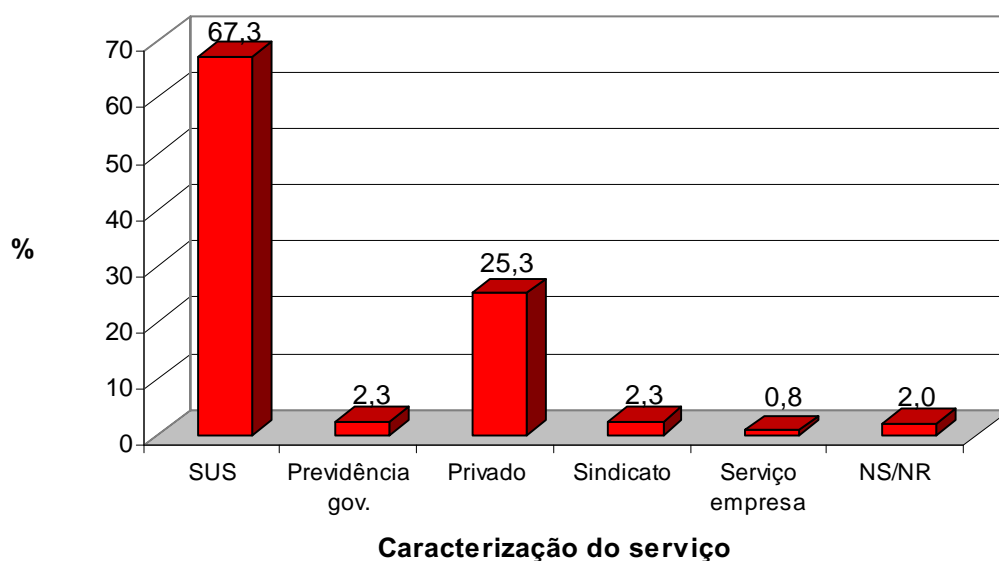


Gráfico 3 – Morbidade referida de 15 dias, segundo o serviço de saúde procurado. Botucatu, 2001-2002

Nos 257 problemas em que houve procura de serviço de saúde, 242 (94,2%) receberam algum tipo de atendimento. Todas as crianças menores de 11 anos foram atendidas. O não atendimento ocorreu no PS/Hospital e UBS, pertencentes ao SUS. Os principais motivos foram: “não conseguiu vaga” e “não tinha médico atendendo” no momento da procura (tabela 3).

Tabela 3 – Atendimento e motivos de não atendimento nos serviços procurados para morbidade de 15 dias. Botucatu, 2001-2002

	Nº	%
Não	15	5,8
Não conseguiu vaga/senha	7	2,7
Não tinha médico atendendo	4	1,5
O equipamento/serviço não estava funcionando	1	0,4
Outros	3	1,2
Sim	242	94,2
Total	257	100,0

O profissional de saúde mais procurado foi quase exclusivamente o médico, em 251 casos (97,7%), 4 (1,6%) procuraram dentista e 2 (0,7%) outros profissionais.

Houve claro predomínio dos procedimentos médicos, incluindo 231 (84,0%) consultas médicas, 5 (1,8%) procedimentos médico-odontológicos; além de 20 (7,3%) procedimentos não-médicos e 19 (6,9%) encaminhamentos. Houve consulta e mais outro procedimento em 13,6 % dos atendimentos. Os outros procedimentos incluíram administração de medicamentos, realização de exames (eletrocardiograma, Raios X, exames de sangue e urina, etc.) e internação. (Gráfico 4)

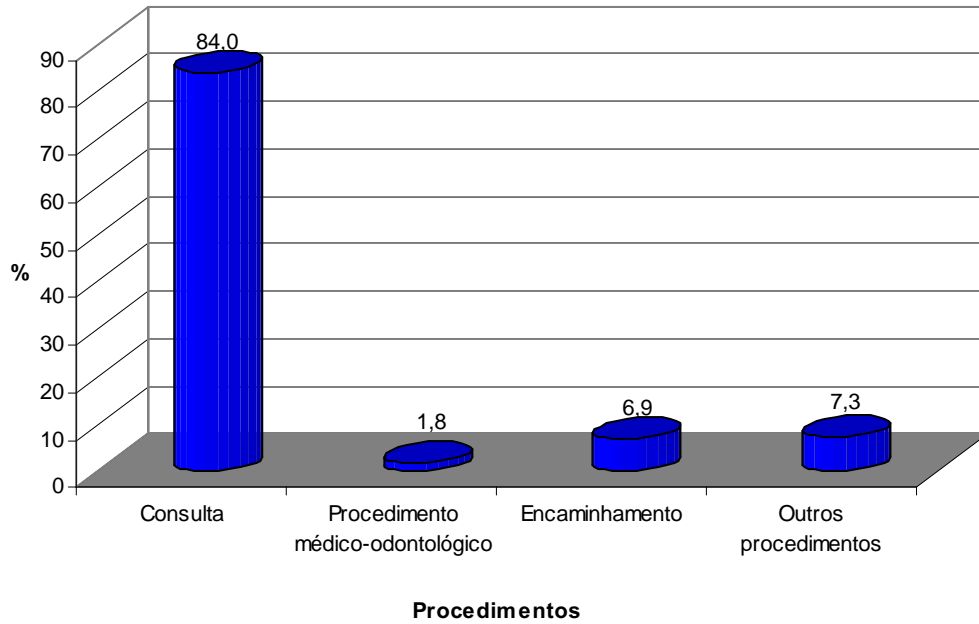


Gráfico 4 – Procedimentos realizados no atendimento – Botucatu, 2001-2002.

Nas 242 procuras de serviços de saúde que foram atendidas, em 82,6% não houve pagamento pelo procedimento. (Tabela 4)

Tabela 4 – Pagamento pelo procedimento realizado. Botucatu, 2001-2002.

Pagamento pelo serviço	Nº	%
Não	200	82,6
Sim, parcialmente	29	12,0
Sim, integralmente	13	5,4
Total	242	100,0

O SUS foi a principal fonte pagadora dos procedimentos realizados no atendimento (65,7%), seguido dos planos privados individuais (13,2%).(Tabela 5)

Tabela 5 – Fonte pagadora dos procedimentos realizados no atendimento. Botucatu, 2001-2002.

Fonte pagadora dos procedimentos	Nº	%
SUS	159	65,7
Previdência governamental (Federal/Estadual /Municipal)	4	1,7
Sindicato	5	2,1
Empresa	4	1,7
Convenio	19	7,8
Plano individual	32	13,2
Outro	2	0,8
A própria pessoa	13	5,4
NS/NR	4	1,6
Total	242	100,0

O tipo de serviço mais procurado segundo a renda per capita foi o serviço público para os de renda até 2 salários e o privado para os de maior renda, com significância estatística. (Tabela 6)

Tabela 6 – Caracterização dos serviços procurados, segundo a renda per capita. Botucatu, 2001-2002.

	Renda per capita							
	<1		1 a 2		3 e +		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
SUS – público	53	91,4	89	82,4	31	36,5	173	68,9
Privado	3	5,2	17	15,8	44	51,8	64	25,5
Outros	2	3,4	2	1,8	10	11,7	14	5,6
Total	58	100,0	108	100,0	85	100,0	251*	100,0

* 6 sem informação

p=0,000

O estudo da escolaridade do chefe da família em relação aos serviços procurados, se público ou privado, apresentou diferença estatisticamente significativa entre as duas categorias (p=0,000). O ensino fundamental, grau de instrução mais freqüente na amostra estudada, concentrou as maiores percentagens no serviço público. Com exceção do ensino superior, o SUS foi o mais procurado (tabela 7).

Tabela 7 – Caracterização dos serviços procurados, segundo a escolaridade do chefe de família. Botucatu, 2001-2002.

	Sem escolaridade		Ensino fundamental		Ensino médio		Ensino superior		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
SUS – público	18	82,0	120	78,0	31	58,5	3	12,0	172	67,7
Privado	4	18,0	27	17,5	14	26,4	19	76,0	64	25,2
Outros	-	-	7	4,5	8	15,1	3	12,0	18	7,1
Total	22	100,0	154	100,0	53	100,0	25	100,0	254*	100,0

* 3 sem informação

p=0,000

Não houve solicitação de exames complementares na maioria dos atendimentos dos 242 problemas. Quando houve solicitação, os exames mais freqüentes foram os laboratoriais (21,9 %) e os radiológicos (17,8 %) e a maioria deles foi realizada. A não realização dos exames solicitados decorreu mais da organização dos serviços (demora no agendamento e/ou na realização) do que dificuldades apresentadas pelos usuários (tabela 8). A principal fonte pagadora dos exames realizados foi o SUS.

Tabela 8 – Solicitação de exames e realização. Botucatu, 2001-2002.

Exame	Solicitados		Realizados	
	N	%	N	%
Laboratorial	53	39,5	45	84,9
Radiológico	43	32,1	39	90,7
Gráfico	24	17,9	23	95,8
Outros	14	10,5	9	64,3
Total	134	100,0	116	100,0

NS/NR: (6), sendo 2 em cada um do tipo de exame.

Nos atendimentos realizados, houve prescrição de medicamentos em 83,0% (201). Destes, a prescrição não foi seguida em 7,5% (15).

O aspecto mais relevante apresentado na tabela 9 é a alta percentagem de pagamento integral dos medicamentos (66,1%), em 186 respostas dadas.

A principal fonte pagadora da medicação de quem não pagou foi o SUS (85,2%).

Tabela 9 – Pagamento pelos medicamentos prescritos no atendimento. Botucatu, 2001-2002.

	Nº	%
Não	54	29,0
Sim, parcialmente	9	4,9
Sim, integralmente	123	66,1
Total	186	100,0

Observa-se, na tabela 10, que o pagamento integral pela medicação recebida incide de modo relevante dentre os usuários de ambos os sistemas.

Tabela 10 – Pagamento pelos medicamentos prescritos, segundo o tipo serviço utilizado. Botucatu, 2001-2002.

Pagamento	SUS		Privado		Outros	
	N	%	N	%	N	%
Não	46	38,7	6	10,9	2	16,7
Sim, parcialmente	8	6,7	1	1,8	-	-
Sim, integralmente	65	54,6	48	87,3	10	83,3
Total	119	100,0	55	100,0	12	100,0

O atendimento foi considerado como muito bom e bom em 83,8% dos casos (201 respostas), sendo que 16,2% (39 respostas) avaliaram como “mais ou menos” e ruim. Houve duas “não respostas” (gráfico 5).

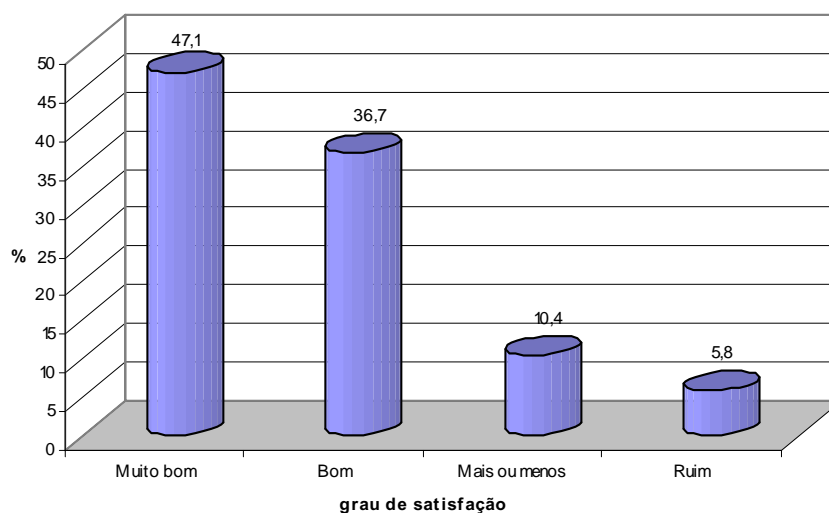


Gráfico 5 – Grau de satisfação dos usuários pelo atendimento recebido. Botucatu, 2001-2002.

Quando comparada a caracterização do serviço de saúde com o grau de satisfação dos usuários, houve associação estatisticamente significativa ($p=0,002$), sendo a satisfação maior no sistema privado (95,3%). (Gráfico 6)

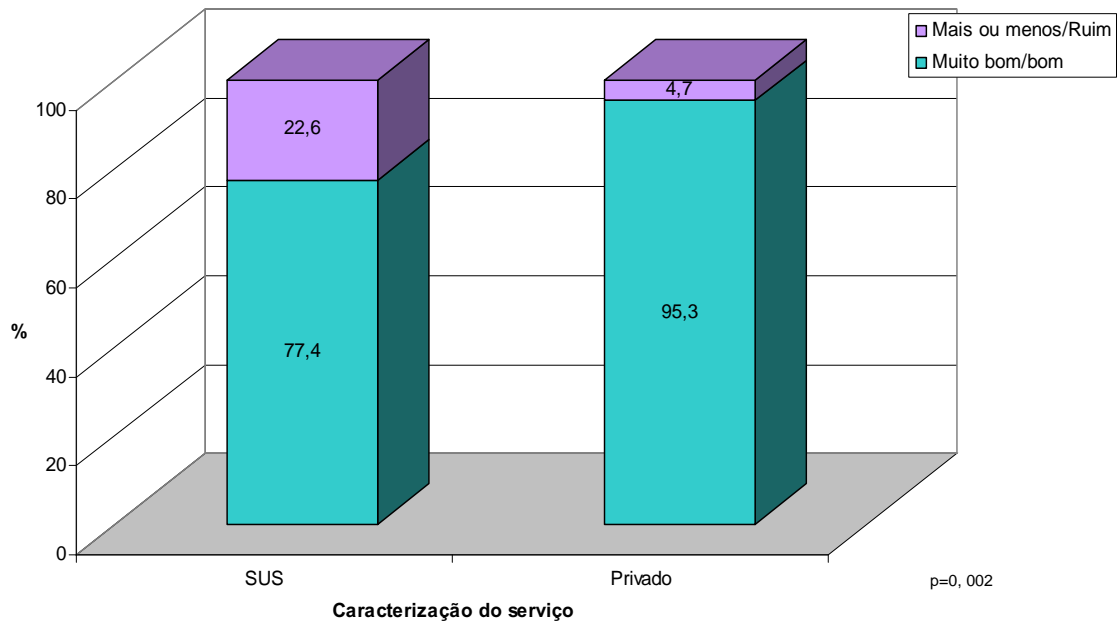


Gráfico 6 – Grau de satisfação dos usuários pelo atendimento recebido, segundo o serviço de saúde. Botucatu, 2001-2002.

Na tabela 11, observa-se que dos 167 problemas em que não houve procura de ajuda, a grande maioria (89,2%) não o fez por “não achar necessário”. Na categoria “outros” as respostas foram: “vai hoje ao médico”, “tem medo”, “não resolve nada” (descrença no serviço de saúde), “difícil largar a criança” (dificuldade pessoal), “há dificuldades nos serviços para conseguir atendimento extra”. Nenhum entrevistado referiu problema de acesso geográfico.

Tabela 11 – Motivos de não procura de ajuda. Botucatu, 2001-2002.

	Nº	%
Dificuldades financeiras	5	3,0
Não achou necessário	149	89,2
Não teve tempo	6	3,6
Não sabe quem procurar/ onde ir	1	0,6
Outros	6	3,6
Total	167	100,0

Nos 167 problemas em que não houve procura de ajuda, 58,7% foram resolvidos, 23,9% resolvidos em parte e 17,4% não foram resolvidos. Nos problemas em que houve a procura de ajuda (255), em 44,1% o problema foi resolvido, 37,9% foi resolvido em parte, 18,0% não foi resolvido e em tres casos não houve resposta. Tais diferenças são estatisticamente significantes ($p=0,005$) (gráfico 7).

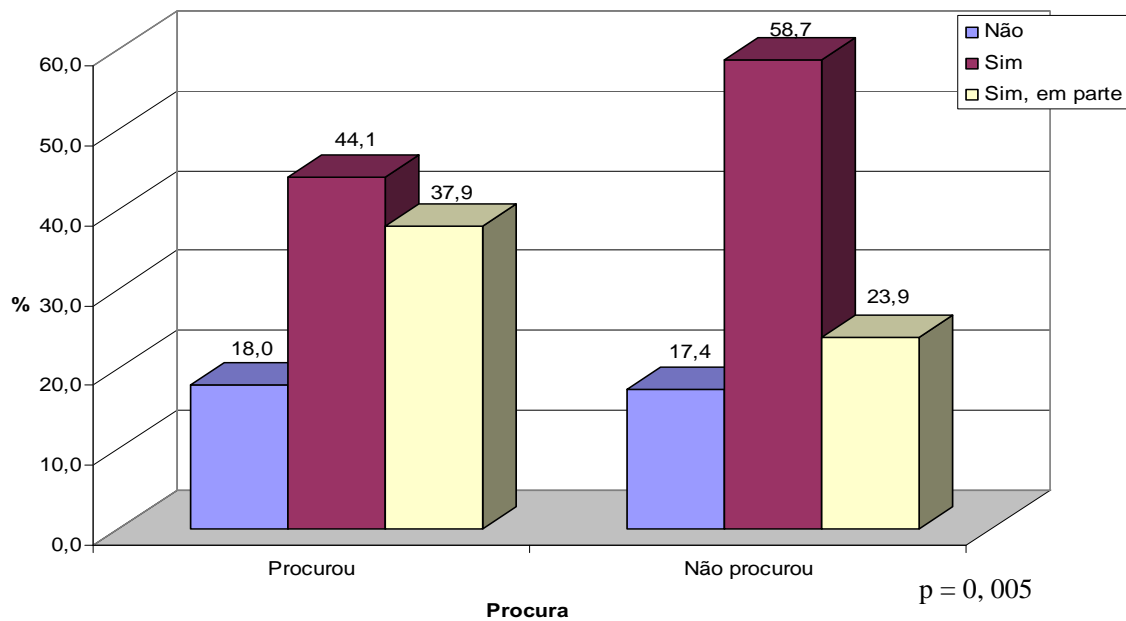


Gráfico 7 – Morbidade referida de 15 dias: resolubilidade do problema para quem procurou e para quem não procurou ajuda. Botucatu, 2001-2002.

Dentre as 1588 pessoas entrevistadas, 230 (14,5%) procuraram o serviço de saúde nos 15 dias anteriores à entrevista, por outros motivos além daqueles já mencionados, ou seja, não referiram “problemas de saúde”, totalizando 241 procuras. Em 48 casos houve procura, simultaneamente, por motivos mórbidos e não mórbidos. (Figura 1)

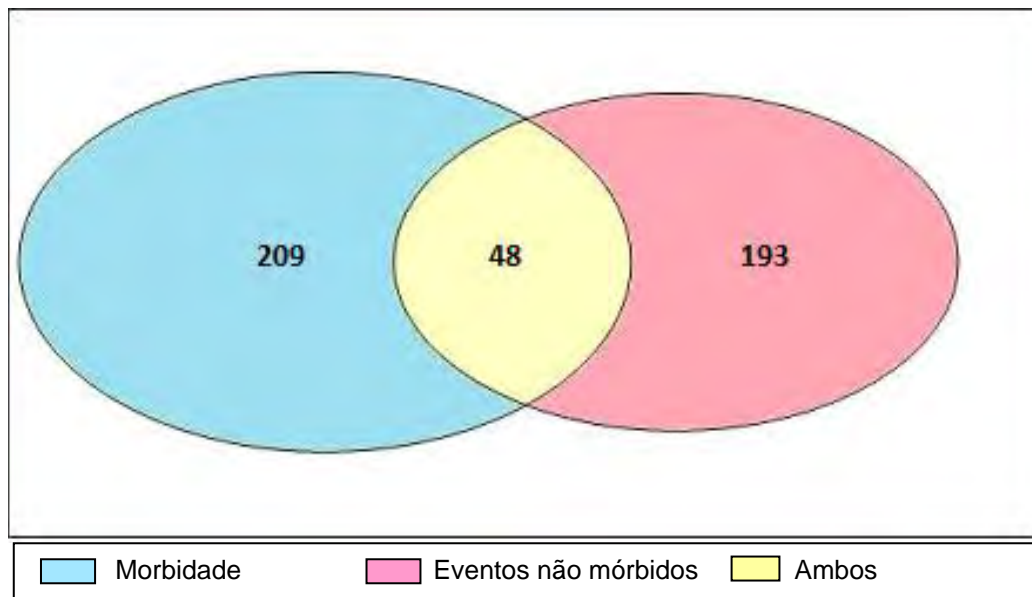


Figura 1 – Total de procuras de serviços de saúde por motivos mórbidos e não mórbidos. Botucatu, 2001-2002.

As principais motivações que levaram à procura por serviço por outros motivos foram: vacinação e exames de rotina, vindo a seguir a puericultura. Houve maior frequência (30,7%) na alternativa “*outros, especificar...*”, na qual havia referência a: *consulta agendada, agendar consulta, pegar remédios, encaminhamentos*, sendo a maioria dos motivos relacionados ao seguimento de morbidades. Os exames preventivos referidos foram: *exames de próstata; ginecológicos; função da tireóide e medidas de pressão arterial*. (Tabela 12).

Tabela 12 – Procura de serviços por outros motivos. Botucatu, 2001-2002.

Motivo	N	%
Tratamento de reabilitação	2	0,8
Atestado	3	4,0
Puericultura	25	10,4
Pré-natal	10	4,1
Exames preventivos	12	4,9
Exame de rotina	49	20,3
Vacinação	66	27,4
Outros	74	30,7
Submeter-se a procedimentos	18	7,5
Consulta/Consulta agendada	47	19,5
Pegar remédios	5	2,1
Agendar consulta	2	0,8
Pegar encaminhamento	2	0,8
Total	241	100,0

Em menores de 1 ano a maior procura foi por vacinação e puericultura. No caso dos exames de rotina houve maior procura para pessoas de 60 anos e mais (tabela 13).

Tabela 13 – Uso de serviços de saúde, no período de 15 dias, por outros motivos, segundo a idade e sexo. Botucatu, 2001-2002.

	<1M e F	1 a 11 M e F	12 a 19 M	12 a 19 F	20 a 59 M	20 a 59 F	60 e + M	60 e + F	Total
Atestado	-	2	-	1	-	-	-	-	3
Pré- Natal	-	-	-	4	-	6	-	-	10
Puericultura	23	2	-	-	-	-	-	-	25
Exames de rotina	-	2	-	2	2	12	13	18	49
Tratamento de reabilitação	-	-	-	-	-	-	-	2	2
Exames preventivos	-	-	-	1	1	2	6	2	12
Vacinação	24	7	5	10	1	1	11	7	66
Outros	9	8	4	8	5	13	11	16	74
Total	56	21	9	26	9	34	41	45	241

Nas tabelas 14 e 15 podemos observar que a procura por serviços de saúde por outros motivos foi menor entre as pessoas com pior renda per capita e sem escolaridade.

Tabela 14 – Procura de serviços, por outros motivos, segundo a renda per capita. Botucatu, 2001-2002.

	Renda per capita							
	<1		1 a 2		3 e +		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Atestado	-	-	1	0,9	2	2,3	3	1,2
Pré-natal	4	9,1	4	3,5	2	2,3	10	4,1
Puericultura	3	6,8	16	14,3	6	7,0	25	10,4
Exame de rotina	6	13,6	19	17,0	24	28,2	49	20,3
Tratamento de reabilitação	-	-	-	-	2	2,3	2	0,8
Exames preventivos	1	2,2	5	4,4	6	7,0	12	5,0
Vacinação	14	32,0	36	32,1	16	18,8	66	27,4
Outros	16	36,3	31	27,7	27	31,7	74	30,7
Total	44	100,0	112	100,0	85	100,0	241	100,0

Tabela 15 – Procura de serviços, por outros motivos, segundo a escolaridade do chefe da família. Botucatu, 2001-2002.

	Sem escolaridade		Ensino fundamental		Ensino médio		Ensino superior		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Atestado	-	-	2	1,6	-	-	1	2,3	3	1,2
Pré-natal	-	-	9	7,1	-	-	1	2,3	10	4,2
Puericultura	-	-	13	10,2	9	18,4	3	7,0	25	10,5
Exame de rotina	8	40,0	20	15,7	13	26,5	8	18,6	49	20,5
Tratamento de reabilitação	-	-	2	1,6	-	-	-	-	2	0,8
Exames preventivos	2	10,0	5	4,0	2	4,1	3	7,0	12	5,0
Vacinação	3	15,0	35	27,5	16	32,6	11	25,6	65	27,2
Outros	7	35,0	41	32,3	9	18,4	16	37,2	73	30,5
Total	20	100,0	127	100,0	49	100,0	43	100,0	239*	100,0

* 2 sem informação

5 Discussão

5 DISCUSSÃO

Estudos sobre a utilização de serviços de saúde têm se difundido cada vez mais nos últimos anos, visando a racionalização dos gastos, o planejamento, a reorganização das ações e a melhoria da qualidade dos serviços prestados (Fonseca et al, 2000). Os inquéritos de saúde de base populacional coletam simultaneamente informações sobre a situação de saúde, as condições de vida e a utilização dos serviços, possibilitando uma análise mais abrangente destes ao incorporarem informações sobre a população atendida e não atendida e ao caracterizar a demanda, segundo diferentes variáveis biológicas, socioeconômicas e geográficas (Cesar et al, 2001)

Ao medir a utilização dos serviços de saúde conhece-se o grau de acessibilidade dos mesmos para os diversos grupos sócio-econômicos e desta forma também se avalia a equidade do sistema de saúde estudado (Mendoza-Sassi e Béria, 2001).

Vários inquéritos de saúde demonstram que o uso da CID tem sido efetivo na classificação da morbidade referida pelos entrevistados, embora a terminologia usada por estes nem sempre seja adequada. A grande dificuldade da CID é enquadrar algumas queixas apresentadas na morbidade referida de 15 dias, pois algumas delas são relatadas de forma genérica. No entanto, o detalhamento que a CID 10 oferece na codificação de tais queixas, especificamente no capítulo XVIII (*Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte*), possibilita a classificação de subcategorias residuais e permite maior comparabilidade com outras fontes rotineiras de informações (Cesar et al, 2001).

A distribuição da morbidade referida de 15 dias do presente estudo equipara-se a de outros estudos anteriormente realizados (Lebrão et al, 1991; Turrini et al, 2008). A maior frequência foi a do capítulo XVIII (sendo que os diagnósticos mais referidos foram: *gripe* (101); *cefaléia* (18); febre não especificada (18) e *dor de garganta* (7). Em seguida foi o capítulo X (*Doenças do aparelho respiratório*), encabeçando a lista das afecções que representam uma possível demanda dos serviços de saúde (Cesar et al, 2001; Oliveira e Scochi, 2002; Turrini et al, 2008).

O percentual encontrado de pessoas que referiram pelo menos um problema nos últimos 15 dias (26,0%) é semelhante ao encontrado por Cesar e Tanaka (1996), Lebrão et al (1991) e Cesar et al (2001).

Ribeiro et al (2006) analisaram os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2003 descrevendo um total de 384.834 pessoas entrevistadas, das quais 14,4 % referiram ter procurado serviços de saúde nos últimos 15 dias que antecederam a entrevista. Destes, 4% não foram atendidos por diversos motivos. No presente estudo a procura por serviços (por eventos mórbidos ou por outros motivos) foi de 16,2% do total de 1.588 entrevistados e 5,8% não foram atendidos. Os motivos referidos para o não-atendimento foram semelhantes aos encontrados na PNAD 2003: inexistência de vaga, ausência de médico no atendimento, falta de funcionamento do serviço ou de equipamento (Pinheiro et al, 2002; Ribeiro et al, 2006).

A maior procura de serviços de saúde em Botucatu quando comparada a PNAD 2003 poderia ser atribuída à facilidade de acesso aos serviços por parte da população de uma cidade de porte médio no interior do Estado de São Paulo, que conta com um Hospital Universitário e uma ampla rede básica de serviços, todos financiados pelo SUS. Quanto ao não atendimento, observamos que foi maior em Botucatu quando comparado com a PNAD (uma amostra que representa a população brasileira), caracterizando dessa forma o percentual da demanda reprimida.

Os achados desta pesquisa coadunam com outros estudos no que tange a procura por serviços de saúde: mulheres, crianças e idosos são os usuários mais freqüentes. Com relação ao gênero, as mulheres de modo geral utilizam mais os serviços de saúde do que os homens nas diversas faixas etárias. A explicação dessas variações no perfil de necessidades entre os gêneros está diretamente ligada às demandas gineco-obstétricas (Zucchi et al, 2000; Mendoza-Sassi e Béria, 2001; Pinheiro et al, 2002; Turrini et al, 2008). As mulheres em relação aos homens costumam cuidar mais de si e, historicamente, são responsáveis pelo cuidado à saúde de seus familiares. Além disso, outra explicação para essa diversidade são os aspectos psicológicos associados à percepção dos sintomas, à dimensão da gravidade da doença e à tomada de decisão em relação à saúde, ou seja, a compreensão diferenciada do processo saúde-doença (Pinheiro et al, 2002).

Quanto às idades extremas, crianças e idosos utilizam mais os serviços de saúde por serem grupos da população reconhecidamente mais vulneráveis.

Para a OMS (1995 ^a) a atenção primária é o serviço preferencial como porta de entrada do sistema de saúde, devendo solucionar pelo menos 80% dos problemas.

No presente estudo a procura por serviços de saúde segundo morbidade referida de 15 dias demonstra que o PS/hospital ainda é a escolha preferencial,

semelhante ao que foi encontrado por Cesar e Tanaka (1996). Porém, devemos levar em consideração que as UBS permanecem abertas, em média, até as 17 horas e não abrem nos finais-de-semana.

Ribeiro et al (2006) apontam que a maior procura por hospital e pronto socorro pode sinalizar pior estado de saúde dos usuários do sistema público. Um possível fator determinante é a condição socioeconômica precária e uma maior oferta desses serviços, especialmente pronto-socorro do sistema público. Esses dados sugerem que o PS/hospital ainda é importante porta de entrada para assistência médica.

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

A primazia por assistência primária é diferente entre os países. Há um desencorajamento por procura de serviços da parte dos usuários quando estes se deparam com certas dificuldades apresentadas pelos sistemas de saúde. Sob este ponto de vista, a escassez de recursos exerce um efeito restritivo limitando o acesso aos serviços.

A utilização dos serviços de saúde neste estudo mostrou que uma grande parcela da população pesquisada procurou por serviços públicos. O profissional mais procurado para resolver os problemas de saúde foi o médico. Estes dados assemelham-se aos de outros estudos (Cesar e Tanaka, 1996; Ribeiro et al, 2006; Turrini et al, 2008).

Dos 413 entrevistados que referiram morbidade nos 15 dias precedentes, 37,8% (167) não procuraram ajuda, sendo que o principal motivo alegado foi “não acharem necessário”. Essa razão pode ser atribuída à baixa gravidade da morbidade que não chega a gerar demanda a serviços. A resolução do problema ocorre pela cura espontânea ou a busca de pessoas ou outros recursos que não os serviços de saúde.

Nenhum dos entrevistados referiu dificuldade geográfica, o que sugere que a distribuição e a oferta de serviços de saúde no município de Botucatu tornam-se aliados dos usuários facilitando o acesso aos mesmos.

A maioria dos entrevistados manifestou satisfação com relação ao atendimento recebido, considerado como muito bom e bom em 83,8% dos casos. Esta elevada percentagem concentra-se significativamente mais nos serviços privados (95,3%),

quando comparados aos públicos (77,4 %). Resultados semelhantes foram referidos por Ribeiro et al (2006), sobre o uso de serviços ambulatoriais da PNAD 2003.

Segundo os entrevistados, nas situações em que ocorreu a busca de um serviço de saúde, o problema foi totalmente resolvido em 44,1% das vezes e parcialmente em 37,9%. É interessante mencionar que o percentual de resolubilidade plena de problemas foi significativamente maior (58,7%) quando não ocorreu a procura de serviço de saúde, o que poderia ser explicado pela menor complexidade do problema apresentado.

Embora a resolubilidade plena dos problemas tenha deixado a desejar, na maioria dos atendimentos não houve solicitação de exames complementares, sendo estes, mais freqüentemente, exames laboratoriais e radiológicos, em proporção inferior a um quarto dos casos e na sua maioria realizados pelo SUS. Tal resultado é semelhante àquele encontrado por Turrini et al (2008), em inquerito domiciliar semelhante a este. Oliveira e Scochi (2002) observaram que, mesmo em serviços de urgência/emergência de Maringá-PR, o percentual de solicitação de exames complementares foi inferior a 35% nos casos atendidos.

Cabe mencionar que, como afirmam Gouveia et al (2009) e Turrini et al (2008), estas informações, sobre a percepção de satisfação e resolubilidade dos problemas de saúde expressas pelos usuários têm sido utilizadas como uma medida importante na avaliação da qualidade dos cuidados em saúde.

No que diz respeito à fonte de financiamento do consumo de serviços de saúde (nos 15 dias que antecederam a entrevista), observa-se predominância do SUS, em 65,7%. Resultados semelhantes foram encontrados por Pinheiro et al (2002).

Resultados análogos aos obtidos neste estudo também foram encontrados por outros autores mostrando a elevada prescrição de medicamentos decorrente da consulta médica (83%), acompanhada de uma alta percentagem de cumprimento da prescrição (92,5%). Estudos sobre a prescrição de medicamentos apontam que ela ocorre em cerca de 80% das consultas médicas em atenção primária à saúde (Moraes et al, 2007).

Aproximadamente, 66% dos entrevistados que procuraram por ajuda e foram atendidos, pagaram integralmente pelos medicamentos prescritos. Resultados semelhantes foram encontrados por Travassos (2000) e Turrini et al (2006).

Paniz et al (2008) citam que o “acesso a medicamentos é um indicador da qualidade e resolubilidade do sistema de saúde e um determinante importante do

cumprimento do tratamento prescrito". A falta de acesso aos mesmos é a causa freqüente de retorno de pacientes aos serviços de saúde (Arrais et al, 2005). Estudos demonstram que a disponibilidade de medicamentos para a população permanece como um problema a ser melhor equacionado, salvo em casos específicos, como o atendimento a portadores de HIV, programa que tem recebido reconhecimento internacional. Uma indicação disso é o peso relativo que o gasto com medicamentos tem sobre os dispêndios familiares, particularmente para a população de menor renda. Isso parece estar associado a três fatores: a automedicação, que ainda é muito presente, a insuficiência dos medicamentos disponíveis para a população na rede de serviços públicos e a não cobertura desses gastos pelos planos de saúde privados (OPAS, 2001).

Travassos et al (2000) e Ribeiro et al (2006) citaram que as taxas de utilização de serviços de saúde dos indivíduos com morbidade são sistematicamente maiores do que as taxas dos indivíduos sem morbidade, reafirmando os dados encontrados nas pesquisas norte-americanas. Esses dados confirmam a existência de associação positiva entre uso de serviços e presença de problemas de saúde. O presente estudo difere destes resultados, pois 16,2% e 15,1% dos entrevistados procuraram os serviços de saúde por morbidade e por outros motivos não mórbidos, respectivamente.

Os dados encontrados neste trabalho demonstram que as pessoas com maior escolaridade e maior renda utilizaram mais os serviços de saúde por outros motivos. Os achados da pesquisa não são contraditórios aos encontrados em outros estudos que abordam a mesma associação (Sawyer et al, 2002; Travassos et al, 2002; Travassos et al, 2006).

A realização desta pesquisa apresentou algumas dificuldades relacionadas à complexidade do banco trabalhado, especificamente em relação à morbidade de 15 dias pelo número de problemas (até 4) referidos pelos entrevistados e sendo que cada problema podia apresentar até 3 códigos da CID 10.

A reavaliação do instrumento/questionário se faz necessária, pois da forma como algumas alternativas estão estruturadas tem dado grande representatividade para a alternativa "outros", como, por exemplo, a questão referente aos motivos de outros usos de serviços de saúde.

6 Conclusões

6 CONCLUSÕES

A partir da realização deste estudo, mediante inquérito populacional realizado em município de porte médio no interior do Estado de São Paulo, com o objetivo de caracterizar o perfil de utilização de serviços de saúde, pode-se concluir que:

- 29,6 % do total de entrevistados procuraram serviço de saúde nos 15 dias que antecederam a entrevista, por problemas de saúde ou outros motivos;
 - 26,0 % dos entrevistados referiram algum problema de saúde neste período;
 - dos problemas referidos 58,1% resultaram na procura de serviço de saúde;
 - da procura por problemas de saúde 5,8% não foi atendida;
 - os motivos de não atendimento foram inexistência de vaga, ausência de médico no atendimento, falta de funcionamento do serviço ou de equipamento;
 - nenhum entrevistado referiu dificuldade geográfica de acesso a serviço de saúde;
 - a maior frequência das morbidades referidas estava contida no Capítulo XVIII (sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte) e no Capítulo X (doenças do aparelho respiratório) da Classificação Internacional de Doenças (CID10);
 - mulheres, crianças e idosos apresentaram maior frequência de utilização dos serviços;
 - o Pronto Socorro e o hospital ainda são escolha destacada na utilização de serviços de saúde;
 - 67,3 % dos atendimentos foram prestados pelo SUS e 25,3% por serviços privados;
 - o médico foi o profissional procurado em 97,7% dos casos;
 - em 83,8% dos casos o atendimento recebido foi considerado como muito bom e bom, concentrados especialmente nos serviços privados;
 - a resolução dos problemas de saúde ocorreu plenamente em 44,1% das vezes e parcialmente em 37,9%, dentre aqueles que procuraram serviços; entre os que não procuraram a resolubilidade plena foi de 58,7%;
-

- houve solicitação de exames laboratoriais e radiológicos em 21,9 % e 17,8% dos casos, respectivamente;
 - a prescrição de medicamentos esteve presente em 83% dos casos;
 - 66% dos entrevistados pagaram integralmente pelos medicamentos prescritos;
 - a procura de serviços de saúde por outros motivos (exceto “problemas de saúde”) foi de 14,5% do total de entrevistados, predominando entre aqueles de maior escolaridade e maior renda.
-

7 Consideração Final

7 CONSIDERAÇÃO FINAL

Considerando a importância e abrangência do SUS como um sistema de saúde universal e gratuito e que está em construção, a realização de novos inquéritos de base populacional com periodicidade oportuna poderá contribuir para a avaliação dos serviços de saúde, qualidade dos programas, impacto das ações, e a efetividade do cumprimento dos princípios do SUS, especialmente na percepção de seus usuários.

8 Referências

8 REFERÊNCIAS

Arrais PSD, Brito LL, Barreto ML, Coelho HL. Prevalência e fatores determinantes do consumo de medicamentos no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2005; 21:1737-46.

Barros MBA. Introdução. In: Cesar CLG, Carandina L, Alves MCGP, Barros MBA & Goldbaum M. *Saúde e condição de vida em São Paulo: inquérito multicêntrico de saúde no estado de São Paulo*. São Paulo: USP/FSP, 2005. p.11-34.

Barros MBA. Introdução. In: Cesar CLG, Carandina L, Barros MBA & Goldbaum M. *AS Dimensões da Saúde: inquérito populacional em Campinas*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild Editores, 2008. p19-33.

Brasil. Norma Operacional Básica do SUS - NOB/96. <http://www.saude.gov.br/doc/nob96internet.doc>. Acessado em 05/05/2009.

Brasil. Ministério da Saúde. *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios*. Brasília: Ministério da Saúde. 2005.

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

Campos CMS, Bataiero MO. Necessidades de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004. *Interface-Comunic, saúde, educ*. 2007; 11: 605-18.

Capilheira MF, Santos IS. Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos. *Rev Saúde Pública*. 2006; 40: 436-43.

Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos R A. *O sentido da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro, IMS-UERJ; 2001. p.113-126.

Cesar CLG, Tanaka OY. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estado de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990. *Cad Saúde Pública*. 1996; 12:59-70.

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

Cesar CLG. Uso de serviços de saúde. In: Barros MBA, César CLG, Carandina L & Goldbaum M. *As dimensões da saúde: Inquérito populacional em Campinas*. São Paulo. ed Hucitec: 2008. p.185-195.

Cesar CLG, Carandina L, Alves MCGP, Barros MBA, Goldbaum M. *Saúde e Condição de Vida em São Paulo – Inquérito Multicêntrico de saúde no Estado de São Paulo ISA-SP*. 1.ed. Annablume: São Paulo, 2005.

Cunha JP, Cunha RE. Sistema Único de Saúde. Princípios. In: Brasil. Ministério da Saúde. *Gestão Municipal de Saúde. Textos Básicos*. Rio de Janeiro; 2001. p. 285-304.

Dever AGE. A epidemiologia na administração dos serviços de saúde. São Paulo: Pioneira; 1988.

Donabedian A. Models for organizing the delivery of personal health services and criteria for evaluating them. *Milbank Mem Fund* .1972; 50:103-54.

Donabedian A. Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care. Cambridge: Harvard University Press.1973; 419-73.

Donabedian MD. The seven pillars of quality.*Arch Pathol Lab Med*.1990; 114:1115-8.

Fonseca MJ M, Andrade CR, Chor D, Valente J, Beltrão K, Duchiate MP. *Revista Brasileira de Estudos de População*. 2000; 17:163-175.

Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, Cesar CLG. Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família (Qualis) no Município de São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39:90-9.

Gouveia GC, Souza W. V, Luna C F, Szwarcwald C L, Souza-Júnior P RB. Satisfação dos usuários com a assistência de saúde no Estado de Pernambuco - Brasil, 2005. http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=3219, acessado em 05/05/2009 .

Hortale VA, Pedroza M, Rosa MLG. Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. *Cad Saúde Pública*.2000; 16:231-9.

Lebrão ML, Carandina L, Magaldi C. Análise das condições de saúde e vida da população urbana de Botucatu, São Paulo (Brasil). IV-Morbidade referida em entrevistas domiciliárias,1983-1984.*Rev Saúde Pública*.1991; 25:452-60.

Lora AP. Acessibilidade aos serviços de saúde: estudo sobre o tema no enfoque da Saúde da Família no município de Pedreira – SP [dissertação].Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas; 2004.

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

Moraes M, Fiebig EQ, Lauermann FT, Dode OB, Rovaris R. Estudo de demanda de uma Unidade Básica de Saúde em Pelotas/RS. *Rev. de Saúde da UCPEL*. 2007; 1:39-44.

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

OMS Organização Mundial da Saúde. Classificação estatística internacional das doenças e problemas relacionados à saúde; 10.^a revisão. 2.^a ed.São Paulo: Edusp; 1995.

OMS. The State of World Health, 1995: poverty, the leading cause of illness and death. *Journal of public health policy*, 1995^a, 16:440-51.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. O perfil do sistema de serviços de saúde do Brasil. 2001.

-
- Paniz VMV et al. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 4:267-280.
- Pereira MG. *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. Serviços de saúde; p.513-37.
- Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Cienc saúde Coletiva*. 2002; 7:687-707.
- Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF, Silva ZP. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS - PNAD 2003. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006; 11: 1011-22.
- Rosa WAG, Labate RC. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2005; 13:1027-34.
- Rouquayrol MZ, Almeida NF. *Epidemiologia & saúde*. 6 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.
- Santos IS, Ugá MAD, Porto SM. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. *Cienc Saúde Coletiva*. 2008; 13:1431-1440.
- Sawyer DO, Leite IC, Alexandrino R. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. *Cienc Saúde Coletiva*. 2002; 7:757-76.
- Schraiber LB, Mendes-Gonçalves RB. Necessidades de saúde e atenção primária. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB (Orgs.). *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec, 1996.
- Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
- Stata Corporation. *STATA Statistical Software: Release 9.2*. Stata Corporation: College Station, TX; 2007.
- Stotz EN. Os desafios para o SUS e a educação popular: uma análise baseada na dialética da satisfação das necessidades de saúde [on line]. Disponível em: <<http://www.redepopusaude.com.br/varal/politicasaude/desafiosus.htm>>(s/d). Acesso em: 13 junho 2009.
- Travassos C, Viacava F, Fernandes C, Almeida CM. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Cienc Saúde Coletiva*. 2000; 5:133-49.
- Travassos C, Viacava F, Pinheiro R, Brito A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Rev Panam Salud Publica*. 2002; 1:365-73.
- Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2004; 20:190-8.
- Travassos C, Oliveira EXG, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Cienc Saúde Coletiva*. 2006; 11:975-86.
-

Travassos C, Viacava F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23: 2490-502.

Turrini RNT, Lebrão ML, Cesar CLG. Resolutividade dos serviços de saúde por inquéritos domiciliares: percepção do usuário. *CAD Saúde Pública*. 2008; 24:663-674.

Unglert CVS. Territorialização em saúde: a conquista do espaço local enquanto prática do planejamento ascendente. [Tese] São Paulo: Universidade de São Paulo; 1995.

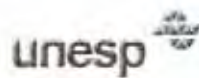
Viacava F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002; 7:607-21.

Zucchi P, Del Nero C, Malik AM. Gastos em saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. *Saúde Soc*. 2000; 9:127-50.

9 Anexos

9 ANEXOS

ANEXO 1



Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu



Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu - S.P.
CEP: 18.518-970
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br



Registrado no Ministério da Saúde em 30 de
abril de 1997

Botucatu, 05 de junho de 2.006

OF.241/2006-CEP

Ilustríssima Senhora
Prof.^a. Dr.^a. Luana Carandina
Departamento de Saúde Pública da
Faculdade de Medicina de Botucatu

Prezada Dr.^a. Luana,

De ordem da Senhora Coordenadora deste CEP, informo que o Projeto: "Perfil de utilização de serviços de saúde no município de Botucatu-SP 2001/2002 - PROTOCOLO CEP 2123-2006" a ser conduzido por Camila César Winckler, orientada por Vossa Senhoria, recebeu do relator parecer favorável, aprovado em reunião de 05 de junho de 2.006.

Situação do Projeto: **APROVADO**.

- Ao término deste projeto, apresentar ao CEP Relatório Final de Atividades.

Atenciosamente,

Alberto Santos Capelluppi
Secretário do CEP

ANEXO 2



Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo

Estudo Multicêntrico

USP, UNICAMP, UNESP e SES-SP

FOLHA DE CONTROLE

BLOCO B

B 01. Número do questionário: . _____

Município: _____

B 02. Setor: _____

End.: _____ Nº: _____ Compl.: _____

Bairro: _____ Quarteirão: _____ Tel.: _____

Nome completo do selecionado: _____

B 03. Número do domicílio: _____

B 04. Número de ordem do entrevistado: ____ / ____

B 05. Data de nascimento: ____ / ____ / ____

B 06. Sexo: masculino 1

feminino 2

MORBIDADE DE 15 DIAS

BLOCO C

C 01. O(a) sr.(a) teve algum problema de saúde, nos últimos quinze dias?

passa p/ questão D 01.  não 1

sim 2

NS/NR 9

Qual(is) foi(ram)?

DOENÇAS (diagnósticos, sinais e/ou sintomas)	problema 1	C 02		_____ . ____
	problema 2	C 03		_____ . ____
	problema 3	C 04		_____ . ____

ACIDENTES / VIOLÊNCIA	problema 4	C 05a	Que lesão o(a) sr.(a) teve?	_____ . ____
		C 05b	Como aconteceu o acidente/ violência?	_____ . ____
	C 05c	Em que local, ocorreu o acidente/ violência?		
			no domicilio	1
			trabalhando	2
			na rua, indo ou vindo do trabalho	3
			na rua	4
			na escola	5
			praticando esportes	6
			outros, especif.: _____	7
			NS/NR	9

Se o entrevistado **NÃO** referiu nenhum problema de saúde nos últimos 15 dias, **ENCERRE O BLOCO** e passe para o **BLOCO D**.

Se o entrevistado referiu algum problema de saúde nos últimos 15 dias, passe para o **BLOCO C _**. Preencha um **BLOCO C _** para cada problema referido.

USO DE SERVIÇOS PARA MORBIDADE DE 15 DIAS

BLOCO C ____

C 04 _ . O(a) sr.(a) procurou alguma ajuda ou conversou com alguém para resolver esse problema de saúde nos últimos 15 dias?

<i>passa p/ questão C 22</i>	não	1
	sim	2
<i>passa p/ questão C 24 _</i>	NS/NR	9

C 05 _ . Quem o(a) sr.(a) procurou?

Pode haver mais de uma resposta

(quando referir serviço de saúde, indagar, qual profissional procurava.)

	médico	1
	dentista	2
	psicólogo	3
	outro profissional de saúde, especif.: _____	4
<i>passa p/ questão C 24</i>	outros, especif.: _____	5
	NS/NR	9

C 06 _ . Qual foi o serviço de saúde procurado?

(considerar o primeiro serviço de saúde procurado)

unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde)	1
consultório	2
ambulatório	3
pronto socorro/emergência	4
hospital	5
outro, especif.: _____	6
NS/NR	9

C 08 _ . Esse serviço de saúde é:

SUS	1
previdência governamental (Estado/Município)	2
privado/particular	3
serviço de sindicato/ associação de categoria	4
serviço próprio de empresa	5
outro, especif.: _____	6
NS/NR	9

C 09 _ . O(a) sr.(a) foi atendido no serviço que procurou?

<i>passa p/ questão C 23 _ .</i>	não	1
	sim	2
	NS/NR	9

C 10 _ . O que foi feito no atendimento?

Pode haver mais de uma resposta

consulta	1
procedimento médico-odontológico	2
encaminhamento para outro serviço	3
outros procedimentos, especif.: _____	4
_____	9
NS/NR	9

C 11 _ . O(a) sr.(a) pagou diretamente pelo atendimento recebido?

	não	1
	sim, parcialmente	2
<i>passa p/ questão C 13</i>	sim, integralmente	3
	NS/NR	9

C 12 _ . Quem cobriu os gastos?

Pode haver mais de uma resposta

SUS	1
previdência governamental (Federal/Estadual/Municipal)	2
sindicato/ associação de categoria	3
empresa	4
convênio empresa, especif.: _____	5
plano individual de saúde, especif.: _____	6
outro, especif.: _____	7
NS/NR	9

Durante este atendimento foi pedido algum exame?

	não foi pedido	realizado	ainda não agendado	agendado, mas ainda não realizado	não realizado	NS/NR
C 13a _ . Laboratorial	1	2	3	4	5	9
C 13b _ . Radiológico (raio X, tomografia, ultrassom, ressonância magnética)	1	2	3	4	5	9
C 13c _ . Gráfico (eletrocardiograma, eletroencefalograma, eletromiografia, Holter)	1	2	3	4	5	9
C 13d _ . Outro, especif.: _____	1	2	3	4	5	9

Se respondeu a alternativa 1, 3 ou 9	passa para questão C 17 _ .
Se respondeu a alternativa 2 ou 4	passa para questão C 14 _ .
Se respondeu a alternativa 5	passa para questão C 16 _ .

Por que o(a) sr.(a) não fez o exame _____ que lhe indicaram? (Pode haver mais de uma resposta)

	teve dificuldades financeiras	teve dificuldades de acesso geográfico	não achou necessário	não tem tempo	não sabe quem procurar/ onde ir	outro, especif.: _____	NS/NR
C 16a _ . Laboratorial	1	2	3	4	5	6	9
C 16b _ . Radiológico	1	2	3	4	5	6	9
C 16c _ . Gráfico	1	2	3	4	5	6	9
C 16d _ . Outros	1	2	3	4	5	6	9

C 17 _ . Durante este atendimento, foi receitado algum remédio?

<i>passa p/ questão C 21 _</i>	não	1
	sim	2
	NS/NR	9

C 18 _ . O(a) sr.(a) tomou todos os remédios receitados?

	sim	1
	não. Por que? _____	2
	NS/NR	9

C 19 _ . O(a) sr.(a) pagou pelos remédios?

	não	1
	sim, parcialmente	2
<i>passa p/ questão C 21 _</i>	sim, integralmente	3
	NS/NR	9

C 20 _ . Quem cobriu os gastos?

Pode haver mais de uma resposta

	SUS	1
	previdência governamental (Federal/Estadual/Municipal)	2
	sindicato/ associação de categoria	3
	empresa	4
	convênio empresa, especific.: _____	5
	plano individual de saúde, especific.: _____	6
	outro, especific.: _____	7
	NS/NR	9

C 21 _ . O que o(a) sr.(a) achou do serviço onde recebeu atendimento?

<i>passa p/ questão C 24</i>	{	muito bom	1
		bom	2
		mais ou menos	3
		ruim	4
		NS/NR	9

C 22 _ . Por que o(a) sr.(a) não procurou ajuda?

Pode haver mais de uma resposta

<i>passa p/ questão C 24 _</i>	{	teve dificuldades financeiras	1
		teve dificuldades de acesso geográfico	2
		não achou necessário	3
		não tem tempo	4
		não sabe quem procurar/ onde ir	5
		outros, especific.: _____	6
		NS/NR	9

C 23 _ . Por que o(a) sr.(a) não foi atendido no serviço que procurou?

não conseguiu vaga/senha	1
não tinha médico atendendo	2
não tinha o profissional/serviço que precisava	3
o equipamento/serviço não estava funcionando	4
não podia pagar	5
esperou muito e desistiu	6
outros, especif.: _____	7
NS/NR	9

C 24 _ . O problema foi resolvido?

não	1
sim	2
sim, em parte	3
NS/NR	9

Volte para o BLOCO C, questões C02. a C05. e verifique se todos os problemas de saúde referidos foram pesquisados.

UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS

BLOCO G

OUTROS USOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

G 10. Nesses últimos 15 dias, o(a) sr.(a) procurou algum serviço de saúde por motivos não referidos até agora?

	sim, quantas vezes	_____
<i>passa p/ questão H 01.</i>	não	0
	NS/NR	9

G 11. Qual(is) foi(ram) o(s) motivos?
Pode haver mais de uma resposta

atestado médico	01
pré-natal	02
puericultura	03
parto	04
exame de rotina	05
tratamento de reabilitação	06
exames preventivos	07
vacinação	08
outros, especif.: _____	09
NS/NR	99

Se o entrevistado NÃO procurou nenhum serviço de saúde por motivos não referidos até agora, ENCERRE O BLOCO e passe para o BLOCO H.

Se o entrevistado procurou algum serviço de saúde por motivos não referidos até agora, passe para o BLOCO G _ . Preencha um BLOCO G _ para cada procura de serviço.

CARACTERÍSTICAS SÓCIO-ECONÔMICAS

(INFORMAÇÕES DO CHEFE DA FAMÍLIA)

BLOCO Q

Q 08. Até que ano da escola o(a) sr.(a) completou?

nunca freqüentou, não sabe ler e escrever	01
nunca freqüentou, sabe ler e escrever	02
1º grau ou primário _____ ano/série (11 - 14)	1 __
1º grau ou ginásio _____ ano/série (15 - 18)	1 __
2º grau ou colegial _____ ano/série (21 - 23)	2 __
cursos técnicos de nível médio incompletos	25
cursos técnicos de nível médio completos	26
curso superior incompleto	30
curso superior completo	31
NS/NR	99

Quadro de composição e renda familiar:

	nome	relação com o chefe da família	renda
Q 25a.		Chefe 1	R\$: _____
Q 25b.			R\$: _____
Q 25c.			R\$: _____
Q 25d.			R\$: _____
Q 25e.			R\$: _____
Q 25f.			R\$: _____
Q 25g.			R\$: _____
Q 25h.			R\$: _____
Q 25i.			R\$: _____
Q 25j.			R\$: _____

2. cônjuge 3. filho ou enteado 4. outro parente 5. agregado 6. outro