

Sara Figueredo Bernardi Rocha

**Inquérito de saúde: condições de vida e usos
de serviços de saúde das mães e crianças de
Botucatu-SP, 2001-2002.**

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva da
Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP,
para a obtenção do título de Mestre .

Área de Concentração: Saúde Pública

Orientador: Profa. Dra. Luana Carandina

**Botucatu-SP
2006**

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

Rocha, Sara Figueredo Bernardi.

Inquérito de saúde: condições de vida e usos de serviços de saúde das mães e crianças de Botucatu-SP, 2001-2002 / Sara Figueredo Bernardi Rocha. – 2006.

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2006.

Orientador: Luana Carandina

Assunto CAPES: 40602001

1. Saúde pública - Botucatu (SP) 2. Saúde pública - Brasil 3. Serviços de saúde - Brasil

CDD 614.0981

Palavras-chave: Assistência materno-infantil; Condições de vida; Inquérito de saúde; Morbidade; Uso de serviços

**Dedico este trabalho ao meu grande
amor... Carlos Rocha Junior.**

Agradecimentos

À Deus

Sempre e em primeiro lugar...

“Porque dele, e por meio dele, e para ele são todas as coisas. A ele, pois, a glória eternamente. Amém!”. Bíblia Sagrada, Rm 11:36

Ao Carlos, pelo amor, pelo incentivo em todas as horas, pela compreensão e pela alegria de convivermos. Obrigada. Te amo.

À toda minha família, tios e primos, meus sogros Carlos e Bira e meu cunhado Rodrigo, que me incentivaram. **À Larissa** pela alegria contagiante.

Em especial **aos meus pais Nelson e Junia, meus irmãos e cunhados Isabel, Marcos Samuel e Lucimeire, Lia e Eduardo**, pelo estímulo, pelo exemplo, pelas orações e pela alegria de tê-los. **À Julia e a Sophia** que nos alegram todos os dias com sua presença. Muito obrigada!

À Dra. Luana Carandina, pelo exemplo, pela orientação e pelo carinho sempre presentes.

À toda equipe do ISA-SP pelo trabalho e por terem permitido trabalharmos juntos.

Às famílias entrevistadas e que permitiram o presente estudo.

Aos colegas do Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina da UNESP de Botucatu.

À equipe da Seção de Pós-graduação da Faculdade de Medicina da UNESP de Botucatu.

À equipe da Biblioteca da UNESP de Botucatu, em especial às bibliotecárias **Luciane Pizzani, Rosemary Cristina da Silva e Selma Maria de Jesus** pela revisão das referências bibliográficas.

À toda equipe do Laboratório de Saúde Coletiva do Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina da UNESP de Botucatu, **Eliana Lovizutto Iesse, Rosângela Mara Giarola e Maria Luiza Neris Luis Caldas**.

Aos docentes do programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da UNESP de Botucatu.

Ao Prof. José Eduardo Corrente do Departamento de Bioestatística do Instituto de Biociências da UNESP de Botucatu.

Aos colegas do curso de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da UNESP de Botucatu, pelo companheirismo, em especial à **Zuleica Oliani Rossi** pela amizade.

À Luceime Olivia Nunes pelo cuidado na digitação.

À todos os meus amigos que de alguma forma me incentivaram e torceram por mim.

À equipe da Secretaria Municipal de Saúde de Botucatu pelo incentivo para iniciar este trabalho.

RESUMO

“ Inquérito de Saúde: condições de vida e uso de serviços de saúde das mães e crianças de Botucatu-SP, 2001-2002.”

Objetivo: Descrever e analisar as condições de vida e saúde dos menores de 1 ano e suas mães, e a utilização dos serviços de assistência materno-infantil, com base no inquérito ISA-SP.

Metodologia: Foi realizado estudo de corte transversal, com amostra aleatória por conglomerados, na cidade de Botucatu-SP. Procurou-se indivíduos menores de 1 ano em todos os domicílios sorteados, residentes na área urbana. Analisaram-se os aspectos sócio-demográficos, assistência pré-natal e ao parto, assistência à criança no primeiro ano de vida e utilização de serviço de saúde. Os dados foram colhidos por entrevistas domiciliares, através de questionários estruturados e processados pelo Programa STATA. O presente trabalho insere-se no estudo multicêntrico: “Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo, ISA-SP, 2001-2002”.

Resultados: Houve predomínio de baixa escolaridade entre os chefes de família e mães dos menores de 1 ano. A renda familiar *per capita* de 68% das famílias foi inferior a 2 salários mínimos. Cerca de 80% das gestantes iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre da gravidez e 82% realizaram 6 ou mais consultas. Todos os partos foram hospitalares sendo 48% de partos cesáreos. Os hospitais privados apresentaram 78% de taxa de parto cesáreo e os hospitais públicos 36%. O serviço público foi utilizado em cerca de 70% dos casos tanto para assistência pré-natal quanto para assistência ao parto. Somente cerca de 6% das famílias pagaram integralmente pelo atendimento. Dentre as mães que procuraram orientação para primeiros cuidados à criança, 69% o fizeram em serviço público. Mais de 70% das mães procuraram orientação no primeiro mês de vida da criança. Como morbidade referida mais mencionada para as crianças nos 15 dias anteriores à entrevista, apareceram as doenças do aparelho respiratório (51,52%), seguidas de sintomas e sinais mal definidos (27,27%). Nos 12 meses anteriores à entrevista, 23 crianças foram hospitalizadas. Os motivos mais frequentes de internação foram as afecções do período perinatal, com 27,5% dos casos, seguidas de doenças do aparelho respiratório com 17,24%. A idade predominante para hospitalização foi a de menores de 1 mês (65,21%). A situação vacinal dos menores de 1 ano segundo a idade na época da entrevista foi satisfatória. O serviço mais utilizado para vacinação foi o público (96,45%). Para assistência pré-natal das mães que utilizaram Unidade Básica de Saúde, apenas 3% o fizeram na UBS de referência conforme preconizado pelo sistema de saúde municipal. Para os primeiros cuidados à criança esta taxa foi de 5,79%. Quanto à vacinação, 80% das mães referiram ter levado seus filhos na UBS mais próxima de sua residência.

Conclusões: Foram encontradas características nas famílias estudadas que apontam para a existência de desigualdade social. O acesso ao serviço público não mostrou dificuldade sob o aspecto quantitativo. A utilização de serviços privados foi cerca de 30%. A taxa de partos cesáreos encontra-se muito elevada. O número de crianças hospitalizadas com menos de 1 mês de vida foi alto. A delimitação das áreas de abrangência das UBS, definidas pelo sistema de saúde local, não foi respeitada pelas famílias.

ABSTRACT

“ Health Inquiry: life conditions and health service utilization by mothers and children in Botucatu (SP) 2001-2002.”

Purpose: describe and analyse life and health conditions of under one-year old infants and their mothers and utilization profile of mother and infant care services based on data from the ISA-SP inquiry.

Methods: A cross-section with conglomerate random sampling in Botucatu (SP) was undertaken. Under one-year old infants were looked for in every urban household sampled. Socio-demographic aspects, prenatal and childbirth care, child care during the first year, and health service utilization were analysed. The data were collected during household interviews using questionnaires prepared and processed by the program Stata. The present work is part of the multi-center study “Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo, ISA-SP, 2001-2002”.

Results: Among the mothers of the children study, low education levels were dominant. 68% of the families had a family per capita income lower than two minimum wages. About 80% of the women started prenatal care in the first quarter of pregnancy and 82% made more than 6 visits to the physician. All childbirths happened in hospitals and 48% were caesarean. Caesarean childbirths, however, occurred more often in private (78%) than in public (36%) hospitals. Public services were used in 70% of the cases for both prenatal and childbirth care. Only 6% of the families were responsible for the whole payment of medical care. Among the mothers that first brought their children to health services, 69% did it in public institutions. More than 70% of the mothers searched for orientation during the first month of their children's lives. Reported morbidity during the 15 days previous to the questionnaire included mainly respiratory illnesses (51,52%), followed by ill-defined symptoms (27,27%). The costs of health care were covered mainly by SUS (68%). 23 children were hospitalised at least once. The main conditions originating in the perinatal period (27,5%), followed by respiratory illnesses (17,24%). Hospitalization occurred mostly in children less than one month old (65,21%). The vaccination situation of the children at the time of the interview was satisfactory and 96,45% of the vaccination were performed in public institutions. Only 3% of the mothers that utilized the basic health unit did it in their district UBS, as recommended by the country's health system. For the first visit with their children, the rate reached 5,79%. The mothers reported, however, that 80% of the vaccination were performed at the UBS nearest to the household.

Conclusions: The interviews disclosed family characteristics that indicate social inequality. The access to public services encountered no difficulties. The utilization of private services reached 30%. The utilization of delivery performed with caesarean section was very high. The number of infants hospitalized during the first month of life was high. The utilization of the district UBS, as prescribed by the local health system, is not respected by most families.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
1.1 Estudos de utilização de serviços de saúde.....	9
1.2 Informações em saúde.....	15
1.3 Desigualdades e acesso aos serviços de saúde materno-infantil.....	19
1.4 Inquérito Multicêntrico de Saúde no Estado de São Paulo – ISA-SP.....	23
2 OBJETIVOS	24
2.1 Geral.....	25
2.2 Específicos.....	25
3 METODOLOGIA	26
3.1 Local.....	27
3.2 Instrumento de coleta de dados e processo amostral.....	27
3.3 Variáveis.....	29
3.4 Processamento e análise dos dados.....	30
3.5 Aspectos éticos.....	30
4 RESULTADOS	31
4.1 Caracterização sócio-econômica das famílias.....	32
4.2 Caracterização das mães.....	36
4.3 Caracterização das crianças.....	43
5 DISCUSSÃO	54
5.1 Caracterização sócio-econômica das mães.....	55
5.2 Caracterização das mães.....	57
5.3 Caracterização das crianças.....	60
6 CONCLUSÕES	64
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
8 ANEXOS	80

1 INTRODUÇÃO

1.1 Estudos de utilização de serviços de saúde

Em 1978, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu como meta prioritária do plano “Saúde para Todos no Ano 2000”, a redução das desigualdades de acesso aos serviços básicos de saúde das populações de países em desenvolvimento ⁽¹⁾. Na década de 80, com a Reforma Sanitária brasileira, foram estabelecidos princípios gerais e organizacionais que assegurassem uma melhoria das condições de saúde e do acesso universal e igualitário a ações e serviços de saúde⁽²⁾. A hierarquização dos serviços foi colocada como sendo um dos principais mecanismos para garantir este acesso a todo usuário que entrasse no sistema pela rede básica de saúde, tendo como aliada a proximidade das unidades básicas de saúde às residências da população de abrangência de cada unidade.

Ao contrário do pretendido, o acesso universal e igualitário não tem ocorrido na prática em sua totalidade devido a uma estratificação da clientela por diversos motivos, quais sejam: dinâmica do processo de trabalho do profissional médico e o posicionamento da população frente a isso, critério geográfico de proximidade da residência do usuário não garantindo o acesso real ao serviço, identificação da clientela com o serviço, etc⁽³⁻⁷⁾.

Verifica-se que a simples existência de serviços de saúde em uma localidade não garante a oferta dos mesmos. É necessário que o acesso ao serviço seja pensado sob os aspectos geográfico, cultural, econômico e funcional⁽⁸⁾.

Para Abel-Smith & Leiserson ⁽⁹⁾ o grau de acesso aos serviços de saúde depende da distância a percorrer para acessá-los, do tempo que leva a viagem e do seu custo.

A Organização Pan Americana de Saúde (OPAS)⁽⁸⁾ conceitua cobertura como transcendendo “os limites tradicionais de uma simples

proporção numérica” e admite que existe uma relação dinâmica entre necessidades e aspirações da população, expressas pela demanda aos serviços e aos recursos tecnológicos e organizacionais disponíveis que configuram a oferta à demanda acima citada. Para a OMS⁽¹⁰⁾, o conceito de acessível deve ser adaptado a cada realidade e a cada região. Sabe-se, ainda, que há interação dos aspectos geográficos com a distribuição da própria população (aglomerados que a própria população estabeleceu)⁽¹¹⁾. Quando são identificados grupos com diferentes graus de acesso aos serviços de saúde, pode-se estudar também a equidade do sistema⁽⁶⁾.

Os serviços de saúde são considerados um dos determinantes do estado de saúde de uma população ou indivíduo. A importância dos estudos de utilização de serviços de saúde é bastante conhecida e os mesmos são usados para a organização destes, pois possibilitam seu planejamento e avaliação e fornecem dados sobre o acesso aos mesmos pela descrição dos fatores que dificultam ou facilitam este acesso^(6,12-16).

São citados como determinantes da utilização de serviços de saúde, segundo Campos⁽¹⁷⁾, o nível de percepção da população sobre seus próprios problemas de saúde, juntamente com o grau de severidade das doenças, apresentando-se como dados de grande importância ao se estudar a demanda potencial por ajuda e serviços.

A utilização dos serviços tem início, portanto, na percepção da necessidade pelo próprio indivíduo ou família, levando-os a algumas escolhas como: não fazer nada, automedicar-se ou autotrotar-se, recorrer ao sistema informal ou procurar um atendimento profissional⁽¹⁸⁾.

Se a necessidade de ajuda for transformada em demanda aos serviços de saúde e esta for atendida, ocorrerá, então, a utilização destes serviços, criando, por si, novas necessidades de saúde e, conseqüentemente, novas demandas. Se, por sua vez, a necessidade não gerar uma demanda aos serviços de saúde, esta não será conhecida, ocasionando um despreparo dos serviços para supri-la, bem como a possibilidade de não resolução dos problemas da mesma⁽¹⁸⁻²⁰⁾.

A primeira procura por serviços é geralmente influenciada pela percepção individual do estado de saúde, as subseqüentes pelo julgamento do profissional que deu o primeiro atendimento^(21,22).

Portanto, estudando o perfil das necessidades percebidas, consegue-se explicar o padrão de utilização dos serviços de saúde^(6,21-26).

A percepção do indivíduo ou família sobre sua necessidade pode ser diferente da percepção de profissionais de saúde, o que torna difícil a definição da mesma, devido a sua subjetividade^(14,18,21,22,27). Por outro lado, têm-se a vantagem de conhecer as representações da população sobre saúde e morbi-mortalidade, bem como de suas práticas não formais e usuais de prevenção ou reestabelecimento da saúde e, ainda, de suas opiniões sobre os serviços⁽²⁸⁾.

O padrão de utilização de serviços de saúde resulta da relação entre necessidade, demanda e oferta de serviços. A insuficiência de serviços, por exemplo, faz com que nem a demanda nem os usos reflitam as necessidades de saúde da população^(18,22).

Parte das necessidades de saúde de uma população é transformada em demanda e outra parte não, embora muitas vezes haja serviço disponível. Por outro lado, as necessidades de saúde podem não converter-se em demanda pela falta de serviço disponível⁽¹⁸⁾. Lembremos, ainda que as políticas de saúde induzem a necessidades de saúde.

O simples ato do indivíduo buscar o atendimento de saúde configura-se em demanda ao serviço, mesmo que não tenha ocorrido a sua utilização⁽¹⁷⁾. Muitas vezes, quando isto ocorre, o registro não acontece, perdendo-se a informação.

Para Dunlop et al.⁽²⁵⁾, os estudos devem incluir variáveis de demanda (prevenção, cura ou reabilitação), pois a utilização desigual não necessariamente significa utilização não eqüitativa, mas diferentes demandas a depender do tipo de necessidade do indivíduo.

Fatores como a disponibilidade, organização e mecanismos de financiamento podem atuar como elementos indutores da oferta de serviços, e, nestes casos, não há relação com a necessidade^(4,29).

Outros fatores influenciam na oferta-demanda por serviços de saúde, como a contenção de uso, quando alguns procedimentos são reembolsados pela fonte financiadora e outros não⁽¹⁸⁾. Este é um exemplo de como os fatores sócio-econômicos determinam a utilização dos serviços de saúde.

Andersen⁽³⁰⁾, em 1968, propôs um modelo para explicar a determinação da utilização dos serviços de saúde, que classificou os determinantes individuais de utilização de serviços em: fatores predisponentes, fatores possibilitadores e fatores que expressam necessidades de saúde.

Os fatores predisponentes incluem variáveis demográficas (sexo, idade e estado civil), variáveis sociais (educação, raça, religião, migração, ocupação, tamanho da família) e variáveis relativas a conduta e padrões culturais como valores relativos à saúde e doença, aos serviços de saúde e conhecimento a respeito da doença⁽³¹⁾.

As condições que permitem que os serviços de saúde sejam disponíveis ao indivíduo (renda, seguro de saúde, tipo e acesso a uma fonte regular de cuidados) são classificados como fatores possibilitadores. Há ainda os fatores que expressam necessidades de saúde do ponto de vista do indivíduo ou do profissional de saúde⁽³¹⁾.

Kohn & White⁽³²⁾, em inquérito internacional de saúde na década de 1970, concluíram que a influência da morbidade percebida é maior do que os efeitos dos fatores predisponentes relacionados às características individuais, comportamentais e sociais, assim como os fatores possibilitadores do padrão de utilização do serviço. A solução buscada para cada necessidade está diretamente relacionada à maneira como o indivíduo a vê ou sente. Os autores concluíram, ainda, que, sobre os fatores relacionados aos serviços de saúde, a disponibilidade e acessibilidade dos recursos, mostraram-se mais determinantes para a utilização dos serviços do que o total de recursos e o seu fornecimento^(17,32).

Outro tema muito abordado nos estudos de utilização de serviços de saúde é a equidade no seu uso e como as questões financeiras interferem neste processo⁽³³⁾.

Para Barros⁽³⁴⁾, os serviços de saúde distribuem-se de maneira diferencial, reproduzindo e reforçando na saúde as desigualdades sociais inerentes à dinâmica das sociedades capitalistas e Barata et al.⁽³⁵⁾, afirmam que as desigualdades são produzidas na estrutura social. O mesmo reconhecem Mendoza-Sassi & Béria⁽⁶⁾, quando afirmam que os fatores sócio-econômicos determinam a utilização dos serviços de saúde.

Rendimentos e políticas públicas que assegurem acesso aos bens de consumo coletivo, escolaridade e serviços de saúde, levam cada classe a condições específicas de vida. Portanto, condições de vida podem ser consideradas mediadoras dos determinantes estruturais como a classe social⁽³⁵⁻³⁷⁾.

Monteiro⁽³⁸⁾ demonstra associação positiva entre nível de escolaridade e nível de renda, exercendo grande influência sobre a possibilidade de aquisição e utilização de bens e serviços.

A Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSN, 1989)⁽³⁹⁾ e a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD-98)⁽⁴⁰⁾ mostram a influência do poder aquisitivo no padrão de uso dos serviços e a interação deste com a oferta como determinante do acesso aos serviços de saúde⁽⁴¹⁻⁴³⁾.

Revisões sistemáticas de estudos mostraram associação positiva entre utilização de serviços e cobertura por seguros de saúde^(6,17,21).

Muller⁽³³⁾ e Mendoza-Sassi & Béria⁽⁶⁾ demonstraram que em países com sistemas de saúde mais abrangentes havia fraca ligação entre o uso de serviços e a possibilidade de pagamento direto, sendo a determinação do uso de serviços dada pelas necessidades e características sócio-demográficas.

Dunlop et al.⁽²⁵⁾, baseados em dados do Canadian National Population Health Survey, observaram que não houve diferença entre grupos de renda na realização de pelo menos uma consulta com clínico, mas sim na probabilidade de realizar seis ou mais consultas e também que altos níveis de

renda e educação estavam associados a maior probabilidade de consultas especializadas. Estes dados foram confirmados por Viana et al.⁽⁷⁾ que verificaram, mesmo em países desenvolvidos, que a igualdade no direito de acesso não garantia a utilização dos serviços de forma eqüitativa.

Fleury⁽⁴⁴⁾ observou que a eqüidade no acesso ao sistema de saúde da população brasileira foi inviabilizada, pois a implantação do SUS através da força política do Ministério da Saúde possibilitou apenas mudanças legais e institucionais no sistema de saúde, mas a oferta de alguns insumos e serviços ficou inalterada.

O SUS apresenta, como um dos princípios básicos, a universalidade da cobertura e do atendimento e uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços prestados às populações urbanas e rurais⁽²⁾. Para Travassos⁽³⁾, a universalidade no acesso aos serviços é imprescindível para a eqüidade. Deste modo, a falta na oferta de alguns serviços aponta para a não observância do princípio da universalidade.

Lobato⁽⁵⁾ concorda, dizendo que a universalidade está incompleta, pois o acesso aos serviços ainda apresenta diferenciais socio-econômicos. No final da década de 1990, Mendoza-Sassi & Béria⁽⁶⁾ citam estudos brasileiros que demonstram a presença das iniquidades, apesar das mudanças no sistema de saúde.

Viana et al.⁽⁷⁾ concluem que a implantação do SUS pode ter contribuído para a redução e não o fim das desigualdades ao acesso aos serviços de saúde, assim como Travassos et al.⁽⁴⁾. As políticas públicas no Brasil conseguiram progressos nos indicadores de saúde com repercussão positiva no acesso aos serviços, mas as desigualdades ainda aparecem com expressividade⁽⁴⁵⁾.

O sistema brasileiro de saúde é, atualmente, formado por uma rede pública e privada de prestadores e compradores de serviços. Segundo Travassos et al.⁽⁴⁾, ele é composto pelos setores público e privado e de seguros privados, tendo como financiamento majoritário os recursos públicos.

Reis et al.⁽⁴⁶⁾ constataram um aumento significativo do gasto total das famílias com planos de saúde, maior nos estratos de renda inferior e

intermediário. Para os autores, um novo mercado foi criado para os consumidores de baixa renda, principalmente devido à expansão de planos de saúde individualizados, em geral mais baratos e de pouca qualidade, logo após o Plano Real, em 1996.

Viana et al.⁽⁷⁾ afirmam que o setor privado mantém condições de consumo extremamente desiguais, devido a sua vinculação com a renda e Lobato⁽⁵⁾ diz que seu crescimento e diversificação podem limitar a implementação do princípio da equidade.

1.2 Informações em saúde

A necessidade do conhecimento de novos determinantes de saúde de uma população tornou-se primordial. As informações tradicionais (morbimortalidade, produção dos serviços de saúde, notificação compulsória de doenças, etc) não são mais suficientes para as novas demandas de planejamento em saúde^(47,48), sofrendo muitas distorções com problemas de classificação e subnotificação e falta de dados reais das demandas aos serviços de saúde⁽⁴⁹⁾.

Esta necessidade de informações aumenta à medida que o sistema público de saúde se articula com o sistema privado e se organiza de maneira regionalizada e hierarquizada, formando níveis de complexidade e capacidade resolutiva diferentes, deixando de ser, primordialmente, a rede básica de saúde⁽⁵⁰⁾.

Isto leva a uma reformulação do papel da rede de saúde, onde as unidades básicas passam a ter maior resolutividade com o aumento das atividades curativas e uma redefinição do perfil de morbidade com a inclusão de programas voltados às doenças crônicas.

Para suprir as novas necessidades de políticas de proteção à saúde, principalmente no sistema público, devemos considerar condições de vida e saúde e comportamento relacionado à saúde como informações

importantes, sem nos esquecermos das informações tradicionais já citadas⁽⁵¹⁾.

Os sistemas nacionais de informação em saúde como SIH-SUS e SIA-SUS, entre outros, correspondem apenas aos atendimentos financiados pelo SUS, ficando excluída a extensa rede privada e não contemplam informações sobre condições sociais e econômicas dos indivíduos, ou, quando o fazem, seus dados mostram baixa confiabilidade e preenchimento incompleto⁽²⁶⁾.

As informações obtidas no setor privado de saúde, na rede hospitalar pública e na rede básica de saúde têm finalidades mais administrativas e pouco visam a prevenção e controle das doenças em âmbito populacional, baseando-se na demanda dos serviços de saúde⁽⁵⁰⁾.

A isto está aliada a necessidade de descentralização das informações, com participação ativa dos níveis regionais e locais, devendo ser lembrada, ainda, a contínua incorporação de novas tecnologias na assistência à saúde, a qual deve ser igualmente avaliada junto ao desempenho dos serviços de saúde⁽¹⁵⁾.

A análise de problemas e a definição de prioridades em saúde deve envolver, além de técnicos e cientistas, outros atores sociais, com diversos conceitos de saúde e suas relações com as condições de vida, bem como com a atenção à saúde, quais sejam, a própria população distribuída em diversos grupos, para a qual são formuladas as políticas de saúde.

Vemos, portanto, a importância de novas fontes de informações a serem trabalhadas para o planejamento em saúde⁽⁵⁰⁾.

Neste sentido, o inquérito populacional tem sido utilizado desde a década de 1920 nos países industrializados e desde a década de 1950 nos países em desenvolvimento como método importante de obtenção de dados em saúde, considerando-se que estes não advêm de fontes secundárias, mas são colhidos diretamente da população, sendo mais consistentes e mais próximos da realidade, levando à possibilidade de coletas sistemáticas^(20,50,52).

Para Viacava⁽²⁶⁾, um grande conjunto de informações só pode ser obtido através de inquéritos populacionais. Segundo o autor, alguns dados, como auto-avaliação de necessidades de cuidado, existência de incapacidades e limitações de atividades, prevalência de condições crônicas, estilo de vida, consumo de medicamentos, acesso a serviços de saúde, gastos das famílias com saúde e correlatos e satisfação dos usuários têm, como única possibilidade de avaliação, o inquérito populacional, sobretudo quando se pretende associar variáveis que permitam a identificação de espaços de desigualdade. Ressalta, ainda, a vantagem da obtenção de dados para a construção de indicadores relacionados à saúde e não apenas à doença.

Os inquéritos de saúde são estudos realizados em todo o mundo através de amostras representativas de uma população, podendo ser descritivos ou analíticos, longitudinais ou transversais⁽¹⁷⁾.

Os estudos mais utilizados são os de corte transversal único ou periódico que utilizam entrevistadores leigos treinados, chamados de “inquéritos populacionais ou domiciliares de saúde”, os quais permitem a captação da morbidade sentida e expressa pela população⁽⁵⁰⁾.

Para Kroeger⁽⁵³⁾, os principais propósitos dos inquéritos domiciliares de saúde são: “avaliar o estado de saúde da população; registrar o número de pessoas incapacitadas ou funcionalmente doentes; contribuir para a pesquisa no campo das doenças crônicas ou grupos específicos de doenças; avaliar o uso de diferentes tipos de serviço de saúde; obter um “*marco zero*” para planejamento de saúde”. Eles permitirão a criação de “linhas de base” para o aprimoramento da avaliação dos resultados dos serviços de saúde⁽¹⁷⁾.

Alguns autores apontam os inquéritos de base populacional como única fonte de informação a respeito da população total de usuários, qualquer que seja o motivo^(13,19,23,24,53).

Existem diversas outras vantagens no uso de estudos com base populacional como a avaliação dos serviços de saúde, no que diz respeito aos efeitos a longo prazo, no nível da interação entre usuários e

provedores⁽¹⁵⁾. Este tipo de estudo permite adquirir dados sobre um dos pontos mais importantes para esta avaliação: o acesso aos serviços de saúde, bem como a cobertura dos planos de saúde.

Portanto, o inquérito populacional pode, ainda, ajudar na avaliação da desigualdade social quando obtemos informações sobre a inacessibilidade de vários grupos populacionais aos serviços de saúde⁽¹¹⁾. Possibilita, também, a obtenção de dados sobre morbidade referida, qualidade dos serviços de saúde, comportamentos relacionados à saúde e consumo de serviços⁽²⁸⁾. Neste último item, avalia-se parcela da população que não tem acesso aos serviços de saúde.

Outros dados, como gastos com saúde, que refletem indiretamente o acesso da população aos serviços, também são obtidos através de inquérito populacional.

Viacava⁽²⁶⁾ apontou as vantagens dos inquéritos no Brasil em relação às estatísticas de saúde de registro contínuo, sem desmerecê-las e defendeu a integração de ambas e de outras bases de dados em um sistema único nacional de informação em saúde.

Alguns aspectos metodológicos devem ser observados na realização dos inquéritos de saúde. Devido a inúmeros inquéritos terem sido realizados nos últimos anos em diversos países, White⁽¹³⁾ afirma que o pesquisador não deve arriscar-se em termos metodológicos. Campos⁽¹⁷⁾ e Kroeger⁽⁵³⁾ alertam para o cuidado com as adaptações de inquéritos concebidos em países desenvolvidos devido às diversas diferenças com os países em desenvolvimento.

Sob o ponto de vista ético, várias questões são levantadas: a importância do consentimento informado dos entrevistados, o fornecimento de informações claras sobre os objetivos da pesquisa, a responsabilidade da instituição e dos pesquisadores, a garantia do caráter confidencial das informações, bem como a liberdade para a recusa em dar informações ou continuar a participar⁽⁵⁴⁾. É ressaltada, ainda, a importância da verificação da disponibilidade de recursos e da real utilidade do estudo.

Devem, também, ser observados o tamanho da amostra, a extensão do questionário ou entrevista e a taxa de respostas. Resultados ótimos são obtidos com instrumentos bem desenhados e pré-testados, juntamente com uma amostra também bem desenhada e de tamanho apropriado e com taxa de resposta maior ou igual a 85%. Para que não haja influências dos entrevistados ou entrevistadores, as regras para sorteio e as técnicas de aquisição dos dados devem ser pré-estabelecidas^(13,55).

São citadas algumas limitações dos inquéritos populacionais de saúde como o nível de agregação das informações (para áreas geográficas menores), não resposta, informantes secundários, privacidade das informações e tratamento dos dados (dependente do tipo de desenho amostral)⁽²⁶⁾. Sem a pretensão de um estudo aprofundado sobre inquéritos populacionais, deve ser lembrado que os devidos cuidados devem ser tomados com relação a possíveis problemas advindos das limitações citadas.

1.3 Desigualdades e acesso aos serviços de saúde materno-infantil

Silva et al.⁽¹⁾, através de inquérito epidemiológico realizado em Embu-SP em 1996, mostraram que segmentos populacionais determinados segundo padrão de condições de vida apresentaram diferentes índices de uso do programa de saúde infantil. O uso de convênios para cuidados e proteção à saúde foram encontrados entre 43,2% da população do Estado de São Paulo, com melhores condições de vida, em pesquisa sobre condições de vida e saúde realizada pela Fundação SEADE em 1998⁽⁵⁶⁾.

O grau de escolaridade do chefe de família também se relaciona com o acesso ao serviço de saúde conforme demonstrado por Cesar & Tanaka⁽¹⁵⁾, sendo que 24,1% dos entrevistados, em região metropolitana de São Paulo, trataram a morbidade referida de 15 dias utilizando-se de convênio-empresa e 60,8% destes tinham nível superior. Os autores demonstraram, ainda, que em grande parte a população estudada

dependia de serviços públicos de saúde de fora de seu município de residência para assistência de morbidade referida de 15 dias e também para o pré-natal. Neste último caso, os autores mencionam a possibilidade da repressão da demanda, com menor número de consultas de pré-natal, dificuldade de internação no momento do parto e, conseqüentemente, aumento do risco de morbi-mortalidade materna e perinatal.

O consumo dos serviços de saúde na assistência à gestação, ao parto e ao recém-nascido deve ser estudado relacionando-o à morbi-mortalidade e às classes sociais^(57,58).

Para Viacava⁽²⁶⁾ problemas de subnotificação de serviços de saúde afetam diferentemente grupos populacionais, obscurecendo, por exemplo, uma parte significativa das complicações da gravidez, do parto e do puerpério, as quais acometem mais e com maior gravidade as mulheres pobres, com maiores dificuldades de acesso à atenção e menor capacidade de expressão de suas demandas de saúde.

A avaliação da situação de saúde materna e perinatal mostra-se de grande importância pelo aspecto quantitativo e também pela alta vulnerabilidade do grupo, expressa no maior risco de adoecimento e morte a que está exposto⁽⁵⁹⁾. Não somente as questões biológicas interferem neste risco, mas as condições sócio-econômicas e assistenciais (segmentação e descontinuidade na atenção à saúde do binômio mãe-filho) a que esta população está sujeita⁽⁶⁰⁻⁶³⁾.

O cuidado pré-natal é um fator primordial na diminuição da mortalidade perinatal⁽⁶⁴⁾ que contribui para a melhoria dos resultados da gravidez, ajudando na diminuição das complicações e no número de crianças de baixo peso ao nascer⁽⁶⁵⁾. “No Brasil, em geral, o parto domiciliar está associado com uma baixa freqüência ao atendimento pré-natal e a uma assistência inadequada no momento do nascimento, aumentando os riscos da mortalidade perinatal”. Variáveis demográficas e sócio-econômicas estão associadas com a utilização de serviços de assistência pré-natal⁽⁶⁶⁾.

Bettiol et al.⁽⁶⁷⁾ mostraram que 20,5% dos partos realizados em Ribeirão Preto eram procedentes de outros municípios. Um dos motivos apresentados como causa foi uma maior facilidade de acesso ao atendimento pelo SUS e pelos seguros-saúde, além das gestações de alto risco e ausência de maternidades em algumas pequenas cidades vizinhas. A dificuldade de acesso aos serviços de assistência pré-natal está relacionada com maiores taxas de mortalidade perinatal, através da ausência ou diminuição da assistência pré-natal^(60,68).

No Brasil, os indicadores de saúde materno-infantil como os coeficientes de mortalidade materna e perinatal são, ainda, preocupantes motivando a criação de políticas públicas que enfoquem a melhoria da disponibilidade e do acesso ao atendimento pré-natal⁽⁶⁹⁾.

O Brasil implantou, em 2000, o Programa Nacional de Humanização no Pré-natal e Nascimento, com critérios marcadores de desempenho e incentivo aos municípios que aderissem ao programa^(60,62,69).

Conforme orientação do Ministério da Saúde, a assistência pré-natal deve ter início precoce (preferencialmente no primeiro trimestre de gestação), cobertura universal, ser realizada de forma periódica, estar integrada com ações preventivas e curativas e deve ser observado um número mínimo de 6 consultas por gestação^(70,71). Este número deve ser considerado para uma gestação a termo, em gestantes sem fatores de risco detectados, com intervalo entre as consultas de 4 semanas até a 36ª semana de gestação e com intervalos menores após este período⁽⁷⁰⁾.

Dados da Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar, coordenada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁽⁴⁰⁾ em 1981, já mostravam que 69,5% das mulheres do Estado de São Paulo realizavam o pré-natal com 6 ou mais consultas por gestação.

Cerca de 98% das mortes de mulheres por causas maternas são consideradas evitáveis^(61,65) e as complicações na gravidez e no parto são as principais causas de morte entre as mulheres em período reprodutivo (15-44 anos). Os coeficientes de natimortalidade, mortalidade materna e perinatal do Estado de São Paulo ainda estão bem acima dos valores apresentados

por países desenvolvidos. O Brasil, além de ter índices elevados, apresenta redução lenta desses valores. Em 1998, apresentava taxa de mortalidade perinatal de 65,8 óbitos por mil nascidos vivos^(59,60).

Menezes et al.⁽⁷²⁾ demonstraram que crianças pertencentes a famílias pobres ou com pouca escolaridade apresentavam mortalidade perinatal até três vezes maior do que as de famílias de melhor condição social e maior grau de escolaridade. Mulheres que moravam em lugares e regiões mais pobres tiveram problemas de acesso ao pré-natal⁽⁷³⁾. Verifica-se que as condições sociais aparecem como influenciadoras das necessidades de saúde de mães e crianças e de sua utilização dos serviços de saúde. Neumann et al.⁽⁷⁴⁾ afirmam que “os programas de saúde atingem maiores coberturas nos grupos populacionais que deles menos necessitam”, ou seja, as classes sociais menos favorecidas apresentam desvantagens em relação às mais ricas⁽⁷⁵⁾.

A diminuição dos coeficientes de mortalidade de países desenvolvidos que já apresentam coeficientes baixos como a Noruega, Suécia, Japão e Estados Unidos dá-se devido às condições de saúde e vida satisfatórias e à qualidade de assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido⁽⁵⁹⁾.

Coimbra et al.⁽⁶¹⁾ demonstraram que os mais baixos índices de escolaridade materna, atendimentos em hospitais públicos e menor renda familiar estiveram associados com a inadequação do uso da assistência no município de São Luiz (MA) e afirmaram que os recursos para atenção à saúde desta localidade são distribuídos inversamente às necessidades.

No Brasil, há grande deficiência na coleta de informações sobre estes serviços^(59,65). A maioria dos dados disponíveis analisam a assistência pré-natal apenas quanto ao número de consultas de pré-natal e número de gestantes que realizaram o acompanhamento, existindo a necessidade de uma melhor avaliação da assistência e da utilização dos serviços⁽⁵⁹⁾.

1.4 Inquérito Multicêntrico de Saúde no Estado de São Paulo - ISA - SP

Um Inquérito de Saúde (denominado ISA-SP) foi realizado recentemente (2001-2002) em quatro áreas urbanas do Estado de São Paulo: 1- Região de Itapecerica da Serra, na Grande São Paulo, 2- Distrito do Butantã, no Município de São Paulo, 3- Município de Botucatu e 4- Município de Campinas. Este estudo multicêntrico *, foi elaborado e realizado por pesquisadores da Universidade de São Paulo (USP), Universidade de Campinas (UNICAMP), Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP) e da Secretaria de Estado da Saúde (SES), que utilizaram a mesma metodologia nas quatro localidades a fim de analisar e comparar as condições de vida, a situação de saúde e o uso de serviços de saúde nas populações estudadas. Entre os aspectos levantados neste inquérito foi incluída a saúde materno-infantil, objeto do presente estudo⁽⁷⁶⁾.

O banco de dados criado para o ISA-SP⁽⁷⁶⁾ inclui os dados coletados em cada região. A partir do banco de dados de Botucatu foi possível analisar os dados materno-infantis, de forma detalhada, em relação às características sócio-econômicas, às condições de vida e de uso de serviços de saúde.

* Financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (processo: 98\14099-7) e pela Secretaria de Estado da Saúde – SP.

..... **2 OBJETIVOS**

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Descrever e analisar as condições de vida e saúde dos menores de 1 ano e sua mães, e a utilização dos serviços de assistência materno-infantil, com base no inquérito domiciliar ISA-SP, visando contribuir para o planejamento de saúde local.

2.2 Específicos

1 - Avaliar o atendimento de saúde de mulheres durante a gestação e o parto e de seus filhos menores de 1 ano, o acesso aos serviços de saúde, o financiamento da assistência e a condição sócio-econômica.

2 -Analisar a morbidade referida e a imunização em menores de 1 ano.

3 METODOLOGIA

Foi realizado um estudo epidemiológico de corte transversal por meio de entrevistas domiciliares para análise das condições de vida e de saúde da população, incluindo o uso de serviços de saúde. Trata-se de inquérito domiciliar de base populacional denominado “Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo – ISA-SP”⁽⁷⁶⁾.

3.1 Local

O estudo foi feito em Botucatu, no centro-oeste do Estado de São Paulo, com 108.306 habitantes em 2002, menos de 5%⁽⁷⁶⁾ na área rural. O município tem predomínio do setor terciário de atividades.

Para assistência à saúde contava até 2002 com rede básica de 13 unidades sendo duas em convênio com a Faculdade de Medicina da UNESP. Apresenta ainda o Ambulatório Regional de Especialidades. O município é sede da DIR XI e tem como recursos hospitalares o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP, a Associação Beneficente dos Hospitais Sorocabana (ABS - hospital regional conveniado com a FMB e com a SES para assistência à gestação e ao parto), o Hospital Cantídeo de Moura Campos (hospital psiquiátrico estadual de abrangência regional) e a Misericórdia Botucatuense, atualmente único hospital privado.

3.2 Instrumento de coleta de dados e processo amostral

Para a coleta de dados do ISA-SP⁽⁷⁶⁾ foi utilizado um questionário padronizado (Anexo 1) composto de 19 seções (chamadas de “blocos”), desenvolvido pelos pesquisadores responsáveis por cada área de estudo, contendo questões fechadas e abertas que foram posteriormente codificadas.

O processo amostral foi o mesmo nas quatro áreas estudadas e consistiu essencialmente no agrupamento dos setores censitários utilizados pelo IBGE no Censo de 1996 em três estratos:

- Primeiro estrato: conjunto dos setores censitários com menos de 5% dos chefes de família com nível universitário.
- Segundo estrato: conjunto de setores censitários com 5 a 25% dos chefes de família com nível universitário.
- Terceiro estrato: conjunto de setores censitários com mais de 25% dos chefes de família com nível universitário.

Em cada um dos estratos foram sorteados 10 setores. No conjunto de setores assim obtido foram sorteados domicílios suficientes para que fossem encontradas cerca de 200 pessoas em cada um dos seguintes domínios (grupo etário):

- Menor de 1 ano (ambos os sexos)
- 1-11 anos (ambos os sexos)
- 12-19 anos masculino
- 12-19 anos feminino
- 20-59 anos masculino
- 20-59 anos feminino
- 60 anos e mais masculino
- 60 anos e mais feminino

Em cada área estudada foram visitados mensalmente, durante 12 meses, pelo menos 350 domicílios e em todos eles procurou-se encontrar as crianças menores de 1 ano por se tratar de um grupo etário bastante restrito.

Em Botucatu, de abril de 2001 a abril de 2002, foram efetivamente encontrados 154 crianças menores de 1 ano. A amostra pode ser considerada representativa do grupo etário pois foram examinados todos os domicílios sorteados e pela perda esperada de 20% sobre o número de crianças inicialmente planejado.

3.3 Variáveis

No presente estudo foram analisadas, primordialmente, as informações constantes do bloco materno-infantil, também denominado bloco “S” (Anexos).

Foram estudadas as respostas às questões dos 154 questionários em relação ao bloco materno-infantil referentes à idade da mãe, sua escolaridade, número de consultas de pré-natal, mês de gestação do início do pré-natal, serviço de saúde procurado e gastos com atendimento pré-natal, local de nascimento da criança e caracterização deste serviço, formas de pagamento, tipo de parto, serviço procurado para os cuidados à criança e caracterização do mesmo e formas de pagamento, razões para não procurar o pré-natal e orientação para os primeiros cuidados à criança.

Foram analisadas algumas informações de outros blocos, relacionadas com os menores de 1 ano (Anexo):

Bloco A: relação de moradores dos domicílios sorteados.

Bloco B: folha de controle – dados demográficos (identificação do entrevistado selecionado: idade, sexo, cor/raça (referida) dos menores de 1 ano).

Bloco C: morbidade e acidentes referidos nos últimos 15 dias.

Bloco D: doenças crônicas.

Bloco G: utilização de serviços de saúde.

Bloco I: imunização (da criança e da mãe).

Bloco K: hospitalização.

Bloco P: características da família e bens de consumo.

Bloco Q: características sócio-econômicas do chefe da família: grau de escolaridade, rendimento no último mês e renda *per capita*.

3.4 Processamento e análise dos dados

O banco de dados foi digitado no programa Epi-info versão 6.04⁽⁷⁷⁾ a partir dos questionários da população estudada e dos blocos escolhidos para análise.

Para cada bloco, foi feita uma análise descritiva com o cálculo de freqüências e porcentagens para todas as variáveis consideradas. Foram feitas associações entre algumas das variáveis procurando relacionar as condições de saúde e de assistência recebida pelas mães e seus filhos menores de 1 ano e a utilização do serviço com as condições sócio-econômicas encontradas, utilizando-se o teste de qui-quadrado.

Os dados foram analisados pelo programa estatístico Stata versão 8.0⁽⁷⁸⁾, sendo que a correção das inconsistências se deu pelo próprio banco de dados (por tabelas de frequência simples) e pela consulta aos questionários. O nível de significância adotado para os testes realizados foi de 5% de probabilidade.

3.5 Aspectos éticos

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP e a utilização do banco de dados de Botucatu recebeu a devida autorização do responsável (Anexos).

.....	4 RESULTADOS
-------	---------------------

4 RESULTADOS

4.1 Caracterização sócio-econômica das famílias

Tabela 1 – Caracterização dos chefes de família dos menores de 1 ano, segundo a escolaridade, ISA – SP. Botucatu, 2001-2002.

Grau de escolaridade	Nº	%
primeiro grau	80	52,63
segundo grau	45	29,61
curso técnico	7	4,60
curso superior	17	11,18
Nunca freqüentou	2	1,32
NS/NR	1	0,66
Total	152	100,00

Observa-se que mais da metade dos chefes de família tinha baixa escolaridade, 34,21% tinham 2º grau ou curso técnico e apenas 11,18% tinham curso superior. Entre os chefes de família 18 (11,84%) eram as próprias mães.

Tabela 2 – Caracterização das mães dos menores de 1 ano, segundo a escolaridade, ISA – SP. Botucatu, 2001-2002.

Grau de escolaridade	Nº	%
primeiro grau	77	50,65
segundo grau	47	30,92
Curso técnico	5	3,29
Curso superior	20	13,16
nunca freqüentou	2	1,32
NS/NR	1	0,66
Total	152	100,00

A escolaridade das mães é semelhante à encontrada para os chefes de família. Dois chefes de família e duas mães referiram nunca ter frequentado escola.

Tabela 3 – Renda familiar *per capita* (em salários mínimos) das famílias das crianças menores de 1 ano, ISA – SP. Botucatu, 2001-2002.

Renda <i>per capita</i> – SM*	Nº	%	Freq. Acumulada (%)
nenhuma	4	2,63	2,63
< de ¼ de SM	7	4,60	7,23
¼ a ½ SM	22	14,47	21,70
½ a 1 SM	43	28,29	49,99
1 a 1 ½ SM	16	10,53	60,52
1 ½ a 2 SM	11	7,24	67,76
2 a 3 SM	19	12,50	80,26
3 a 5 SM	11	7,24	87,50
5 e + SM	8	5,26	92,76
sem informação	11	7,24	100,00
Total	152**	100,00	

* SM vigente = R\$ 180,00

** as 2 famílias com gêmeos foram contadas uma única vez.

As 152 famílias, incluídas as das 2 crianças adotadas, totalizaram 719 indivíduos resultando uma média de 4,7 pessoas/família. Segundo o Censo do IBGE de 2000 a média de moradores dos domicílios particulares permanentes de Botucatu foi de 3,4⁽⁷⁹⁾. Observa-se que 50% das famílias tinha renda *per capita* inferior a um salário mínimo e cerca de 68% tinha renda de até 2 salários mínimos. Acima de 2 SM encontravam-se 25% das famílias e apenas 5% tiveram 5 SM e mais de renda familiar *per capita* (tabela 3).

Tabela 4 – Renda familiar *per capita*, segundo a escolaridade do chefe de família dos menores de 1 ano, ISA-SP. Botucatu, 2001-2002.

Renda <i>per capita</i>	Primário	2º grau/técnico	superior	Nunca frequentou	Total
< 1 SM	58	17	-	2	77
1 a 2 SM	11	14	2	-	27
2 SM e +	6	19	14	-	39
Total	75	50	16	2	143

p= 0,000

A associação entre renda familiar *per capita* e escolaridade do chefe da família foi significativa (tabela 4).

Tabela 5 – Renda familiar *per capita*, segundo a escolaridade das mães dos menores de 1 ano, ISA-SP. Botucatu, 2001-2002.

Renda per capita	Primário	2º grau/técnico	superior	Nunca frequentou	Total
< 1 SM	55	19	1	2	77
1 a 2 SM	12	11	4	-	27
2 SM e +	5	18	16	-	39
Total	72	48	21	2	143

p= 0,000

A associação entre renda familiar *per capita* e escolaridade da mãe também foi significativa, conforme a tabela 5.

Tabela 6 - Distribuição dos chefes de família dos menores de 1 ano, segundo ganho (em salários mínimos) no último mês, ISA – SP. Botucatu, 2001-2002.

Ganho em SM*	Nº	%	Frequência acumulada
<1	2	1,31	1,31
1 a 2	25	16,45	17,76
2 a 3	34	22,37	40,13
3 a 5	19	12,50	52,63
5 a 10	27	17,76	70,39
10 a 15	6	3,95	74,34
15 a 20	2	1,32	75,66
20 e +	6	3,95	79,61
sem ganho no mês	26	17,10	96,71
NS/NR	5	3,29	100,00
Total	152	100,00	

* SM vigente = R\$ 180,00

Observa-se (tabela 6) que 40,13% dos chefes receberam até 3 salários mínimos no último mês anterior à entrevista e que 17,10% referiram nenhum ganho.

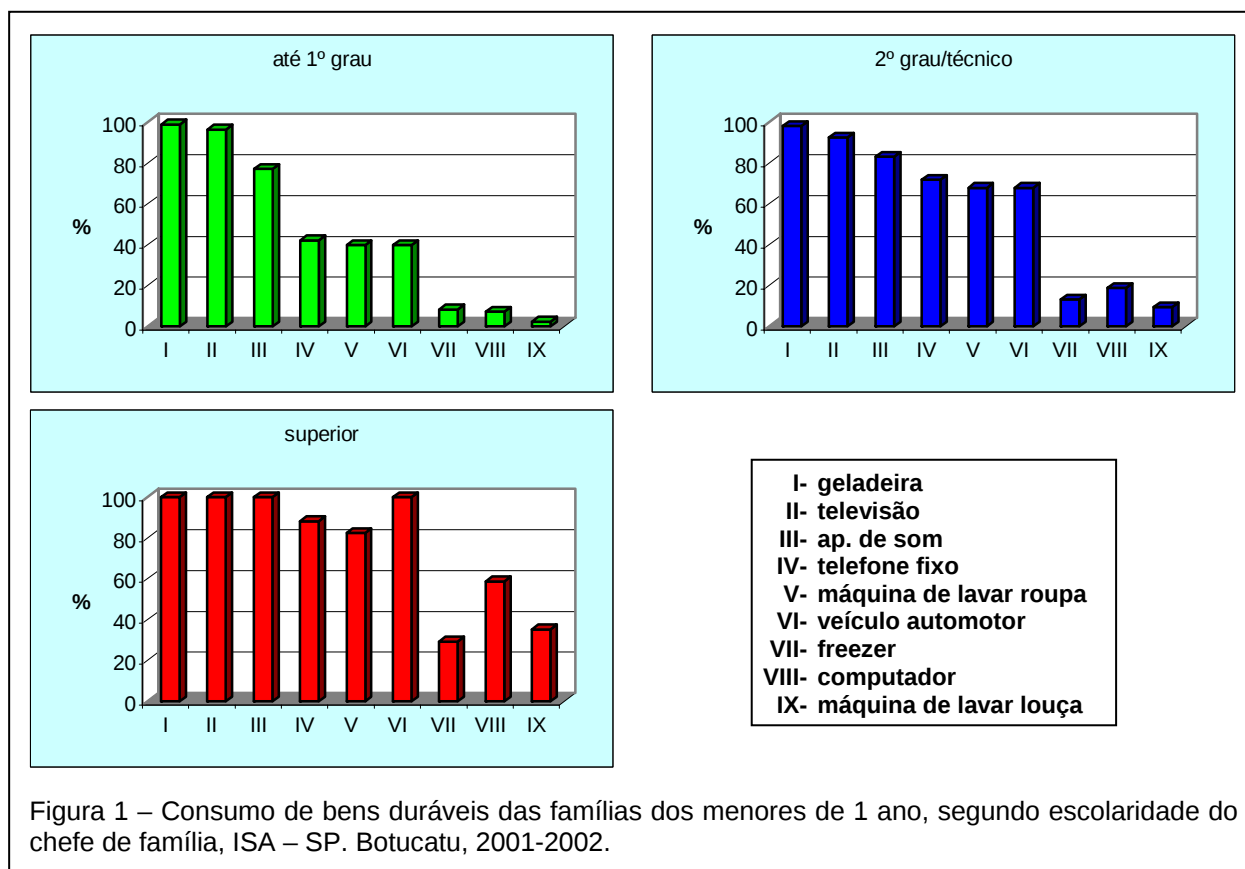
Tabela 7 – Bens de consumo das famílias dos menores de 1 anos, ISA – SP. Botucatu, 2001-2002.

Bens de consumo	Nº	%
Geladeira	150	98,68
Televisão	145	95,39
aparelho de som	125	82,24
telefone fixo	88	57,89
veículo automotor	86	56,58
máquina de lavar roupa	82	53,95
aparelho de vídeo	71	46,71
Microondas	59	38,82
telefone celular	45	29,60
aspirador de pó	40	26,32
Computador	26	17,10
Outro imóveis (não a residência atual)	25	16,45
Freezer	20	13,16
máquina de lavar louça	13	8,55
condicionador de ar	4	2,63

Nº = 152

A tabela 7 mostra o consumo de bens duráveis das famílias das crianças menores de 1 ano. As maiores freqüências corresponderam a: *geladeira, televisão e aparelho de som*. Freqüências intermediárias foram encontradas para: *telefone fixo, máquina de lavar roupa e veículo automotor*. Bens como *freezer, máquina de lavar louça e computador* tiveram as menores freqüências.

Os gráficos da figura 1 mostram a distribuição percentual de 9 bens duráveis segundo a escolaridade dos chefes de família, permitindo observar que os bens de média e menor freqüência, referidos na tabela 7, foram os que diferenciaram as famílias estudadas, com um menor consumo naquelas de baixa escolaridade, que vai crescendo com o aumento do grau de escolaridade dos chefes de famílias.



4.2 Caracterização das mães

Tabela 8 – Idade das mães dos menores de 1 ano no momento da entrevista, ISA – SP. Botucatu, 2001-2002.

Idade materna (anos)	Nº	%
15-19	20	13,33
20-24	49	32,67
25-29	37	24,67
30-34	27	18,00
35-39	14	9,33
40 e mais	3	2,00
Total	150	100,00

A tabela 8 mostra que 75,34% das mães estavam em idade considerada ideal para a gestação, levando-se em consideração a idade na data da entrevista, portanto, deve ser considerada a variação possível de 1 ano a menos por ocasião da gestação.

Pela informação disponível 13,33% foram gestantes adolescentes com idade mínima de 15 anos. As mães consideradas acima da idade ideal para gestação foram 17 (11,33%), sendo que a mais velha tinha 44 anos no momento da entrevista.

Tabela 9 – Acompanhamento pré-natal das mães dos menores de 1 ano, ISA – SP. Botucatu, 2001-2002.

Realizou alguma consulta	Frequência	
	Nº	%
Sim	150	98,68
Não	02	1,32
Total*	152	100,00
Mês de início		
1º mês	45	30,00
2º mês	46	30,67
3º mês	30	20,00
4-6 meses	24	16,00
>7 meses	05	3,33
Total gestantes	150	100,00
Número de consultas		
até 5	20	13,33
6-10	90	60,00
11-15	29	19,33
mais de 15	04	2,67
NS\NR	07	4,67
Total gestantes	150	100,00

* Total: incluídas 2 gravidezes gemelares. Excluídas 2 mães adotivas (sem informação)

O total de 154 crianças, cujas mães ou responsável foram entrevistadas, correspondem a 150 gestantes, sendo que 2 eram adotivas e 2 tiveram gestação gemelar.

Os motivos alegados pelas duas mães que não fizeram o pré-natal foram: “*vergonha*” e “*preferiu garantir o emprego e não faltar para ir às consultas*”.

Observa-se na tabela 9 que 121 gestantes (80,67%) iniciaram o pré-natal no 1º trimestre de gravidez e 29 (19,33%) o fizeram tardiamente, sendo que 5 gestantes (3,33%) iniciaram o pré-natal com 7 meses ou mais de gestação.

Quanto ao número de consultas de pré-natal, 20 gestantes (13,33%) referiram menos de 6 consultas, não havendo informação de outras 7

gestantes (4,67%). Foram 123 (82%) as gestantes que realizaram 6 e mais consultas de pré-natal, conforme recomendado pelo Ministério da Saúde (MS) ⁽⁷⁰⁾.

Tabela 10 – Serviço de saúde utilizado para acompanhamento pré-natal das mães dos menores de 1 ano, ISA – SP. Botucatu, 2001-2002.

Serviços	Frequência	
	Nº	%
UBS	78	52,00
consultório	41	27,34
ambulatório	2	1,33
hospital	29	19,33
Total	150	100,00

UBS – unidades básicas de saúde (pré-natal normal)

Consultório – serviço privado (particular e convênios)

Ambulatório – Ambulatório Regional de Especialidades – DIR XI (realizam alguns exames diagnósticos para pré-natal de médio risco)

Hospital – UNESP (pré-natal de médio e alto risco)

Das mães que realizaram o PN em UBS (78) apenas 3% o fizeram na UBS de referência segundo definição do Sistema Municipal de Saúde (tabela 10).

Tabela 11 – Localidade do serviço de pré-natal das mães dos menores de 1 ano, ISA – SP. Botucatu, 2001-2002.

Localidade	Frequência	
	Nº	%
próprio município	145	96,67
Outro munic. mesma região	2	1,33
Outro munic. SP	2	1,33
Outro estado	1	0,67
Total	150	100,00

Conforme a tabela 11 os serviços utilizados para pré-natal foram predominantemente aqueles localizados no próprio município.

Tabela 12 – Hospital onde foi realizado o parto das mães dos menores de 1 ano, ISA – SP. Botucatu, 2001-2002.

Hospital	Frequência	
	Nº	%
HC – UNESP	41	27,33
ABS	65	43,33
Misericórdia	37	24,67
Outro*	7	4,67
Total	150	100,00

* Outros hospitais fora de Botucatu.

Observa-se que 100% das mães tiveram parto hospitalar, sendo 109 (72,67%) realizados em hospital público e 41 (27,33%) em hospital privado (tabela 12). Não existem informações sobre onde foi feito o parto das duas crianças adotadas.

Tabela 13 – Tipo de parto em relação ao tipo de serviço utilizado pelas mães dos menores de 1 ano, ISA – SP. Botucatu, 2001-2002.

Tipo de parto	Público		Privado		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
cesariano	40	36,70	32	78,05	72	48,00
vaginal	69	63,30	09	21,95	78	52,00
Total	109	100,00	41	100,00	150	100,00

p= 0,0000

Do total de nascimentos, 48% foram por parto cesáreo, sendo a taxa deste tipo de parto de 78% nos hospitais privados e 36% nos públicos (tabela 13). Houve diferença estatisticamente significativa do tipo de parto em relação ao tipo de serviço.

Tabela 14 – Motivos referidos pelas mães de procura dos hospitais para o parto, ISA – SP, 2001-2002.

Motivos	ABS		HC		Misericórdia	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
confiança no hospital	14	18,92	19	31,15	19	29,23
motivos clínicos	2	2,70	17	27,87	-	-
sugestão do serviço de pré-natal	33	44,59	14	22,95	9	13,85
hospital conveniado e/ou particular	1	1,35	-	-	37	56,92
proximidade do domicílio	19	25,68	1	1,64	-	-
falta de infra-estrutura	-	-	1	1,64	-	-
questões financeiras	4	5,41	1	1,64	-	-
pré-natal prévio	-	-	8	13,11	-	-
não sabe porque	1	1,35	-	-	-	-
Total de respostas	74	100,00	61	100,00	65	100,00

Algumas mães referiam mais de 1 motivo de procura ao hospital para o parto. No hospital ABS os motivos mais freqüente foram: *sugestão do serviço de pré-natal, proximidade do domicílio e confiança no hospital*. No HC-UNESP os motivos mais freqüentes foram: *confiança no hospital, motivos clínicos e sugestão do serviço de pré-natal*. No hospital Misericórdia os motivos mais freqüentes foram: *ser hospital particular, confiança no hospital e sugestão do serviço de pré-natal* (tabela 14).

A figura 2 mostra a distribuição percentual dos motivos de procura dos hospitais segundo o número de mães que realizaram o parto em cada serviço: ABS 65 mães, HC 41 mães e Misericórdia 37 mães. As maiores freqüências permaneceram as mesmas e na mesma ordem de quando o denominador foi o total de respostas (tabela 14).

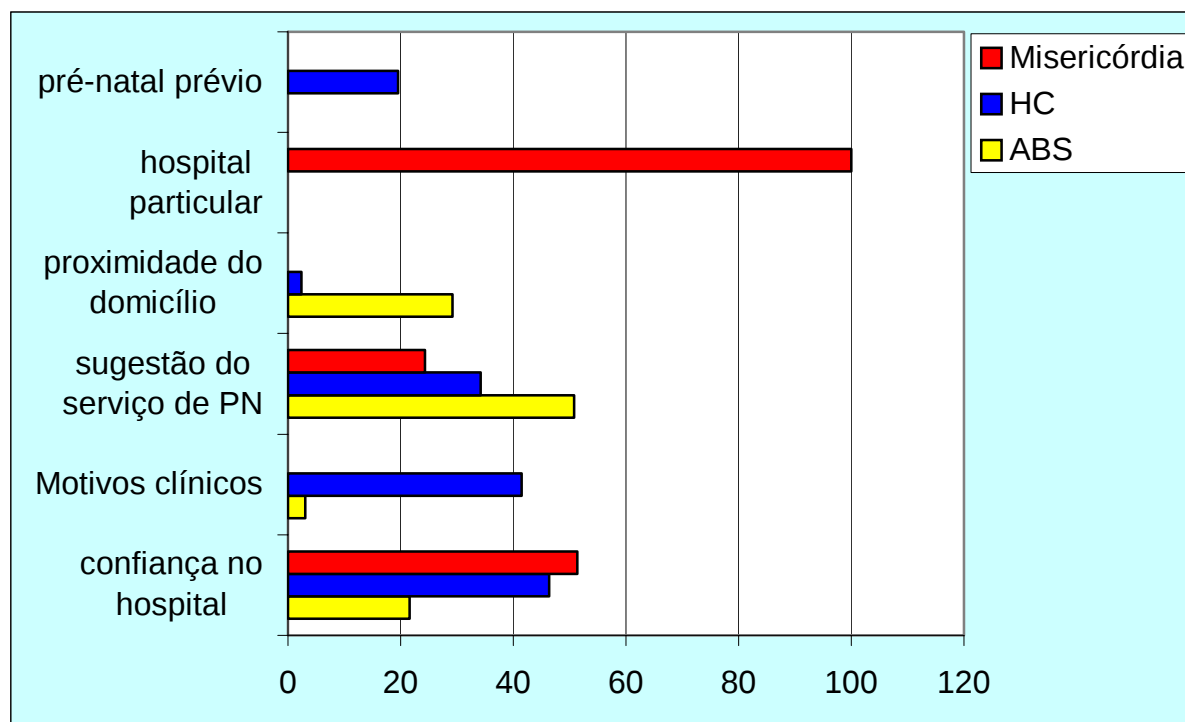


Figura 2 – Motivos de procura do hospital, referidos pelas mães, ISA – SP. Botucatu, 2001-2002.

Tabela 15 – Financiamento dos serviços para pré-natal, parto e orientação dos primeiros cuidados à criança, ISA – SP. Botucatu, 2001-2002.

Forma de pagamento	Financiamento dos serviços			
	Pré-natal		Parto	
	Nº	%	Nº	%
não pagou diretamente	132	88,00	135	90,00
pagou parcialmente	9	6,00	5	3,33
pagou integralmente	9	6,00	10	6,67
Total	150	100,00	150	100,00
Fonte de pagamento				
SUS/ revid.govern.(fed \ est \ mun)	105	70,00	104	69,33
sind./ assoc. categoria	3	2,00	2	1,33
convênio-empresa	21	14,00	23	15,33
plano indiv. de saúde	7	4,67	7	4,67
outro	2	1,33	1	0,67
pagamento integral individual	9	6,00	10	6,67
NS/NR	3	2,00	3	2,00
Total	150	100,00	150	100,00

Apenas 9 gestantes (6%) referiram ter pago integralmente a assistência pré-natal e 132 (88%) referiram não ter pago diretamente. Resultados semelhantes foram observados para o parto (90%). Houve predominância do

não pagamento direto, sendo que o pagamento parcial foi de 6% e 3,33% para pré-natal e parto, respectivamente (tabela 15) .

Quanto à fonte de pagamento, o sistema público (SUS/ previdência governamental) foi responsável por cerca de 70% dos atendimentos de pré-natal e partos. Os convênios-empresa, planos individuais e sindicatos/associações foram responsáveis por 20,67% das consultas de pré-natal e 21,33% dos partos.

Tabela 16 - Vacinação anti-tetânica das mães dos menores de 1 ano, durante a gestação, ISA-SP. Botucatu, 2001-2002.

Vacinação	Frequência	
	Nº	%
já estava imunizada	38	25,34
não foi indicado	9	6,00
não, por outro motivo	5	3,33
recebeu 1 dose	30	20,00
recebeu 2 doses	33	22,00
recebeu 3 doses	16	10,67
recebeu reforço	11	7,33
NS/NR	8	5,33
não quis tomar	-	-
Total	150	100,00

A tabela 16 apresenta os dados com relação à vacinação anti-tetânica das mães das crianças menores de 1 ano, indicando que 60% (90) receberam pelo menos 1 dose desta vacina durante a gestação. As mães que referiram não ter recebido a vacina por já estarem imunizadas foram 38, as que referiram não ter sido indicado foram 9 e 5 referiram não ter sido vacinadas por outros motivos. Mais de 7% tinha o esquema vacinal completo e receberam apenas o reforço conforme o Programa Nacional de Imunização (PNI)⁽⁸⁰⁾ e 32% receberam 2 doses. Algumas gestantes (5%) não sabiam responder se haviam sido vacinadas ou não durante a gestação em questão.

Apenas 1 mãe utilizou serviço privado para sua vacinação e 98,90% delas utilizaram o serviço público. Na maioria dos casos, 83,52%, elas referiram ter utilizado o serviço mais próximo de sua residência.

4.3 Caracterização das crianças

Tabela 17 - Idade dos menores de 1 ano na entrevista, ISA-SP. Botucatu, 2001-2002.

Idade (meses)	Masculino		Feminino	
	Frequência		Frequência	
	Nº	%	Nº	%
<1	7	8,64	9	12,33
1 — 2	7	8,64	8	10,96
2 — 3	9	11,11	8	10,96
3 — 4	5	6,17	3	4,11
4 — 5	11	13,59	3	4,11
5 — 6	7	8,64	2	2,74
6 — 7	4	4,94	7	9,58
7 — 8	1	1,23	5	6,85
8 — 9	9	11,11	9	12,33
9 — 10	4	4,94	9	12,33
10 — 11	8	9,88	2	2,74
11 — 12	9	11,11	8	10,96
Total	81	100,00	73	100,00

Das 154 crianças menores de 1 ano, 81 (52,6%) eram do sexo masculino e 73 (47,4%) do sexo feminino. Observa-se na tabela 17 que todas as faixas etárias entre os menores de 1 ano foram contempladas.

Tabela 18 – Serviço procurado para orientação dos primeiros cuidados à criança, ISA – SP. Botucatu, 2001-2002.

Serviços	Frequência	
	Nº	%
UBS	52	33,77
consultório	28	18,18
hospital	19	12,34
outro	1	0,65
não procuraram	52	33,77
sem informação*	2	1,29
Total	154	100,00

* 2 crianças adotadas

Das 100 mães que referiram ter procurado orientação sobre os primeiros cuidados às crianças, 69% o fizeram em serviço público e 31% em

serviço privado. Das 69 crianças atendidas em serviço público apenas 4 (5,79%) o fizeram na UBS de referência (tabela 18).

Tabela 19 – Motivos da não procura de serviço de saúde para os primeiros cuidados às crianças, ISA – SP. Botucatu, 2001-2002.

Motivos de não procura	Frequência	
	Nº	%
não achou necessário	33	60,00
não sabia quem procurar	8	14,54
não teve tempo	2	3,64
dificuldade de acesso	1	1,82
outros motivos	9	16,36
já tinha consulta agendada	2	
a irmão orientou	1	
o pediatra consultou assim que nasceu	1	
não mandaram ir / o médico não indicou	2	
profissionais do hospital dão orientação pós parto	1	
não teve oportunidade	1	
já tinha aprendidona UBS, antes do parto, a cuidar do bebê	1	
NS / NR	2	3,64
Total de respostas	55	100,00

Algumas mães deram mais de um motivo para a não procura de serviço para orientação de primeiros cuidados à criança (tabela 19). Observa-se que a maioria das mães das 52 crianças que não foram levadas aos serviços não acharam necessário.

Tabela 20 – Idade das crianças na primeira procura de serviços para orientação, ISA – SP. Botucatu, 2001-2002.

Idade (meses)	Frequência		Freq. Acumulada
	Nº	%	
< 1	72	73,47	73,47
1 a 2	20	20,41	93,88
2 a 3	4	4,08	97,96
3 e +	2	2,04	100,00
Total*	98	100,00	

* 2 casos sem informação da idade.

A procura dos serviços públicos para orientação sobre os cuidados às crianças pode ser considerada relativamente precoce em mais de 70% dos

casos, entretanto esta procura foi baixa nos primeiros dias de vida, conforme preconizado pelo MS⁽⁸¹⁾ (tabela 20).

Tabela 21 – Morbidade referida de 15 dias em menores de 1 ano, segundo os capítulos da CID 10, ISA – SP. Botucatu, 2001-2002.

Capítulos da CID 10	Frequência	
	Nº	%
I – Doenças infecciosas e parasitárias	3	4,54
VII – Doenças do olho e anexos	1	1,52
VIII – Doenças do ouvido e da apófise mastóide	2	3,03
X – Doenças do aparelho respiratório	34	51,52
XI – Doenças do aparelho digestivo	3	4,54
XII – Doenças da pele e tecido subcutâneo	2	3,03
XVIII – Sintomas, sinais e achados anormais ...	18	27,27
XIX – Lesões, envenenamentos...	2	3,03
XXI – Fatores que influenciam o estado de saúde...	1	1,52
Total de queixas	66	100,00

Do total de 154 crianças apenas 50 (32,47%) apresentaram algum problema de saúde nos 15 dias anteriores à entrevista (tabela 21). Destas apenas 3 apresentaram um segundo problema (bronquite, pneumonia e constipação, que foram incluídas nos respectivos capítulos) e nenhuma teve 3 problemas.

Do total de 66 episódios mórbidos referidos nos últimos 15 dias anteriores à entrevista, 34 (51,52%) foram codificados no capítulo X da CID-10⁽⁸²⁾ (**Doenças do aparelho respiratório**). Houve 18 episódios de *gripe*, 4 de *pneumonia*, 5 *resfriados* e 3 *faringites*, entre outros.

Dos 18 episódios (27,27%), codificados no capítulo XVIII (**Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificado em outra parte**) 9 foram de *febre*, 2 de *dor de garganta* e 2 de *náusea/vômito*. Os demais, com frequência de 1 caso, foram: *epistaxe*, *dor abdominal não especificada*, *alteração da pele não especificada*, *tosse* e *sonolência*.

Os 3 episódios do capítulo I (**algumas doenças infecciosas e parasitárias**) referem-se a 2 episódios de *diarréia presumivelmente infecciosa* e 1 episódio de *varicela sem complicações*.

O episódio do Capítulo VII (**Doenças do olho e anexos**) foi conjuntivite. Os 2 episódios do Capítulo VIII (**Doenças do ouvido e da apófise mastoide**) foram: *otalgia*.

Os 3 episódios do Capítulo XI (**Doenças do aparelho digestivo**) foram: *estomatite, refluxo gastro-esofágico e constipação*.

Os 2 episódios do Capítulo XIX (**Lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas**) foram: *alergia não especificada e choque anafilático ao soro*.

Das 50 crianças que tiveram episódios mórbidos, 38 (76%) foram levadas e atendidas em serviços de saúde, sendo: 8 (21,05%) em consultório, 8 em hospital, 9 (23,68%) em Pronto Socorro e 13 (34,21%) em Unidade Básica de Saúde. Destes 38 atendimentos, 29 (76,32%) foram por serviço público e 9 (23,68%) foram por serviço privado. Apenas 5 referiram terem pago parcialmente pelo atendimento e 33 não pagaram.

Foi referido apenas 1 acidente/violência nos últimos 15 dias: 1 entorse do joelho, que foi atendido por médico em consultório particular, sendo o pagamento por plano individual de saúde.

Em relação às Doenças Crônicas houve 28 (18,18%) referências a **Alergia**, 6 (3,90%) a **Anemia**, 2 (1,30%) referências a **Depressão/ ansiedade/ problemas emocionais** e 1 (0,65%) referência a **doença de pele**.

O serviço odontológico foi procurado por 8 (5,19%) mães para atendimento à seus filhos menores de 1 ano, sendo que 5 (62,50%) em consultório particular e 3 (37,50%) em UBS.

Tabela 22 - *Outros motivos* referidos para uso de serviços de saúde dos menores de 1 ano, ISA-SP. Botucatu, 2001-2002.

Motivo	Frequência	
	Nº	%
vacinação	24	42,86
exame de rotina	17	30,36
outros	9	16,07
puericultura	6	10,71
Total	56	100,00

Das 154 crianças, 53 foram levadas a serviços de saúde por motivos não referidos pelas mães, anteriormente. Entre *outros motivos* as mães referiram: resfriado, buscar medicamento na UBS, consulta/retorno pediátrico, teste do pezinho, antropometria e encaminhamento de UBS para serviço de nível secundário (tabela 22).

Tabela 23 - Serviço procurado por *outros motivos* para os menores de 1 ano, ISA-SP. Botucatu, 2001-2002.

Serviço	Frequência	
	Nº	%
consultório particular	8	15,09
hospital	3	5,66
UBS	42	79,25
Total	53	100,00

Os serviços procurados foram em 79,25% dos casos a UBS, e em 15,09% o consultório particular. Hospital e ambulatório foram procurados em apenas 1 e 2 casos, respectivamente.

Tabela 24 - Financiamento dos serviços para atendimento odontológico e outros usos de serviço de saúde dos menores de 1 ano, ISA-SP. Botucatu, 2001-2002.

Forma de pagamento	Financiamento dos serviços		
	1 ^{os} cuidados	Atend. Odontológico	Outros motivos
	Nº	Nº	Nº
não pagou diretamente	94	6	47
pagou parcialmente	4	1	3
pagou integralmente	2	1	2
Total	100	8	52
Fonte de pagamento			
SUS	68	3	41
convênio	19	1	3
plano individual de saúde	8	1	2
outro	3	2	1
pagamento integral individual	2	1	2
NS/NR	-	-	3
Total	100	8	52

Em quase 100% dos casos as famílias dos menores de 1 ano não pagaram diretamente pelo atendimento nos três tipos de serviços citados na

tabela 24. A fonte de pagamento foi o SUS em 68% e 78,84% dos casos para primeiros cuidados e outros motivos, respectivamente. Para o atendimento odontológico o SUS foi responsável por quase metade dos pagamentos.

Tabela 25 - Motivos de hospitalização referidos pelas mães dos menores de 1 ano para a 1ª hospitalização, ISA-SP. Botucatu, 2001-2002.

Capítulos da CID 10	Frequência	
	Nº	%
I – Doenças infecciosas e parasitárias	1	3,45
IV- Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	1	3,45
VI – Doenças do sistema nervoso	1	3,45
X – Doenças do aparelho respiratório	5	17,24
XI – Doenças do aparelho digestivo	2	6,89
XVI – Afecções originadas no período perinatal	8	27,59
XVII- Malformações congênitas, deformidades e ...	2	6,89
XVIII – Sintomas, sinais e achados anormais ...	4	13,79
XIX – Lesões, envenenamentos...	3	10,34
XX- Causas externas de morbidade e mortalidade	1	3,45
XXI – Fatores que influenciam o estado de saúde...	1	3,45
Total	29	100,00

Das 154 crianças 14,93% (23) estiveram internadas pelo menos uma vez (tabela 25) nos últimos 12 meses, sendo que uma delas esteve internada 2 vezes e uma 3 vezes. Os motivos para a 2ª hospitalização foram 1 caso do capítulo X e 1 do capítulo XVII e para a 3ª internação foi 1 caso do capítulo IV.

Considerando a 1ª internação, apenas 6 casos ocorreram em serviço privado e 17 casos em serviço público. Das 23 crianças internadas 12 eram do sexo masculino e 11 do sexo feminino. Algumas mães referiram mais de 1 motivo para a mesma internação de seus filhos. Os motivos de internação foram agrupados de acordo com os Capítulos da CID X⁽⁸²⁾.

Entre os casos de 1ª internação houve apenas uma citação para cada um dos Capítulos I (***algumas doenças infecciosas e parasitárias***), IV (***doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas***) e VI (***doenças do sistema nervoso***), sendo 1 caso de *doença infecciosa não especificada*, 1 caso de *desidratação* e 1 caso de *meningite não especificada*, respectivamente.

No Capítulo X onde são encontradas as **doenças do aparelho respiratório** foram referidos 5 casos de *pneumonia*, sendo esta, a doença de maior frequência encontrada entre as crianças internadas.

Os episódios do Capítulo XI (**doenças do aparelho digestivo**) foram 1 caso de *doença de estômago e do duodeno* e 1 caso de *hérnia abdominal*.

O Capítulo XVI (**algumas afecções originadas no período peri-natal**) teve 8 casos sendo 3 de *prematuridade*, 2 de *convulsões do recém nascido*, 1 de *imaturidade pulmonar*, 1 de *isoimunização ABO do feto e do recém nascido* e 1 de *doença hemolítica*. Este foi o capítulo que apresentou maior frequência de motivos de internação.

Os 2 episódios do Capítulo XVII (**malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas**) referem-se a *doença de Hirschsprung* e *atresia e estenose do ureter*.

Das referências do Capítulo XVIII (**sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte**) 2 casos eram de *icterícia não especificada*, 1 de *febre não especificada* e 1 de *náuseas e vômitos*.

Do Capítulo XIX (**lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas**) foram constatados 3 casos: *corpo estranho no trato respiratório*, *outras reações à soro* e *outras reações à intolerância alimentar*.

Os Capítulos XX (**causas externas de morbidade e de mortalidade**) e XXI (**fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde**) apresentaram apenas 1 caso cada: *inalação do conteúdo gástrico* e *cuidado médico não especificado*, respectivamente.

Duas crianças apresentaram 2 episódios de internação e os motivos do 2º episódio foram: 1 caso de *pneumonia* e 1 caso de *doença de Hirschsprung*. Apenas 1 criança apresentou 3 episódios de internação, tendo como motivo para o 3º episódio: *desidratação*.

Tabela 26 - Idade dos menores de 1 ano na primeira hospitalização, ISA-SP. Botucatu, 2001-2002.

Idade (meses)	Frequência	
	Nº	%
<1	15	65,21
1 — 2	4	17,40
2 — 3	1	4,35
3 — 4	-	-
4 — 5	-	-
5 — 6	-	-
6 — 7	2	8,69
7 — 8	-	-
8 — 9	-	-
9 — 10	1	4,35
10 — 11	-	-
11 — 12	-	-
Total	23	100,00

O tempo de internação variou de 1 a 60 noites, com uma baixa frequência de crianças em cada tempo. Observa-se (tabela 26), que 65% das internações ocorreram no 1º mês de vida das crianças.

Tabela 27- Tipo de procedimento realizado nas hospitalizações dos menores de 1 ano, segundo o tipo de serviço, ISA-SP. Botucatu, 2001-2002.

Tipo de serviço	Procedimento				Total
	Cirurgia	Exames	Trat. clínico	Outros	
público	2	10	12	3	27
privado	2	3	5	2	12
Total	4	13	17	5	39

Em 73% dos casos a internação foi no serviço público e este foi responsável por aproximadamente 77% dos exames.

Tabela 28 – Situação vacinal dos menores de 1 ano, segundo o tipo de vacina, ISA – SP. Botucatu, 2001-2002.

Vacina	em atraso		em dia		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
BCG	8	5,19	146	94,81	154	100,00
Hepatite B	14	9,09	140	90,91	154	100,00
Sabin	11	7,14	143	92,86	154	100,00
DTP	13	8,44	141	91,56	154	100,00
Hib	17	11,04	137	88,96	154	100,00
Sarampo	5	3,25	149	96,75	154	100,00

Observa-se que o número de crianças com vacinação em dia para a idade por ocasião da entrevista, foi satisfatória (tabela 28).

Tabela 29 - Tipo de serviço procurado para vacinação do menor de 1 ano, ISA-SP. Botucatu, 2001-2002.

Tipo de serviço	1º serviço		2º serviço	
	Nº	%	Nº	%
público	136	96,45	9	81,82
privado	5	3,55	2	18,18
Total	141	100,00	11	100,00
Proximidade da residência				
sim	118	83,69	8	72,73
não	23	16,31	3	27,27
Total	141	100,00	11	100,00

O serviço público foi utilizado em quase todos os casos (tabela 29) e mais de 80% das mães referiram ter procurado o serviço mais próximo de sua residência.

Tabela 30 – Escolaridade das mães dos menores de 1 ano, segundo variáveis relacionadas com o pré-natal (PN), o parto e os primeiros cuidados às crianças, ISA-SP. Botucatu, 2001-2002.

Variáveis	Escolaridade			Total
	Até 1º grau	2º grau/técnico	Superior	
mês de início de PN				
até 2 meses	41	36	14	19
3 mese e +	36	17	6	59
Total (p=0,159)	77	53	20	150
Nº de consultas de PN				
Até 5	17	3	-	20
6 e +	56	47	20	123
Total (p=0,004)*	73	50	20	143
Serviço de PN				
público	69	27	7	103
Privado	8	23	13	44
Total (p=0,000)*	77	50	20	147
Tipo de parto				
Vagina	50	20	9	79
Cesariana	29	33	11	73
Total (p=0,013)*	79	53	20	152
Tipo de hospital				
Público	68	32	8	108
Privado	9	19	12	40
Total (p=0,000)*	77	51	20	148
Procura de serviço para cuidados à criança				
Sim	50	35	15	100
Não	29	18	6	53
Total (p=0,778)	79	53	21	153
Tipo de serviço procurado p/ criança				
Público	43	19	5	67
Privado	6	16	10	32
Total (p=0,000)*	49	35	15	99
Situação vacinal da criança				
em dia/idade	61	36	17	114
em atraso	15	15	4	34
Total (p=0,401)	76	51	21	148

* estatisticamente significante

A tabela 30 mostra que, considerando os dados disponíveis para cruzamentos, houve relação estatisticamente significativa da escolaridade da mãe com o número de consultas de pré-natal, os serviços procurados para o pré-natal, parto e para orientação quanto aos primeiros cuidados à

criança. O número de consultas de pré-natal foi maior entre as mães de melhor escolaridade e o uso de serviço público foi maior entre as mães com menor instrução. Quanto ao tipo, o parto cesareano foi mais freqüente entre as mães com maior escolaridade e o parto vaginal entre as de menor escolaridade.

Não houve significância estatística da escolaridade da mãe quanto ao início precoce ou mais tardio do pré-natal, quanto à procura ou não de serviços para orientação sobre os primeiros cuidados à criança e quanto à situação em dia ou em atraso da vacinação dos filhos, sugerindo a influência de fatores outros para tais comportamentos.

Tabela 31 – Renda *per capita* (em salários mínimos) das famílias dos menores de 1 ano, segundo variáveis relacionadas com o tipo de serviço procurado, ISA-SP. Botucatu, 2001-2002.

ISA-CPT: Datasdata, 2001-2002.				
Variáveis	Renda familiar <i>per capita</i>			
	< 1 SM	1 a 2 SM	2 SM e +	Total
Tipo de serviço para PN				
público	68	17	13	98
privado	7	9	24	40
Total (p=0,000)*	75	26	37	138
Tipo de serviço para parto				
público	69	18	15	102
privado	7	9	23	39
Total (p=0,000)*	76	27	38	141
Tipo de serviço p/ criança				
público	41	13	9	63
privado	4	7	20	31
Total (p=0,000)*	45	20	29	94

* estatisticamente significante

A tabela 31 mostra que a associação da renda *per capita* e o tipo de serviço procurado para o pré-natal, o parto e a orientação dos primeiros cuidados à criança, foi estatisticamente significante. O serviço público foi mais procurado do que o privado pelas mães cuja renda familiar *per capita* era menor, ocorrendo o inverso com as mães de maior renda.

5 DISCUSSÃO

5.1 Caracterização sócio-econômica das famílias

O tamanho médio das famílias residentes no interior paulista foi de 3,5 pessoas em 1998, segundo dados da Fundação SEADE⁽⁵⁶⁾. O IBGE⁽⁷⁹⁾, no Censo Demográfico de 2000, encontrou uma média de 3,4 pessoas por domicílios privados no município de Botucatu. A média encontrada no presente estudo foi de 4,7 pessoas/família, superior a da mesma região, 3 anos antes e do município de Botucatu em 2000.

A escolaridade dos chefes de família e das mães das crianças menores de 1 ano foi semelhante e observa-se que mais da metade tinha baixa escolaridade. Considerando-se até 7 anos de estudo encontramos 44% dos chefes de família e 40% das mães. Para nível superior completo encontramos 8,55% para os chefes de família e 10,45% para as mães. A Fundação SEADE⁽⁵⁶⁾ encontrou 51,8% da população com 1º grau incompleto para o estado de São Paulo em 1998 e 13,5% com nível superior completo. Em Botucatu, encontrou-se 49,5% dos chefes de família com até 7 anos de estudo para a população geral no mesmo período⁽⁷⁶⁾.

A escolaridade da mãe mostrou-se estatisticamente significativa com relação ao tipo de serviços (público ou privado) procurados para pré-natal, parto e primeiros cuidados à criança e, ainda, quanto ao número de consultas de pré-natal e tipo de parto. As mães de menor escolaridade utilizaram mais o serviço público. Cesar et al.⁽⁷⁶⁾ encontraram associação estatisticamente significativa entre a escolaridade dos chefes de família e o tipo de serviço utilizado para os três motivos já citados, isto é, os chefes de maior escolaridade utilizavam mais o serviço privado e os de menor escolaridade utilizavam mais o serviço público. Menor número de consultas de pré-natal e parto vaginal estiveram associados à menor escolaridade da mãe, dados também encontrados pela Fundação SEADE⁽⁸³⁾.

Quanto à renda das famílias estudadas, 67,76% delas apresentaram até 2 salários mínimos (SM) de renda *per capita* e 21,70% apresentaram até 0,5. Isto mostra que a proporção de pobres da população pesquisada está acima da encontrada para o estado de São Paulo que é de 14%⁽⁸⁴⁾.

Dados da Fundação SEADE⁽⁵⁶⁾ de 1998 mostram que a região central do estado de São Paulo, onde está situado o município de Botucatu, apresentava 7,7% de famílias com até 0,5 SM de renda *per capita* e 50,5 % com até 2 SM.

Em estudo realizado na cidade de Feira de Santana, BA, em 2001, Vieira et al.⁽⁸⁵⁾, encontraram 49,6% de mães de crianças menores de 1 ano com renda familiar total de 1 a 2 SM.

Relacionando-se a renda *per capita* com a escolaridade do chefe de família e das mães dos menores de 1 ano obtemos uma associação estatisticamente significativa, sendo que a renda *per capita* aumenta com o aumento da escolaridade.

Houve associação estatisticamente significativa entre renda *per capita* e o tipo de serviço procurado para o pré-natal, parto e primeiros cuidados à criança. As mães de menor renda familiar *per capita* utilizaram mais o serviço público e aquelas com maior renda utilizaram mais o serviço privado.

Cesar et al.⁽⁷⁶⁾ em inquérito de base populacional (ISA-SP), encontraram, para Botucatu, que 72,00% dos chefes de família eram do sexo masculino e 28% feminino, para a população geral do município. Encontramos 20,78% dos chefes das famílias do sexo feminino, sendo 11,84% as próprias mães.

Os bens de consumo duráveis das famílias estudadas também discriminam os grupos sociais quando observados segundo a escolaridade. Fica clara a relação entre o poder aquisitivo e escolaridade: os bens de consumo de menor frequência nas famílias com chefes de baixa escolaridade crescem conforme aumenta o grau de escolaridade. O mesmo resultado foi encontrado por Cesar et al.⁽⁷⁶⁾ no ISA-SP para o total da amostra do município de Botucatu.

5.2 Caracterização das mães

A idade das mães dos menores de 1 ano variou de 15 a 44 anos no momento da entrevista. As gestantes adolescentes foram no mínimo 13,33%, levando em consideração que dispomos apenas da idade na entrevista. Segundo dados do IDB⁽⁸⁴⁾, os nascidos vivos de mães de 15 a 19 anos foram 18,5% em 2001 para o estado de São Paulo.

Das mães que realizaram o pré-natal (apenas 2 não o fizeram) 80,67% referiram seu início até o 3º mês de gestação de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde⁽⁷⁰⁾. Basseto⁽⁸⁶⁾ encontrou 82,2% de mães que iniciaram o pré-natal até o terceiro mês em Botucatu entre 1997 e 1998, bem como Neumann et al.⁽⁷⁴⁾ encontraram 83,2% em Criciúma, SC, em 1996.

Quanto ao número de consultas realizadas durante a gestação observamos que 82% das gestantes referiram 6 ou mais consultas de pré-natal também conforme recomendação do Ministério da Saúde⁽⁷⁰⁾.

Em trabalho realizado em Criciúma⁽⁷⁴⁾ e Embu⁽⁶²⁾, 77,6% e 66,7% das gestantes apresentaram 6 ou mais consultas de pré-natal, respectivamente. Na região sudeste em 2001, 64% das gestantes realizaram 7 ou mais consultas⁽⁸⁴⁾. No estado de São Paulo no mesmo ano, 54,4% das gestantes tiveram 7 consultas ou mais de pré-natal⁽⁸³⁾. As mães entrevistadas no presente estudo apresentaram número de consultas de pré-natal satisfatório em relação às outras localidades.

Verifica-se relação estatisticamente significativa entre a escolaridade das mães e o número de consultas de pré-natal. As mães de maior escolaridade apresentaram maior número de consultas.

Outro item analisado foi a vacinação antitetânica em gestantes, também recomendada pelo Ministério da Saúde⁽⁷⁰⁾. Observa-se, que aproximadamente, 1\4 das gestantes referiram vacinação prévia contra a doença.

Considerando as gestantes já imunizadas, as que receberam pelo menos 2 doses, conforme recomendação do MS⁽⁷⁰⁾ e as que necessitaram somente de reforço, 65,32% das gestantes estava devidamente vacinada contra o tétano, podendo esta taxa ser ainda maior no caso das 30 gestantes (20,0%) que tomaram 1 dose estarem se referindo à dose de reforço.

Os resultados de cobertura vacinal antitetânica em gestantes, encontrados na literatura, apresentaram variações importantes.

Leal et al.⁽⁸⁷⁾, em estudo realizado no município do Rio de Janeiro-RJ referiram ter encontrado índice de 76,6% de gestantes que haviam sido vacinadas e Coutinho et al.⁽⁶⁹⁾, em Juiz de Fora-MG, encontraram taxa de 42,2%. Dias-da-Costa et al.⁽⁸⁸⁾ encontraram taxa de 80% de gestantes com vacinas atualizadas.

Apenas 1 gestante vacinou-se em serviço privado. Entre as que utilizaram o serviço público, 83,52% referiram ter utilizado o serviço mais próximo de sua residência.

Todos os partos foram hospitalares, sendo em 48% dos casos parto cesáreo e em 52% parto vaginal. A Organização Mundial de Saúde⁽⁸⁹⁾ recomenda como taxa de parto cesáreo aceitável apenas 15%. No serviço privado a taxa de parto cesáreo foi de 78% e no serviço público 36%. Neste último percentual estão incluídas as gestações de alto risco atendidas na Maternidade do Hospital das Clínicas da UNESP de Botucatu.

As taxas médias de parto cesáreo referidas para o Brasil são estimadas em 27,55 para o SUS e 79,7% para o setor suplementar⁽⁹⁰⁾. A Fundação SEADE⁽⁸³⁾ constatou que 49,2% dos nascimentos no estado de São Paulo em 2001 foram por parto cesáreo.

No município do Rio de Janeiro-RJ a média de partos cesáreos foi de 49,4%⁽⁸⁷⁾. Puccini et al.⁽⁶²⁾ referiram 32,5% em Embu-SP, sendo mais frequentes no serviço privado (63,2%).

Observa-se relação estatisticamente significativa da escolaridade da mãe com o tipo de parto: as mães de maior escolaridade apresentaram maior freqüência de parto cesáreo. Com relação ao parto cesáreo o

mesmo foi encontrado por Yazlle et al.⁽⁹¹⁾ em estudo no município de Ribeirão Preto referindo uma variação nas taxas de tipo de parto segundo o nível social das mulheres, encontrando um *“gradiente crescente de cesáreas à medida que se eleva o nível social das pacientes”*.

Segundo o IDB⁽⁸⁴⁾ o estado de São Paulo apresentou taxa de 50% de partos cesáreos sendo a proporção SUS de 32%.

Com relação ao tipo de serviço utilizado e fonte de pagamento para o pré-natal, predominou o serviço público com 70% dos casos tendo como fonte de pagamento o SUS. Os convênios (empresa/sindicato) vieram em seguida com 16% dos casos, 6% pagaram integralmente o atendimento e 4,67% tinham plano individual de saúde.

Puccini et al.⁽⁶²⁾ referiram que 29% das gestantes em Embu - SP tinham acesso a plano de saúde. Neumann et al.⁽⁷⁴⁾ mostram que em Criciúma - SP houve maior participação do SUS no atendimento pré-natal, com mais de 70%, seguido de atendimento particular e convênio.

O parto das mães das crianças foi realizado em aproximadamente 70% dos casos em hospital público, financiados pelo SUS. Os convênios (empresa/sindicato), pagamento integral e plano individual de saúde mantiveram, também, praticamente as mesmas taxas apresentadas para o pré-natal.

Em ambos os serviços (pré-natal e parto) houve o predomínio do “não pagamento” direto em torno de 90% dos casos.

Quanto à utilização do serviço de pré-natal no setor público, apenas 32% das mães o fizeram no serviço de referência. Nas unidades básicas de saúde somente 3% das mães utilizaram o serviço preconizado. Constata-se que as mães não observaram as áreas de referência da Rede Básica para utilização de serviços de saúde, estabelecidas pelo sistema municipal de saúde.

Santos et al.⁽⁹²⁾, em estudo realizado em Pelotas-RS mostraram que 47,8% das mães entrevistadas referiram ter realizado o pré-natal no posto de saúde mais próximo de sua casa (teoricamente o serviço de referência para seu atendimento PN), sendo que 50% realizaram o pré-natal em UBS.

Das gestantes que receberam a vacina antitetânica no pré-natal, apenas 1 o fez em serviço privado. Nos demais casos o serviço utilizado foi o público e em 83,52% das vezes elas referiram ter utilizado o serviço mais próximo de sua residência.

Observa-se que apesar do serviço público ter sido utilizado para acompanhamento pré-natal e parto em 70% dos casos, a vacinação antitetânica durante a gestação ocorreu em 98,90% dos casos no serviço público.

5.3 Caracterização das crianças

Da amostra de 154 crianças menores de 1 ano estudadas, 52,6% eram do sexo masculino e 47,4% do sexo feminino, contemplando todas as faixas etárias (em meses).

Do total de mães apenas 66,66% referiram ter procurado serviço de saúde para algum tipo de orientação sobre primeiros cuidados à criança independentemente desta estar doente. Na sua maioria (70,0%) a procura foi pelo serviço público, sendo que destas apenas 5,70% procuraram a UBS de referência para a sua residência segundo estabelecido pelo sistema municipal de saúde. Observa-se que a utilização de serviços públicos de saúde tanto para a mãe quanto para a criança não ocorre no local indicado pelo sistema municipal, mostrando que a população apresenta um parâmetro de escolha dos serviços diferente do estabelecido pelo Sistema Local de Saúde.

Um fato preocupante, é que 60% das mães não procuraram orientação referindo não ter achado necessário e mais 14 % não sabiam quem procurar. Em 73,47% dos casos de procura de serviço para primeiros cuidados à criança, aconteceram em menos de 1 mês de vida e em 20% já com 1 mês completo de vida.

Conforme recomendação do MS⁽⁸¹⁾ a primeira procura de serviços de saúde para primeiros cuidados à criança deve acontecer ainda na 1ª

semana de vida, quando ocorrem problemas relacionados à amamentação, coto umbilical, entre outros cuidados.

Das crianças que foram levadas ao serviço de saúde no 1º mês de vida para orientação, 29,17% foram em até 7 dias, 11,11% de 8 a 14 dias, 58,33% de 15 a 21 dias e apenas 1,39% acima de 21 dias.

Observa-se, portanto, que das 154 crianças, apenas 21 (13,63%) foram levadas em tempo oportuno ao serviço de saúde conforme recomendação do Ministério da Saúde.

Muitas mães referiram não ter levado seus filhos ao serviço para orientação de primeiros cuidados, entretanto o fizeram para iniciar a vacinação da criança e realização do teste do pezinho conforme consta em algumas cadernetas de vacinação e, também, para exames de rotina conforme as respostas dadas no questionário sobre *outros motivos* de uso de serviços de saúde.

Percebe-se, então, que talvez, algumas mães interpretem como procura de serviços para primeiros cuidados à criança, a consulta médica agendada, desconsiderando como primeiros cuidados a vacinação, o teste do pezinho, e, provavelmente alguns outros tipos de cuidados e orientações recebidas no serviço.

Levanta-se, também, a hipótese da influência da alta taxa de parto cesáreo na procura relativamente tardia (em relação ao parâmetro do Ministério da Saúde) de serviços de saúde para orientação de primeiros cuidados ao bebê, já que o tempo de internação da mãe é maior em relação ao parto vaginal e a recuperação materna mais lenta.

Com relação à morbidade referida para os 15 dias anteriores à entrevista, os episódios mais freqüentes foram as doenças do aparelho respiratório (51,52%) seguidos dos sintomas e sinais mal definidos (27,27%).

Os achados referidos na literatura também mostram a presença de doenças do aparelho respiratório sempre com maior freqüência em relação às outras, quando se estuda morbidade referida, independente da faixa etária.

Cesar et al.⁽⁷⁶⁾ em inquérito de base populacional, encontraram como maior frequência 35,6% de doenças do aparelho respiratório seguido de 29,4% de sintomas e sinais mal definidos para morbidade referida de 15 dias independente do sexo e da faixa etária.

Lebrão et al.⁽²⁸⁾ em inquérito de saúde de base populacional realizado em Botucatu, também encontraram nos episódios mórbidos referidos, as doenças do aparelho respiratório representando 20,8% do total de queixas, seguidos de 19% de sintomas e sinais mal definidos, para a população geral. O mesmo foi observado quando as autoras estudaram o menor de 1 ano.

Das 50 crianças que apresentaram algum episódio mórbido, 38 (76,0%) foram levadas para atendimento em serviços de saúde, sendo que 76,32% destas utilizaram serviço público e 23,68% serviço privado. Houve pagamento pelo atendimento em apenas 5 casos e em 33 não houve pagamento direto pelo atendimento.

A situação vacinal das crianças foi “*em dia para a idade*” no dia da entrevista em mais de 90% dos casos para todas as vacinas do Programa Nacional de Imunização⁽⁸⁰⁾, exceto para a vacina Hib (*haemophilus influenzae* do tipo b) que foi realizada em 89% das crianças. O serviço público foi utilizado em quase 100% dos casos e em 83,69% as mães referiram ter utilizado o serviço mais próximo de sua residência.

A forma de pagamento predominante para os serviços de cuidados à criança (primeiros cuidados, atendimento odontológico, outros motivos e vacinação) foi o não pagamento direto e como fonte de pagamento, o SUS. As demais formas de pagamento e fontes de financiamento para estes serviços apresentaram frequências muito baixas. Observou-se, entre os serviços de cuidados à mãe e à criança aqui analisados, o predomínio pelo uso do serviço público financiado pelo SUS, o mesmo encontrado em região metropolitana do estado de São Paulo⁽⁹³⁾.

Nos 12 meses anteriores à entrevista 23 crianças sofreram pelo menos 1 episódio de hospitalização, sendo 12 do sexo masculino e 11 do sexo feminino. Algumas mães referiram mais de um motivo para a mesma

internação. Em 73,91% dos casos as internações ocorreram em serviço público.

Quanto à primeira hospitalização as afecções originadas no período perinatal foram as mais frequentes com 27,59% dos casos, seguidas das doenças do aparelho respiratório com 17,24%, sinais e sintomas mal definidos com 13,79% e lesões e envenenamento com 10,34%. Os demais motivos apareceram com baixa frequência.

A maior proporção de internações hospitalares SUS por grupos de causas, independente da faixa etária e sexo é de 12,2% e 15,5% por doenças do aparelho respiratório para o estado de São Paulo e para o Brasil, respectivamente.

Encontrou-se no presente estudo taxa elevada de hospitalização por doenças do aparelho respiratório nos menores de 1 ano, considerando ser este um grupo etário restrito e de maior vulnerabilidade.

Quanto à idade das crianças na primeira hospitalização, houve um predomínio dos menores de 1 mês (65,21%), seguidos das crianças com 1 mês completo de vida (17,40%). Das 15 crianças menores de 1 mês 8 eram do sexo masculino e 7 do sexo feminino. A alta taxa de hospitalizações para as crianças menores de 1 mês é preocupante e condizente com a alta taxa de hospitalizações por afecções originadas no período perinatal que foram as de maior frequência.

6 CONCLUSÃO

As famílias das crianças menores de 1 ano apresentaram características que apontam para a existência de desigualdade social por serem mais numerosas, pela baixa escolaridade predominante entre os chefes de família e as mães, pela renda familiar *per capita* baixa, pelo menor acesso aos bens de consumo mais modernos e caros.

A média de pessoas por família foi elevada (4,7) em relação à média geral do próprio município (3,4). Isto pode indicar que famílias maiores e com menor renda têm mais crianças e portanto foi entre elas que foram encontradas as crianças menores de 1 ano.

O acesso ao serviço público não mostrou dificuldades, pelo menos quantitativamente. A utilização dos serviços de saúde privados ficou relacionada mais a convênios-empresa do que a planos individuais de saúde ou pagamento individual integral. Isto acontece, provavelmente, pois os usuários não pagam pelo plano ou têm planos facilitados pela empresa. Pode também, ser indicador de que apesar do acesso fácil ao serviço, a assistência adequada pode não ocorrer ocasionando a procura por outros serviços.

A taxa de partos cesáreos permanece muito elevada, especialmente no hospital privado, sendo mais um fator influenciado pela desigualdade social. Pode contribuir para que as mães procurem o serviço mais tardiamente para orientação de cuidados à criança.

A alta taxa de internações em menores de 1 mês, bem como a alta frequência de afecções do período perinatal sugerem a necessidade de um estudo mais detalhado, com avaliação qualitativa, sobre a assistência à criança nesta faixa etária, bem como à mãe no pré-natal e parto.

A delimitação das áreas de abrangência das unidades básicas de saúde, definida por técnicos da Secretaria Municipal de Saúde, segundo critérios estabelecidos no sentido de facilitar o acesso, com exceção da vacinação, não foi respeitada pelas mães dos menores de 1 ano, especialmente para o pré-natal e para os primeiros cuidados à criança. As

possíveis explicações são: a não participação da população nesta decisão, a oferta quantitativa adequada dos serviços públicos e o tamanho do município, que não apresenta grandes dificuldades de acesso geográfico ou de transporte para este tipo de serviço.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS*

1. Silva NN, Pedroso GC, Puccini RF, Furlani WJ. Desigualdades sociais e uso de serviços de saúde: evidências de análise estratificada. *Rev Saúde Pública* 2000; 34(1): 44-9.
2. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil – 1988: texto constitucional de 5 de outubro de 1988 com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais n.1/92 a 19/98 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão n.1 a 6/94. 10ed. Brasília: Câmara dos Deputados/Coordenação de Publicações; 1988. Série Textos Básicos, 16.
3. Travassos C. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para o debate. *Cad Saúde Pública* 1997; 13:325-30.
4. Travassos C, Viacava F, Fernandes C, Almeida CM. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2000; 5(1):133-49.
5. Lobato LVC. Reforma sanitária e reorganização do sistema de serviços de saúde: efeitos sobre a cobertura e a utilização de serviços [Tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ; 2000.
6. Mendoza-Sassi R, Béria JU. Utilización de los servicios de salud: una revision sistemática sobre los factores relacionados. *Cad Saúde Pública* 2001; 17(4):819-32.

* International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. *Ann Intern Med* 1997;126:36-47.
National Library of Medicine. List of journals indexed in Index Medicus. Washington, 2001. 248p.

7. Vianna SM, Nunes A, Santos JRS, Barata RB. Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento. Brasília: OPAS/IPEA; 2001 [acesso em 10/04/2006]. Disponível em <http://www.opas.org.br/publicmo.cfm?codigo=41>
8. Organización Panamericana de la Salud. Extensión de la cobertura de servicios da salud con las estrategias de atención primaria y participación de la comunidad. Washington; 1978. Documentos oficiales, 156.
9. Abel-Smith B, Leiserson A. Pobreza, desarrollo y política de salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1978. OMS Cuadernos Salud Pública, 69.
10. Organização Mundial de Saúde. Preparación de indicadores em el logro de la salud para todos em el año 2000. Ginebra: OMS; 1981.
11. Unglert CVS, Rosemburg CP, Junqueira CB. Acesso aos serviços da saúde: uma abordagem de geografia em saúde pública. Rev Saúde Pública 1987; 21(5):439-46.
12. Cartwright A. Health surveys in practice and in potencial: a critical review of their scope and methods. London: King Edward's Hospital Fund for London; 1983.
13. White KL. Health surveys: who, why and what? World Health Stat Q 1985; 38:2-14.
14. Aday LA, Andersen R. Marco teórico para el estudio del acceso a la atención médica. In: White KL, editor. Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. Washington: OPAS; 1992. p.604-13.

15. Cesar CLG, Tanaka OT. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de casos na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990. Cad Saúde Pública 1996; 12 supl 2:59-70.
16. Suárez-Bustamante MA. Utilização dos services de saúde materno infantis na região Sudoeste da Grande São Paulo. 1989-1990 [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 1997.
17. Campos CEA. Os inquéritos de saúde sob a perspectiva do planejamento. Cad Saúde Pública 1993; 9:199-200.
18. Pereira MG. Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995.
19. Carneiro JR. Investigações epidemiológicas e entrevistas domiciliares. Rev Saúde Pública 1981;15:543-50.
20. Medina E. Uso de la epidemiología en la evolución de la atención primaria. Colo Med 1984; 15:55-9.
21. Hulka BS, Wheat JR. Patterns of utilization. The patient perspective. Med Care 1985; 23:438-60.
22. Dever GEA. A epidemiologia na administração dos serviços de saúde. São Paulo: Pioneira; 1988.
23. Carlson BA. National Household Surveys and their health components. In: International Conference on Health Statistics for the Year 2000; 1982 sept 27; Bellagio, Italy. Budapest: Statistical Publishing House/WHO; 1984. p. 121-43.

24. White KL. Discussion. In: International Conference on Health Statistics for the Year 2000; 1982 sept 27; Bellagio, Italy. Budapest: Statistical Publishing House/WHO; 1984. p.140-2.
25. Dunlop S, Coyte PC, McIsaac W. Socio-economic status and the utilisation of physicians services: results from the Canadian National Population Health Survey. Soc Sci Med 2000; 51:123-33.
26. Viacava F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. Ciênc Saúde Coletiva 2002; 7(4):607-21.
27. Evans RG, Stoddart GL. Producing health, consuming health care. Soc Sci Med 1990; 31:1347-63.
28. Lebrão ML, Carandina L, Magaldi C. Análise das condições de saúde e de vida da população de Botucatu, São Paulo (Brasil). IV – Morbidade referida em entrevistas domiciliárias, 1983-1984. Rev Saúde Pública 1991; 25(6):452-60.
29. Sawyer DO, Leite IC, Alexandrino R. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. Ciênc Saúde Coletiva 2002;7(4):757-76.
30. Andersen R. A Behavioral model of families use of health services. Chicago: Center for Health Administration Studies, University of Chicago; 1968. Research Series, 25.
31. Andersen R, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. Milbank Mem Fund Q 1973; 51:95-124.

32. Kohn R, White KL. Health care: an international study. In: Report of the World Health Organisation International Collaborative Study of Medical care Utilisation. Oxford :Oxford University Press; 1976.
33. Muller C. Review of twenty years of research on medical care utilization. Health Serv Res 1986; 21:129-44.
34. Barros MBA. Epidemiologia e superação das iniquidades em saúde. In: Barata R, organizadora. Equidade e saúde: contribuições da epidemiologia. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, ABRASCO; 1997. cap. 8.
35. Barata R, organizadora. Equidade e saúde: contribuições da epidemiologia. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, ABRASCO; 1997.
36. Victora CG, Facchini LA, Barros FC, Lombardi C. Pobreza e saúde: como medir o nível sócio-econômico em estudos epidemiológicos de saúde infantil? In: Anais do 1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia; 1990 set 2-6; Campinas. Rio de Janeiro: Abrasco; 1990. p. 302-15.
37. Paim JS. Abordagens teórico-conceituais em estudos de condição de vida e saúde: notas para reflexão e ação. In: Barata RC, organizadora. Condições de vida e situação de saúde. Rio de Janeiro: Abrasco; 1997. p. 167-95. Série Saúde e Movimento, 4.
38. Monteiro CA. Saúde e nutrição das crianças de São Paulo: diagnóstico, contrastes sociais e tendências. São Paulo: Hucitec/EDUSP; 1988. p.21-32.
39. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição [acesso 01 ago 2006]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao//bs_1/bs_pnsn.php

40. IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Municípios [acesso 01 ago 2006]. Disponível em: <http://ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhorendimento/pnad98/saude/analise.shtm>
41. Médici AC. Aspectos sócio-econômicos da morbidade no Brasil: uma contribuição aos estudos sobre população e saúde (o caso do Nordeste). *Saúde em Debate* 1990; (30):40-51.
42. Benício MHA, César CLG, Gouveia NC. Perfil de morbidade e padrão de utilização de serviços de saúde das crianças brasileiras menores de cinco anos: 1989. In: Monterio MFG, Cervini R. Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil: aspectos de saúde e nutrição de crianças no Brasil – 1989. Rio de Janeiro: IBGE; 1992. p. 79-96.
43. IBGE 2000. Acesso e utilização de serviços de saúde, Brasil 1998. Rio de Janeiro: IBGE; 2000.
44. Fleury S. Iniquidades nas políticas de saúde: o caso da América Latina. *Rev Saúde Pública* 1995; 29:243-50.
45. Costa NR. O Banco Mundial e a política social nos anos 90: a agenda para a reforma do setor saúde no Brasil. In: Políticas Públicas, justiça distributiva e inovação: saúde e saneamento na agenda social. São Paulo: HUCITEC; 1998. p. 125-45.
46. Reis COO, Silveira FG, Andreazzi MFS. Avaliação dos gastos das famílias com assistência médica no Brasil: o caso dos planos de saúde. Rio de Janeiro: IPEA; 2002. IPEA texto para discussão, 921.

47. Dickinson HD. The changing health-care system: controlling costs and promoting health In: Bolaria BS, Dickinson HD. Health, illness and health care in Canadian. Canadian: Harcourt Brace Comp; 1994.
48. Noronha JC. Inquéritos e a avaliação das políticas de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7(4):623-40.
49. Nobre LC, Victora CG, Barros FC, Lombardi C, Teixeira AMB, Fuchs SC. Avaliação da qualidade da informação sobre a causa básica de óbitos infantis no Rio Grande do Sul (Brasil). *Rev Saúde Pública* 1989; 23:207-13.
50. Cesar CLG, Figueiredo GM, Westphal MF, Cardoso MRA, Costa MZA, Gattás VL. Morbidade referida e utilização de serviços de saúde em localidades urbanas brasileiras: metodologia. *Rev Saúde Pública* 1996; 30(2):153-60.
51. White F. La epidemiologia y el formento de la salud: una prespectiva canadiense. *Bol Of Sanit Panam* 1990; 108(1):1-14.
52. Costa JSD, Facchini LA. Utilização de serviços ambulatoriais em Pelotas: onde a população consulta e com que frequência. *Rev Saúde Pública* 1997; 31(4):360-9.
53. Kroeger A. Health interview in developing countries: a review of the methods and results. *Int J Epidemiol* 1983; 12:465-81.
54. Abramson JH. Survey methods in community medicine. Edinburg: Churchill Livingstone; 1984.
55. Lebrão ML. Inquéritos domiciliares de morbidade. In: Estudos de morbidade. São Paulo: EDUSP; 1997. p. 121-33.

56. Fundação SEADE. Pesquisa de condições de vida. [acesso 15 maio 2006] Disponível em: <http://www.seade.gov.br>.
57. Barbieri M A, Gomes UA, Barros Filho AA, Bettiol H, Almeida LEA, Silva AAM. Saúde perinatal em Ribeirão Preto, SP, Brasil: a questão do método. Cad Saúde Pública 1989; 5(4):376-87.
58. Gomes UA, Bettiol H, Silva AAM, Almeida LEA, Barros Filho AA, Barbieri MA. Saúde perinatal em Ribeirão Preto, SP, Brasil: apresentação de algumas características demógrafo-sociais e da atenção médica da população estudada. Cad Saúde Pública 1990; 6(1):05-17.
59. Tanaka ACA, Siqueira AAF, Bafile SN. Situação de saúde materna e perinatal no Estado de São Paulo, Brasil. Rev Saúde Pública 1989; 23(1):67-75.
60. Trevisan MR, Lorenzi DRS, Araújo NM, Ésber K. Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. Rev Bras Ginecol Obstet 2002; 24(5):293-9.
61. Coimbra LC, Silva AAM, Mochel EG, Alves MTSSB, Ribeiro VS, Aragão VMF, et al. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. Rev Saúde Pública 2003; 37(4):456-62.
62. Puccini RF, Pedroso GC, Silva EMK, Araújo NS, Silva NN. Equidade na atenção pré-natal e ao parto em área da Região Metropolitana de São Paulo, 1996. Cad Saúde Pública 2003; 19(1):35-45.
63. Fonseca SC, Coutinho ESF. Pesquisa sobre mortalidade perinatal no Brasil: revisão da metodologia e dos resultados. Cad Saúde Pública 2004; 20 Supl1:S7-19.

64. Laurenti R, Buchalla CM. Estudo da morbidade e da mortalidade perinatal em maternidades. II – Mortalidade perinatal segundo peso ao nascer, idade materna, assistência pré-natal e hábito de fumar da mãe. Rev Saúde Pública 1985; 19:225-32.
65. Rodrigues Filho J, Costa W, Ieno GML. Determinantes de utilização do cuidado pré-natal entre famílias de baixa renda no Estado da Paraíba, Brasil. Rev Saúde Pública 1994; 28(4):284-9.
66. Arruda JM, Rutenberg N, Morris L, Ferraz EA. Pesquisa nacional sobre saúde materno-infantil e planejamento familiar – PNSMIPF, Brasil, 1986. Rio de Janeiro: BEMFAM, Instituto para o Desenvolvimento de Recursos; 1986.
67. Bettiol H, Barbieri MA, Gomes UA, Andrea M, Goldani MZ, Ribeiro ERO. Saúde perinatal: metodologia e características da população estudada. Rev Saúde Pública 1998;32(1):18-28.
68. Lima BGC, Pimentel CO. Qualidade do pré-natal de gestantes assistidas numa maternidade pública de Salvador, 2000-2001. Rev Baiana Saúde Pública 2003; 27(1/2):50-9.
69. Coutinho T, Teixeira MTB, Dain S, Sayd JD, Coutinho LM. Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora – MG. Rev Bras Ginecol Obstet 2003; 25(10):717-24.
70. Ministério da Saúde. Assistência pré-natal: manual técnico. Brasília; 2000.

71. Grandi C, Sarasqueta P. Control prenatal: evaluación de los requisitos básicos. Recomendados para disminuir el daño perinatal. J Pediatr (RJ) 1997;73 Suppl 1:S15-20.
72. Menezes AMB, Barros FC, Victora CG, Tomasi E, Halpern R, Oliveira ALB. Fatores de risco para mortalidade perinatal em Pelotas, RS, 1993. Rev Saúde Pública 1998; 32(3):209-16.
73. Serruya SJ, Lago TDG, Cecatti JG. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. Rev Bras Saúde Matern Infant 2004; 4(3):269-79.
74. Neumann NA, Tanaka OU, Victora CG, Cesar JÁ. Qualidade e equidade da atenção ao pré-natal e ao parto em Criciúma, Santa Catarina, Sul do Brasil. Rev Bras Epidemiol 2003; 16(4):307-18.
75. Andrade CLT, Szwarcwald CL, Gama SGN, Leal MC. Desigualdades sócio-econômicas do baixo peso ao nascer e da mortalidade perinatal no Município do Rio de Janeiro, 2001. Cad Saúde Pública 2004; 20 Supl 1:S44-51.
76. 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. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2005.
77. Dean AG, Dean JA, Coulombe D, Brender KA, Smith DC, Burton AH, et al. Epi-Info, versão 6. Atlanta: Center of Disease Control and Prevention; 1994. 589p.
78. Stata Corporation. Stata Statistical Software: Release 7.0. College Station (TX): Stata Corporation; 2001.

79. IBGE. Base de informações por setores censitários. Censo Demográfico 2000. [CD Rom]. Rio de Janeiro; 2002.
80. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Normas de Vacinação [acesso: 01 ago 2006] Disponível: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manu_normas_vac.pdf
81. Brasil. Ministério da Saúde. Manual para a utilização da caderneta de saúde da criança. Brasília: Secretaria de Atenção à saúde/ Departamento de Ações Programáticas Estratégicas; 2005. Série A. Normas e manuais técnicos, 5.
82. Classificação Internacional de Doenças – 10ª versão [acesso 22 maio 2006]. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/cid10/cid10.htm>.
83. Fundação SEADE. SP mulheres em dados [acesso 15 maio 2006]. Disponível em: <http://www.seade.gov.br>.
84. Brasil. Ministério da Saúde. IDB 2003 Brasil: Indicadores e dados básicos para a saúde. Brasília: OPAS; 2003.
85. Vieira GO, Silva LR, Vieira TO, Almeida JAG, Cabral VA. Hábitos alimentares de crianças menores de 1 ano amamentadas e não-amamentadas. J Pediatr 2004; 80(5)411-16.
86. Basseto HP. Caracterização de alguns fatores biológicos, sociais, assistenciais e ocupacionais de gestantes e sua associação com o peso e crescimento de crianças nos primeiros meses de vida em Botucatu, 1997\1998 [Dissertação]. Botucatu: Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista; 2001.

87. Leal MC, Gama SGN, Campos MRC, Cavalini LTC, Garbayo S, Brasil CLP, et al. Fatores associados à morbimortalidade perinatal em uma amostra de maternidades públicas e privadas do Município do Rio de Janeiro, 1999-2001. *Cad Saúde Pública* 2004; 20 Supl 1: S20-33.
88. Dias-da-Costa JS, Madeira ACC, Luz RM, Britto MAR. Auditoria médica: programa de pré-natal em posto de saúde na região Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2000; 34(4):329-36.
89. Organização Mundial de Saúde. Fichas domiciliares de salud materna. Directrices para su desarrollo, adaptación y evaluación. Ginebra: OMS; 1995.
90. Campanha visa reduzir o número de cesáreas. *J Cremesp* 2006; (226):12.
91. Yazlle MEHD, Rocha JSY, Mendes MC, Patta MC, Marcolin AC, Azevedo GD. Incidências de cesáreas segundo fonte de financiamento da assistência ao parto. *Rev Saúde Pública* 2001; 35(2):202-6.
92. Santos IS, Baroni RC, Minotto I, Klumb AG. Critérios de escolha de postos de saúde para acompanhamento pré-natal em Pelotas, RS. *Rev Saúde Pública* 2000; 34(6):603-9.
93. Carvalho, WO. Uso de serviços de saúde materno-infantis na Região Sudoeste da Grande São Paulo em dois períodos: 1990-2002. Inquéritos de saúde como fonte de dados para estudos de utilização de serviços de saúde [Tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2004.

.....ANEXOS