

Universidade Federal de Juiz de Fora
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Luana Vieira Toledo

**ACESSO AOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR
CRIANÇAS DE 0 A 2 ANOS RESIDENTES EM JUIZ DE FORA – MG**

Juiz de Fora
2014

Luana Vieira Toledo

ACESSO AOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR
CRIANÇAS DE 0 A 2 ANOS RESIDENTES EM JUIZ DE FORA – MG

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Ronaldo Rocha Bastos

Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Estela Márcia Saraiva Campos

Juiz de Fora

2014

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Vieira Toledo, Luana.

Acesso aos serviços de urgência e internação hospitalar por crianças de 0 a 2 anos residentes em Juiz de Fora - MG / Luana Vieira Toledo. -- 2014.

122 f. : il.

Orientador: Ronaldo Rocha Bastos

Coorientadora: Estela Márcia Saraiva Campos

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2014.

1. Acesso aos serviços de saúde. 2. Equidade em saúde. 3. Criança hospitalizada. 4. Análise multivariada. I. Rocha Bastos, Ronaldo , orient. II. Saraiva Campos, Estela Márcia, coorient. III. Título.

LUANA VIEIRA TOLEDO

**“ACESSO AOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR
CRIANÇAS DE 0 A 2 ANOS RESIDENTES EM JUIZ DE FORA – MG”**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em ____/____/____.

Ronaldo Rocha Bastos – UFJF

Cosme Marcelo Furtado Passos da Silva - FIOCRUZ

Maria Teresa Bustamante Teixeira – UFJF

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo amor incondicional e proteção permanente, acolhendo todas as minhas súplicas.

Ao meu orientador Ronaldo, profissional exemplar, dotado de habilidades técnicas e conhecimento científico incomparável, responsável por me fazer enxergar com outros olhos os números das pesquisas quantitativas e me incentivar a aventurar a cada dia pelos caminhos intermináveis da busca do conhecimento.

Aos meus pais, tios e avós, por serem compreensivos com a minha ausência e distanciamento, por incentivarem todos os passos dados e apoiarem todas as minhas decisões.

Ao meu namorado, Bruno, por compreender os momentos de abdicação e se fazer presente a cada instante com demonstrações de carinho.

Ao meu irmão, Wíves, razão pela qual todo o esforço faz sentido.

Aos amigos mestrandos da turma de 2012-2014, pelos momentos compartilhados, tão ricos de aprofundamento intelectual e pessoal, em especial Elisa, Paloma e Renan, pelas “dicas e caronas” oportunas, que, no dia a dia do curso muito facilitaram minha caminhada. Agradeço a Elisa não apenas como amiga, mas sim como amiga-irmã, pois desde o início da trajetória estive torcendo pelo meu sucesso e me auxiliando, sem ela tudo seria mais difícil.

Aos queridos amigos Pauline e Hudson, companheiros de apartamento, por participarem dia a dia da construção desse trabalho, apoiando sempre.

Aos profissionais do PSF II Bandeirantes, pela torcida em prol dessa conquista.

À secretária Municipal de Saúde de Leopoldina, por compreender a importância da atualização e qualificação dos profissionais e permitir o desenvolvimento desta pós-graduação.

À amiga Alessandra que incentivou a realização deste sonho.

Aos professores Cosme, Teíta e Estela pelas preciosas contribuições na banca de qualificação do projeto que gerou este trabalho.

Aos professores e funcionários do programa de pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora, os quais contribuíram imensamente para esse resultado, especialmente a professora e Estela.

À fisioterapeuta Manuela Feitosa que participou diretamente da construção do banco de dados e gentilmente se prontificou a esclarecer possíveis dúvidas.

Aos profissionais envolvidos na construção e realização do Inquérito Domiciliar de base populacional, pela grande contribuição não só para este trabalho, mas para o cenário epidemiológico de Juiz de Fora.

*“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos
não é senão uma gota de água no mar.
Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota”.*
(Madre Teresa de Calcutá)

RESUMO

O acesso aos serviços de saúde tem sido objeto de grande interesse na área da saúde coletiva, na qual diversos autores adotam diferentes conceitos para o tema, envolvendo aspectos relacionados aos serviços, aos usuários e a interação entre eles. Nesta pesquisa, com o objetivo de identificar como ocorre o acesso das crianças menores de 2 anos do município de Juiz de Fora aos serviços de urgência e internação hospitalar, utilizou-se como base a reflexão teórica de McIntyre, Thiede e Birch (2009), que define o acesso sob a perspectiva da disponibilidade, da acessibilidade financeira e da aceitabilidade. Foram analisados os dados das entrevistas de um inquérito domiciliar realizado no referido município no ano de 2010, no qual participaram 325 responsáveis por crianças menores de 2 anos. Para este estudo foram selecionadas, entre essas crianças, aquelas que haviam sido atendidas pelo serviço de urgência e/ou estiveram internadas no período correspondente aos doze meses anteriores à pesquisa, somando-se respectivamente 88 e 54 crianças. As amostras foram divididas em sub-amostras, tendo como critério para a divisão a cobertura ou não de equipes de ESF. Após essa divisão procedeu-se a análise estatística por meio da Análise de Correspondência (AC) e Análise de Cluster, nas quais foi possível identificar características distintas para as quatro sub-amostras, representando as dimensões de acesso estudadas. Entre os resultados, observa-se que a sub-amostra 1 é caracterizada principalmente pela dimensão de acessibilidade financeira, na qual a variável “presença de gastos com transporte”, é a mais significativa. A sub-amostra 2 também pode ser caracterizada pela dimensão de acessibilidade financeira, entretanto de forma indireta, pois a sua variável mais significativa refere-se ao “tempo de espera maior do que a média”. Em relação à sub-amostra 3, a dimensão de acesso que faz referência é a disponibilidade, tendo a variável 1, como representativa, expressando a presença de encaminhamento prévio por algum serviço de saúde. A sub-amostra 4, faz referência à dimensão mais subjetiva de acesso, a aceitabilidade, tendo como a variável mais significativa, a “presença de relatório médico explicativo após a alta hospitalar”. Buscando-se compreender a associação dos dados socioeconômicos com a utilização dos serviços de saúde, procedeu-se a regressão logística binária, na qual foi possível identificar que a idade da criança apresenta relação positiva com a procura pelo serviço de urgência caracterizada por um O.R. de 1,113 com valor p considerado $<0,001$. No que tange à internação hospitalar, a idade da criança mantém-se como uma variável relacionada, tendo um O.R. de 1,046 e valor p igual a 0,054, associada também à variável referente à presença do companheiro materno, que representa um fator de proteção para as internações, tendo um O.R. de 0,425 e um valor p igual a 0,008. Conclui-se que o acesso deve ser considerado em uma abordagem multidimensional, envolvendo fatores relacionados tanto à disponibilidade quanto aos aspectos socioeconômicos e culturais. Ao se pensar no acesso de crianças, características peculiares a elas devem ser consideradas na avaliação do acesso aos serviços de saúde.

Palavras-chave: acesso aos serviços de saúde; equidade em saúde; criança hospitalizada; análise multivariada.

ABSTRACT

Access to health services has been the subject of great interest in the field of public health, in which different authors adopt different concepts for the theme, including aspects related to services, users and their interaction. In this research, with the aim of identifying how the access of children under 2 years of the city of Juiz de Fora to services of emergency and hospitalization is, we used as a basis for theoretical reflection McIntyre, Thiede and Birch (2009), defining access from the perspective of availability, affordability and acceptability. The interview data consisting of a household survey conducted in the municipality in 2010, responded by 325 parents of children younger than 2 years were analyzed. For this study we selected those children who had been treated by the emergency department and/or were hospitalized in the twelve months before the study period, amounting to 88 and 54 children respectively. The samples were divided into sub-samples, with the criterion for the division being the coverage or not by ESF ("Estratégia de Saúde da Família" – "Family Health Strategy"). Statistical analysis was performed using correspondence analysis and Cluster Analysis, in which it was possible to identify different characteristics for the four sub-samples, representing the access dimensions studied. Among the results, it is observed that the sub-sample 1 is mainly characterized by the dimension affordability, in which the variable indicating transportation costs is the most significant. The sub-sample 2 can also be characterized by the dimension affordability, however indirectly, because its most significant variable refers to waiting time higher than the average. Regarding the sub-sample 3, the access dimension that refers to availability is represented by the "presence of a previous referral from a health service". The sub-sample 4, referring to the more subjective dimension of access, acceptability, was represented by the "presence of explanatory medical report after discharge". Seeking to understand the association of socioeconomic data with the use of health services, we proceeded to binary logistic regression, in which we found that the child's age is positively related to the demand for emergency services characterized by an OR of 1,113 to $p < 0.001$. Regarding hospitalization, the child's age remains as an associated variable, with an OR of 1.046 ($p = 0.054$), also associated with the variable referring to the presence of a resident partner who is a protective factor for hospitalizations, with an OR 0.425 ($p = 0.008$). We conclude that access should be considered in a multidimensional approach, involving factors related both to the availability in terms of socioeconomic and cultural aspects. When one thinks about the access of children, peculiar children's features should be considered in assessing access to health services.

Keywords: access to health services; equity in health; Child hospitalization, Multivariate analysis.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Codificação das variáveis independentes utilizadas.	37
Figura 2: Esquematização da amostra do estudo de crianças menores de 2 anos que necessitaram de atendimento em algum serviço de urgência e/ou internação hospitalar nos últimos 12 meses . Juiz de Fora. (2010).	44
Figura 3: Gráfico Bidimensional da Análise de Correspondência efetuada pelo método row principal utilizando o programa SPSS.	73
Figura 4: Gráfico da AC pelo método “ <i>row principal</i> ” com elipses traçadas a partir da proximidade das variáveis, limitando-as por quadrante.	77

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Principais Domínios - Variáveis dependentes - representativos das três dimensões de acesso estudadas.	36
Tabela 2: Queixas declaradas pelos responsáveis das crianças menores de 2 anos que foram atendidas em ambos os serviço de saúde (urgência e internação hospitalar) nos últimos 12 meses. Juiz de Fora. MG. 2010.....	45
Tabela 3: Perfil socioeconômico e demográfico das mães de crianças menores de 2 anos de idade. Juiz de Fora, MG, 2010.	47
Tabela 4: Perfil socioeconômico e demográfico das mães de crianças menores de 2 anos de idade que foram atendidas em algum serviço de urgência nos últimos 12 meses, estratificado pela cobertura de equipe ESF, Juiz de Fora, MG, 2010.....	49
Tabela 5: Perfil socioeconômico e demográfico das mães de crianças menores de 2 anos de idade que estiveram ou não internadas nos últimos 12 meses, Juiz de Fora, MG, 2010.....	50
Tabela 6: Perfil socioeconômico e demográfico das mães de crianças menores de 2 anos de idade que estiveram internadas nos últimos 12 meses. Juiz de Fora, MG,2010.....	52
Tabela 7: Características das famílias de crianças menores de 2 anos de idade que foram atendidas pelo serviço de urgência e/ou estiveram internadas nos últimos 12 meses. Juiz de Fora, MG, 2010.	53
Tabela 8: Queixas declaradas pelos responsáveis das crianças menores de 2 anos que foram atendidas nos serviços de urgência nos últimos 12 meses com base na Classificação Internacional de Doenças (CID – 10). Juiz de Fora. MG. 2010.....	56
Tabela 9: Características do acesso aos serviços de urgência pelas crianças menores de 2 anos, nos últimos 12 meses. Juiz de Fora, MG. 2010.....	59

Tabela 10: Queixas declaradas pelos responsáveis das crianças menores de 2 anos que estiveram internadas nos últimos 12 meses com base na Classificação Internacional de Doenças (CID – 10). Juiz de Fora. MG. 2010.....	64
Tabela 11: Características do acesso ao serviço de internação hospitalar pelas crianças menores de 2 anos, nos últimos 12 meses. Juiz de Fora, MG. 2010.	67
Tabela 12: Tabela de classificação cruzada do acesso das crianças menores de 2 anos aos serviços de urgência e internação hospitalar nos últimos 12 meses. Juiz de Fora, MG. 2010	71
Tabela 13: Descrição dos pontos das linhas da A.C. das variáveis ativas e suplementares em relação as duas dimensões. Juiz de Fora. MG. 2010.	75
Tabela 14: Análise de Cluster, efetuada pelo método k-means, com k=4, utilizando o programa SPSS para identificação das coordenadas dos clusters.	76
Tabela 15: Codificação das variáveis independentes utilizadas no modelo de regressão logística binária.	83
Tabela 16 - Resultado do modelo inicial de regressão logística binária pelo método backward L.R. com a variável dependente de utilização de serviços de urgência. ...	84
Tabela 17: Resultado do modelo final de regressão logística binária pelo método backward L.R. com a variável dependente de utilização de serviços de urgência	84
Tabela 18: Resultado do modelo inicial de regressão logística binária pelo método backward L.R. com a variável dependente de utilização de serviços de internação hospitalar.....	86
Tabela 19: Resultado do modelo final de regressão logística binária pelo método backward L.R. com a variável dependente de utilização de serviços de internação hospitalar.....	86

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDIPI	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
APS	Atenção Primária a Saúde
ART	Artigo
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Constituição Federal
CSAP	Condições Sensíveis a Atenção Primária
DDA	Doenças Diarreicas Agudas
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
IBGE	Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICSAP	Internação por Condições Sensíveis a Atenção Primária
IRA	Infecções Respiratórias Agudas
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência a Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para Infância

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	18
2.1. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: ORGANIZAÇÃO E O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE	18
2.2. OS DIFERENTES CONCEITOS DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE E SEUS DETERMINANTES.....	21
2.3. DESIGUALDADES EM SAÚDE	24
2.4. ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE INFANTIS	27
3. OBJETIVOS.....	31
3.1. OBJETIVO GERAL	31
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	31
4. METODOLOGIA	32
4.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO	32
4.2. DESCRIÇÃO DO CENÁRIO	32
4.3. CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS	33
4.4. AMOSTRAGEM E POPULAÇÃO	33
4.5. VARIÁVEIS ESTUDADAS	35
4.5.1. Principais domínios considerados nas dimensões de acesso	35
4.5.2. Variáveis independentes.....	37
4.6. PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS	39
4.6.1. Seleção dos participantes	39
4.6.2. Instrumento de coleta de dados	39
4.6.3. Treinamento da equipe.....	39
4.7. ANÁLISE DOS DADOS.....	39
4.8. ASPECTOS ÉTICOS.....	41

5. RESULTADOS.....	43
5.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA OBSERVADA.....	43
5.2. ANÁLISE DESCRITIVA DA UTILIZAÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA PELAS CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS	54
5.3. ANÁLISE DESCRITIVA DA UTILIZAÇÃO DO SERVIÇO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR PELAS CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS	61
5.4. ANÁLISE MULTIVARIADA DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E INTERNAÇÃO HOSPITALAR	68
5.4.1. Análise de Correspondência Aplicada e Análise de Agrupamentos	69
5.5. REGRESSÃO LOGÍSTICA.....	81
5.5.1. Regressão Logística com a amostra de crianças atendidas pelos serviços de urgência.....	83
5.5.2. Regressão Logística com a amostra de crianças internadas	85
6. DISCUSSÃO	88
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	97
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	98
ANEXOS	106

1. INTRODUÇÃO

A atual política de saúde brasileira materializa-se, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), criado sob as diretrizes da universalidade, da equidade e da integralidade, sendo definido como um sistema descentralizado político administrativamente, com direção única em cada esfera de governo e que valoriza a participação popular nas decisões no âmbito da saúde (BRASIL, 1990).

O SUS surge apoiado nas bases da Constituição Federal (CF) de 1988 (BRASIL, 1988), a qual define a saúde como um direito de todos e dever do Estado, e, portanto, para fortalecer essa ideia igualitária presente, faz-se necessário a existência de um sistema com forte participação do setor público, em que os serviços de saúde sejam distribuídos segundo o perfil de necessidades de cada grupo populacional e financiado segundo as possibilidades de cada um (TRAVASSOS, 1997).

Visando a assistência aos usuários de forma a atender os princípios legalmente propostos, o sistema de saúde organiza-se de forma regionalizada e hierarquizada, constituindo uma rede entre os serviços de saúde. Entretanto, num país como o Brasil, com extensa área geográfica e diversidade cultural, somente essa estratégia teórica de organização em rede não garante que os princípios constitucionais sejam atendidos, comprometendo, muitas vezes, o acesso dos usuários aos serviços de saúde (CECÍLIO, 1997).

Sanchez e Ciconelli (2012) afirmam que o acesso aos serviços de saúde pode ser considerado um bom preditor da equidade do sistema, porém encontra-se limitado por apresentar diferentes conceitos que são definidos de forma complexa, muitas vezes alterando-se com o passar do tempo.

Nesse sentido, entendendo a relação entre os usuários e os serviços de saúde, baseando-se no acesso, Giovanella & Fleury (1995) afirmam que para conhecer como o direito à saúde se expressa concretamente deve-se centrar sua observação na relação do usuário com os serviços, admitindo-se que a categoria central para análise dessas inter-relações é o acesso.

O acesso aos serviços de saúde expressa características da oferta que facilitam ou obstruem a capacidade das pessoas usarem esses serviços quando

deles necessitam. Alguns autores acreditam que as barreiras de acesso podem ser originadas de duas formas, por parte do sistema ou do próprio serviço, ambas interferindo no atendimento ao usuário. A disponibilidade de serviços e sua distribuição geográfica, a disponibilidade e a qualidade dos recursos humanos e tecnológicos, os mecanismos de financiamento, o modelo assistencial e a informação sobre o sistema são características da oferta que exercem influência direta no acesso (TRAVASSOS, OLIVEIRA & VIACAVA, 2006).

Para Thiede & McIntyre (2008) não apenas questões relacionadas à oferta e ao sistema interferem no acesso. Esses autores fazem uma análise mais abrangente, abordando as questões que dizem respeito ao “grau de ajuste” entre o sistema de saúde e os indivíduos. Para eles, os usuários são considerados como responsáveis pela escolha dos diferentes tipos de serviços de saúde, definindo o acesso como a “liberdade de utilização”.

Como forma de reafirmar a relação existente entre características individuais e o acesso aos serviços de saúde, Victora *et al.* (2003) destacam a pobreza como um fator que aumenta a exposição da população às doenças. Em seu estudo, colocam como especial a situação relacionada às crianças e afirmam que as iniquidades socioeconômicas na sobrevivência das crianças existem em cada etapa do processo saúde-doença, concluindo que as mais pobres têm maior risco de morrer quando comparadas àquelas com melhores condições socioeconômicas.

Como subsídio teórico para a construção desse estudo, adotaremos o conceito de acesso formulado por McIntyre, Thiede & Birch (2009) baseado na interação entre os sistemas de saúde e os indivíduos, contendo três dimensões de análise: Disponibilidade; Acessibilidade financeira e Aceitabilidade. Como componente da dimensão disponibilidade inclui-se a localização dos serviços de saúde, considerando-os como apropriados ou não em relação à estrutura, tempo e espaço. A análise da acessibilidade financeira é direcionada a discutir a capacidade de pagamento dos serviços de saúde pelos indivíduos, incorporando a noção de equidade em saúde. A dimensão aceitabilidade compreende o modo pelo qual os serviços de saúde estão distribuídos e os pacientes são atendidos, de forma a atender suas expectativas. (MCINTYRE & MOONEY, 2007; MCINTYRE, THIEDE & BIRCH, 2009).

Neste contexto, compreendendo a política de saúde brasileira e o acesso aos serviços de saúde para além da disponibilidade, realizou-se esta pesquisa, dividida

em capítulos, com o objetivo de identificar como ocorre o acesso das crianças da Zona Norte do município de Juiz de Fora aos serviços de urgência e internação hospitalar, relacionando-o com características socioeconômicas que podem estar associadas a este acesso, utilizando-se os dados das entrevistas do Inquérito de Saúde realizado no referido município no ano de 2010.

No capítulo 2 serão apresentados os subsídios teóricos para este trabalho, iniciando-se com a organização da rede de serviços de saúde e o acesso na atual política de saúde nacional (SUS). Em seguida, apresentam-se os diferentes conceitos de acesso e os seus determinantes, bem como o de desigualdade em saúde. Para finalizar a base teórica, abordagens de diferentes autores sobre o acesso aos serviços de saúde infantis são relatadas, entendendo a particularidade envolvida neste cenário.

Os objetivos deste estudo compõem o capítulo 3, no qual estão descritos tanto o objetivo principal como os objetivos secundários, baseados no acesso das crianças aos serviços de urgência e internação hospitalar.

No capítulo 4 está descrita a trajetória metodológica adotada, com vistas ao alcance dos objetivos propostos, incluindo-se a descrição do cenário da pesquisa, os sujeitos envolvidos e os procedimentos para a coleta e análise dos dados, respeitando-se as normas de ética em pesquisas com seres vivos.

Os resultados obtidos a partir da análise exploratória dos dados são exibidos no capítulo seguinte, compreendendo a análise bivariada e multivariada, a partir de técnicas como a análise de correspondência e análise de cluster.

O capítulo 6 refere-se à discussão dos resultados encontrados a partir da análise de outros estudos, verificando disparidades e similaridades entre eles.

As principais considerações obtidas a partir da pesquisa estão dispostas no capítulo 7, as quais estão diretamente relacionadas às queixas que originaram os atendimentos e internações e a trajetória percorrida no acesso dessas crianças.

Por fim, apresentam-se as referências bibliográficas e os anexos utilizados durante a elaboração desta pesquisa.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: A ORGANIZAÇÃO E O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O SUS foi criado pela CF de 1988 e regulamentado pelas Leis 8.080/90 e 8.142/90 relativas à organização dos serviços e a participação da população. A Lei Orgânica da Saúde (8.080/90) dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, incluindo também os princípios e diretrizes do SUS, previamente estabelecidos na Constituição (BRASIL, 1990).

Baseando-se no aparato jurídico, as ações e os serviços que integram o SUS devem ser desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição, obedecendo a princípios ético-doutrinários (universalidade, equidade e integralidade) e organizativos (descentralização, regionalização, hierarquização e participação social) que compõe legalmente a instituição de um sistema de saúde que seja único. (BRASIL, 2006a).

Em relação ao funcionamento dos serviços de saúde, ressalta-se a recomendação da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), de que esses serviços devem ser oportunos e contínuos, atendendo a demanda real existente, além de serem capazes de assegurar o acesso a outros níveis hierárquicos do sistema conforme a necessidade identificada, buscando-se o atendimento integral (NUNES *et al.*, 2001).

Para Travassos (1997), a teoria igualitária presente na CF implica a existência de um sistema com forte participação do setor público, em que os serviços de saúde sejam distribuídos segundo o perfil de necessidades individuais, entendendo a particularidade dos sujeitos. Pustai (2004) discute a questão da equidade no acesso, explicitando suas características legais e históricas, além da função teleológica da cidadania na produção dos serviços de saúde.

O conceito de saúde assegurado na legislação brasileira constitui-se como um direito da cidadania, no qual a universalidade da atenção implica, necessariamente, a formulação de um modelo social ético e equânime. Nesse

contexto, o impasse vivenciado para a concretização do acesso universal aos serviços de saúde exige uma luta constante com a finalidade de promover popularmente a saúde como um bem público, considerada como direito individual e coletivo (ASSIS & VILLA, 2003).

O acesso universal aos serviços de saúde, além de ser uma garantia constitucional, é uma bandeira de luta dos movimentos sociais, nos quais essa reivindicação é tida como um dos elementos fundamentais dos direitos de cidadania. E, nesse caso, o exercício de cidadania tem um grande potencial de produzir resultados concretos, tendo em vista as reais possibilidades de mudança e melhoria no atendimento aos problemas de saúde da população (PUSTAI, 2004).

A característica universal do acesso aos serviços indica que compete ao SUS atender toda a população por meio de serviços públicos, tanto através de órgãos estatais, quanto de instituições conveniadas. O acesso igualitário significa que todos os cidadãos, independentemente de nível socioeconômico, gênero ou etnia, devem ser atendidos igualmente por todos os serviços de saúde. No que diz respeito ao acesso integral, entende-se que toda a população deve ter acesso gratuito e irrestrito a todos os níveis de assistência, desde o primário até os procedimentos terapêuticos e diagnósticos mais complexos. Embora o SUS venha buscando o aprimoramento destes aspectos, a insatisfação de usuários e de trabalhadores com os serviços é grande, sendo também evidente a baixa qualidade e resolutividade apresentada pelo sistema, em seus diversos níveis (PUPO & MONTEIRO, 2008)

Travassos (1997), afirmou que “a universalidade no acesso aos serviços de saúde é condição fundamental para a equidade”. A gratuidade no uso dos serviços evita parte das barreiras econômicas ao acesso e seria a forma de tentar garantir a universalidade no SUS.

Ao tratar a questão do acesso a partir das possibilidades de aproximação com os serviços de saúde, deve-se ter em conta uma visão abrangente, na qual seja possível comportar uma dimensão econômica, referente à relação entre oferta e demanda, uma visão técnica, relativa à planificação e organização da rede de serviços; uma visão política, relativa ao desenvolvimento da consciência sanitária e da organização popular; e uma dimensão simbólica, relativa às representações sociais acerca da atenção e ao sistema de saúde (GIOVANELLA & FLEURY, 1995).

Nesse sentido, o modelo economicista de Giovanella & Fleury (1995), é explicitado ao conformar a demanda por meio da diferenciação dos diversos grupos

populacionais no acesso aos bens e serviços de saúde, envolvendo a relação oferta-demanda, ordenando a prática de assistência médica a partir dos determinantes para o consumo dos serviços de saúde.

Em relação à organização da rede de serviços, Assis & Jesus (2012) compreendem que essa dimensão organizativa representa a capacidade dos serviços de saúde de responder objetivamente aos problemas dos usuários. Assim, observa-se que a regionalização e a hierarquização constituem a base da proposta de reorganização do sistema de saúde brasileiro desde os primórdios da organização da assistência à saúde na década de vinte, com o desenvolvimento dos serviços previdenciários; ou com a luta pela reforma sanitária, desencadeada a partir da década de setenta. Elas tiveram sua introdução nos conceitos norteadores do SUS com a Constituição de 1988 e sua concretização a partir da divulgação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) em 2001, entendendo que a forma de organização pode estar aliada ao alcance do princípio da integralidade (BRASIL, 2002).

Sob os auspícios da regionalização, enquanto princípio organizativo, desenvolveram-se no Brasil conceitos como níveis de complexidade da atenção, referência, contrarreferência e população referenciada, que servem para orientar a discussão da integralidade em saúde e propiciar o acesso aos serviços de saúde com resolutividade em unidades de diferentes perfis assistenciais, organizadas de forma hierárquica. Entretanto, o fluxo de entrada nos serviços de saúde nem sempre corresponde aquele planejado, levando muitas vezes a sobrecarga na porta de entrada, dificultando o acesso e a resolutividade (JESUS & ASSIS, 2010).

Com base na visão política de acesso e se pensando em uma reestruturação da política de saúde brasileira, percebe-se que todo o arcabouço jurídico que a envolve centra-se na viabilidade da saúde para todos os cidadãos de forma gratuita, igualitária e resolutiva. No entanto, devido a grandes divergências no conceito de acesso, torna-se necessário uma maior reflexão do seu significado, para uma mensuração efetiva da igualdade na política de saúde existente.

2.2. OS DIFERENTES CONCEITOS DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE E SEUS DETERMINANTES

A partir da leitura de diferentes obras, pode-se perceber que o conceito de acesso é complexo, muitas vezes empregado de forma imprecisa e pouco clara no que se refere à utilização dos serviços de saúde. É um conceito que varia entre autores e que muda ao longo de tempo e de acordo com o contexto, podendo assumir diferentes enfoques. É possível perceber autores que abordam distintas questões como eixo central, variando entre as características dos indivíduos, características da oferta e a relação estabelecida entre os sujeitos e os serviços de saúde (TRAVASSOS & MARTINS, 2004).

A terminologia empregada também é variável. Alguns autores empregam o substantivo acessibilidade, definido como o caráter ou qualidade do que é acessível, enquanto outros preferem o substantivo acesso, definido como o ato de ingressar, entrada, ingresso, possibilidade de chegar a, aproximação, chegada, possibilidade de alcançar algo (HOUAISS & VILLAR, 2001).

Starfield (2002) distingue os termos acesso e acessibilidade, apresentando a acessibilidade como referente a características da oferta e o acesso como a forma que as pessoas percebem a acessibilidade, interferindo diretamente na sua escolha por determinado serviço de saúde.

Para Azevedo e Costa (2010), a experiência de acesso dos indivíduos no contato direto ou indireto com os serviços de saúde mantém relação direta com a capacidade do sistema em corresponder as suas expectativas e necessidades; em garantir-lhes o direito humano e social da saúde, no âmbito das políticas públicas.

Para Travassos & Martins (2004) o acesso pode ser considerado como uma dimensão do desempenho dos sistemas de saúde relacionado à oferta, onde o “uso dos serviços” pode ser considerado seu “*proxy*”, sendo uma das formas utilizadas para mensurá-lo. Em relação ao conceito, compreendem que há uma transição que amplia a visão da entrada nos serviços para o resultado dos cuidados recebidos, admitindo que para tal avaliação encontram-se limitações, devido à necessidade de uma compreensão multidimensional.

Donabedian (2005) ao utilizar o termo acessibilidade, nos remete ao descrito por Travassos & Martins (2004) elencando questões relacionadas à oferta dos

serviços, sendo possível mensurar o acesso a partir do tripé estrutura, processo e resultados. Entretanto, critica a avaliação de acesso baseada apenas nos resultados, pois entende que este pode não ser imediato e pode sofrer influências de fatores relacionados à estrutura dos serviços e ao processo de cuidados.

Giovanella & Fleury (1995) afirmam que a maior parte dos estudos de acesso prendem-se a análise da utilização dos serviços, restringindo-se muitas vezes a ela, tendo como objetivo avaliar o impacto dos fatores que podem estar relacionados a essa utilização, tais como os socioeconômicos e comportamentais.

Andersen (1995) prioriza o termo acesso, o qual é apresentado como um dos elementos dos sistemas de saúde, dentre aqueles ligados à organização dos serviços que se refere à entrada no serviço de saúde e à continuidade do tratamento. Abrange, nesse caso, a entrada nos serviços e o recebimento de cuidados subsequentes. Nesse modelo, a influência do acesso no uso de serviços de saúde é mediada por fatores individuais, definidos como: fatores predisponentes, fatores capacitantes e necessidades de saúde.

Em um estudo mais recente sobre o acesso, McIntyre, Thiede & Birch (2009) adotam o conceito fundamentado na interação entre os sistemas de saúde e os indivíduos, não entendendo suas características de forma isolada, mas sim inseridas num contexto. Compreendem as oportunidades e constrangimentos que influenciam o comportamento de procura por cuidados de saúde por diferentes indivíduos em diferentes contextos. Eles aprofundam na discussão sobre a ampliação do conceito e propõem três dimensões de análise do acesso: Disponibilidade, Acessibilidade financeira e Aceitabilidade (MCINTYRE & MOONEY, 2007; MCINTYRE, THIEDE & Birch, 2009). Para esses autores, a dimensão disponibilidade avalia se os serviços de saúde estão ou não disponíveis no local certo e no momento em que são necessários; a acessibilidade financeira é o “grau de adequação” entre o custo de utilização dos serviços de saúde e a capacidade que os indivíduos têm de pagarem. Já a aceitabilidade engloba a natureza da prestação dos serviços e como o mesmo é percebido pelos indivíduos e comunidades.

McIntyre e Mooney (2007) incorporaram à noção de acesso à saúde a liberdade para o uso dos serviços: os atributos que caracterizam o indivíduo, como seu nível educacional, sua bagagem cultural, sua condição social e econômica, entre muitos outros atributos, e a relação do indivíduo com o sistema de saúde farão com que esse indivíduo seja mais ou menos “livre” para utilizar o sistema, o que se

traduzirá em melhores ou piores condições de acesso à saúde. Além disso, para esses autores, a informação que o profissional de saúde e o paciente possuem é um importante determinante da qualidade da interação entre o sistema de saúde e o indivíduo.

Baseando-se nas distintas definições de acesso, Sanchez e Ciconelli (2012), fazem uma revisão dos conceitos desde a década de 70, construindo uma trajetória histórica que acaba por incluir dimensões menos tangíveis na avaliação do acesso, como as citadas por McIntyre & Mooney (2007). Nesse artigo de revisão, discute-se teoricamente o acesso a partir de categorias como: a disponibilidade, a acessibilidade financeira, a aceitabilidade e questão da informação, que compreende o grau de assimetria entre o conhecimento do paciente e do profissional. Tais categorias podem ser mensuradas por indicadores como o grau de escolaridade, o conhecimento e as fontes de informação.

Sanchez e Ciconelli (2012), afirmam que atualmente a discussão de acesso está pautada no conceito de justiça social e equidade, tendo sua definição calcada em quatro elementos principais, denominados disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento e informação, tornando o conceito de acesso cada vez mais atrelado ao conceito de equidade em saúde, chegando a ser confundido com o mesmo.

Ao entender a proposta de discussão sobre acesso citada na revisão de Sanchez e Ciconelli (2012), identifica-se que, ao classificarem a dimensão disponibilidade como a mais tangível, admite-se variáveis que se relacionam tanto ao acesso aos serviços quanto ao nível de igualdade presente. Para esses autores, ambos os problemas precisam ser confrontados através de ações intersetoriais e transversais a todas as áreas de governo, abrangendo políticas sociais e econômicas, permitindo melhor distribuição de renda, fortalecimento da cidadania, melhores condições de educação e habitação, e não somente através de ações circunscritas ao nível de atuação dos sistemas de saúde.

Franco & Campos (1998), na década de 90 abordaram a questão da equidade em saúde e, diante dessa temática, refletiram sobre questões relacionadas a características individuais e do sistema de saúde. Afirmaram que a iniquidade no acesso, ou seja, acesso diferenciado para diferentes segmentos populacionais ocorre devido às características dos indivíduos na estrutura social ou por características do sistema de saúde. Assim, diante do crescimento populacional,

torna-se necessário buscar fórmulas que permitam aos serviços de saúde aumentar sua cobertura para satisfazer necessidades quantitativamente crescentes e, ao mesmo tempo, de maneira mais equitativa, eficiente e efetiva.

A visão de McIntyre, Thiede e Birch (2009) acerca dessa iniquidade está baseada na capacidade do indivíduo beneficiar-se dos serviços de saúde. Para eles, políticas destinadas a aumentar o acesso aos cuidados não deveriam ser avaliadas apenas pelo efeito sobre o nível de utilização do serviço, mas pelo acesso aos cuidados de saúde, representando o fortalecimento dos usuários e sua capacidade de aproveitamento dos serviços. Desta forma, políticas relacionadas com o acesso aos cuidados implicam obrigações para os gestores que vão mais além do que disponibilizar os serviços, incluindo-se o dever de capacitar os indivíduos a utilizá-los sempre que necessário. Isto exige um processo participativo que envolve o intercâmbio de informações entre os gestores do sistema de saúde e os membros da comunidade.

2.3. DESIGUALDADES EM SAÚDE

A influência exercida sobre a saúde por fatores sociais, tais como renda, educação, saneamento, qualidade ambiental e habitação é, nos dias atuais, um fenômeno amplamente reconhecido. Além disso, a saúde está relacionada a fatores como gênero, etnia, escolaridade, crenças, práticas e costumes que caracterizam as diferentes populações e podem gerar desigualdade (TRAVASSOS, OLIVEIRA & VIACAVA, 2006).

Há muito se reconhece que os indicadores de saúde são capazes de operar uma aproximação com a realidade, demarcando distâncias sociais. Atualmente, muitas são as particularidades identificadas nos estudos cujo enfoque é a desigualdade em saúde. As iniquidades em saúde estão amplamente relacionadas aos diferentes modos pelos quais as sociedades se organizam (CERQUEIRA & PUPO, 2008)

Nesse cenário, torna-se importante distinguir equidade em saúde de equidade no uso ou no consumo de serviços de saúde. Tal distinção deve ser considerada,

uma vez que os determinantes das desigualdades no adoecer e no morrer são diferentes daqueles das desigualdades no consumo de serviços de saúde. As desigualdades em saúde refletem, predominantemente, as desigualdades sociais, e, em função da relativa efetividade das ações de saúde, a igualdade no uso desses serviços é condição importante, porém não suficiente, para diminuir as desigualdades existentes entre os grupos sociais no adoecer e morrer (TRAVASSOS, 1997).

Ao adoecerem, por sua maior vulnerabilidade, os pobres frequentemente enfrentam mais barreiras no acesso à saúde. Em relação à educação, observa-se que o grau de instrução dos indivíduos encontra-se diretamente relacionado à percepção dos problemas de saúde. Assim, segmentos da população com poucos anos de escolaridade apresentam, com mais frequência, problemas em relação ao acesso e compreensão das informações sobre saúde, podendo ter maiores dificuldades em adotar e seguir corretamente os procedimentos médico-terapêuticos indicados (CERQUEIRA & PUPO, 2008)

Barata (2009) defende que as desigualdades sociais em saúde são manifestações de determinantes sociais do processo saúde-doença. Os desfechos de saúde não são específicos a nenhuma causa em particular, mas sim resultado de processos sociais que interferem inúmeras mediações. Portanto, o enfrentamento das desigualdades sociais em saúde depende de políticas públicas capazes de modificar os determinantes sociais, melhorar a distribuição dos benefícios ou minorar os efeitos da distribuição desigual de poder e propriedade nas sociedades modernas.

Nos países emergentes, como o Brasil, as desigualdades relativas, não apenas na renda, mas nas demais condições de vida, adquirem importância crescente, sem que as diferenças absolutas deixem de ser importantes. Nesses países o crescimento da economia é marcado pela maior segregação onde convivem situações polares de afluência e pobreza, principalmente nos grandes centros metropolitanos determinando assim a convivência de dois tipos de desigualdades: o absoluto e o relativo (WAITZMAN & SMITH, 1998).

Starfield (2002) defende que a saúde está diretamente associada à vantagem social em termos absolutos. Quanto mais recursos sociais de indivíduos e comunidades, maior a probabilidade de uma saúde melhor. O que pode ser evidenciado na pesquisa de Travassos, Oliveira & Viacava (2006), que, ao

analisarem os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 1998 e 2003), observaram que o acesso aos serviços de saúde no país é fortemente influenciado pela condição social das pessoas e pelo local onde residem (BRASIL, 2003; BRASIL, 2005).

Pesquisa feita comparando-se o uso de serviços de saúde entre diferentes áreas geográficas e diferentes grupos sociais no Brasil mostrou que os grupos de mais alta renda consomem mais serviços ambulatoriais do que serviços hospitalares, sendo que estes tendem a aumentar à medida que a renda decresce. Além disso, observaram um importante aumento na participação do hospital (incluindo internação, pronto-socorro e ambulatório hospitalar) na cesta de consumo de serviços de saúde no Brasil entre 1989 e 1996 (TRAVASSOS *et al.*, 2000).

Outro estudo sobre o consumo de serviços de saúde realizado por Cerqueira & Pupo (2008), na Baixada Santista, mostra a significativa correlação entre as condições de vida, situação de saúde da população e o acesso aos serviços de saúde, medida por relatos de pacientes que afirmam que encontram barreiras físicas, financeiras e organizacionais que os impedem de ter a continuidade do acesso aos serviços. Da mesma forma, os modos de vida compartilhados pelos indivíduos e grupos estudados apontam para a existência de diferentes respostas sociais criadas para equacionar esses problemas. Assim, o acesso pode ser compreendido como um produto da relação entre as limitações existentes nos serviços (organização das ações e recursos de saúde) e os diversos elementos que compõem os contextos individuais e coletivos da vida das pessoas.

Feitosa (2011) detalha em sua pesquisa a desigualdade no acesso às consultas de puericultura das crianças de 0 a 2 anos, relacionando essa desigualdade à dimensão disponibilidade, evidenciando uma menor utilização dos serviços pelas crianças residentes em áreas menos favorecidas socioeconomicamente e até mesmo nos bolsões de exclusão, regiões que a tentativa de oferta dos serviços não tem conseguido minimizar tais desvantagens.

As desigualdades sociais relacionam-se, sobretudo, com a dimensão do acesso caracterizada como capacidade de pagamento, onde os fatores individuais, como renda, habitação e escolaridade, estão fortemente associados à utilização do serviço de saúde e continuidade do tratamento, sendo, portanto, fundamental a valorização da universalidade e da equidade proposta pela política de saúde nacional.

2.4. ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE INFANTIS

O uso dos serviços de saúde pode impactar a saúde das populações de forma positiva e negativa. Entende-se como impacto positivo a capacidade de prevenir a ocorrência de doenças e agravos, reduzir a mortalidade por causas específicas e aumentar as taxas de sobrevivência. Em contrapartida, considera-se impacto negativo a baixa qualidade dos cuidados prestados, a prestação de serviços desnecessários e uso de procedimentos ineficazes e/ou potencialmente perigosos (TRAVASSOS, 1997).

Entendendo a utilização dos serviços por parte dos usuários como fator associado ao seu estado de saúde e, considerando especialmente a criança, admite-se que a hospitalização infantil constitui-se como um evento complexo e muitas vezes evitável. O Ministério da Saúde propõe atenção integral à saúde da criança, com abordagem de múltiplos aspectos que incluem a promoção e a recuperação da saúde, além da prevenção da doença, buscando-se consolidar práticas efetivas que minimizem as hospitalizações (BRASIL, 2005).

Considerando a integralidade das ações de atenção à saúde da criança, o seguimento da saúde infantil é um processo amplo e complexo. Portanto, em 1996, a OPAS, juntamente com a OMS e o Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF) elaborou a estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI). Essa estratégia tem como objetivos a redução da mortalidade de crianças menores de 5 anos de idade; a diminuição da incidência e/ou gravidade dos casos de doenças infecciosas, especialmente pneumonia, diarreia, parasitoses intestinais, meningites, tuberculoses, malária, sarampo e, também, distúrbios nutricionais; além da garantia de adequada qualidade da atenção à saúde dos menores de 5 anos (CUNHA, 2006).

A partir da realização de ações estratégicas, diversos estudos para identificar os fatores de risco associados à internação hospitalar de crianças do grupo etário de zero a cinco anos têm sido realizados com vistas a possibilitar o incremento das ações capazes de reduzir esse evento que pode ser considerado traumático para a criança e sua família (CAETANO *et al.*, 2002).

Identifica-se que a busca por serviços oferecidos na APS pode ser capaz de evitar algumas hospitalizações, a partir do desenvolvimento de ações de prevenção,

tratamento e controle de algumas doenças classificadas como Condições Sensíveis a Atenção Primária (CSAP). Essas condições são consideradas como um dos indicadores genéricos para avaliação de desfechos de atenção primária em âmbito populacional, sendo utilizadas em alguns países como um indicador de avaliação do acesso e da qualidade da atenção (STARFIELD, 2008).

Com base no pacto de indicadores da atenção básica, as condições sensíveis relacionadas ao grupo infantil, que deveriam ser atendidas em níveis de complexidade menores do que os hospitalares referem-se a internações por Doença Diarreica Aguda (DDA) e por Infecções Respiratórias Agudas (IRA), nas quais, altas taxas sugerem condições assistenciais insatisfatórias a esse grupo, isto é, uma precariedade no acesso e na qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população (BRASIL, 2006b).

A necessidade de saúde dos indivíduos pode sofrer interferências relacionadas a condições próprias do indivíduo e sua família, bem como características dos serviços de saúde que facilitam ou dificultam o seu acesso e, portanto, entender as condições sensíveis à atenção básica torna-se fundamental no processo saúde-doença. Em um estudo de coorte realizado em Pelotas, César *et al.* (1997), confirmam essa afirmativa ao observarem que crianças com peso inferior a 2.500g foram cerca de duas a três vezes mais hospitalizadas quando comparadas àquelas com peso superior e que famílias com renda inferior a três salários mínimos mensais também tiveram maiores índices de internação.

No estudo de Caetano *et al.* (2002) realizado na cidade de Embu, São Paulo, foram identificados dois grupos de causas de internação em menores de cinco anos que merecem destaque: o das doenças do aparelho respiratório, compreendendo 41,5% do total de internações, e o das doenças infecciosas e parasitárias, que somam 16,9% das internações, sendo consideradas como CSAP que acabaram por gerar hospitalizações.

Caldeira *et al.* (2011), corroboram a informação obtida em estudos anteriores, nos quais identifica-se como principais causas de internação pediátrica doenças que estão relacionadas a condições que poderiam ter sido evitadas pelo serviço de atenção primária, sendo prioritariamente as infecções respiratórias, como pneumonias e asma, seguidas das gastroenterites.

Para Alfradique *et al.* (2009) as altas taxas de hospitalizações por causas sensíveis a APS, estão associadas a deficiências na cobertura dos serviços e/ou a

baixa resolutividade da atenção primária para determinados problemas de saúde. Nedel *et al.* (2008) afirmam que a APS, tendo a ESF como sua estratégia prioritária de orientação, é o principal modelo assistencial definido com vistas a melhoria dos indicadores de saúde, redução das lacunas de morbi-mortalidade e um consumo mais racional da tecnologia biomédica. Fernandes *et al.* (2009), consideram que o fortalecimento da APS é fundamental na organização dos serviços de saúde e sua constante avaliação torna-se necessária para reorganizar o processo de trabalho.

No Brasil, a política de saúde organizada de maneira hierarquizada considera os serviços da atenção primária, especialmente as unidades de ESF, como a porta de entrada no sistema de saúde, entendendo esse nível de atenção como responsável pela resolutividade de grande parte dos problemas, evitando-se que o usuário procure por serviços especializados em condições desnecessárias ou evitáveis, contribuindo para a redução das hospitalizações por condições sensíveis (BRASIL, 2006a).

Embora o quadro evolutivo apresentado pelo crescimento da oferta de serviços da atenção primária indique uma ampliação de acesso a esses serviços, permanecem alguns desafios no que se refere ao atendimento das necessidades da população e suas preferências. Dentre estes desafios pode ser citada a fragmentação das políticas e programas de saúde, para a qual, o pacto pela saúde traz como uma das propostas de superação a estruturação de uma rede solidária e regionalizada de ações e serviços que qualifiquem o processo de gestão (REHEM & EGRY, 2011).

Rehem & Egry (2011) ao entenderem a organização do SUS, de forma articulada e regionalizada, partem da inserção dos usuários na atenção primária, que deve ser considerada como o centro do fluxo da rede de serviços. Entretanto, há casos em que a atenção primária não é resolutiva e, portanto, a demanda por internações hospitalares provavelmente incluirá uma proporção de casos com diagnósticos sensíveis à atenção primária, e que assim poderiam ser resolvidas neste nível de atenção, quando de fato não o foram. Ao se tratar das crianças, a dinâmica torna-se ainda mais conflituosa, pois estudos afirmam que hospitalizações são tidas como traumáticas e podem levar a implicações desnecessárias.

Kovacs *et al.* (2005), ao desenvolverem o estudo sobre a acessibilidade das crianças atendidas em prontos socorros, apresentam ainda uma outra visão, partindo da análise da organização dos serviços de saúde de forma hierarquizada,

considerando-a um eixo estruturante do funcionamento dos serviços. Com base nos resultados obtidos, concluem que a procura pelos serviços ocorre inversamente ao proposto pelo modelo, não sendo a atenção básica a primeira opção de atendimento, mas sim os serviços de pronto atendimento, no qual a maioria das crianças é levada de forma espontânea. Concluíram que o principal motivo para não levar a criança doente ao serviço onde estava cadastrada está na preferência dos responsáveis pelas unidades de maior densidade tecnológica, mesmo em situações de saúde que seriam completamente atendidas pelo serviço de APS.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

Avaliar o acesso aos serviços de urgência e internação hospitalar das crianças menores de 2 anos residentes na Região Norte do município de Juiz de Fora a partir da perspectiva da disponibilidade, da acessibilidade financeira e da aceitabilidade.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o mecanismo de utilização dos serviços de urgência e internação hospitalar pelas crianças menores de 2 anos residentes na Zona Norte de Juiz de Fora/MG.
- Discutir a possível relação entre as características socioeconômicas das crianças e dos seus familiares com a utilização dos serviços de urgência e internação hospitalar.

4. METODOLOGIA

4.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO

Para a compreensão das questões levantadas nesta pesquisa, elaborou-se um estudo epidemiológico de delineamento transversal, observacional, a partir da análise dos dados coletados no inquérito domiciliar de base populacional, realizado no ano de 2010, abrangendo a população residente na área administrativa Norte da cidade de Juiz de Fora/MG.

4.2. DESCRIÇÃO DO CENÁRIO

O estudo foi desenvolvido tendo como cenário a região administrativa Norte do município de Juiz de Fora (MG). A escolha desta região administrativa baseou-se no potencial de representatividade do município de Juiz de Fora, sendo analisada com base nos dados da prefeitura de Juiz de Fora (JUIZ DE FORA, 2006), nos quais constam que a zona norte tem o segundo maior contingente populacional do município, com maior disponibilidade territorial na área urbana e maior concentração de assentamentos do tipo subnormal (cerca de 1998 domicílios). Além disso, essa região possui grande variabilidade econômica e a maior concentração de crianças do município (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, 2011).

A Região Administrativa Norte abrange 55 bairros, possui um Hospital Militar, uma Unidade Regional Norte (Urgência e emergência), 11 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo 9 atuando com a Estratégia Saúde da Família (ESF) e 15 bairros fora da área de atuação de qualquer UBS.

4.3. CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

Como sujeitos dessa pesquisa incluíram-se 345 crianças menores de 2 anos de idade, sendo representadas durante as entrevistas por suas mães ou responsáveis. As entrevistas para o inquérito domiciliar de base populacional ocorreram no período de março a junho de 2010. Foram selecionadas para esta pesquisa, as crianças que foram atendidas no serviço de urgência e/ou internadas em algum hospital nos 12 meses anteriores à entrevista, totalizando 114 sujeitos.

Os responsáveis pelas crianças foram convidados a participar da pesquisa após receberem informações sobre o objeto e objetivos do estudo e, posteriormente, optaram de modo livre e espontâneo por fornecer os dados necessários para a mesma. Os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO 1), aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF (sob parecer favorável nº277/ 2009 - ANEXO 2).

Para alocação dos participantes, considerou-se como caráter de inclusão o fato de serem mães ou responsáveis legais de crianças menores de 2 anos, de ambos os sexos residentes na região do estudo, excluindo-se àquelas crianças que encontravam-se institucionalizadas no momento da coleta de dados.

4.4. AMOSTRAGEM E POPULAÇÃO

O cálculo da amostra do inquérito domiciliar foi realizado com base nos dados do IBGE - Censo Demográfico de 2000 (BRASIL- IBGE), no qual foi obtido um total de 4.735 crianças com até dois anos de idade, residentes na Zona Norte de Juiz de Fora. A partir dessa informação realizou-se uma correção no cálculo do tamanho da amostra (correção para populações finitas), sendo o indicador escolhido para dimensionamento da amostra a prevalência de 75% de pré - natal adequado, conforme verificado na literatura pertinente e considerando erro máximo de seis pontos percentuais para mais ou para menos. Considerou-se um nível de confiança de 95%, efeito do plano amostral igual a 1,5 e possíveis perdas por recusa

como aproximadamente 30%, obtendo tamanho de amostra necessário de 375 crianças.

Os participantes da pesquisa foram selecionados por meio de um processo de amostragem aleatória estratificada e por conglomerado em múltiplos estágios. As unidades primárias de amostragem foram os setores censitários. A seleção dos setores censitários foi feita com probabilidades proporcionais ao seu tamanho (população residente seguindo o Censo Demográfico de 2000), de forma independente em cada estrato. Para o sorteio, os setores pertencentes à área de abrangência da Zona Norte foram agrupados em estratos definidos de acordo com as diferentes modalidades de atenção à saúde a qual a população do setor estava adscrita, totalizando três estratos: (i) Atenção Primária (Estratégia de Saúde da Família ou tradicional); (ii) Atenção Secundária e (iii) Área descoberta.

Nos setores censitários sorteados para compor a amostra, realizou-se uma estimativa da base populacional existente feita através de uma triagem por contagem rápida ("screening"), quinze dias antes da aplicação dos questionários. O procedimento de triagem foi realizado por amostragem sistemática, onde um a cada cinco domicílios foi selecionado com o objetivo de identificar a existência de residentes pertencentes ao grupo de interesse. Nos domicílios selecionados, levantou-se também informações referentes aos domicílios vizinhos (sendo dois localizados à esquerda e dois localizados à direita do endereço pesquisado).

Por meio da triagem realizada previamente, foi possível identificar as residências que possuíam crianças com até dois anos e, dessa forma, otimizar a posterior aplicação dos questionários. Com base no método de contagem rápida por amostragem, estimou-se a existência de 763 indivíduos na faixa etária de interesse (menor que 2 anos de idade) que residiam na região de estudo, segundo as informações obtidas em campo.

Durante a aplicação dos questionários foram identificadas de fato 497 crianças menores de dois anos, representando uma diferença significativa quanto ao número pré-estimado pela triagem. Tal diferença entre esses valores pode ser justificada pela dificuldade dos vizinhos em precisarem a idade das crianças.

Após a identificação do quantitativo de 497 crianças menores de dois anos, foram encontradas entre essas: 22 recusas (4,4%) e 130 perdas, totalizando, ao final, uma amostra de 345 indivíduos menores de dois anos, que corresponde a um valor menor que o calculado, porém dentro da margem de erro inicialmente

considerada. Entre os motivos que caracterizam as perdas, podemos ressaltar a mudança de endereço da criança, o fato de já ter completado 24 meses no momento da entrevista ou a ausência do responsável no domicílio. Nos casos de ausência do responsável, somente foi considerado “perda” após três tentativas de contato da equipe em horários e dias diferentes, totalizando 130 crianças.

Após a obtenção da amostra de crianças foram selecionadas aquelas que receberam algum tipo de atendimento no serviço de urgência ou estiveram internadas em algum hospital nos doze meses anteriores à realização da pesquisa, constituindo uma amostra menor, com respectivamente 88 e 54 sujeitos.

4.5.VARIÁVEIS ESTUDADAS E CONCEITOS

4.5.1. Principais Domínios considerados nas dimensões de acesso

A partir do questionário aplicado, foram obtidas respostas que têm referência direta com a definição teórica de acesso aos serviços de saúde, proposta por McIntyre, Thiede e Birch (2009) e utilizada como subsídio para este estudo, consideradas como principais domínios (variáveis dependentes).

As variáveis estudadas, descritas na tabela 1, estão inseridas nas três dimensões descritas abaixo, sendo avaliadas como representativas do acesso.

1. Disponibilidade: dimensão que engloba a relação geográfica entre os serviços e o indivíduo, como distância e opções de transporte; relação entre tipo, abrangência, qualidade e quantidade dos serviços de saúde prestados.

2. Acessibilidade Financeira: dimensão que faz relação entre custo de utilização dos serviços de saúde e a capacidade de pagamento dos indivíduos por esses serviços.

3. Aceitabilidade: dimensão relacionada a identificar a opinião dos sujeitos em relação à natureza dos serviços prestados, buscando entender a percepção individual e coletiva, influenciada por aspectos culturais e educacionais, como o grau de informação.

Tabela 1: Principais domínios considerados nas três dimensões de acesso estudadas.

Disponibilidade	Acessibilidade Financeira	Aceitabilidade
Precisou de atendimento em pronto-socorro ou internação no último ano? Conseguiu ser atendido?	Motivo para não ter sido atendido, mesmo havendo necessidade*	Motivo para não ter sido atendido, mesmo havendo necessidade*
Motivo para não ter sido atendido, mesmo havendo necessidade*	Quanto tempo demorou para ser atendido?*	A criança foi encaminhada ao hospital por algum serviço de saúde ou por conta própria?*
Quantas vezes a criança foi atendida no serviço de urgência e/ou internada no último ano?	Gastou-se algum dinheiro com o atendimento e/ou internação da criança?	Como avalia o tempo de espera no atendimento?
A criança foi encaminhada ao hospital por algum serviço de saúde ou por conta própria? *	O atendimento nos serviços de urgência e/ou na internação foi feito particular, pelo SUS ou outro plano de saúde?	Como avalia o atendimento realizado?
Quanto tempo demorou até ser atendido?*	Houve algum gasto para transportar a criança para o hospital? Por quem foi pago?	Após o atendimento da criança e/ou internação, como classificaria a situação do problema inicial?
Qual a duração da viagem até o serviço de saúde?	Em caso de prescrição médica após alta, ela foi conseguida pelo SUS? Foi gasto algum dinheiro com a prescrição? Quanto?	O médico lhe explicou o motivo do atendimento/internação?
		Após o fim do atendimento/internação, você obteve esclarecimentos sobre a situação de saúde da criança?
		Após o atendimento a criança saiu com alguma receita?

* Variáveis que podem ser enquadradas em mais de uma dimensão, com base nas respostas obtidas.

Fonte: Dados retirados do questionário adaptado para o inquérito domiciliar. Juiz de Fora, MG. 2010.

4.5.2. Variáveis Independentes

Figura 1: Codificação das variáveis independentes utilizadas.

Variáveis	Codificação utilizada
Idade da Criança	Números inteiros (0 a 24 meses)
Idade Materna	Agrupada nas faixas etárias (considerando riscos para a gravidez) - De 10 a 19 anos - De 20 a 35 anos - Maior que 35 anos
Peso da Criança ao Nascer	≤2.500kg (baixo peso ao nascer) >2.500kg (peso apropriado ao nascer)
Número de Consultas Pré-Natal	- Menos que 6 (seis) consultas 6 (seis) ou mais consultas
Realizou puericultura	- Não - Sim
Classe Social definida pela ABEP	- A,B - C,D,E
Renda per capita	<R\$ 127,50 - R\$ 128,00 – R\$ 255,00 - R\$ 256,00 – R\$ 510,00 - R\$ 511,00 – R\$ 1.020,00 >R\$ 1.021,00 - Não resposta
Identificação de quem é o chefe da família	- Próprio entrevistado - Marido/companheiro da entrevistada - Esposa/companheira do entrevistado - Mãe/Pai do(a) entrevistado(a) - Outro familiar _____
Situação Ocupacional do Chefe da Família	- Empregado - Desempregado
Número de Moradores no domicílio	- Até 3 moradores - De 4 a 5 moradores - Mais do que 5 moradores
Escolaridade Materna	- Nenhuma/primário incompleto - Primário completo/1º grau incompleto 1º grau completo/2º grau incompleto 2º grau completo/superior incompleto - Ensino superior completo
Escolaridade do Chefe da Família	- Nenhuma/primário incompleto - Primário completo/1º grau incompleto 1º grau completo/2º grau incompleto 2º grau completo/superior incompleto - Ensino superior completo
Estado Civil Materno	- Solteira - Casada - Separada ou Divorciada - Viúva - Não resposta
Situação Conjugal	- A mãe vive sem o companheiro - A mãe vive com o companheiro
Motivo do atendimento	- Queixa relacionada à CSAP - Queixa não relacionada à CSAP
Cobertura assistencial de serviços de ESF	- Com cobertura de ESF - Sem cobertura de ESF

Fonte: A autora.

4.6. PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

4.6.1. Seleção dos Participantes

Os domicílios dos participantes foram selecionados, após autorização do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF seguindo-se os padrões de estratificação (amostragem probabilística estratificada em múltiplos estágios) e aleatorização (por meio de amostragem sequencial Poisson, sorteou-se os setores censitários com probabilidade proporcional ao percentual de indivíduos nos estratos de interesse).

Equipes constituídas por duplas de entrevistadores e supervisor de campo foram para os locais sorteados em busca de crianças menores de 2 anos nos domicílios, em caso positivo iniciava-se os procedimentos para a pesquisa, em caso negativo, o domicílio mais próximo era o escolhido, segundo a planilha obtida na triagem de casas que possuíam crianças.

4.6.2. Instrumento de coleta de dados

Utilizou-se um questionário adaptado às necessidades deste estudo (ANEXO 3), baseado no instrumento proposto na pesquisa “AQUARES - Acesso e qualidade na rede de atenção a saúde (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS, 2008)”.

O presente questionário é composto por 15 páginas, contendo 153 questões, abrangendo perguntas de identificação, pré-natal, parto, puericultura, morbidade nos últimos 30 dias, urgência/pronto socorro e internação hospitalar.

4.6.3. Treinamento da Equipe

Por se tratar de uma pesquisa delineada no formato de inquérito populacional, fez-se necessário a organização de uma equipe para a aplicação do questionário e, para tanto, foram selecionados entrevistadores com segundo grau completo, estudantes, provenientes da Universidade Federal de Juiz de Fora, sem treinamento prévio em saúde, visando a necessidade de registrar as informações prestadas exatamente como relatadas pelos respondentes, evitando-se “traduzi-las” em linguagem técnica. Os entrevistadores receberam treinamento para a realização das entrevistas constando de três etapas: teórica, prática piloto e treinamento prático. Na etapa teórica foram revisados todos os itens do questionário e a forma adequada de preenchimento.

A prática piloto constou da aplicação individual de cinco questionários do inquérito por cada entrevistador com subsequente debate em conjunto das principais dificuldades. Para finalizar o treinamento, realizou-se a última etapa, que consistiu na ida dos entrevistadores ao campo supervisionados pelos responsáveis da pesquisa objetivando esclarecer possíveis dúvidas na execução e preenchimento do instrumento. Durante o decorrer da pesquisa, os entrevistadores foram acompanhados, avaliados e reciclados e para um controle de qualidade das informações coletadas, 10% da produção foi avaliada por nova entrevista parcial.

4.7. ANÁLISE DOS DADOS

Foram analisados os dados referentes ao acesso e utilização das crianças aos serviços de urgência e internações hospitalares, coletados previamente e armazenados como banco de dados no pacote estatístico SPSS versão 15.0.

Neste estudo, foram selecionados dois grupos de serviços de saúde (urgência e internação hospitalar) tendo o objeto de estudo centrado no acesso a estes serviços, caracterizando-o em suas três dimensões, segundo McIntyre, Thiede & Birch (2009). Vale ressaltar que os outros grupos identificados com a aplicação do

inquérito foram analisados anteriormente em outros trabalhos e serviram de subsídio para a discussão apresentada.

Inicialmente foi realizada uma análise bivariada exploratória dos dados identificando a frequência absoluta e medidas de tendência central das variáveis questionadas, sendo possível descrever um perfil socioeconômico dos familiares das crianças, bem como o fluxo do atendimento prestado, incluindo-se análises de variáveis diretamente relacionadas à disponibilidade, a acessibilidade financeira e a aceitabilidade.

Como estratégia para analisar o acesso aos serviços de saúde, as amostras, de crianças atendidas pelos serviços de urgência (88 crianças) e de crianças internadas (54 crianças) foram divididas e classificadas em duas sub-amostras tendo como princípio a presença ou não da cobertura assistencial de equipes de ESF.

A primeira sub-amostra representa as famílias de crianças que residem em áreas pertencentes a alguma equipe de ESF e foram atendidas pelos serviços de urgência, enquanto as crianças atendidas pela urgência hospitalar e não adscritas aos serviços de ESF estão inseridas na segunda sub-amostra. A sub-amostra 3 compreende as crianças internadas que residem em áreas com cobertura assistencial de ESF e a sub-amostra 4 abrange as crianças internadas que residem em áreas descobertas dos serviços de ESF.

Após a análise bivariada, procedeu-se a análise multivariada a partir de técnicas como Análise de Correspondência (AC) simples para múltiplas respostas Clausen (1998) e análise de cluster.

A AC, assim como outras técnicas multivariadas, é uma técnica de análise exploratória de dados adequada para analisar tabelas de duas entradas ou de múltiplas entradas, levando em conta algumas medidas de correspondência entre linhas e colunas. Trata-se de um método semelhante à Análise Fatorial (AF) e Análise de Componentes Principais (ACP), diferenciando-se principalmente por permitir a inclusão de variáveis qualitativas nominais (MINGOTI, 2005).

Para a análise de correspondência foi construída uma tabela de múltiplas respostas, contendo 33 classificações, na qual foram obtidas as frequências levando-se em conta as correspondências entre as variáveis de acesso (linhas) e as sub-amostras (colunas), construída no pacote SPSS versão 15.0, contendo 21 categorias ativas diretamente relacionadas às três dimensões de acesso e 11 categorias consideradas suplementares referentes aos dados socioeconômicos,

demográficos e características relacionadas a períodos anteriores da vida das crianças que podem estar relacionados ao acesso aos serviços de saúde.

Com a análise dessa tabela através de AC obteve-se o plano principal, representativo da tipificação das distintas sub-amostras. Após a solução da AC., buscando-se analisar as coordenadas de cada categoria, a fim de confirmar os distintos conjuntos de dados realizou-se outra técnica de análise estatística, denominada análise de cluster, utilizando-se o método *k-means*, atribuindo-se um valor inicial para *k* equivalente às sub-amostras sendo, portanto, $k=4$. A análise de cluster possibilitou identificar as menores distâncias entre as categorias e sub-amostras, permitindo uma melhor visualização gráfica a partir da construção de elipses associando as variáveis com suas correspondentes sub-amostras.

Por fim, com o objetivo de identificar possível associação dos dados socioeconômicos com a utilização dos serviços de urgência e internação hospitalar procedeu-se a regressão logística binária, tendo como variável dependente, em cada modelo, a utilização dos serviços de urgência ou internação hospitalar. Como variáveis independentes foram consideradas aquelas relacionadas aos dados socioeconômicos que já haviam apresentado significância estatística em outros estudos.

4.8. ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo, incluído em projeto de pesquisa mais amplo, foi submetido à análise ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora e obteve parecer favorável sob o nº277/ 2009. Utilizou-se o instrumento padronizado e que garante aos participantes os riscos mínimos de uma pesquisa.

Esta pesquisa pretende contribuir para o conhecimento dos fatores associados às possíveis iniquidades no acesso e utilização dos serviços hospitalares infantis, buscando-se compreender as principais dificuldades na concretização do acesso e sua continuidade, auxiliando no planejamento e gestão de ações direcionadas para sanar tais entraves.

Por ser realizada com seres humanos, esta pesquisa seguirá em conformidade com os preceitos da preservação do anonimato dos sujeitos incluídos, identificando-os apenas por números, garantindo a necessidade de assinatura do termo de consentimento por parte do responsável e assegurando que tal estudo será realizado porque o conhecimento que se quer obter não poderá ser conseguido por outros meios.

5. RESULTADOS

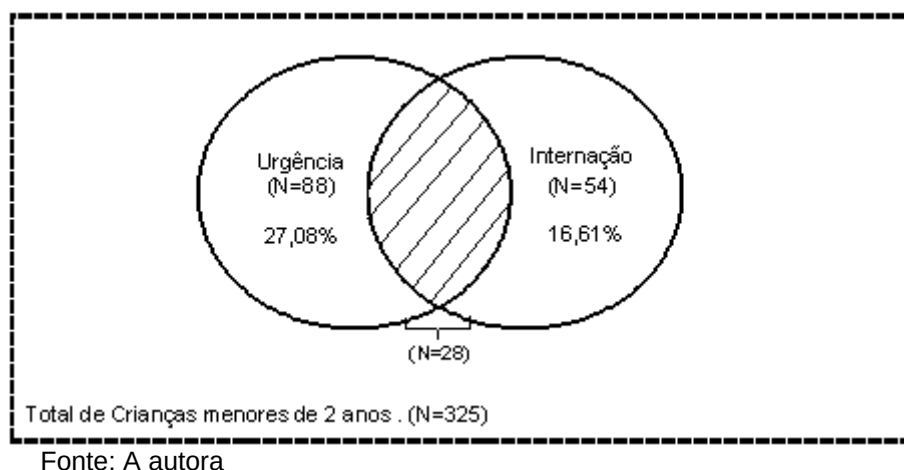
5.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA OBSERVADA

Neste capítulo apresentamos a análise descritiva dos sujeitos, retirada da amostra de indivíduos entrevistados no Inquérito de Saúde no Município de Juiz de Fora – MG, realizado pela Universidade Federal de Juiz de Fora no ano de 2010, onde foram entrevistadas 345 mulheres com filhos de até 2 anos de idade, das quais 5,7% foram classificadas como gestantes. Durante as entrevistas, as mães biológicas das crianças foram responsáveis por fornecer os dados para o preenchimento de 315 questionários, equivalentes a 91,3% do total. Alguns questionários foram respondidos por outros familiares, decorrentes de ausência temporária ou permanente da mãe biológica. As justificativas mais apresentadas para os casos de ausência da mãe biológica relacionam-se com o fato de algumas mães estarem trabalhando fora do domicílio e outras que teriam abandonado seus filhos. Apenas em 7 casos (2,0%), a ausência da mãe biológica foi considerada definitiva e, portanto, o questionário foi respondido por outro responsável. A relação familiar dos entrevistados, nestes casos, foi: avós, pai biológico, mãe adotiva e outros. Em 23 (6,7%) questionários, os informantes-chave foram adultos responsáveis temporariamente, em função da ausência momentânea da mãe.

O número inicial de 345 questionários respondidos foi reduzido em decorrência do fato de algumas crianças ainda não terem nascido (mães gestantes) e, portanto, o número total de observações na amostra válida para o inquérito foi 325. Para este estudo, dentre os 325 questionários aplicados, foram selecionados aqueles que continham informações sobre as crianças que foram atendidas por algum serviço de urgência e/ou estiveram internadas em algum hospital no período correspondente aos 12 meses anteriores à entrevista, totalizando, respectivamente, 88 e 54 sujeitos. Dentre os usuários selecionados, em relação ao motivo pelo atendimento e/ou internação da criança, as queixas relatadas pelos responsáveis foram classificadas como sendo ou não queixas relacionadas a possíveis internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP), a fim de identificar algumas causas que poderiam ter sido tratadas e evitadas antes que necessitassem de atendimento em algum serviço de urgência ou de uma internação hospitalar, tendo como base a Portaria nº 221 de 17 de abril de 2008 (BRASIL, 2008).

Ressalta-se que a amostra deste estudo representada por 88 crianças menores de dois anos que procuraram por atendimento no serviço de urgência e 54 crianças que estiveram internadas em algum hospital nos últimos doze meses, corresponde, respectivamente, a 27,08% e 16,61% do total de crianças observadas no inquérito. Observa-se que 31,81% das crianças que foram atendidas pelo serviço de urgência nos últimos 12 meses também necessitaram de pelo menos uma internação no mesmo período, conforme ilustrado na figura 2.

Figura 2: Esquemática da amostra do estudo de crianças menores de 2 anos que necessitaram de atendimento em algum serviço de urgência e/ou internação hospitalar nos últimos 12 meses . Juiz de Fora. (2010).



De acordo com o observado na figura 2, existem dois conjuntos de crianças, caracterizados pela utilização dos serviços de urgência e internação hospitalar. Entre os dois conjuntos identifica-se uma intercessão, representada pela área tracejada da figura, correspondendo a 28 crianças que utilizaram ambos os serviços de saúde no período estudado. Os entrevistados foram questionados em relação ao período em que ocorreu tal intervenção, sendo considerado o período de até 1 mês antes da entrevista, de 1 a 6 meses e/ou de 6 a 12 meses anteriores à coleta dos dados. Ao analisar as informações relatadas, cruzando-se os dados para a identificação do atendimento no serviço de urgência e a realização da internação hospitalar, observa-se que em 46,43% do total (13 casos) houve uma compatibilidade entre o período do atendimento na urgência e o período da internação; tal situação, somada à análise das queixas relatadas, pode indicar uma possibilidade de relação entre esses atendimentos. Observa-se ainda que entre

esses 13 casos, houve uma proporção de 30,77% (4 casos) que, no período estudado, necessitou de mais atendimentos nos serviços de urgência do que de internações.

Em relação ao motivo pelo qual foram atendidos em ambos os serviços nos últimos 12 meses, percebe-se que entre as 28 crianças algumas queixas foram similares, o que nos leva a especular que pode ter ocorrido uma associação direta com utilização dos serviços de urgência e a evolução do quadro para uma internação hospitalar. Entretanto, tal fato não ocorre de forma unânime, uma vez que há casos em que a queixa para o atendimento na urgência é bastante distinta daquela que gerou a internação. A tabela 2 apresenta de forma detalhada as queixas declaradas, tornando-se possível identificar as similaridades e disparidades entre elas.

Tabela 2: Queixas declaradas pelos responsáveis das crianças menores de 2 anos que foram atendidas em ambos os serviços de saúde (urgência e internação hospitalar) nos últimos 12 meses. Juiz de Fora. MG. 2010.

Casos	Queixas para o atendimento no Pronto Socorro nos últimos 12 meses	Queixas para a Internação Hospitalar nos últimos 12 meses
01	Anemia	Anemia
02	Asma	Bronquiolite
03	Asma	Pneumonia
04	Bronquite	Bronquiolite
05	Bronquite	Bronquite
06	Bronquite	Bronquite
07	Bronquite	Hérnia
08	Bronquite	Por engasgar muito
09	Bronquite	Taquipnéia transitória do recém-nascido
10	Bronquite	Bronquite
11	Criança Ingeriu Comprimido	Desidratação
12	Convulsão	Febre
13	Dengue	Dengue
14	Febre	Aspirou mecônio
15	Febre	Dispneia
16	Febre	Febre, vômito e diarreia
17	Icterícia	Icterícia
18	Infecção Intestinal	Catapora
19	Infecção Urinária e Anemia	Infecção Urinária, anemia e diarreia
20	Meningite	Meningite
21	Pneumonia	Icterícia
22	Pneumonia	Pneumonia
23	Pneumonia	Pneumonia
24	Queda	Cirurgia de frênulo da língua
25	Queda	Falta de ar e vômito
26	Suspeita de dengue	Bronquiolite
27	Tosse e dificuldade para respirar	Dificuldade de respirar
28	Vômito e diarreia	Vômito, diarreia e desidratação

Fonte: A autora. **Legenda:** * Compatibilidade do período de atendimento no serviço de urgência e internação. **Casos em que houve mais atendimentos no serviço de urgência do que internação no mesmo período.

Conforme observado, do total de crianças atendidas em ambos os serviços de saúde, menos da metade, (46,43%), apresentaram motivos semelhantes que justificam tais atendimentos, fato este que pode estar relacionado à ausência prévia de uma padronização para a descrição das queixas. O registro das entrevistas em relação às queixas baseou-se na transcrição fiel por parte do entrevistador do relato feito pelo responsável da criança, não sendo possível identificar os casos em que a mesma sintomatologia era descrita de forma diferenciada.

Com base nas respostas fornecidas pelos entrevistados, que vão além das queixas sintomatológicas, pode-se estabelecer o perfil materno das crianças a partir de algumas variáveis, separando-o baseado no critério de utilização do serviço de saúde. Dessa forma, a tabela 3 apresenta um comparativo do perfil materno das crianças que foram atendidas por algum serviço de urgência e daquelas que não necessitaram dessa intervenção, ou seja, as crianças que utilizaram e também as que não utilizaram tal serviço.

A partir da comparação entre as distintas características maternas, nota-se que mais da metade (51%) das mães das crianças não atendidas pelo pronto socorro (urgência) referem estar casadas, característica esta não tão frequente (44,3%) entre as mães das crianças que necessitaram do atendimento, apesar de tal diferença não ser estatisticamente significativa. Em relação à faixa etária das mães, evidencia-se uma distribuição semelhante, independente de ter ocorrido o atendimento aos seus filhos, sendo concentrada a maioria das mães no intervalo entre 20 e 35 anos. O mesmo acontece com a raça/cor, onde é possível observar a predominância das mães consideradas não-brancas. Como forma de classificar a maioria das mães em relação à escolaridade, os dados foram agrupados em alguns níveis, a partir de uma nomenclatura que facilitasse à compreensão das entrevistadas, fazendo referência ao termo utilizado no período em que a maioria estava estudando, no qual o ensino pré-escolar foi descrito como sendo o primário, o fundamental denominado de 1º grau e o ensino médio de 2º grau. Observando a tabela 3, pode-se perceber que a escolaridade materna predominante foi relacionada às mães que cumpriram o 2º (segundo) grau e/ou estavam em andamento do ensino superior em ambos grupos.

Tabela 3: Perfil socioeconômico e demográfico das mães de crianças menores de 2 anos de idade. Juiz de Fora, MG, 2010.

Características Maternas	Atendidas pela Urgência (88 crianças)			Não Atendidas pela Urgência (237 crianças)		
	Nº	%	IC 95%	Nº	%	IC 95%
Raça/Cor						
Branca	32	36,4	27,1 – 46,8	85	35,9	30,0 – 42,1
Parda	21	23,9	16,2 – 33,7	46	19,4	14,9 – 24,9
Morena	15	17,0	10,6 – 26,2	52	21,9	17,1 – 27,6
Preta	19	21,6	14,3 – 31,3	47	19,8	15,2 – 25,4
Outros	1	1,1	0,2 – 6,2	3	1,3	0,4 – 3,6
Estado Civil						
Solteira	40	45,4	35,5 – 55,8	104	43,9	37,7 – 50,2
Casada	39	44,3	34,4 – 54,7	121	51,0	44,7 – 57,3
Separada ou divorciada	6	6,8	3,2 – 14,1	7	2,9	1,4 – 6,0
Viúva	3	3,4	1,2 – 9,5	4	1,7	0,7 – 4,3
Não resposta	-	-	-	1	0,4	0,1 – 2,3
Situação Conjugal						
Vive sem companheiro	25	28,4	20,0 – 38,6	56	23,6	19,0 – 29,4
Vive com companheiro	63	71,6	61,4 – 80,0	181	76,4	70,6 – 81,3
Idade Materna atual (anos)						
10-19	12	13,6	8,0 – 22,3	30	12,7	9,0 – 17,5
20-35	62	70,5	60,2 – 79,0	180	75,9	70,1 – 80,9
Maior que 35	14	15,9	9,7 – 24,9	27	11,4	7,9 – 16,1
Escolaridade Materna						
Nenhuma/primário incompleto	1	1,1	0,2 – 6,2	5	2,1	0,9 – 4,8
Primário completo/ 1º grau incompleto	26	29,5	21,0 – 40,0	61	25,7	20,6 – 31,7
1º grau completo/2º grau incompleto	27	30,7	22,0 – 41,0	66	27,8	22,5 – 33,9
2º grau completo/superior incompleto	30	34,1	25,0 – 44,5	91	38,4	32,4 – 44,7
Ensino superior completo	4	4,5	1,8 – 11,1	13	5,5	3,2 – 9,2

Fonte: A autora. **Legenda:** N°= números absolutos na amostra; % e IC95%= Porcentagens e intervalo de 0,95 de nível de confiança. Os percentuais podem não somar 100% devido ao arredondamento de alguns valores.

Além da análise do perfil materno das crianças que necessitaram ou não do atendimento, utilizou-se como estratégia para analisar o acesso aos serviços de saúde, a realização de uma divisão entre as amostras a partir da cobertura ou não de serviços de ESF. A amostra de crianças atendidas pelos serviços de urgência foi dividida e classificada em duas sub-amostras, tendo como princípio básico para a divisão: a presença ou não da cobertura assistencial de equipes de ESF, entendendo essa estratégia como prioritária para a organização da rede de serviços de saúde. A primeira sub-amostra representa as famílias de crianças que residem em áreas pertencentes a alguma equipe de ESF, enquanto as famílias não adscritas a estes serviços estão inseridas na segunda sub-amostra. Como forma de comparar

as diferentes sub-amostras, os dados referentes ao perfil socioeconômico e demográfico materno das crianças encontram-se descritos na tabela 4.

Nota-se que em ambas as sub-amostras as entrevistas aconteceram predominantemente com as mães biológicas das crianças, sendo que na sub-amostra 1 as respostas fornecidas por elas somaram 88,23% do total, enquanto na sub-amostra 2, esse número foi ainda maior, representando 89,19% do total das entrevistas. A média de idade atual entre as mães das crianças foi uma variável que sofreu modificações ao analisar as sub-amostras. A média de idade da primeira sub-amostra foi de 25,93 anos, considerando-se 17 anos como a idade mínima e 44 anos como a idade máxima. Na segunda sub-amostra a média de idade foi de 28,55 anos, tendo como limites mínimo e máximo de idade, respectivamente, 16 e 43 anos. Entretanto, essa diferença não pôde ser considerada estatisticamente significativa.

A partir da análise da tabela 4, destacam-se ainda outras variáveis importantes, uma delas refere-se à raça/cor, na qual há um predomínio de mães consideradas não brancas em ambas as amostras. Outro fator relevante diz respeito à presença do companheiro. Mais de 70% das mulheres de ambas sub-amostras afirmam conviver com um companheiro, porém 52,9% das mães das crianças inseridas na primeira sub-amostra são consideradas solteiras, fato este que pode caracterizar a presença da união conjugal para além da oficialização do casamento. Em contrapartida, na segunda sub-amostra, as mães casadas representam a maioria, somando 51,3% do total. No que se refere à escolaridade materna, observa-se que na primeira sub-amostra, a maioria das mães (35,3%) possui o segundo grau completo, enquanto na segunda sub-amostra, o 1º grau completo apresenta-se como a escolaridade informada pela maioria delas (35,1%).

Tabela 4: Perfil socioeconômico e demográfico das mães de crianças menores de 2 anos de idade que foram atendidas em algum serviço de urgência nos últimos 12 meses, estratificado pela cobertura de equipe ESF, Juiz de Fora, MG, 2010.

Características maternas das crianças atendidas pelo Pronto Socorro	Sub-amostra 1 Com cobertura de ESF (51 crianças)			Sub-amostra 2 Sem cobertura de ESF (37 crianças)		
	Nº	%	I.C 95%	Nº	%	I.C 95%
Raça/Cor						
Branca	18	35,3	23,6 – 49,0	14	37,8	24,1 – 53,9
Parda	11	21,6	12,5 – 34,6	10	27,0	15,4 – 43,0
Morena	11	21,6	12,5 – 34,6	4	10,8	4,3 – 24,7
Preta	11	21,6	12,5 – 34,6	8	21,6	11,4 – 37,2
Outros	-	-	-	1	2,7	0,5 – 13,8
Estado Civil						
Solteira	27	52,9	39,5 – 65,9	13	35,1	21,8 – 51,2
Casada	20	39,2	27,0 – 52,9	19	51,3	35,9 – 66,5
Separada ou divorciada	3	5,9	2,0 – 15,9	3	8,1	2,8 – 21,3
Viúva	1	2,0	0,3 – 10,3	2	5,4	1,5 – 17,7
Situação Conjugal						
Vive sem companheiro	14	27,4	17,1 – 40,9	11	29,7	17,5 – 45,8
Vive com companheiro	37	72,5	59,0 – 82,9	26	70,3	54,2 – 82,5
Idade Materna atual (anos)						
10-19	08	15,7	8,2 – 28,0	4	10,8	4,3 – 24,7
20-35	36	70,6	57,0 – 81,3	26	70,3	54,2 – 82,5
Maior que 35	07	13,7	6,8 – 25,7	7	18,9	9,5 – 34,2
Escolaridade Materna						
Nenhuma/primário incompleto	1	2,0	0,3 – 10,3	-	-	-
Primário completo/ 1º grau incompleto	17	33,3	22,0 – 47,0	9	24,3	13,4 – 40,1
1º grau completo/2º grau incompleto	14	27,4	17,1 – 40,9	13	35,1	21,8 – 51,2
2º grau completo/universitário incompleto	18	35,3	23,6 – 49,0	12	32,4	19,6 – 48,5
Ensino universitário completo	1	2,0	0,3 – 10,3	3	8,1	2,8 – 21,3

Fonte: A autora. Legenda: Nº= números absolutos na amostra; % e IC95%= Porcentagens e intervalo de 0,95 de nível de confiança. Os percentuais podem não somar 100% devido ao arredondamento de alguns valores.

Seguindo-se a lógica da utilização dos serviços de saúde e abordando a segunda amostra do estudo, compreendida pelas crianças que foram internadas nos últimos 12 meses, construiu-se a tabela 5, na qual há detalhado o comparativo entre o perfil materno da amostra de crianças que estiveram internadas e daquelas que não necessitaram dessa intervenção.

Com base na tabela 5, ao analisar a categoria raça/cor, por meio de um agrupamento entre pretos, pardos e morenos, é possível perceber uma maioria de mães consideradas não brancas em ambos os perfis. Nota-se uma diferença, embora não significativa ($p > 0,05$), em relação ao estado civil, sendo registrada uma proporção maior de mulheres casadas entre as mães de crianças não internadas.

Entre as crianças internadas 59,3% das mães confirmaram a presença dos companheiros, enquanto entre as crianças que não necessitaram de internação essa presença dos mesmos pode ser evidenciada em 78,2% das falas das mães ($p=0,005$). A faixa etária materna é uma variável que se mostrou independente à necessidade de internação, pois a maior parte das entrevistadas encontra-se inserida na faixa etária de 20 a 35 anos em ambos os grupos. No que se refere à escolaridade, observa-se que entre as mães das crianças internadas há uma maior concentração daquelas que possuem o ensino primário completo ou o 1º grau incompleto (33,3%), enquanto que com as mães das crianças não internadas concentra-se um número maior daquelas que possuem o 2º grau completo ou superior incompleto (38,7%).

Tabela 5: Perfil socioeconômico e demográfico das mães de crianças menores de 2 anos de idade que estiveram ou não internadas nos últimos 12 meses, Juiz de Fora, MG, 2010.

Características Maternas	Internadas (54 crianças)			Não Internadas (271 crianças)		
	Nº	%	IC 95%	Nº	%	IC 95%
Raça/Cor						
Branca	18	33,3	22,2 – 46,6	99	36,5	31,0 – 42,4
Parda	12	22,2	13,2 – 35,0	55	20,3	15,9 – 25,5
Morena	6	11,1	5,2 – 22,2	61	22,5	17,9 – 27,8
Preta	15	27,8	17,6 – 40,9	51	18,8	14,6 – 23,9
Outros	3	5,6	1,9 – 15,1	5	1,9	0,8 – 4,3
Estado Civil						
Solteira	25	46,3	33,7 – 59,4	119	43,9	38,1 – 49,9
Casada	19	35,2	23,8 – 48,5	141	52,0	46,1 – 57,9
Separada ou divorciada	5	9,3	4,02 – 19,9	8	3,0	1,5 – 5,7
Viúva	4	7,4	2,9 – 17,5	3	1,1	0,4 – 3,2
:	1	1,9	0,3 – 9,8	-	-	-
Situação Conjugal						
Vive sem companheiro	22	40,7	28,7 – 54,0	59	21,8	17,3 – 27,1
Vive com companheiro	32	59,3	46,0 – 71,3	212	78,2	72,9 – 82,7
Idade Materna atual (anos)						
10-19	06	11,1	5,2 – 22,2	36	13,3	9,8 – 17,8
20-35	40	74,1	61,1 – 83,9	202	74,5	69,0 – 79,4
Maior que 35	08	14,8	7,7 – 26,6	33	12,2	8,8 – 16,6
Escolaridade Materna						
Nenhuma/primário incompleto	2	3,7	1,0 – 12,5	4	1,5	0,6 – 3,7
Primário completo/1º grau incompleto	18	33,3	22,2 – 46,6	69	25,5	20,6 – 31,0
1º grau completo/2º grau incompleto	17	31,5	20,7 – 44,7	76	28,0	23,0 – 33,7
2º grau completo/universitário incompleto	16	29,6	19,1 – 42,8	105	38,7	33,1 – 44,7
Ensino universitário completo	1	1,9	0,3 – 9,8	16	5,9	3,7 – 9,4

Fonte: A autora. Legenda: Nº= números absolutos na amostra; % e IC95%= Porcentagens e intervalo de confiança de 0,95 de nível de confiança.

Para analisar o perfil materno da amostra de crianças internadas utilizou-se a mesma estratégia de divisão realizada com a amostra de crianças que foram atendidas pelos serviços de urgência, separando-a em duas sub-amostras a partir da cobertura de serviços de ESF. A sub-amostra 3 compreende as crianças internadas que residem em áreas com cobertura de serviços de ESF, e a sub-amostra 4 inclui as crianças que residem em área não adscritas a estes serviços. Algumas características das mães das crianças das duas sub-amostras estão representadas na tabela 6.

A partir da análise da tabela 6 é possível verificar uma porcentagem maior de mulheres da raça branca (46,9%) entre as mães das crianças com cobertura de ESF do que em relação àquelas não assistidas por esse serviço (13,6%). Na sub-amostra 3, 34,4% das mulheres afirmam que vivem sem a presença dos companheiros e quando questionadas sobre o estado civil, 65,6% do total da sub-amostra declararam não serem casadas. Na sub-amostra 4, exatamente 50% das mães relataram que não residem com seus companheiros e quando questionadas em relação ao estado civil, a porcentagem de mulheres que se declararam solteiras se repete, somando 50% do total dessa sub-amostra. A faixa etária predominante é similar em ambos os grupos, considerada entre 20 a 35 anos. No que diz respeito à escolaridade, verifica-se que 37,5% afirmam ter completado no mínimo o ensino primário e outras 37,5% afirmam ter concluído o 2º (segundo) grau. Entre as mães de crianças da sub-amostra 4 (internadas e não assistidas por equipes de ESF) o grau de escolaridade predominante inclui a conclusão do atual ensino fundamental ou o desenvolvimento do ensino médio (antigo 1º grau completo/2º grau incompleto).

Tabela 6: Perfil socioeconômico e demográfico das mães de crianças menores de 2 anos de idade que estiveram internadas nos últimos 12 meses. Juiz de Fora, MG, 2010.

Características maternas das crianças internadas	Sub-amostra 3 Com cobertura de ESF (32 crianças)			Sub-amostra 4 Sem cobertura de ESF (22 crianças)			
	Raça/Cor	Nº	%	I.C 95%	Nº	%	I.C 95%
	Branca	15	46,9	30,9 – 63,5	3	13,6	4,7 – 33,3
	Parda	6	18,8	8,9 – 35,3	6	27,3	13,1 – 48,1
	Morena	2	6,3	1,7 – 20,1	4	18,2	7,3 – 38,5
	Preta	7	21,9	11,0 – 38,7	8	36,4	19,7 – 57,0
	Outros	2	6,3	1,7 – 20,1	1	4,5	0,8 – 21,8
Estado Civil							
	Solteira	14	43,8	28,2 – 60,7	11	50,0	30,7 – 69,3
	Casada	11	34,4	20,4 – 51,7	8	36,4	19,7 – 57,0
	Separada ou divorciada	4	12,5	5,0 – 28,1	1	4,5	0,8 – 21,8
	Viúva	2	6,3	1,7 – 20,1	2	9,1	2,5 – 27,8
	Não resposta	1	3,1	0,5 – 15,7	-	-	-
Situação Conjugal							
	Vive sem companheiro	11	34,4	20,4 – 51,7	11	50,0	30,7 – 69,3
	Vive com companheiro	21	65,6	48,3 – 79,6	11	50,0	30,7 – 69,3
Idade Materna atual (anos)							
	10-19	03	9,4	3,2 – 24,2	03	13,6	4,7 – 33,3
	20-35	24	75,0	57,9 – 86,7	16	72,7	51,8 – 86,8
	Maior que 35	05	15,6	6,9 – 31,7	03	13,6	4,7 – 33,3
Escolaridade Materna							
	Nenhuma/primário incompleto	1	3,1	0,5 – 15,7	1	4,5	0,8 – 21,8
	Primário completo/ 1º grau incompleto	12	37,5	22,9 – 54,7	6	27,3	13,1 – 48,1
	1º grau completo/2º grau incompleto	7	21,9	11,0 – 38,7	10	45,4	26,9 – 65,3
	2º grau completo/universitário incompleto	12	37,5	22,9 – 54,7	4	18,2	7,3 – 38,5
	Ensino universitário completo	-	-	-	1	4,5	0,8 – 21,8

Fonte: A autora. Legenda: Nº= números absolutos na amostra; % e IC95%= Porcentagens e intervalo de 0,95 de nível de confiança. Os percentuais podem não somar 100% devido ao arredondamento de alguns valores.

Entendendo o conceito ampliado de acesso e as influências que os fatores socioeconômicos, familiares, demográficos, nutricionais e ambientais podem exercer sobre ele, avaliou-se também as características domiciliares e dos representantes das famílias. Encontram-se descritas na tabela 7 algumas características referentes aos domicílios e ao perfil do chefe da família, tanto para o grupo de crianças atendidas pelo serviço de urgência quanto para o grupo de crianças internadas, as quais poderão ser utilizadas como subsídio para a análise dos dados de acesso aos serviços de saúde.

Tabela 7: Características das famílias de crianças menores de 2 anos de idade que foram atendidas pelo serviço de urgência e/ou estiveram internadas nos últimos 12 meses. Juiz de Fora, MG, 2010.

Características das Famílias	Atendidas na Urgência (88 crianças)			Internadas (54 crianças)		
Grupo Social ABEP*	Nº	%	I.C.	Nº	%	I.C.
A	-	-	-	-	-	-
B	18	20,4	13,3 – 30,0	8	14,8	7,7 – 26,6
C	56	63,6	53,2 – 72,9	34	63,0	49,6 – 74,6
D	13	14,8	8,8 – 23,6	11	20,4	11,8 – 32,9
E	1	1,1	0,2 – 6,2	0	0,0	-
Não resposta	-	-	-	1	1,9	0,3 – 10,8
Renda per capita**						
< R\$127,50	12	13,6	8,0 – 22,3	13	24,1	14,6 – 36,9
R\$ 128,00 – R\$ 255,00	38	43,2	33,3 – 53,6	20	37,0	25,4 – 50,4
R\$ 256,00 – R\$ 510,00	16	18,2	11,5 – 27,5	11	20,4	11,8 – 32,9
R\$ 511,00 – R\$ 1.020,00	10	11,4	6,3 – 19,7	7	12,9	6,4 – 24,4
>R\$ 1.021,00	3	3,4	1,2 – 9,5	-	-	-
Não resposta	9	10,2	5,5 – 18,3	3	5,6	1,9 – 15,1
Chefia da Família						
Mãe da Criança	13	14,8	8,8 – 23,6	10	18,5	10,4 – 30,8
Marido/ Companheiro	53	60,2	49,8 – 69,8	28	51,9	38,8 – 64,6
Mãe ou Pai do Entrevistado	16	18,2	11,5 – 27,5	13	24,1	14,6 – 36,9
Outro familiar	6	6,8	3,2 – 14,1	3	5,6	1,9 – 15,1
Escolaridade do Chefe da Família						
Nenhuma/primário incompleto	6	6,8	3,2 – 14,1	5	9,3	4,0 – 19,9
Primário comp./1º grau incompleto	23	26,1	18,1 – 26,2	21	38,9	27,0 – 52,2
1º grau comp./2º grau incompleto	27	30,7	22,0 – 41,0	12	22,2	13,2 – 34,9
2º grau comp./universitário incompleto	31	35,2	26,1 – 45,6	14	25,9	16,1 – 38,9
Ensino universitário comp.	1	1,1	0,2 – 6,2	1	1,9	0,3 – 9,8
Número de Moradores no Domicílio						
Até 3 moradores	23	26,1	18,1 – 26,2	13	24,1	14,6 – 36,9
De 4 a 5 moradores	42	47,7	37,6 – 58,0	21	38,9	27,0 – 52,2
Mais que 5 moradores	23	26,2	18,1 – 26,2	20	37,0	25,4 – 50,4

Fonte: A autora. Legenda: Nº= números absolutos na amostra; % e IC95%= Porcentagens e intervalo de 0,95 de nível de confiança. Os percentuais podem não somar 100% devido ao arredondamento de alguns valores.

* Estratos de consumo familiar da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas (ABEP);

**Renda per capita com valores apresentados múltiplos do salário mínimo de referência no valor de R\$ 510,00.

Conforme observado na tabela 7, mais da metade das famílias de ambas as amostras convivem com uma renda per capita de até R\$ 255,00, valor considerado a metade do salário mínimo de referência na época do estudo, totalizando 56,8% das famílias das crianças atendidas pelos serviços de urgência e 61,1% das famílias de crianças internadas. Outro dado socioeconômico observado refere-se à classificação da ABEP para o grupo social, na qual cerca de 63% das famílias de ambas as amostras estão inseridas no grupo C. No que tange à figura do chefe da família, constata-se como predominante a figura do marido/companheiro, representando

60,2% da primeira amostra e 51,9% da segunda. O nível de escolaridade do chefe das famílias segue a mesma tendência observada com as mães das crianças, no qual há um predomínio de no mínimo a conclusão do ensino fundamental (antigo primeiro grau). Em ambas as amostras, observa-se que há uma maior proporção de famílias contendo de 4 a 5 moradores por domicílio, sendo essa a realidade de 47,7% dos domicílios da amostra de crianças atendidas pelos serviços de urgência e 38,9% dos domicílios da amostra de crianças internadas.

5.2. ANÁLISE DESCRITIVA DA UTILIZAÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA PELAS CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS

Conforme já descrito anteriormente, a amostra deste trabalho, selecionada a partir da utilização de serviços de saúde, consiste em dois grupos com características distintas: no primeiro grupo estão compreendidas as 88 crianças que necessitaram de no mínimo um atendimento em algum serviço de urgência nos últimos 12 meses e no outro grupo estão inseridas as 54 crianças que estiveram internadas em algum hospital pelo menos uma vez, no mesmo período.

No que se refere ao acesso aos serviços de urgência pelas crianças menores de dois anos, observa-se que 57,95% daquelas que necessitaram deste atendimento pertenciam a áreas cobertas com serviços de unidade de ESF, enquanto 12,50% eram residentes em áreas assistidas por equipes de unidades básicas tradicionais e 29,55% não estavam inseridas em nenhuma equipe de APS. Destaca-se ainda que o serviço de atenção secundária (policlínica municipal), localizado na região administrativa Norte, abrange toda a população residente na área, portanto, é tido como referência para 100% dessas crianças.

Em relação às crianças que necessitaram de tal atendimento, pode-se descrever um perfil a partir de algumas variáveis não relacionadas diretamente ao acesso, mas que podem estar associadas à busca pelo atendimento. Nota-se que o tipo de parto foi semelhante, sendo 50% das crianças nascidas por parto normal e 50% por parto por cesárea. Os bebês que foram considerados com baixo peso ao nascer (< 2500 kg), em sua maioria, 66,7% dos casos, nasceram de parto por

cesárea. Essa situação de bebês com baixo peso ao nascer foi evidenciada em apenas 6,9% de todos os casos. Em geral, a maioria das crianças ao nascer tinha pesos considerados adequados para a idade gestacional, independente do tipo de parto, tendo em média 3,192kg. A média da idade das crianças no período do atendimento foi de 14,26 meses, variando de 2 a 24. Quanto ao sexo e à raça/cor, observa-se que pouco mais da metade das crianças eram do sexo masculino (51,1%) e não brancas (52,2%).

O atendimento baseado na necessidade das crianças ocorreu em 100% dos casos, sendo atendidas pelo serviço de urgência todas as crianças cujos responsáveis afirmaram ter necessitado. Em média realizaram-se 2,27 atendimentos por criança no período de um ano. Os motivos que levaram as crianças ao pronto socorro foram diversos, percebe-se que 67,04% podem ser classificadas como queixas associadas à CSAP. As queixas que levaram às crianças a serem atendidas nos serviços de urgência estão descritas na tabela 8, agrupadas pelos capítulos da Classificação Internacional de Doenças CID-10 (1997), sendo a maioria representada pelas Doenças do Aparelho Respiratório (45,4% do total).

Tabela 8: Queixas declaradas pelos responsáveis das crianças menores de 2 anos que foram atendidas nos serviços de urgência nos últimos 12 meses com base na Classificação Internacional de Doenças (CID – 10). Juiz de Fora. MG.2010.

Causas de Atendimentos nos serviços de urgência	Sub-amostra 1		Sub-amostra 2	
	Com cobertura de E SF		Sem cobertura de E SF	
	N	%	N	%
I. Doenças infecciosas e parasitárias	04	7,9	04	10,8
A.08. Infecção Intestinal	01	2,0	-	-
A.09. Diarréia e Gastroenterite	01	2,0	01	2,7
A.87. Meningite Viral	-	-	01	2,7
A.90. Dengue	02	3,9	01	2,7
B.01. Varicela	-	-	01	2,7
III. Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	01	2,0	-	-
D.50. Anemia	01	2,0	-	-
V. Transtornos mentais e comportamentais	01	2,0	-	-
F.99. Transtorno não especificado	01	2,0	-	-
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastoide	01	2,0	-	-
H.60. Otitite externa	01	2,0	-	-
X. Doenças do aparelho respiratório	20	39,4	20	54,0
J.03. Amigdalite	01	2,0	01	2,7
J.06. Infecções Agudas das vias aéreas superiores	09	17,8	07	18,9
J.12. Pneumonia	02	3,9	02	5,4
J.20. Bronquite	06	11,8	08	21,6
J.30. Rinite Alérgica	02	3,9	-	-
J.45. Asma	-	-	02	5,4
XI. Doenças do aparelho digestivo	02	4,0	02	5,4
K.05. Gengivite	01	2,0	-	-
K.12. Estomatite	-	-	01	2,7
k.63. Outras doenças do intestino	01	2,0	01	2,7
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	-	-	03	8,1
L.02. Abscesso cutâneo, furúnculo e carbúnculo	-	-	01	2,7
L.08. Outras infecções de pele	-	-	02	5,4
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	01	2,0	-	-
N.39. Outros transtornos do trato urinário	01	2,0	-	-
XVI. Afecções originadas no período perinatal	02	3,9	-	-
P.90. Convulsões do recém-nascido	02	3,9	-	-
XVIII. Sintomas sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte	12	23,6	05	13,5
R.10. Dor abdominal	01	2,0	-	-
R.11. Náusea e Vômito	04	7,8	03	8,1
R.17. Icterícia	01	2,0	-	-
R.50. Febre	06	11,8	02	5,4
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	07	13,7	02	5,4
V.99. Acidente	-	-	01	2,7
W.19. Quedas	04	7,8	01	2,7
Y.10. Intoxicação por exposição a fármacos	01	2,0	-	-
Y.59. Efeitos adversos pós-vacinação	02	3,9	-	-

Fonte: A autora. Legenda: N = números absolutos na amostra; % = Porcentagens na amostra;

A partir da identificação da busca pelos atendimentos de urgência e internação destacam-se para a análise as variáveis diretamente relacionadas às dimensões de acesso, sendo realizada a descrição das variáveis numéricas e a apresentação sob a forma de tabela das consideradas categóricas.

Tendo como base a análise das variáveis categóricas diretamente associadas às dimensões de acesso, dispostas na tabela 9, evidencia-se que a dimensão disponibilidade tem relação com a oferta dos serviços e pode-se perceber que a busca pelo serviço de urgência nas duas sub-amostras ocorreu em sua maioria pelo SUS (sub-amostra 1 = 90,2% e sub-amostra 2 = 81,1%) e de forma direta, independente da referência de serviços da APS. Do total de crianças, 78,4% foram levadas ao serviço de urgência como primeira escolha, sem encaminhamento de nenhum serviço de referência. Apenas 18,2% relataram ter sido encaminhadas a partir de algum serviço de saúde e 3,4% das crianças foram levadas até o pronto atendimento por outras pessoas, também sem encaminhamento de serviços de saúde.

No que se refere à segunda dimensão de acesso, analisando-se os dados da tabela 9, nota-se que houve gastos com o transporte da criança até o serviço de saúde. a primeira sub-amostra, composta pelas crianças que possuem cobertura de ESF, 90,2% dos entrevistados afirmam ter gastado algum valor com o transporte enquanto na sub-amostra 2, a afirmativa é expressa em 78,4% das entrevistas. Além disso, outro gasto mensurado e que merece destaque refere-se ao gasto com o atendimento, sendo identificado apenas em uma entrevista, contradizendo a proporção do número de atendimentos realizados por planos de saúde, (9,8% na sub-amostra 1 e 18,9% na sub-amostra 2). Tal situação pode estar associada a uma falsa negativa de gastos, não sendo considerado pelos familiares o gasto mensal com o plano de saúde privado, gerando assim uma subestimativa do mesmo.

A aceitabilidade, considerada a dimensão de acesso mais subjetiva, está relacionada com a perspectiva do usuário em relação aos serviços de saúde. Nesse estudo, algumas variáveis relacionam-se com essa dimensão e classificam a opinião dos responsáveis pelas crianças sobre o atendimento, estando também descritas na tabela 9. Ao serem questionados sobre uma explicação em relação ao tipo de atendimento e procedimento a ser realizado, 80,4% dos responsáveis pelas crianças atendidas inseridas na sub-amostra 1 relataram que ao saírem do serviço de urgência não receberam nenhum relatório explicativo, e 81,1% dos responsáveis

pelas crianças da sub-amostra 2 também afirmaram que não foi fornecido nenhum relatório que explicasse o que havia acontecido durante o atendimento. Em relação à satisfação individual com o atendimento e o tempo de espera é possível identificar que mesmo quando a espera pelo atendimento é considerada um fator negativo, a avaliação positiva do atendimento não é comprometida. Na primeira sub-amostra, 56,9% avaliaram de forma insatisfatória o tempo de espera, considerando-o como péssimo/ruim/regular, enquanto a avaliação do atendimento foi positiva (bom/ótimo) em 84,3% das entrevistas. O mesmo aconteceu com a segunda sub-amostra, na qual 59,5% avaliaram o tempo de espera como péssimo/ruim/regular e 86,5% dos entrevistados avaliaram o atendimento como sendo satisfatório (bom/ótimo).

Tabela 9: Características do acesso aos serviços de urgência pelas crianças menores de 2 anos, nos últimos 12 meses. Juiz de Fora, MG. 2010.

Variáveis de Acesso	Sub-amostra 1			Sub-amostra 2		
	Nº	%	I.C. 95%	Nº	%	I.C. 95%
Rede de atendimento						
SUS	46	90,2	79,0-95,7	30	81,1	65,8-90,5
Plano de Saúde	5	9,8	4,3-21,0	7	18,9	9,5-34,2
Privado	-	-	-	-	-	-
Encaminhamento						
Encaminhado por algum serviço de saúde	9	17,6	9,6-30,2	7	18,9	9,5-34,2
Levado por conta própria	40	78,4	65,4-87,5	29	78,4	62,8-88,6
Levado por outros	2	3,9	1,1-13,2	1	2,7	0,5-13,8
Opinião sobre o tempo de espera						
Péssimo/ Ruim/ Regular	29	56,9	43,3-69,5	22	59,5	43,5-73,6
Bom/ Ótimo	22	43,1	30,5-56,7	13	35,1	21,8-51,2
Gastos com o transporte						
Sim	46	90,2	79,0-95,7	29	78,4	62,8-88,6
Não	5	9,8	0,43-21,0	8	21,6	11,4-37,2
Gastos com o atendimento						
Sim	1	2,0	0,3-10,3	-	-	-
Não	-	-	-	-	-	-
Opinião sobre o atendimento						
Péssimo/ Ruim/ Regular	8	15,7	8,2-28,0	3	8,1	2,8-21,3
Bom/ Ótimo	43	84,3	72,0-91,8	32	86,5	72,0-94,1
Explicação Médica sobre o atendimento						
Sim	33	64,7	51,0-76,4	26	70,3	54,2-82,5
Não	16	31,4	20,3-45,0	10	27,0	15,4-43,0
Não Resposta	2	3,9	1,1-13,2	1	2,7	0,5-13,8
Saiu com alguma receita						
Sim	39	76,5	63,2-86,0	33	89,2	75,3-95,7
Não	11	21,6	12,5-34,6	3	8,1	2,8-21,3
Situação da criança após o atendimento						
Piorou	2	3,9	1,1-13,2	1	2,7	0,5-13,8
Continua como antes	5	9,8	4,3-21,0	5	13,5	5,9-28,0
Melhorou um pouco	14	27,5	17,1-40,9	4	10,8	4,3-24,7
Melhorou bastante	16	31,4	20,3-45,0	15	40,5	26,3-56,5
Curou	13	25,5	15,5-38,9	12	32,4	19,6-48,5
Não resposta	1	2,0	0,3-10,3	-	-	-

Fonte: A autora. **Legenda:** Nº= números absolutos na amostra; % e IC95%= Porcentagens e intervalo de 0,95 de nível de confiança. Os percentuais podem não somar 100% devido ao arredondamento de alguns valores.

Considerando a análise das dimensões de acesso associadas à descrição de variáveis numéricas, não citadas nas tabelas, pode-se perceber que para caracterizar a disponibilidade admite-se que há uma distância entre o domicílio e o serviço de saúde, cuja mensuração pode ser dada em decorrência do tipo de transporte utilizado para se chegar ao serviço de saúde e o tempo médio de viagem

gasto, sendo observado um maior gasto de tempo na sub-amostra 1, onde a média foi de aproximadamente 26 minutos. Na segunda sub-amostra o tempo gasto foi menor e é possível observar uma média de 22 minutos. Como meio de transporte, evidencia-se também uma diferença entre as sub-amostras, caracterizada pelo maior consumo de veículos automotivos na primeira sub-amostra, sendo 98% do total, enquanto na segunda sub-amostra a utilização desses veículos foi de 81,1%. Nos casos onde não foram utilizados veículos automotivos, os responsáveis pelas crianças afirmam ter ido caminhando até o pronto socorro.

A presença dos medicamentos prescritos pelo médico no SUS pode ser citada também como um descritor da dimensão disponibilidade e, a partir disso, observa-se que em ambas as sub-amostras a maioria dos medicamentos prescritos não estava disponível no sistema. Com as crianças que pertencem a áreas cobertas com ESF, essa ausência foi relatada em 54,9% do total, já com as crianças que não residem em áreas abrangidas por essa cobertura, os relatos de ausência de disponibilidade dos medicamentos no SUS foram ainda maiores, estando presentes em 62,2% das entrevistas.

Como subsidio para a análise da acessibilidade financeira, pode-se perceber uma relação indireta entre gastos e algumas variáveis, tais como: o tempo gasto para chegar até o serviço de Pronto Socorro; o tipo de transporte utilizado e a presença ou não de medicamentos no SUS. Estas variáveis podem estar associadas de forma indireta, visto que o responsável pela criança ao permanecer determinado tempo do seu dia no percurso de sua residência até o estabelecimento de saúde, e utilizando-se de diversos tipos de transportes, realizou gastos indiretos com a saúde. Vale ressaltar que a ausência de medicamentos no SUS pode ser considerada como um bom descritor de gastos, pois o familiar ao se deparar com a ausência de determinado fármaco na rede do SUS, tenderá a procurar drogarias ou postos de vendas privados, nas quais seja possível realizar a compra necessária. Além destas, outras variáveis como o tempo de espera pelo atendimento e o valor gasto com medicamentos podem ser consideradas importantes para estimar a capacidade de pagamento.

Ao analisar os dados sobre o tempo de espera pelo atendimento, restou esclarecido que as crianças da sub-amostra 1 aguardaram em média 55 minutos, enquanto as crianças da sub-amostra 2 aguardaram em média 58 minutos para serem atendidas, valores similares entre elas. Em relação a custos diretos, foi

calculada a média de gastos com medicamentos, e como resultado obteve-se um valor médio de R\$ 49,00 na primeira sub-amostra, considerado maior do que a média consumida na segunda sub-amostra, representada por R\$ 36,57, o que simboliza um menor gasto financeiro com medicamentos por parte das famílias desse grupo. O gasto com transporte até o serviço de urgência foi apontado em 90,2% das crianças residentes em áreas com cobertura de ESF e em 78,4% das crianças residentes em áreas descobertas por estes serviços.

A dimensão de acesso denominada aceitabilidade, pode ser considerada a mais subjetiva, uma vez que se refere à percepção dos sujeitos frente ao atendimento nos serviços de saúde. Admite-se que esta dimensão pode sofrer influencia de situações ocorridas durante todo o processo do acesso, iniciando-se com a necessidade do sujeito, a partir da queixa relatada e a escolha por determinado tipo de serviço de saúde e indo até o desfecho da situação clínica da criança, incluindo-se a postura dos profissionais e as orientações recebidas nos diversos tipos de serviços de saúde nesse momento.

5.3. ANÁLISE DESCRITIVA DA UTILIZAÇÃO DO SERVIÇO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR PELAS CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS

A segunda amostra deste estudo compreende as 54 crianças menores de 2 anos que necessitaram de pelo menos uma internação durante os doze meses que antecederam a pesquisa. No que se refere à disponibilidade e utilização dos serviços de saúde, observa-se que 59,26% das crianças internadas estavam inseridas em áreas pertencentes a alguma unidade de ESF, enquanto 5,56% eram assistidas por equipes de unidades básicas tradicionais e 35,18% não estavam adscritas a nenhum serviço de APS. Conforme destacado no grupo das crianças que foram atendidas pelos serviços de urgência, o serviço de atenção secundária, representado pela Policlínica Municipal serve como referência para toda a população da área, abrangendo 100% das crianças, independentemente de terem sido internadas ou não. Tal fato deve-se a localização do serviço secundário, cuja unidade encontra-se estrategicamente inserida nessa região.

Em relação às crianças que necessitaram da internação, pode-se descrever um perfil a partir de algumas variáveis, identificando-se que nessa amostra o tipo de parto não foi distribuído de forma semelhante ao grupo de crianças que necessitaram de serviços de urgência: a maioria das 54 crianças, independente de serem residentes em área com cobertura de ESF ou não, nasceu de parto normal, totalizando 57,41%, enquanto o restante, 42,59%, nasceu de parto por cesárea.

O baixo peso ao nascer (< 2500 kg) foi evidenciado em 12,96% dos casos de internação, nos quais mais da metade (57,14%) nasceram de parto por cesárea. Em relação à cobertura de serviços da ESF, pode-se afirmar que a sua presença não minimizou o número de crianças nascidas com peso considerado abaixo do ideal, pois observa-se que 85,71% dos recém-nascidos com baixo peso eram residentes em áreas cobertas por esses serviços (sub-amostra 3), o que pode ser um reflexo de falha do atendimento de pré-natal.

Em geral, a maioria (87,04%) das crianças ao nascer apresentava pesagem considerada adequada para a idade gestacional, tendo em média 3,059kg. A média da idade entre as crianças no período do atendimento foi de 12,19 meses, variando de 0 a 24. Quanto ao sexo e à raça/cor, observa-se que a variável sexo não sofreu grandes variações entre as sub-amostras, sendo 50% do sexo masculino e 50% do sexo feminino entre as crianças observadas. Já em relação à raça/cor, pouco mais da metade das crianças foram consideradas brancas (51,9%).

A cobertura assistencial de internação hospitalar direcionada a essas crianças foi de 100%, pois entre as 54 crianças que necessitaram de alguma internação durante esses 12 meses, todas conseguiram ser internadas, independente do motivo, realizando-se, em média, 1,39 internações ao ano por criança. A maior frequência de internações observadas no período corresponde a sete, ocorrida por apenas uma criança. Os motivos que levaram as crianças a serem internadas foram distintos, porém, entre eles prevalecem àqueles relacionados ao tratamento clínico de doenças, os quais respondem por 85,2% de todas as internações. As cirurgias de urgência foram responsáveis por apenas 3,7% dos motivos de internação entre a amostra estudada. O restante da amostra (11,1%) esteve internado em decorrência de cirurgias eletivas, não urgentes.

A partir dos relatos dos responsáveis pelas crianças, pode-se estabelecer um perfil das queixas/motivos que levaram às crianças até à internação, conforme apresentado na tabela 10. Dentre as queixas, 75,9 % podem ser classificadas como

queixas associadas à CSAP, ou seja, condições que poderiam ter sido prevenidas pela APS. Entre essas condições, vale destacar a possibilidade de prevenção pela APS das internações decorrentes, por exemplo, de doenças do aparelho respiratório e infecto-parasitárias.

Tabela 10: Queixas declaradas pelos responsáveis das crianças menores de 2 anos que estiveram internadas nos últimos 12 meses com base na Classificação Internacional de Doenças (CID – 10). Juiz de Fora. MG. 2010.

Causas de Internação			Sub Amostra 3 Com cobertura de E SF		Sub Amostra 4 Sem cobertura de E SF	
			N	%	N	%
I. Doenças infecciosas e parasitárias			04	12,5	01	4,5
A.09. Diarréia e Gastroenterite			02	6,3		
A.87. Meningite Viral			-	-	01	4,5
A.90. Dengue			01	3,1	-	-
B.01. Varicela			01	3,1	-	-
III. Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários			01	3,1	-	-
D.50. Anemia			01	3,1	-	-
IV. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas			01	3,1	-	-
E.73. Intolerância a lactose			01	3,1	-	-
X. Doenças do aparelho respiratório			10	31,3	16	72,6
J.06. Infecções Agudas das vias aéreas superiores			03	9,4	01	4,5
J.12. Pneumonia			02	6,3	08	36,3
J.20. Bronquite			04	12,5	04	18,2
J.21. Bronquiolite			01	3,1	03	13,6
XIV. Doenças do aparelho geniturinário			03	9,4	-	-
N.39. Outros transtornos do trato urinário			03	9,4	-	-
XVI. Afecções originadas no período perinatal			04	12,5	01	4,5
P.05.0 Recém nascido com baixo peso para idade gestacional			01	3,1	-	-
P.22.1 Taquipnéia transitória do recém nascido			03	9,4	-	-
P.90. Convulsões do recém-nascido			-	-	01	4,5
XVIII. Sintomas sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte			06	18,9	01	4,5
R.11. Náusea e Vômito			02	6,3	-	-
R.17. Icterícia			02	6,3	01	4,5
R.50. Febre			02	6,3	-	-
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade			-	-	01	4,5
Y.10. Intoxicação			-	-	01	4,5
XXI. Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde			02	6,3	02	9,0
Z.48. Outro segmento cirúrgico			02	6,3	02	9,0

Fonte: A autora. Legenda: N = números absolutos na amostra; % = Porcentagens na amostra;

Analisando-se os dados da busca pela internação hospitalar, seguindo-se a mesma lógica da análise dos serviços de urgência, percebe-se variáveis categóricas e numéricas relacionadas com as três dimensões de acesso estudadas. Buscando-se representar as variáveis categóricas criou-se a tabela 11, cujo objetivo é

apresentar as variáveis que representam as distintas dimensões de acesso separadas pelas sub-amostras de crianças internadas pertencentes à áreas com cobertura de ESF (sub-amostra 3) e áreas sem cobertura de ESF (sub-amostra 4).

Para a análise da primeira dimensão de acesso, a disponibilidade, evidencia-se que assim como o atendimento nos serviços de urgência, a internação foi predominantemente realizada pelo SUS, tanto na terceira sub-amostra (87,5%) quanto na quarta sub-amostra (90,9%). Partindo-se da análise dos encaminhamentos, diferentemente da busca pelo serviço de urgência, a internação hospitalar não ocorreu de forma direta, mas sim por meio da referência de serviços especializados, tanto a nível ambulatorial, como a nível hospitalar. A presença das referências realizadas pelos serviços de menor complexidade segue a lógica proposta para a organização dos serviços de saúde, baseando-se no modelo de redes de atenção à saúde, garantindo uma comunicação no sistema (MENDES, 2007).

Entre as crianças que necessitaram de internação, os centros de especialidade foram os responsáveis pelo maior número de encaminhamentos, equivalendo-se a 21,9% da sub-amostra 3 e 68,2% da sub-amostra 4. Os serviços de urgência foram os responsáveis pelo segundo maior número de encaminhamentos para as internações, somando 25,9% do total destas, correspondendo a 14 casos. Essa situação nos leva a intuir que os 13 casos em que houve uma compatibilidade tanto entre as queixas quanto com o período do atendimento na urgência e o período da internação, podem ter ocorridos simultaneamente, tendo a urgência como porta de entrada, em decorrência, muitas vezes, da facilidade de acesso em tempo integral, mesmo que moroso.

Ao analisar a segunda dimensão de acesso a partir dos dados da tabela 11, percebe-se que a presença de gastos com o atendimento foi relatada em apenas 6,3% das entrevistas da sub-amostra 3 e em nenhuma entrevista da sub-amostra 4, confirmando o predomínio do SUS em relação aos outros tipos de atendimentos. Em relação aos gastos com transporte, quando comparado com a amostra que necessitou de atendimento nos serviços de urgência pode-se perceber uma redução dos gastos para o grupo de crianças internadas, sendo destacada essa variável em 28,1% das crianças internadas e que possuem cobertura de serviços de ESF e em 18,2% das crianças sem cobertura destes serviços.

Como terceira dimensão de acesso considera-se a aceitabilidade, a qual pode ser entendida como a dimensão que mais representa o ponto de vista dos usuários sobre os serviços de saúde. Nesse estudo, os usuários caracterizaram tal dimensão ao serem questionados sobre esclarecimentos e qualidade do atendimento. Ao responderem sobre a presença de um relatório médico contendo uma explicação em relação ao tipo de atendimento e procedimento realizado, 71,9% dos responsáveis pelas crianças da sub-amostra 3 relataram que ao saírem da internação tiveram acesso a um relatório explicativo, e 85,4% dos responsáveis pelas crianças da sub-amostra 4 também afirmaram o recebimento do devido relatório, diferente do que aconteceu com o grupo de crianças que procuraram o serviço de pronto socorro, no qual a maioria dos responsáveis afirmou não ter sido esclarecida sobre o atendimento. Em relação à satisfação do usuário, na terceira sub-amostra 84,4% avaliam como satisfatório (bom/ótimo) o atendimento, enquanto na quarta sub-amostra a proporção é ainda maior, somando 91%. No que tange ao tempo de espera, a avaliação positiva é um pouco menor, dado que a internação não ocorreu de forma imediata, portanto, 59,4% da sub-amostra 3 e 50% da sub-amostra 4 avaliaram como satisfatório o tempo de espera.

Tabela 11: Características do acesso ao serviço de internação hospitalar pelas crianças menores de 2 anos, nos últimos 12 meses. Juiz de Fora, MG. 2010.

Variáveis de Acesso	Sub-amostra 3			Sub-amostra 4		
	Nº	%	I.C. 95%	Nº	%	I.C. 95%
Rede de atendimento						
SUS	28	87,5	71,9-95,0	20	90,9	72,2-97,5
Plano de Saúde	4	12,5	5,0-28,1	2	9,1	2,5-27,8
Encaminhamento						
Posto de Saúde	2	6,3	1,7-20,1	-	-	-
Pronto Socorro do SUS	12	37,5	22,9-54,7	2	9,1	2,5-27,8
Ambulatório da faculdade	1	3,1	0,5-15,7	-	-	-
Centro de Especialidade	7	21,9	11,0-38,7	15	68,2	47,3-83,6
Consultório por convênio	3	9,4	3,2-24,2	1	4,5	0,8-21,8
Outro Hospital	4	12,5	5,0-28,1	2	9,1	2,5-27,8
Outros	3	9,4	3,2-24,2	2	9,1	2,5-27,8
Opinião sobre o tempo de espera						
Péssimo/ Ruim/ Regular	10	31,2	17,9-48,6	10	45,4	26,9-65,3
Bom/ Ótimo	19	59,4	42,3-74,5	11	50,0	30,7-69,3
Não resposta	3	9,4	3,2-24,2	1	4,5	0,8-21,8
Gastos com o atendimento						
Sim	2	6,3	1,7-20,1	-	-	-
Não	28	87,5	71,9-95,0	22	100	85,1-100,0
Não resposta	2	6,3	1,7-20,1	-	-	-
Gastos com o transporte						
Sim	9	28,1	15,6-45,4	4	18,2	0,7-38,5
Não	23	71,9	54,6-84,4	18	81,8	61,5-92,7
Opinião sobre o atendimento						
Péssimo/ Ruim/ Regular	2	6,3	1,7-20,1	1	4,5	0,8-21,8
Bom/ Ótimo	27	84,4	68,2-93,1	20	91,0	72,2-97,5
Não resposta	3	9,4	3,2-24,2	1	4,5	0,8-21,8
Explicação Médica sobre o motivo da internação						
Sim	23	71,9	54,6-84,4	19	86,4	66,7-95,2
Não	7	21,9	11,2-38,7	2	9,1	2,5-27,8
Não Resposta	2	6,3	1,7-20,1	1	4,5	0,8-21,8
Saiu com alguma receita						
Sim	17	53,1	36,4-69,1	16	72,7	51,8-86,8
Não	13	40,6	25,5-57,7	5	22,7	10,1-43,4
Não resposta	2	6,3	1,7-20,1	1	4,5	0,8-21,8
Após o atendimento						
Piorou	-	-	-	-	-	-
Continua como antes	3	9,4	3,2-24,2	1	4,5	0,8-21,8
Melhorou um pouco	2	6,3	1,7-20,1	1	4,5	0,8-21,8
Melhorou bastante	9	28,1	15,6-45,4	8	36,4	19,7-57,0
Curou	15	46,9	30,9-63,5	12	54,5	34,7-73,1

Fonte: A autora. Legenda: Nº= números absolutos na amostra; % e IC95%= Porcentagens e intervalo de 0,95 de nível de confiança. Os percentuais podem não somar 100% devido ao arredondamento de alguns valores.

Alguns dados merecem destaque mesmo não compondo a tabela acima, pois podem ser considerados como representativos das dimensões de acesso. Para representar a disponibilidade, pode-se analisar a distância física entre o domicílio e o hospital, mensurada pela utilização de diferentes tipos de transporte para se chegar

ao serviço de saúde, bem como pelo tempo médio de viagem gasto, sendo observada uma similaridade de tempo entre ambos os grupos, onde a média da sub-amostra 3 foi de aproximadamente 23 minutos, e na sub-amostra 4 de aproximadamente 22 minutos. Para o deslocamento da criança, como meio de transporte, a maioria utilizou-se de veículo automotivo, salvo a exceção de um único responsável, inserido na quarta sub-amostra, que informou ter ido com seu filho caminhando até a internação hospitalar. Além dessas variáveis, a presença e/ou ausência dos medicamentos prescritos pelo médico na rede de serviços do SUS pode ser citada também como um descritor da dimensão disponibilidade. A partir dessa variável, percebe-se que alguns dos medicamentos prescritos não estavam disponíveis gratuitamente. Na sub-amostra 3 essa ausência foi relatada em 43,8% do total, já na sub-amostra 4, houve relatos em 40,9% das entrevistas.

Considerando a segunda dimensão de acesso – acessibilidade financeira – em termos de custos diretos, calculou-se a média de gastos com medicamentos, tendo como valor médio R\$ 77,89 na sub-amostra 3, considerado maior do que a média consumida na sub-amostra 4, representada por R\$ 52,00. Tal situação caracteriza um menor gasto financeiro com medicamentos pelas famílias inseridas em áreas sem cobertura de ESF (sub-amostra 4). No que diz respeito ao gasto com transporte para a internação, nota-se que nessa amostra, houve um menor gasto financeiro do que quando comparado com o grupo de crianças atendidas pelos serviços de urgência, o que pode estar associado ao fato de que, para a internação, na maioria das vezes (57,4%) foi utilizado transporte público (como ambulâncias), devido ao estado de saúde da criança e a presença da referência por outros serviços. Em relação ao tempo de espera pelo atendimento, reparou-se que a maior parte das crianças foi internada num período de até 24h. Na terceira sub-amostra apenas 6,3% das crianças demoraram mais de um dia para conseguir a vaga de internação, enquanto na quarta sub-amostra foram 9,1% das crianças que esperaram durante tal período.

A dimensão da aceitabilidade, por ser considerada a mais subjetiva, recebe influências indiretas de outras dimensões, ao passo que, o responsável pela criança pode optar por utilizar um determinado tipo de serviço de saúde dada as circunstâncias de estar localizado mais perto de seu domicílio e não ser necessário o gasto financeiro com deslocamento. Diante disso, a compreensão do acesso deve

se dar de forma tridimensional, tendo como determinantes variáveis relacionadas à todas as dimensões.

5.4. ANÁLISE MULTIVARIADA DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Agrupando-se as crianças atendidas em ambos os serviços, urgência e internação, a partir da cobertura assistencial de equipe de ESF, realizou-se a análise multivariada de múltiplas respostas, na qual foi possível definir o espaço social da amostra, a partir das classificações e suas respectivas distâncias, tendo como base a definição apresentada por Bourdieu (1996), que define o espaço social como sendo um espaço teórico contendo a organização das diferenças sociais articuladas entre as posições sociais dos agentes com as disposições e as tomadas de posição.

Após a divisão das sub-amostras, realizou-se a referida análise a partir de técnicas como análise de correspondência e análise de cluster. A escolha da análise de correspondência se deu com base na possibilidade de permitir a visualização gráfica das relações mais importantes do grande grupo de classificações, através das distâncias entre os pontos obtidos. Isso significa que as soluções, tanto entre as sub-amostras (colunas), como entre as classificações (linhas), são equivalentes. Desta forma, o resultado final nos mostra, em um espaço bidimensional, definido pelos dois mais importantes eixos de variabilidade, a distribuição simultânea tanto da variável de linha - que representam as classificações descritoras do acesso das características das crianças, como da variável de coluna referente às sub-amostras.

Além da AC, optou-se pela utilização da técnica de análise de agrupamentos (*clusters*), a fim de confirmar as similaridades entre os conjuntos previamente definidos pela AC.

5.4.1. Análise de correspondência e análise de agrupamentos aplicada às múltiplas classificações

Para a realização da AC, as classificações de acesso foram dispostas em uma tabela de contingência (Tabela 12) construída no SPSS versão 15.0, na qual foram separados os valores levando-se em conta as correspondências entre as classificações (linhas) e as sub-amostras (colunas), representados pelas frequências de observações de crianças que foram atendidas pelo pronto socorro e/ou internadas e possuíam ou não a cobertura de serviços de ESF.

Para a construção da tabela foram selecionadas vinte e uma classificações ativas e doze classificações suplementares, baseando-se no trabalho de CLAUSEN (1998), que utilizou a mesma metodologia para avaliação de comportamentos psicológicos.

Durante a construção da tabela, utilizou-se as frequências de ambas as amostras, ou seja, 88 crianças atendidas pelos serviços de urgência e 54 crianças internadas, não sendo excluídas as respostas do grupo intercessão (28 crianças que necessitaram do atendimento em ambos os serviços).

Como classificações ativas foram usadas aquelas relacionadas diretamente com a definição de acesso proposta por McIntyre, Thiede e Birch (2009) que apresentaram uma maior frequência. Entre as classificações ativas, todas eram originalmente categóricas e algumas foram categorizadas e/ou agrupadas, como é o caso das variáveis relacionadas à avaliação de tempo de espera e atendimento, as quais deram origem a apenas duas categorias: Insatisfatório e Satisfatório. Entende-se por insatisfatório as respostas iniciais classificadas como péssimo, ruim e regular, enquanto as respostas bom e ótimo estão inseridas na categoria denominada satisfatória. As classificações consideradas suplementares referem-se aos dados socioeconômicos, demográficos e características relacionadas a períodos anteriores da vida das crianças que podem estar indiretamente relacionados ao conceito de acesso aos serviços de saúde.

Tabela 12: Tabela de classificação cruzada do acesso das crianças menores de 2 anos aos serviços de urgência e internação hospitalar nos últimos 12 meses. Juiz de Fora, MG. 2010.

Conjunto de Variáveis Ativas	Urgência		Internação	
	Sub-amostra 1	Sub-amostra 2	Sub-amostra 3	Sub-amostra 4
	Com E SF	Sem E SF	Com E SF	Sem E SF
1. Encaminhado previamente por algum serviço de saúde	09	07	32	22
2. Preciso de 1 atendimento nos últimos 12 meses	25	24	24	19
3. Preciso de mais de 1 atendimento nos últimos 12 meses	22	13	8	3
4. Atendimento realizado pelo SUS	46	30	28	20
5. Atendimento realizado por convênio	5	7	4	2
6. Houve gastos com o atendimento	1	0	2	0
7. Tempo de viagem maior que a média	24	14	14	9
8. Tempo de espera pelo atendimento maior que a média (P.S.: 24,55'min. e internação: 2 dias)	20	16	0	1
9. Utilizou transporte particular/gerando gastos	46	29	09	04
10. Houve ajuda de terceiros para o pagamento de transporte	01	3	1	1
11. Saiu com alguma receita	39	33	17	16
12. Não conseguiu os medicamentos pelo SUS	28	23	14	9
13. Compraram algum dos medicamentos	26	22	14	9
14. Houve gastos com medicamentos	20	15	9	5
15. Considera satisfatório o tempo de espera	34	21	23	12
16. Considera satisfatório o atendimento	42	32	27	20
17. O hospital forneceu relatório explicativo	9	4	22	25
18. O médico lhe explicou o motivo do atendimento	33	26	23	19
19. A criança após o atendimento foi curada	13	12	16	12
20. A criança após o atendimento manteve como estava ou piorou	7	6	3	1
21. Tratou com outro tipo de terapia	9	6	7	3
Variáveis Suplementares				
22. Idade Criança <1ano	21	13	20	09
23. Idade Criança >1 ano	30	23	12	12
24. Peso ao nascer <2500	6	0	6	1
25. Pré Natal com menos de 6 consultas	15	13	9	4
26. Realizou puericultura	45	35	32	20
27. Classe Social (A,B)	7	11	4	4
28. Classe Social (C, D, E)	44	26	28	17
29. Chefe da Família empregado	39	26	24	15
30. Número de Moradores do domicílio = 5	18	20	14	14
31. Escolaridade Materna até o Ginásio completo	32	22	20	17
32. Escolaridade 2º grau completo ou superior	19	15	12	5
33. Queixa considerada Condição Sensível a Atenção Primária	39	31	24	17

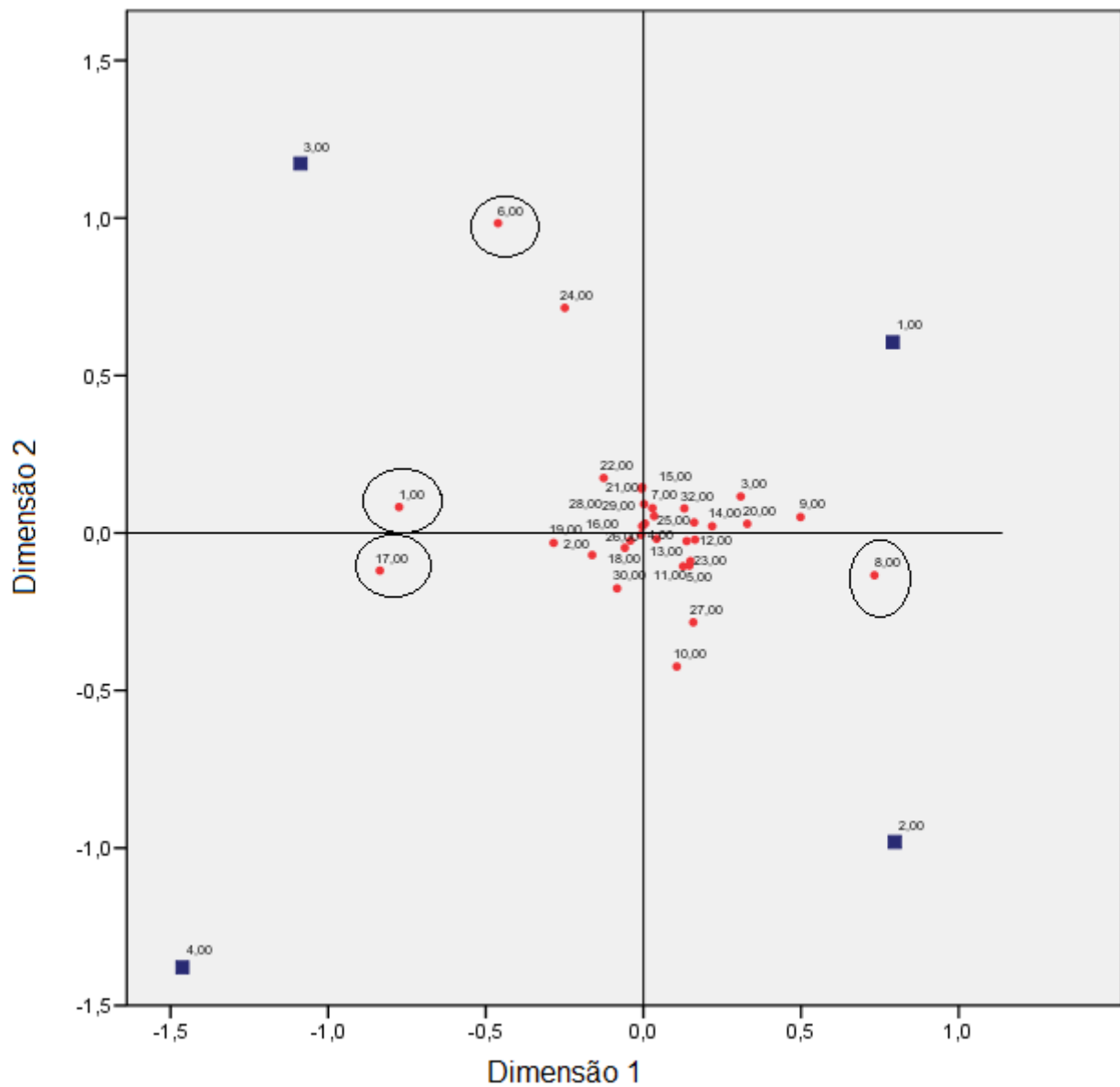
Fonte: A autora.

Após a inserção da tabela 33×4 , com 21 linhas ativas para AC no SPSS, iniciou-se o processo de análise das variáveis, a partir da análise das coordenadas, obtidas, das contribuições e dos gráficos de AC denominados mapas. A solução no plano principal da AC, realizada a partir do método de normalização por linhas principais (*row principal*) explica 96,0% do total da inércia, considerando a dimensão 1 mais explicativa, responsável por 88,9% do total, enquanto a dimensão 2 responde por 7,1%. A figura 3 apresenta a solução de AC no plano principal, com a disposição das classificações através de pontos no mapa. A terceira dimensão, não representada no gráfico, responde por apenas 4% do total da inércia, tendo sido, portanto, descartada dessa análise.

Projetando-se as classificações ativas e suplementares no plano principal da figura 3, pode-se analisar que a dimensão 1 distingue o grupo de crianças que foram atendidas nos serviços de urgência daquelas que estiveram internadas, enquanto a dimensão 2 faz distinção entre as crianças que residem em áreas com cobertura de serviços da ESF e aquelas que residem em áreas que não possuem a referida cobertura.

Interessante perceber que o mapa apresenta até quatro possíveis agrupamentos distintos, confirmando as quatro sub-amostras previamente definidas para análise das classificações. A primeira sub-amostra abrange as crianças que foram atendidas pelos serviços de urgência nos últimos 12 meses e pertencem a equipes de ESF; a sub-amostra 2 representa as crianças que foram atendidas pelo pronto socorro e não pertencem a nenhuma equipe de ESF; a sub-amostra 3 apresenta características das crianças que foram internadas em algum hospital nos últimos 12 meses e fazem parte de áreas adscritas a equipes de ESF. Por fim, temos a quarta sub-amostra que contém dados das crianças internadas que não estão inseridas em equipes de ESF.

Figura 3: Gráfico Bidimensional da Análise de Correspondência efetuada pelo método row principal utilizando o programa SPSS.



Fonte: A autora a partir da AC gerada pelo SPSS.

Legenda: ● Variáveis Ativas, ● Variáveis suplementares; ■ Sub-amostras.

Para melhor distinção entre o conjunto de variáveis com correspondência em cada sub-amostra, observa-se a tabela 13, a qual permite a análise das coordenadas de cada variável em relação a cada eixo (escores), possibilitando identificar quais variáveis de acesso podem estar mais relacionadas com cada tipo específico de serviços de saúde.

A partir da tabela 13, representativa do plano principal, é possível identificar alguns pontos dominantes em cada dimensão, com base na contribuição de cada variável para a sua inércia. Em relação à dimensão 1, pode-se observar que as maiores contribuições estão relacionadas às classificações 1 (encaminhado previamente por algum serviço de saúde), 8 (tempo de espera > que a média) e 17 (o hospital forneceu relatório explicativo), as quais estão diretamente relacionadas à dimensão da disponibilidade, acessibilidade financeira e aceitabilidade dos usuários. Enquanto na dimensão 2, a classificação 6 (houve gastos com transporte) foi a que apresentou maior contribuição, sendo a mesma representativa da dimensão de acessibilidade financeira, apesar da baixa frequência observada desta classificação. As classificações acima citadas podem ser consideradas como as principais referências para as dimensões, definindo-as.

Ao explorar as coordenadas em cada dimensão percebe-se que há casos em que algumas variáveis podem ser quase totalmente explicadas por apenas uma dimensão não necessitando buscar subsidio explicativo na outra. Exemplificando essa situação temos a variável 1 (encaminhado previamente por algum serviço de saúde), na qual a primeira dimensão representa 0,980 de um total de 0,993. O mesmo acontece com as variáveis 14 e 20, porém de forma ainda mais acentuada. Na variável 14 (houve gastos com medicamentos) a explicação da dimensão 1 é de 0,982 de um total de 0,993. Essa situação não ocorre apenas com a primeira dimensão, observa-se na 2ª dimensão, variáveis que apresentam grande representatividade, como é o caso da variável 4 (atendimento realizado pelo SUS), cuja dimensão 2 é responsável por 0,303 de um total de 0,307. Além desta, temos também a variável 15 (considera satisfatório o tempo de espera), que é explicada 0,989 de um total de 0,997 e da variável 21 (tratou com outro tipo de terapia), cuja explicação pela 2ª dimensão é de 0,888 de 0,889. Vale destacar que a variável 28 (classe social C, D, E) definida no plano bidimensional, encontra-se representada no plano bidimensional apenas pela dimensão 2 (0,808), não havendo contribuição da dimensão 1.

Tabela 13: Descrição dos pontos das linhas da A.C. das variáveis ativas e suplementares em relação as duas dimensões. Juiz de Fora. MG. 2010.

Escore na Dimensão				Contribuição do ponto para a inércia da dimensão			Contribuição da dimensão à inércia do ponto		
Variáveis	Mass	1	2	Inércia	1	2	1	2	Total
1	,053	-,777	,089	,033	,285	,049	,980	,013	,993
2	,070	-,165	-,066	,002	,017	,035	,780	,125	,905
3	,035	,318	,124	,004	,031	,063	,851	,130	,982
4	,095	,003	,029	,000	,000	,009	,004	,303	,307
5	,014	,123	-,093	,001	,002	,014	,162	,094	,256
6	,002	-,460	,999	,003	,004	,264	,166	,783	,950
7	,046	,027	,077	,000	,000	,032	,071	,561	,633
8	,028	,731	-,138	,016	,133	,062	,962	,034	,997
9	,067	,497	,046	,017	,147	,017	,969	,008	,977
10	,005	,101	-,406	,002	,000	,087	,031	,499	,530
11	,080	,143	-,103	,003	,015	,099	,656	,342	,999
12	,056	,162	-,019	,002	,013	,002	,936	,014	,949
13	,054	,135	-,023	,001	,009	,003	,858	,025	,883
14	,037	,216	,023	,002	,015	,002	,982	,011	,993
15	,069	,011	,117	,001	,000	,108	,008	,989	,997
16	,093	-,010	-,004	,000	,000	,000	,635	,127	,762
17	,046	-,838	-,123	,034	,284	,080	,940	,020	,960
18	,077	-,061	-,046	,000	,003	,019	,628	,359	,987
19	,040	-,287	-,027	,003	,029	,003	,952	,009	,961
20	,013	,327	,034	,002	,012	,002	,895	,010	,905
21	,019	-,005	,149	,000	,000	,049	,001	,888	,889
22(a)	,048	-,127	,179	,002	,000	,000	,321	,632	,953
23(a)	,059	,147	-,091	,002	,000	,000	,666	,256	,922
24(a)	,010	-,248	,712	,006	,000	,000	,106	,869	,974
25(a)	,031	,159	,039	,001	,000	,000	,660	,040	,700
26(a)	,101	-,006	,024	,000	,000	,000	,019	,309	,327
27(a)	,020	,154	-,274	,003	,000	,000	,167	,527	,694
28(a)	,088	,001	,091	,001	,000	,000	,000	,808	,808
29(a)	,079	,032	,054	,000	,000	,000	,249	,685	,935
30(a)	,050	-,086	-,172	,002	,000	,000	,184	,733	,917
31(a)	,069	-,043	-,025	,000	,000	,000	,328	,115	,442
32(a)	,039	,128	,083	,001	,000	,000	,533	,221	,753
33(a)	,085	,040	-,017	,000	,000	,000	,713	,133	,846
Active									
Total	1,000			,127	1,000	1,000			

Fonte: A autora, a partir de dados analisados por AC através do software SPSS 15.0.

Após analisar as coordenadas de cada variável, buscando identificar os distintos conjuntos de dados realizou-se outra técnica de análise estatística, denominada análise de cluster, como subsidio para a interpretação dos dados.

Cunha Jr. (2000) assinala que após AC pode ser necessária à realização de outras análises estatísticas que podem auxiliar a sua interpretação, entre elas, encontra-se a análise de agrupamentos (*cluster*), utilizada aqui com a finalidade de

explorar as similaridades entre as variáveis de acesso definindo-as pela proximidade a cada sub-amostra.

A partir da importação dos dados, contidos na matriz utilizada na análise de correspondência para o software livre R, realizou-se a análise de agrupamentos pela qual foi possível distinguir o agrupamento em quatro sub-amostras, confirmando a análise de correspondência, conforme observado na tabela 14.

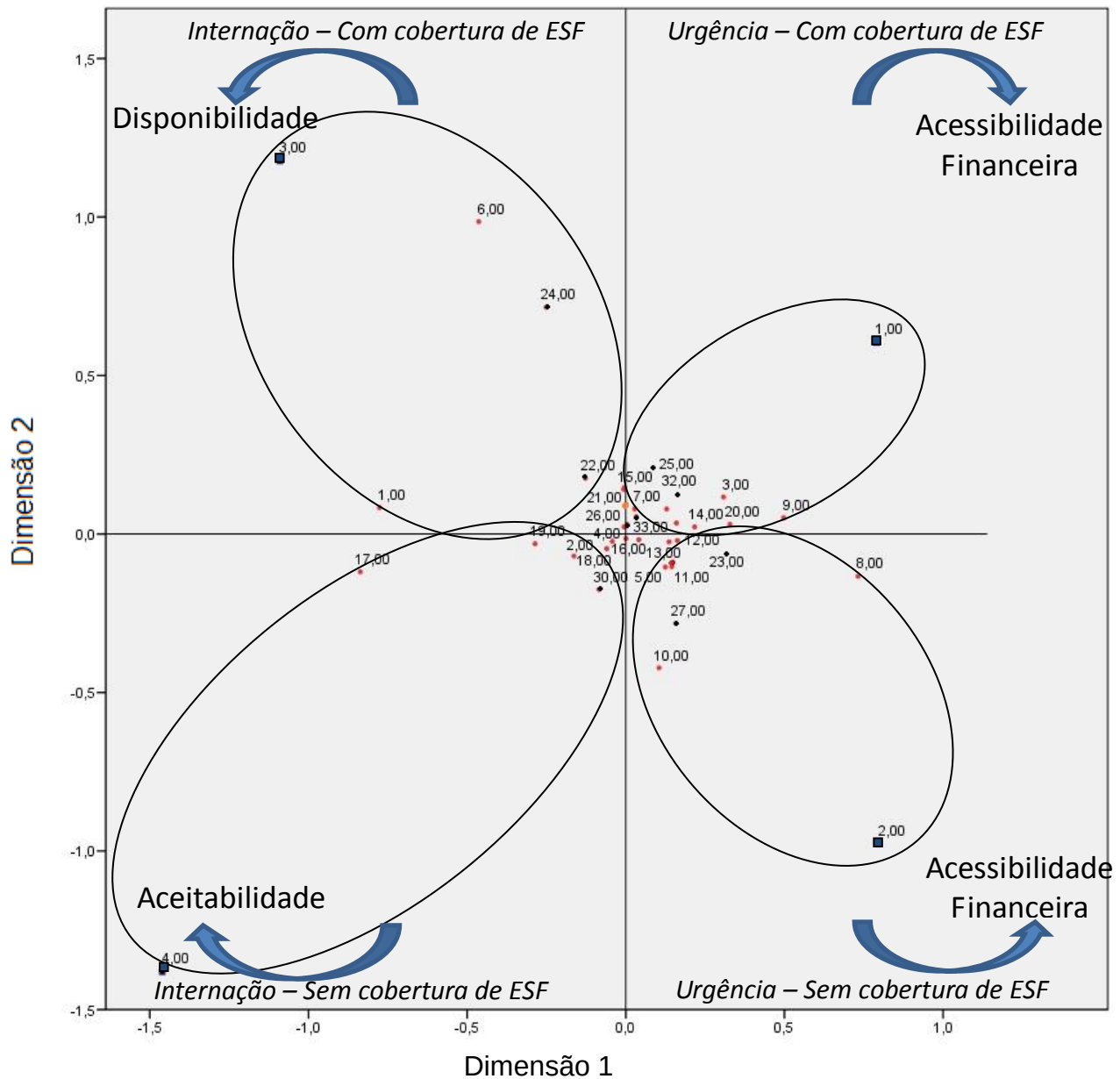
Tabela 14: Análise de Cluster, efetuada pelo método k-means, com k=4, utilizando o programa SPSS para identificação dos clusters.

	Mass	Escore na dimensão	
		Dimensão 1	Dimensão 2
Cluster 1	0,350	0,790	0,805
Cluster 2	0,261	0,797	-0,981
Cluster 3	0,228	-1,087	1,173
Cluster 4	0,162	-1,462	-1,379

Fonte: A autora, a partir da entrada com escores das sub-amostras para análise pelo SPSS.

A partir dessas análises realizou-se o agrupamento das variáveis com maior proximidade em relação às coordenadas da tabela 13, sendo traçadas elipses formando quatro subconjuntos restringindo-os por quadrantes e excluindo a participação das variáveis com coordenadas próximas ao valor zero, com baixa contribuição para a inércia das dimensões ($\leq 0,000$) conforme evidenciado no gráfico a seguir (figura 4).

Figura 4: Gráfico da AC pelo método “row principal” com elipses traçadas a partir da proximidade das variáveis, limitando-as por quadrante.



Legenda: ● Variáveis Ativas, • Variáveis suplementares; ■ Sub-amostras.

Analisando a figura 4 e a tabela 13, percebe-se que algumas classificações de acesso possuem um valor de inércia equivalente a 0,000 (zero em três casas decimais) estando localizadas próximo ao valor zero das coordenadas (centróide), indicando pouca especificidade ou tendência de aproximação entre as distintas sub-amostras de crianças. Essas variáveis foram descartadas na construção de elipses

para identificação dos agrupamentos. Entre as variáveis que possuem aproximação com o centróide pode-se observar que existe uma grande variação entre a representatividade das dimensões de acesso propostas por McIntyre, Thiede e Birch (2009), sendo possível identificar, nesse grupo, variáveis associadas às três dimensões de acesso previamente definidas por esses autores.

As classificações que se encontram próximo à região centróide e representam a dimensão da disponibilidade de serviços definem o tipo de atendimento, sendo ele realizado pelo SUS (v.4), além da questão relacionada ao tempo de viagem, considerando-o maior do que a média (v.7) e também a presença da criança em consultas, como mostrado pela classificação que identifica ter sido realizado consulta de puericultura (v.26). É possível evidenciar variáveis, principalmente entre as consideradas suplementares, que estão relacionadas à dimensão de acessibilidade financeira, tais como: chefe da família empregado (v.29) e escolaridade materna com apenas o primeiro grau completo – ensino fundamental completo (v.31). Além disso, algumas classificações dizem respeito à dimensão de aceitabilidade, como é o caso da avaliação satisfatória do atendimento (v.16), da afirmação dos familiares de terem sido explicados pelo médico sobre o motivo do atendimento à criança (v. 18) e da presença de tratamento com outro tipo de terapia após o atendimento (v.21).

Com essa análise pode-se perceber que a classificação criada a partir dos relatos de queixas declarados pelos entrevistados, classificando-as como sendo ou não uma queixa relacionada à CSAP apresenta pouca tendência de aproximação às sub-amostras, localizando-se próximo ao centróide, não sendo específica para determinado agrupamento de crianças, mas fazendo referência a todas elas.

Considerando a disposição bidimensional das classificações e suas coordenadas pela tabela 13, nota-se que existem classificações que apresentam coordenadas com valor maior do que zero em uma avaliação de duas casas decimais e, portanto, nessa análise define-se que elas podem estar relacionadas com agrupamentos distintos, diferentemente das classificações próximas a região do centróide. Diante das disposições das classificações no mapa de AC (figura 4) e da tabela de coordenadas nos dois eixos do plano principal da análise, evidencia-se uma segregação dessas classificações frente às sub-amostras previamente definidas, conforme discutido a seguir.

Observa-se que as crianças que foram atendidas pelos serviços de urgência pertencentes a regiões adscritas por equipes de ESF (sub-amostra 1) estão mais próximas das classificações que sinalizam a necessidade de mais de um atendimento nesse período (v.3), assim como a necessidade de gastos financeiros tanto com o transporte para se chegar até o serviço de pronto socorro (v.9), como também com a aquisição de medicamentos (v.14), além da variável relacionada com a satisfação em relação ao tempo de espera para o atendimento (v.15). Em relação à situação da criança após o atendimento nesta mesma sub-amostra, observa-se que há uma proximidade entre essas crianças e a classificação de piora ou manutenção do estado de saúde (v.20). Considerando as classificações suplementares, nota-se que a ausência de seis ou mais consultas de pré-natal por parte da mãe da criança é uma classificação encontrada próximo a essa sub-amostra (v.25), assim como o agrupamento das classes sociais C,D,E (v.28). Ainda próximo à sub-amostra 1, encontra-se a classificação de escolaridade, agrupando-se as mães que possuem o 2º grau completo (ensino médio) ou superior incompleto/completo (v.32).

As crianças inseridas na segunda sub-amostra, ou seja, aquelas que foram atendidas pelos serviços de emergência e não pertencem a nenhuma equipe de ESF, encontram-se próximas das classificações ativas relacionadas ao atendimento por convênio (v.5), ao tempo de espera maior que a média (v.8), à presença de ajuda financeira de outras pessoas com relação a transporte (v.10), a obtenção de receita médica após o atendimento (v.11), a não disponibilidade de todos os medicamentos pelo SUS (v.12) e à necessidade de compra de algum dos medicamentos (v.13). No que se refere às classificações suplementares, pode-se perceber uma aproximação entre a classificação idade, envolvendo as crianças com idade maior que doze meses (v.23) e a classificação classe social, contendo os agrupamentos das classes A e B (v.27).

Em relação às crianças internadas que possuem cobertura assistencial de ESF, nota-se por meio da figura 4 que há uma proximidade entre a presença de encaminhamentos de algum serviço de saúde (v.1), ou seja, as crianças que foram internadas, provavelmente estiveram anteriormente em outro serviço de saúde, no qual foi evidenciada a necessidade de internação hospitalar. Além disso, a sub-amostra 3, está próxima da classificação relacionada a gastos financeiros com o atendimento realizado (v.6). Nesse grupo inclui-se a classificação suplementar

relacionada com a idade da criança no momento do atendimento, referente ao intervalo de 0 e 12 meses (v.22), período este considerado como o de maior chances de haver complicações para as crianças, além da classificação baixo peso ao nascer (v.24) que também sinaliza uma potencial situação de risco.

Graficamente a sub-amostra 4 tem proximidade com a classificação relacionada à necessidade de apenas um atendimento nesses últimos 12 meses (v.2), além da classificação que afirma a presença de relatório médico explicativo após a internação (v.17). Como desfecho da situação de saúde, observa-se uma proximidade entre a classificação cura, podendo-se associar a internação com uma evolução positiva do quadro clínico (v.19). Dentre as classificações suplementares, a que mais se aproxima desse agrupamento relaciona-se à presença de mais de cinco moradores no domicílio (v.30).

Em síntese, podemos definir o espaço social de cada sub-amostra, a partir das classificações consideradas com valores de inércia mais representativas para cada uma. Dessa forma, é possível identificar que as crianças atendidas pelos serviços de urgência que residem em áreas com cobertura de ESF (sub-amostra 1) podem representar a dimensão de acesso denominada acessibilidade financeira, pois estão associadas a gastos com transportes para chegar até o serviço de pronto socorro. Em relação às crianças atendidas pelo pronto socorro que residem em áreas sem cobertura de ESF (sub-amostra 2), observa-se que há uma relação direta com o maior tempo de espera para o atendimento, quando comparado ao tempo médio, refletindo de forma indireta na acessibilidade financeira. No tocante às crianças internadas que residem em áreas com cobertura de ESF (sub-amostra 3), observa-se que para se chegar à internação houve um encaminhamento prévio por algum serviço de saúde, sinalizando a dimensão de acesso denominada de disponibilidade. Entre as crianças internadas residentes em áreas sem cobertura de ESF (sub-amostra 4), pode-se notar como característica marcante o fato destas crianças terem recebido, após a internação hospitalar, um relatório médico explicativo do período da internação, o que faz referência à dimensão de acesso denominada de aceitabilidade. Tais características descritas, estão diretamente associadas aos conjuntos definidos pela AC, servindo como caracterização das sub-amostras.

5.5. REGRESSÃO LOGÍSTICA

Após a realização da AC foi possível definir características peculiares de cada sub-amostra (crianças atendidas pelos serviços de urgência e crianças Internadas). Visando atender aos objetivos do presente estudo, utilizou-se a técnica de regressão logística com a finalidade de identificar entre as crianças assistidas pelo serviço de saúde, possível associação entre os dados socioeconômicos que justifiquem a necessidade do atendimento.

Investigando a presença ou não de uma associação entre os dados socioeconômicos e a busca por determinados serviços de saúde, optou-se por utilizar no modelo de regressão logística binária, sendo a variável dependente referente à utilização específica dos serviços de saúde, tendo sido questionado aos responsáveis por todas as crianças do inquérito se houve algum atendimento de urgência e/ou internação da criança nos últimos 12 meses. Dessa forma, foi possível definir características que diferem as crianças atendidas/internadas daquelas que não necessitaram de tais intervenções. Como variáveis independentes consideraram-se os dados socioeconômicos utilizados em estudos anteriores e que apresentaram algum significado na relação com o atendimento dos usuários nos serviços de saúde.

Vários são os fatores de risco mencionados na literatura associados à hospitalização de crianças, principalmente entre os menores de cinco anos. Neste trabalho, utilizamos as variáveis justificadas pelos estudos de Caetano et al. (2002), Kovacs et al. (2005), Silva et al.(2000), e Matejasevich et al. (2008) relacionadas ao sexo e idade da criança, baixo peso ao nascer; renda familiar/classe social, escolaridade materna, número de moradores no domicílio, cobertura de serviços de ESF e estado civil materno. Além dessas, outra variável ainda não citada nesses estudos, mas questionada nesta pesquisa, refere-se à situação conjugal materna (a mãe reside ou não com companheiro), a qual também foi utilizada no modelo de regressão, por se acreditar que a presença de um companheiro pode interferir no cuidado prestado à criança.

Em relação à codificação das variáveis nota-se que para sexo admite-se duas categorias: masculino e feminino. Para a variável idade, foram considerados os meses de vida, variando de 0 a 24 meses. A variável baixo peso foi delimitada por

2.500kg, sendo as crianças nascidas com peso abaixo desse limite consideradas como recém-nascidos com baixo peso. Representando a variável renda familiar/classe social optou-se por utilizar a variável categorizada dividida entre as classes sociais classificadas a partir do critério da ABEP, sendo dois conjuntos, o primeiro composto pelas classes C,D,E e o segundo pelas classes A,B. A escolaridade materna também foi agrupada em duas classes a primeira refere-se a no máximo, o ensino fundamental concluído (até o 1º grau completo – baixa escolaridade) e a segunda representa no mínimo o início do ensino médio (2º grau incompleto ou grau de escolaridade maior – escolaridade não baixa). A variável referente à densidade domiciliar, refere-se ao número de moradores do domicílio, variando de 2 a 15, em números inteiros. A cobertura assistencial de serviços de ESF foi a variável codificada em duas categorias, os que possuem cobertura assistencial de ESF e os que não possuem. Para a análise da regressão o estado civil foi também foi agrupado em casados e não-casados. No que se refere à variável situação conjugal, adotada para esta pesquisa, utilizou-se como análise os que vivem com companheiro e os que vivem sem a presença do companheiro, conforme detalhado na tabela 15.

Tabela 15: Codificação das variáveis independentes utilizadas no modelo de regressão logística binária.

<u>Variáveis</u>	<u>Codificação</u>
<u>Sexo</u>	Masculino (0) - Feminino (1)
<u>Idade da criança</u>	Números inteiros - (0 a 24 meses)
<u>Baixo peso</u>	$\geq 2.500\text{kg}$ (0) - $<2.500\text{kg}$ (1)
<u>Renda familiar/Classe social</u>	C, D, E (0) - A, B, (1)
<u>Escolaridade</u>	Até ensino fund. Completo (0) Ensino médio ou mais (1)
<u>Densidade Domiciliar</u>	Números inteiros - (2 a 15 pessoas)
<u>Cobertura assistencial de ESF</u>	Com ESF (0) - Sem ESF (1)
<u>Estado civil</u>	Não casados (0) - Casados (1)
<u>Situação conjugal</u>	Não vive com companheiro (0) Vive com companheiro (1)

Fonte: A autora

A partir da escolha destas variáveis, criaram-se dois modelos de regressão logística binária utilizando o software SPSS versão 15.0, o primeiro modelo apresentando como variável dependente a utilização de serviços de urgência e, o segundo, a utilização da internação hospitalar, buscando identificar as influências dos dados socioeconômicos para o desfecho da utilização dos respectivos serviços de saúde.

5.5.1. REGRESSÃO LOGÍSTICA PARA SERVIÇO DE URGÊNCIA

A utilização dos serviços de urgência pelos menores de 2 anos pode estar associado a situações que vão além da abordagem sindrômica. Buscando-se identificar fatores que exercem influência sobre essa utilização do serviço, utilizou-se o modelo de regressão logística binária, a partir do método backward L. R.,

incluindo-se como variáveis independentes os dados socioeconômicos já utilizados em outros estudos, que apresentaram algum significado.

Para a construção do modelo inicial, representado na tabela 16, todas as variáveis independentes foram alocadas diretamente, selecionando-se entre as variáveis categóricas a primeira categoria como a sendo a base para a análise. A partir de cada análise do modelo, eram excluídas pelo aplicativo aquelas variáveis que não representavam relação com a variável dependente (utilização do serviço de urgência) ao utilizar-se um $\alpha = 5\%$. No modelo final, restou apenas como significativa a variável relacionada à idade da criança, conforme observado na tabela 17.

Tabela 16 - Resultado do modelo inicial de regressão logística binária pelo método backward L.R. com a variável dependente de utilização de serviços de urgência.

Variáveis Independentes	B	p	O.R.	I.C.
Sexo da criança (Masculino/Feminino)	-,142	,602	,868	,510 - 1,478
Idade da criança (0 a 24 meses)	,112	,000	1,119	1,072 - 1,167
Baixo peso ao nascer (Não/Sim)	,305	,564	1,357	,482 - 3,823
Escolaridade Mãe (baixa/ não baixa)	-,105	,738	,900	,486 - 1,667
Densidade domiciliar (nº de moradores de 2 a 15)	,072	,392	1,074	,912 - 1,266
Cobertura assistencial (com ESF/ sem ESF)	,045	,872	1,046	,608 - 1,800
Estado civil (não casadas/ casadas)	-,313	,319	,731	,395 - 1,354
Situação conjugal (não vive com companheiro/vive com companheiro)	,020	,953	1,020	,519 - 2,007
Classe social ABEP (C,D,E/ A,B)	-,119	,734	,888	,448 - 1,761
Constante	-2,407	,000	,090	-

Fonte: A autora. **Legenda:** B = coeficiente beta; Sig= nível de significância estatística; O.R. = odds ratio (razão de chances); I.C.= Intervalo de Confiança.

Tabela 17: Resultado do modelo final de regressão logística binária pelo método backward L.R. com a variável dependente de utilização de serviços de urgência

Variáveis Independentes	B	p	O.R.	I.C.
Idade da criança (0 a 24 meses)	,107	,000	1,113	1,068 - 1,160
Constante	-2,255	,000	,105	

Fonte: A autora. **Legenda:** B = coeficiente beta; Sig= nível de significância estatística; O.R. = Odds Ratio (razão de chances); I.C.= Intervalo de Confiança.

Ao analisar os dados das tabelas 16 e 17, pode-se perceber que, nesta pesquisa, a procura pelo serviço de urgência diferente de outros dados da literatura, não esteve associada a fatores relacionados à renda ou escolaridade, mas sim à situação prévia da criança, em especial a idade. Interpreta-se que a cada mês de vida da criança aumenta-se em 11,3% a chance de ocorrer um atendimento no serviço de urgência, o que pode ser representado pelo *Odds Ratio* igual a 1,113 ($p < 0,001$).

5.5.1. REGRESSÃO LOGÍSTICA PARA CRIANÇAS INTERNADAS

A internação hospitalar das crianças pode ser considerada um fator traumático na vida das crianças e, portanto, quando possível deve ser evitada. Investigar os fatores que podem estar relacionados a esse evento pode ser o primeiro passo para a criação de políticas voltadas a reduzir os índices de internação das crianças em situações desnecessárias.

Compreendendo a importância de se identificar os fatores que se relacionam às internações, utilizou-se um modelo de regressão logística binária, admitindo como variável dependente a utilização dos serviços de internação hospitalar pelas crianças nos últimos 12 meses e como variáveis independentes, os dados socioeconômicos previamente selecionados.

O modelo inicial da regressão, representado na tabela 18, inclui todas as variáveis independentes, selecionando-se entre as variáveis categóricas a primeira categoria como a sendo a base para a análise. Ao serem analisados os dados, o método backward L.R. excluía do modelo as variáveis que não apresentavam associação significativa, utilizando um $\alpha = 5\%$. Portanto, ao final do modelo, foi possível perceber uma associação entre as variáveis: idade da criança e situação conjugal, conforme observado na tabela 19.

Tabela 18: Resultado do modelo inicial de regressão logística binária pelo método backward L.R. com a variável dependente de utilização de serviços de internação hospitalar.

Variáveis Independentes	B	p	O.R.	I.C.
Sexo da criança (Masculino/Feminino)	-,150	,636	,861	,462 - 1,602
Idade da criança (0 a 24 meses)	,050	,040	1,051	1,002 - 1,103
Baixo peso ao nascer (Não/Sim)	1,020	,059	2,772	,962 - 7,984
Escolaridade Materna (baixa/ não baixa)	-,252	,497	,777	,375 - 1,609
Densidade domiciliar (nº de moradores de 2 a 15)	,072	,441	1,074	,895 - 1,288
Cobertura assistencial (com ESF/ sem ESF)	,041	,900	,960	,508 - 1,813
Estado civil (não casadas/ casadas)	-,210	,576	,810	,388 - 1,694
Situação conjugal (não vive com companheiro/vive com companheiro)	-,677	,074	,508	,242 - 1,067
Classe social ABEP (C,D,E/ A,B)	,091	,828	,913	,401 - 2,079
Constante	-1,827	,011	,161	-

Fonte: A autora. **Legenda:** B = coeficiente beta; Sig= nível de significância estatística; O.R. = odds ratio (razão de chances); I.C.= Intervalo de Confiança.

Tabela 19: Resultado do modelo final de regressão logística binária pelo método backward L.R. com a variável dependente de utilização de serviços de internação hospitalar.

Variáveis Independentes	B	p	O.R.	I.C.
Idade da criança (0 a 24 meses)	,045	,054	1,046	,999 - 1,096
Situação conjugal (não vive com companheiro/vive com companheiro)	-,856	,008	,425	,226 - ,796
Constante	-1,529	,000	,217	-

Fonte: A autora. **Legenda:** B = coeficiente beta; Sig= nível de significância estatística; O.R. = odds ratio (razão de chances); I.C.= Intervalo de Confiança.

Ao analisar as tabelas 18 e 19, observa-se que das nove variáveis independentes incluídas no modelo, apenas duas apresentam associação com a internação hospitalar, sendo elas a idade da criança e a situação conjugal. A idade da criança se mantém como variável limítrofe (0,054), sendo possível inferir que a cada mês de vida das crianças aumenta-se em 5,4% a chance de ocorrer uma internação hospitalar. Em relação à outra variável significativa, pode-se observar que a situação conjugal materna tem uma relação de proteção para a prevenção das internações, ao passo que as mães que residem com seus companheiros,

apresentam uma menor chance (O.R. 0,425) de ver os seus filhos internados, comprovado pelo valor negativo do coeficiente beta (B).

Vale ressaltar que a variável situação conjugal reflete o cenário nacional de união entre companheiros para além do casamento oficializado e, portanto, foi uma variável considerável nesta pesquisa, apesar de não ser muito explorada em estudos anteriores. O reflexo desta variável pode ser percebido para a menor chance de internações de crianças de 0 a 2 anos, sendo uma importante análise a ser realizada, não só neste estudo, mas também em outras pesquisas posteriores, indo além do questionamento do estado civil materno.

6. DISCUSSÃO

Após a realização desta pesquisa, buscando-se compreender o acesso das crianças menores de 2 anos aos serviços de urgência e internação hospitalar para além da disponibilidade dos serviços, tendo como base a análise exploratória dos dados dos responsáveis, é possível identificar um perfil socioeconômico materno das crianças que necessitaram desses atendimentos, o que, segundo Victora *et al.* (1996); Costa *et al.* (1996) e Barros *et al.* (2006), exerce uma certa influência sobre a saúde infantil.

Victora *et al.* (1996) afirmam que a saúde da criança recebe a influência de uma série de fatores perinatais, demográficos, ambientais, alimentares e assistenciais, os quais podem ser considerados fatores protetores ou não para o desenvolvimento saudável. Neste estudo, as características maternas são predominantes em ambos os conjuntos de crianças, tanto para os que foram atendidos pelo serviço de urgência quanto para os internados. Segundo os resultados, nota-se que em relação à raça/cor predominam-se as mães consideradas não brancas, com idade compreendida na faixa etária de 20 a 35 anos e tendo no mínimo o ensino fundamental completo (antigo 1º grau completo/2º grau incompleto). O analfabetismo, considerado um fator de risco para o adoecimento infantil, segundo Barros *et al.* (2006), está presente em apenas 1,1% das mães de crianças atendidas pelo pronto socorro e 3,7% das mães das crianças internadas. Em relação ao estado civil, há predomínio das mães não casadas, mas que residem com seus companheiros.

Com base na metodologia empregada e análise dos resultados obtidos, pode-se perceber que o acesso ao atendimento nos serviços de urgência foi mais frequente do que a internação hospitalar. Observamos que 27,08% das crianças inseridas no Inquérito de Saúde no Município de Juiz de Fora – MG, (UFJF, 2011) foram atendidas pelos serviços de urgência e 16,61% das crianças foram internadas, enquanto o uso de ambos os serviços ocorreu em 31,81% dos casos.

Com relação à procura pelo serviço de urgência, a idade média das crianças no período do atendimento foi de 14,26 meses, variando de 2 a 24, e a maior parte dos responsáveis pelas crianças procurou o serviço de pronto socorro como a primeira escolha para o atendimento. Nesse estudo, 78,4% das crianças vieram diretamente para o pronto socorro, situação semelhante ao ocorrido em uma

pesquisa realizada em no Hospital Universitário (HU) de Londrina, onde mais da metade (56,76%) das crianças foram atendidas pelo pronto socorro de forma direta, não precedida de encaminhamento prévio (BATISTELA, GUERREIRO E ROSSETTO, 2008). Tal situação também se repetiu em uma pesquisa no Centro de Assistência à Criança (CAC) em Fortaleza, no ano de 2011, onde 91,0% das crianças que estavam aguardando o atendimento de emergência no hospital de nível secundário eram provenientes de seus domicílios, não sendo atendidas e encaminhadas por nenhum serviço de saúde anteriormente (LIMA & ALMEIDA, 2013).

O questionamento sobre o encaminhamento prévio por algum serviço de saúde consiste na verificação do cumprimento da lógica organizacional do sistema de saúde, buscando-se identificar a confirmação dos serviços de APS como porta de entrada do usuário. O arcabouço teórico que orienta o sistema de saúde brasileiro define que os serviços da APS devem ser os responsáveis pela resolução de 90% dos problemas de saúde da população e também deve assumir o papel de coordenação do sistema, guiando o fluxo do usuário a partir das suas necessidades, integrando os serviços que normalmente são ofertados de forma fragmentada (MENDES, 2007).

Para a concretização da coordenação do sistema de saúde, Starfield (2002) propõe quatro atributos para APS: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. O primeiro contato implica a acessibilidade e o uso do serviço para cada novo problema ou novo episódio de um problema para os quais se procura o cuidado. A longitudinalidade requer a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo. A integralidade supõe a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades mais comuns da população, enquanto que a coordenação implica na capacidade de garantir a continuidade da atenção, através da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante.

Com base na fundamentação teórica admite-se que a ESF, enquanto estratégia prioritária para a organização da APS deve ser considerada a principal porta de entrada para o atendimento à população adscrita. Entretanto, revelou-se que a presença da cobertura de serviços de ESF não foi suficiente para garantir o primeiro atendimento às crianças na APS, pois entre as crianças atendidas pelo serviço de urgência, 57,95% residiam em áreas com cobertura de serviços de ESF e

82,3% destas recorreram ao pronto socorro como o primeiro atendimento, fazendo dele a porta de entrada no sistema, contrariando a lógica teórica. Assim como as crianças estudadas por Lima & Almeida (2013), onde 93,4% das crianças atendidas pela emergência encontravam-se cadastradas uma UBS.

Ao discutir o conceito de acesso, McIntyre, Thiede e Birch (2009) afirmam que a existência de um serviço de saúde em uma comunidade, por si só não garante que as pessoas com necessidades irão utilizá-lo. Para caracterizar o acesso é necessário se pensar além da simples disponibilidade, envolvendo a interação entre os gestores do sistema de saúde e a comunidade, em um intercâmbio abordando também questões socioeconômicas e culturais.

Considerando o acesso aos serviços de saúde para além da sua disponibilidade, Travassos *et al.* (2002) afirmam que esse acesso pode ser determinado por fatores relacionados à população, às características dos serviços e dos prestadores de serviços e ainda às políticas de saúde. O pensamento desses autores nos leva a intuir que considerar a APS como porta de entrada deve transpor a mera cobertura desses serviços para a população, somando-se a este pensamento a compreensão dos outros aspectos incluídos no processo da busca por atendimento aos serviços de saúde.

Entre os diferentes motivos que levam os pais a procurarem por atendimento a nível hospitalar, Kovacs *et al.* (2005) afirmam que há uma crença por parte dos pais de que nos hospitais os filhos estariam mais bem amparados que na rede básica, razão pela qual preferem recorrer a estes serviços por problemas que seriam resolvidos em nível básico. A demanda espontânea para os hospitais pode ser justificada apenas nos horários em que as unidades básicas não estejam funcionando e para os casos que caracterizem situações de urgência e/ou emergência.

Conforme identificado por Kovacs *et al.* (2005), há casos em que se justifica o primeiro atendimento a nível hospitalar, entretanto, nesse estudo, 67,04% das queixas declaradas pelos responsáveis das crianças são consideradas queixas associadas à CSAP. Fato este que não requer potencial tecnológico condizente com a capacidade assistencial hospitalar, caracterizando situações nas quais o problema poderia ser solucionado em um nível de complexidade inferior, reduzindo assim o “congestionamento” das urgências e emergências com esse tipo de atendimento.

Segundo a agenda de compromissos para saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil a organização de uma rede integrada de assistência deve ser baseada nos princípios já assegurados pela legislação (CF/88, Estatuto da Criança e do Adolescente [ECA] e Lei 8.080 e 8.142) garantindo o acesso universal aos serviços de saúde hierarquizados, com ênfase no acolhimento, responsabilização, assistência integral, resolutiva e equânime. Pode-se admitir como uma possível solução para a superlotação dos hospitais, o comprometimento da APS com esses princípios, pois assim, talvez houvesse possibilidade de mudanças no cenário de busca aos serviços de saúde, levando a população a procurar as unidades básicas como porta de entrada para a rede de saúde, deixando os hospitais e ambulatórios para os atendimentos mais complexos (BRASIL, 2005).

Segundo o trabalho de Melo, Assunção e Ferreira (2007), o atendimento hospitalar a essas crianças, mesmo se tratando de uma CSAP, é justificado pelos médicos que temem devolvê-las aos postos de saúde sem a certeza de uma assistência; fato este que poderia levar ao agravamento do quadro inicial da criança.

Em relação à abordagem sindrômica das crianças, evidencia-se que as queixas relacionadas a doenças do aparelho respiratório foram as mais prevalentes entre as crianças atendidas nos serviços de urgência, representando 45,45% do total de atendimentos. Lima & Almeida (2013), Oliveira e Scochi (2002) e Riccetto *et al.* (2007) também encontraram em suas pesquisas o predomínio de problemas respiratórios entre as queixas para o atendimento nos serviços de emergência.

Com base nos resultados estatísticos e baseando-se no conceito de acesso proposto por McIntyre, Thiede e Birch (2009), admitindo-se que para definir o acesso é necessário uma interação entre as três dimensões, percebe-se que a Dimensão 1 da AC dividiu distintamente as amostras a partir de classificações que fazem relação direta com as três dimensões propostas pelos autores. Com base nessa divisão, entendendo a dimensão 1 mais explicativa, podemos discutir o acesso das crianças em ambas as amostras (crianças atendidas pelo serviço de urgência; crianças internadas), evidenciando tais variáveis.

Como representativas da disponibilidade, encontramos na amostra de crianças atendidas pelo serviço de urgência as variáveis que sinalizam a necessidade de mais de um atendimento nesse período, a presença do atendimento por convênio, o tempo de espera maior que a média e a não disponibilidade de todos os medicamentos pelo SUS. Em relação à acessibilidade financeira, temos a

necessidade de gastos financeiros com o transporte, a necessidade de ajuda de terceiros para o pagamento do deslocamento e ainda o gasto na aquisição de medicamentos. Por fim, representando a aceitabilidade, é possível identificar a variável referente ao desfecho após o atendimento, sinalizando uma manutenção ou piora do quadro clínico, além da variável de avaliação relacionada à satisfação em relação ao tempo de espera para o atendimento.

Após a análise da regressão logística pode-se perceber que a utilização dos serviços de urgência não apresentou nenhuma relação estatisticamente significativa com variáveis associadas ao nível de escolaridade e condição socioeconômica, mas sim uma relação com a idade da criança, na qual a cada mês de vida aumenta-se a chance de ocorrer uma busca por serviços de urgências. Essa ausência de relação com outros dados socioeconômicos pode ser justificada por Kovacs et al. (2005), que descrevem a crença dos pais pelo serviço de pronto socorro como sendo o maior motivo para a busca por estas instituições. Muitas vezes, a procura pelos estabelecimentos de urgência está precedida de um conceito prévio baseado nas altas tecnologias hospitalares, na disponibilidade médica durante 24h e da garantia da assistência, estando associado à subjetividade dos sujeitos, o que nos leva a relacioná-la com a dimensão de acesso denominada de aceitabilidade.

Kovacs *et al.* 2005, justifica em seu estudo a escolha dos serviços de urgência em detrimento das unidades de ESF, a partir de relatos que apontam a qualidade geral do atendimento (“é uma boa referência”, “atendimento é o melhor”, “tem mais recursos”, “muito conceituado” e “trata bem as crianças”); acessibilidade geográfica e experiência pessoal prévia.

Com a amostra de crianças internadas, os resultados obtidos pela análise exploratória nos mostram que a média da idade entre as crianças no período do atendimento foi de 12,19 meses, variando de 0 a 24, sendo presente o baixo peso ao nascer (< 2500 kg) em 12,96% dos casos de internação. Do total de internações, 88,89% foram realizadas pelo SUS, confirmando o achado de outro estudo, no qual o setor público manteve-se como principal responsável pelo pagamento dos serviços materno-infantis utilizados (CARVALHO *et al.*, 2008).

A porcentagem de internações em menores de 2 anos nesse inquérito foi de 16,61% das crianças, seguindo um valor aproximado ao encontrado no inquérito do ano de 2002 realizado por Carvalho *et al.* (2008), no qual a proporção de crianças

hospitalizadas menores de 1 ano em três municípios de São Paulo passou de 7% (IC95%: 4,6 a 9,8) em 1990 para 17% (IC95%: 12,8 a 21,8) em 2002.

A busca pela internação hospitalar foi precedida por encaminhamentos de serviços de saúde, tanto a nível ambulatorial, como a nível hospitalar. Os serviços de urgência foram os responsáveis pelo segundo maior número de encaminhamentos, perdendo apenas para os centros de especialidades, responsáveis pela maioria das internações. Segundo a estruturação da rede de serviços de saúde, as unidades básicas vinculadas à APS deveriam ser as grandes responsáveis pelo referenciamento da população, entretanto elas responderam por apenas 6,3% do total de encaminhamentos. Do total de crianças internadas, 59,26% destas estavam cadastradas em alguma equipe de ESF, porém apenas o cadastramento não evidenciou a utilização destes serviços como porta de entrada no sistema de saúde.

Cecílio (1997) justifica em seu estudo que a população habituou-se a buscar o atendimento básico apenas em situações específicas, por meio de atendimento agendado, não o fazendo para outras ocasiões, o que pode estar associado ao baixo número de encaminhamentos por parte da APS, dificultando a comunicação entre esses serviços. Malta *et al.* (2004) colaboram com essa discussão afirmando que quando há fragmentação do cuidado é o usuário quem faz seu próprio caminho pelas redes de serviço, ocasionando uma prática inadequada, podendo levar a erros diagnósticos, acesso negado e não efetividade do atendimento.

No que se refere ao acesso nos serviços da APS, Starfield (2002) afirma que algumas barreiras podem estar relacionadas com as diversas possibilidades de adentrar aos serviços de saúde, as quais estariam implicadas com a localização da unidade de saúde, a disponibilidade de horários e os dias de funcionamento da unidade, bem como a possibilidade de atendimento a demanda espontânea e a percepção que a população tem em relação a estes aspectos do acesso (se são adequados ou não).

A abordagem sindrômica, a partir da queixa relatada pelos responsáveis, identifica que a principal causa de internação entre os menores de 2 anos está relacionada a doenças do aparelho respiratório, seguida das doenças originadas no período perinatal e das doenças infecciosas e parasitárias. Este resultado vai de acordo com a literatura, sendo concordante com o de outro estudo realizado no mesmo município com crianças de 0 a 6 anos internadas em dois hospitais da

cidade (ROCHA *et al.* 2012) e também com o estudo realizado no estado do Paraná no período de 2005 a 2009 incluindo crianças de 0 a 5 anos (OLIVEIRA *et al.*, 2012).

Ainda sobre as causas de internação, Rodrigues-Bastos *et al.* (2013) em sua pesquisa realizada em Juiz de Fora, buscando identificar Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária a Saúde (ICSAP), em dois períodos distintos, sendo eles de 2002 a 2005 e 2006 a 2009, apontam uma transição epidemiológica entre as causas de hospitalização na faixa etária de 0 a 9 anos. No período de 2002 a 2005 a análise do Sistema de Informação Hospitalar (SIH) apresentou como doenças mais prevalentes as gastroenterites, a epilepsia e doenças de acometimento do aparelho respiratório. Entretanto, no segundo período estudado, o qual compreendeu os anos de 2006 a 2009, as doenças do aparelho respiratório foram consideradas como a causa mais frequente de hospitalização das crianças.

Um estudo realizado no período de 1998 a 2007, com pesquisa de dados secundários entre faixas etárias aponta que entre todas as internações pelo SUS, as crianças internaram mais por doenças do aparelho respiratório, infecto-parasitárias e causas externas em relação aos demais grupos de idade, e menos por doenças do trato gastrointestinal e geniturinário, mostrando também a fragilidade orgânica das crianças e demandando ações específicas para a prevenção desses agravos (OLIVEIRA *et al.* 2010).

Em seu estudo, César *et al.* (1997) afirmam que diferentes fatores agravam a doença respiratória e contribuem para o aumento das taxas de hospitalização por pneumonia. Dentre esses fatores estão o baixo peso ao nascer, a desnutrição, a falta de imunizações e fatores sociais. Nesta pesquisa, confirma-se a associação do baixo peso ao nascer com a internação, ao passo que esta variável esteve presente em 12,96% dos casos, sendo inclusive um destaque na AC. O perfil socioeconômico das famílias das crianças internadas está inserido predominantemente na classe C, segundo critério de classificação da ABEP.

Em relação à AC, nota-se que as três dimensões de acesso discutidas ao longo do trabalho estão presentes na consolidação do acesso das crianças à internação. Fazendo referência à dimensão da disponibilidade, admite-se a variável relacionada ao encaminhamento prévio por algum serviço de saúde e a necessidade de apenas um atendimento no período de um ano. No que diz respeito à dimensão de acessibilidade financeira, a variável que caracteriza a internação aborda a presença de gastos financeiros com o atendimento. A dimensão denominada de

aceitabilidade envolve as variáveis relacionadas à situação da criança após a alta hospitalar, tendo o seu quadro clínico evoluído para a cura, e a presença do fornecimento de relatório médico explicativo após o tratamento.

Confirmando a teoria de McIntyre, Thiede e Birch (2009) de que o acesso não está vinculado apenas a presença de serviços de saúde, mas que requer uma associação entre diferentes dimensões de análise, Assis & Jesus (2012) ressaltam que a acessibilidade aos serviços de saúde tem relação com as condições de vida, a nutrição, a habitação, o poder aquisitivo e a educação, extrapola a dimensão geográfica e abrange o aspecto econômico e cultural. É necessário entender o potencial do usuário para o gasto com saúde, além da aplicação de técnicas adequadas aos hábitos da população. Os serviços de saúde devem adequar o seu aspecto funcional, de forma a atender com qualidade às pessoas que recorrem ao sistema. Portanto, o conceito de acessibilidade tem um sentido multidimensional de caráter social e político que está presente na execução da política, na gestão, na prestação de serviços e na relação dos profissionais com os usuários.

Em relação aos fatores socioeconômicos, neste trabalho, percebe-se que não há uma associação entre a renda familiar e as internações das crianças contrário ao evidenciado no estudo de Cesar *et al.* (1996). Entretanto, observa-se uma relação das internações e da idade da criança, porém de forma diferente dos dados da literatura. Granzotto *et al.* (2010), aponta a predominância de internação no período neonatal (menor de 1 mês), enquanto os achados deste estudo mostram uma relação proporcional entre a idade da criança e a chance de internações, sendo a cada mês de vida o aumento de 10% na chance de ocorrer uma internação. Fato este, que merece destaque, pois na literatura os estudos discutem em sua maioria a internação entre menores de um ano e menores de cinco, devido a facilidade de mensuração dos dados dessa faixa etária pelos sistemas de informação, sendo pouco explorada a discussão das internações de 0 a 2 anos.

Além da idade da criança, outra variável que merece ser melhor interpretada diz respeito à situação conjugal materna, que também é pouco abordada em estudos como este. Nota-se a presença do companheiro como um fator de proteção em relação às internações, o que pode estar associado ao melhor cuidado fornecido às crianças refletindo na sua situação de saúde. Esta variável, apesar de não ter sido apontada nos artigos que referenciam este trabalho, merece uma atenção e

serve como uma proposta para futuros estudos, a fim de que se investigue além do estado civil oficializado, mas sim a situação conjugal na qual se encontram as mães.

Como limitações desta pesquisa podemos citar alguns aspectos metodológicos, como os inerentes à técnica utilizada na obtenção dos dados sobre a queixa de morbidade, cuja falta de padronização é considerada o maior empecilho para o aproveitamento total dos resultados. Vale destacar a ausência de questionamentos mais profundos em relação ao fluxo da criança até o serviço de urgência, no qual não há um detalhamento sobre quais serviços encaminharam a criança, impedindo que seja realizada uma análise da trajetória atribuída a essa criança até o desfecho. Além disso, as características do delineamento utilizado (corte transversal), não permite que as informações coletadas num único momento sejam livres de imprecisão e subnotificações, principalmente por se tratar de eventos ocorridos nos 12 meses anteriores à data da coleta.

Durante a análise dos dados, a questão levantada em relação à queixa inicial da criança foi contornada, em parte, pela uniformização, com utilização dos termos da CID-10 (1997). A padronização pela CID-10 foi realizada buscando-se estabelecer, dentro do possível, uma linguagem semelhante à classificação das queixas declaradas sem excluir os vocábulos empregados pela mãe. Quanto à questão da subnotificação e imprecisão, sabe-se que as informações sobre morbidade podem sofrer modificações de acordo com a duração da doença e/ou da pesquisa.

As limitações apresentadas neste estudo, não inviabilizam os resultados obtidos, pois percebe-se que a AC mostrou-se adequada para identificação de dois conjuntos distintos de criança em relação ao uso dos serviços de saúde, compreendendo em cada um deles, características relacionadas às dimensões de acesso. Em relação a possíveis inferências, ressalta-se a origem dos dados, os quais se derivam de um projeto maior constituído por um inquérito domiciliar, realizado na Região Norte de Juiz de Fora, que pode ser considerada um representativo do cenário municipal. Após a análise dos dados, percebe-se que além de refletir a realidade local, essa pesquisa pode ser considerada um reflexo do cenário de outras pesquisas, nas quais os dados referentes aos valores de hospitalização/internação e das queixas relacionadas à CSAP em áreas cobertas pela ESF se assemelham.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acesso aos serviços de saúde não está relacionado apenas com a disponibilidade das instituições, mas sim com questões que envolvem os aspectos socioculturais e econômicos, além da necessidade de saúde, abrangendo as três dimensões de acesso estudadas. Quando relacionado ao acesso das crianças, evidencia-se uma característica peculiar, pois o fato delas não conseguirem manifestar claramente as suas necessidades causa um sentimento de ansiedade nos responsáveis, levando-os a recorrerem aos serviços que apresentem maior capacidade tecnológica para a resolutividade dos problemas. Essa situação caracteriza a busca pelos serviços de urgência como porta de entrada para o sistema de saúde, mesmo em situações que não seria necessária a sua utilização.

A inversão da porta de entrada no sistema de saúde provoca uma superlotação das urgências com questões que poderiam ter sido solucionadas na APS. Evidencia-se que as condições associadas às internações pediátricas, em grande parte, poderiam ter sido evitadas pelos serviços da atenção primária, como as ESF. Entretanto, há de se compreender que muitas vezes a deficiência não está apenas na ausência de resolutividade da atenção básica, mas na preferência dos responsáveis pelos serviços hospitalares, impossibilitando que as equipes de ESF alcancem o atendimento a este paciente.

Os resultados do presente estudo poderão ser úteis para o planejamento e reorganização da rede de serviços de saúde, pensando-se não apenas na disponibilidade dos serviços, mas em uma conscientização sociocultural dos seus usuários, envolvendo os fatores que estão diretamente relacionados à busca por determinados serviços. Espera-se, também, que os resultados possam influenciar novos trabalhos que busquem compreender e avaliar o atendimento oferecido às crianças nas instituições de saúde.

REFERÊNCIAS

ALFRADIQUE, M.E.; BONOLO, P.R.; DOURADO, I.; LIMA-COSTA, M.F.; MACINKO, J.; MENDONÇA, C.S.; OLIVEIRA, V.B.; SAMPAIO, L.F.R.; DE SIMONI, C.; TURCI, M.A.; Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). **Cad. Saúde Pública**. v. 25, p.1337-49, 2009.

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

ASSIS, M.M.A.; VILLA, N.; Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.8 (3), p. 815-823, 2003.

ASSIS, M.M.A.; JESUS, W.L.A.; Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.17 (11) p. 2865-2875, 2012.

AZEVEDO, A.L.M.; COSTA, A.M.; A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.14, n.35, p.797-810, out./dez. 2010.

BARATA, R.B.; **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde. Coleção Temas em Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

BARROS, A.J.D.; SANTOS, I.S., VICTORA, C.G.; ALBERNAZ, E.P.; DOMINGUES, M.R.; TIMM, I.K. et al. Coorte de nascimentos de Pelotas, 2004: metodologia e descrição. **Rev Saúde Pública**. v.40, p.408-412, 2006.

BATISTELA, S.; GUERREIRO, N.P.; ROSSETTO, E.G.; Os motivos de procura pelo Pronto Socorro Pediátrico de um Hospital Universitário referidos pelos pais ou responsáveis. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 29, n. 2, p. 121-130, jul./dez. 2008.

BOURDIEU, P.; **Distinction: A Social Critique of the Judgement of Taste**. Cambridge, Harvard University Press. 8º ed. Tradução: Richard Nice. 1996.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei Federal nº 8069, de 13 de julho de 1990. Índice elaborado por Edson Seda. Curitiba: Governo do Estado do Paraná, 1994.

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

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional de Assistência à Saúde** (NOAS 01/02). Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde. **Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Legislação Básica do SUS. Brasília; 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 221 de 17 de abril de 2008**. Define a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Brasília. 2008. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-221.htm>>. Acesso em: 10/12/2012.

_____. IBGE. Pesquisa Nacional por amostra de domicílios. Acesso e utilização de serviços de saúde: 1998. Rio de Janeiro. IBGE 96. 2000. In: HARTZ, Z. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L.M. **Avaliação em saúde: Dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador/Rio de Janeiro. Editora da Universidade Federal da Bahia/Editora Fiocruz, 2008

_____. IBGE. Acesso e utilização de serviços de saúde: 2003. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Brasil / Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, 2005

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Anexo II da Portaria nº 493 de 13/05/2006. **Pacto de indicadores da atenção básica**, Nota técnica, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança**

e redução da mortalidade infantil. Brasília; 2005. 80 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

CAETANO, J.R.M.; BORDIN, I.A.S.; PUCCINI, R.F.; PERES, C.A.; Fatores associados à internação hospitalar de crianças menores de cinco anos, **Rev Saúde Pública**, São Paulo, SP. v.36(3), p. 285-91, 2002.

CALDEIRA, A.P.; FERNANDES, V.B.L.; FONSECA, W.P.; FARIA, A.A.; Internações pediátricas por condições sensíveis à atenção primária em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**, Recife, v.11 (1), p. 61-71, jan. / mar., 2011.

CARVALHO, W.O.; CESAR, C.L.G.; CARANDINA, L.; BARROS, M.B.A.; ALVES, M.C.G.P.; GOLDBAUM, M.; Inquéritos de saúde e uso de serviços materno-infantis em três municípios da grande São Paulo. **Rev Panam Salud Publica [online]**. 2008, v.24, n.5, p. 314-323. ISSN 1020-4989. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892008001100003>>. Acesso em: 20/12/2013.

CECÍLIO, L.C.O.; Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Pública**. v.13, p.469-78, 1997.

CERQUEIRA, M.B.; PUPO, L.R.; Modos de vida e acesso aos serviços de saúde em duas favelas da Baixada Santista. In: SILVA, A.M.; **Acesso aos serviços de saúde em municípios da Baixada Santista**. São Paulo. Instituto de Saúde, 2008, p.193-215.

CESAR, J.A., VICTORA, C.G., SANTOS, I.S., BARROS, F.C., ALBERNAZ, E.P., OLIVEIRA, L.M., et al. Hospitalização por pneumonia: influência de fatores socioeconômicos e gestacionais em uma coorte de crianças no sul do Brasil. **Rev Saude Publica**. v.31, p.53-61, 1997.

CID-10. Classificação Estatística Internacional de Doenças e. Problemas Relacionados à Saúde. 10 rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997. vol.1. n.5.

CLAUSEN, S.E.; **Applied Correspondence Analysis: an Introduction**, SAGE University, n.7, v.121, 1998. 69 p.

COSTA, J.S.D.; VICTORA, C.G.; BARROS, F.C.; HALPERN, R.; HORTA, B.L.; MANZOLLI, P.; Assistência médica materno-infantil em duas coortes de base populacional no Sul do Brasil: tendências e diferenciais. **Cad Saúde Pública**; v.12, Suppl ,1p.59-66,1996.

CUNHA, A.J.L.A.; BENGUIGUI, Y., SILVA, M.A.S.F.; **Atenção integrada às doenças prevalentes na infância: implantação e avaliação no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.

CUNHA JÚNIOR, M. V. M. ; Análise multidimensional de dados categóricos: aplicação das análises de correspondência em marketing e sua integração com técnicas de análise de dados quantitativos. **Revista de Administração**, São Paulo: FEA/USP, v.35, n.1, p.32-50, 2000.

DONABEDIAN, A.; Evaluating the Quality of Medical Care. Article first published online:2005. DOI: 10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x – In: **Milbank Quarterly** v. 83, i. 4, p.691–729, December 2005. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x/full>>. Acesso em: 20/09/2012.

FEITOSA, M.B; O acesso e a utilização dos serviços de saúde materno-infantis no município de Juiz de Fora – MG. **Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Juiz de Fora**. 105 p. 2011.

FERNANDES, V.B.L.; CALDEIRA, A.P.; FARIA, A.A.; NETO, J.F.R.; Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. **Rev Saúde Pública**. v.43, p.928-936. 2009.

FRANCO, S.C.; CAMPOS, G.W.S. Avaliação da qualidade de atendimento ambulatorial em pediatria em um hospital universitário. **Cad. Saúde Pública [online]** v.14, n.1, p. 61-70. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X1998000100014&lng=en>. Acesso em: 05/12/2012.

JESUS, W.L.A.; ASSIS, M.M.A.; Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.15 (1). p 161-170, 2010.

JUIZ DE FORA. Prefeitura Municipal. Diretoria de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental. **Plano Municipal de Saúde 2006-2009**. Juiz de Fora, 2006.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S.; Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise, In: EIBENSCHUTZ, C. (org.). **Política de saúde: o público e o privado**. Fiocruz, Rio de Janeiro. p.177-198. 1995.

HOUAISS A.; VILLAR, M.; **Minidicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.

KOVACS, M.H.; FELICIANO, K.V.O.; SARINHO, S.W.; VERAS, A.A.C.A.; Acessibilidade às ações básicas entre crianças atendidas em serviços de pronto-socorro. **J. Pediatr**. Rio de Janeiro, v.81, p.251-58, 2005.

LIMA, L.M.B, ALMEIDA, N.M.G.S.; Procura da emergência pediátrica pelas mães: implicações para a superlotação. **Saúde em debate**. Rio de Janeiro. v.37, n.96, p.51-61, jan./mar.2013.

MALTA, D.C.; CECÍLIO, L.C.O; MERHY, E.E.; FRANCO, T.B.; JORGE, A.O.; COSTA, M.A.; Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 433-444, abr./jun. 2004.

MATIJASEVICH, A; CESAR, J.A.; SANTOS, I.S.; BARROS, A.J.D.; DODE, M.A.S.O.; BARROS, F.C.; VICTORA, C.G.; Hospitalizations during infancy in three population-based studies in Southern Brazil: trends and differentials. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.3, p.437-443, 2008.

MCINTYRE, D.; MOONEY, G; The economics of health equity. **Cambridge University Press**, New York, 2007.

MCINTYRE, D.; THIEDE, M.; BIRCH. S.; Access as a policy-relevant concept in low- and middle-income countries. **Health Economics, Policy and Law**, v.4, p.179–193, 2009.

MELO, E.M.C.; ASSUNÇÃO, A.A.; FERREIRA, R.A.; O trabalho dos pediatras em um serviço público de urgência: fatores intervenientes no atendimento. **Cad Saude Pública**, v.23, n.12, p.3000-3010. 2007.

MENDES, E.V.; **Revisão bibliográfica sobre redes de atenção a saúde**. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte. 2007. 154p.

MINGOTI, S.A.; **Análise de Dados Através de Métodos de Estatística Multivariada: Uma Abordagem Aplicada**. Editora UFMG, Belo Horizonte, 2005.

NEDEL, F.B; FACCHINI, L.A; MARTÍN-MATEO, M; VIEIRA, L.A.S.; THUMÉ, E.; Programa saúde da família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé (RS). **Rev Saúde Pública**, v.42, p.1041-52, 2008.

NUNES, A., SANTOS, J.R.S., BARATA, R. B., VIANNA, S.M. Medindo as Desigualdades em Saúde no Brasil - uma proposta de monitoramento. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS/OMS**; Instituto de Pesquisa Aplicada e Econômica (IPEA), 2001. 224p.

OLIVEIRA, M.L.F.; SCOCHI, M.J.; Determinantes da utilização de serviços de urgência/emergência em Maringá (PR). **Cienc. Cuidado Saúde**, v.1, n.1, p.129–134. 2002

OLIVEIRA, B.R.G.; VIERA, C.S; COLLET, N.; LIMA, R.A.G.; Causas de hospitalização no SUS de crianças de zero a quatro anos no Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v.13, n.2, p.268-277, 2010.

OLIVEIRA, R.R.; COSTA, J.R.; MATHIAS, T.A.F.; Hospitalizações de menores de cinco anos por causas evitáveis. **Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]**. 2012, v.20, n.1, p. 135-142. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000100018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22/12/2013.

PUPO, L.R.; MONTEIRO, P.H.N; Considerações teóricas sobre o acesso. In: SILVA, A.M.; **Acesso aos serviços de saúde em municípios da Baixada Santista**. São Paulo. Instituto de Saúde, 2008, p.17-20.

PUSTAI, O.J.; O sistema de Saúde no Brasil. In: DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M.I.; GIUGLIANI, E.R.J., organizadores. **Medicina Ambulatorial: condutas de Atenção Primária baseadas em evidências**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p.71.

REHEM, T.C.M.S.B.; EGRY, E.Y.; Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16(12), p.4755-4766, 2011.

RICCETTO, A.G.L.; ZAMBON, M.P.; MARMO, D.B.; BRANDÃO, M.B.; QUEIROZ, R.; REIS, M.C.; FRAGA, A.M.A.; BELLUOMINI, F.; Sala de emergência em pediatria: casuística de um hospital universitário. **Rev Paul Pediatría**, v.25, n.2, p.156-60. 2007.

ROCHA, M.C.G.S.; CARMINATE, D.L.; TIBIRIÇÁ, S.H.C.; CARVALHO, I.P.; SILVA, M.L.R.; CHEBLI, J.M.F.; Acute diarrhea in hospitalized children of the municipality of juiz de fora, MG, Brazil: prevalence and risk factors associated with disease severity. **Arq. Gastroenterol [online]**, São Paulo, v.49, n.4, p.259-265, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-28032012000400006> Acesso em: 20/12/2013.

RODRIGUES-BASTOS, R.M.; CAMPO, E.M.S.; RIBEIRO, L.C.; FIRMINO, R.U.R.; TEIXEIRA, M.T.B.; Internações por condições sensíveis à atenção primária em município do sudeste do Brasil. **Rev. Assoc. Med. Bras. [online]**. 2013, vol.59, n.2, pp. 120-127. ISSN 0104-4230. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0104-2302013000200010&lng=en&nr m=iso&tlng=pt>. Acesso em: 02/01/2014

SANCHEZ, R.M.; CICONELLI, R.M.; Conceitos de acesso à saúde. **Rev. Panam Salud Publica**. v.31, n.3, p.260-268, 2012.

SILVA, N.N.; PEDROSO, G.C.; PUCCINI, R.F.; FURLANI, W.J.; Desigualdades sociais e uso de serviços de saúde: evidências de análise estratificada, **Rev. Saúde Pública**. v.34, n.1, p.44-49, 2000.

STARFIELD, B.; **Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Ministério da Saúde/Unesco, 2002. 762p.

STARFIELD, B.; III Seminário Internacional de Atenção Primária - Saúde da Família. Relatório de atividades. Brasília: **Ministério da Saúde (MS)**; 2008. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/3seminario_internacional_relatorio_atividades.pdf> Acesso em: 20/09/2012.

THIEDE, M., MCINTYRE, D.; Information, communication and equitable access to health care: a conceptual note. **Cad Saúde Pública**; v.24, p.1168-1173, 2008.

TRAVASSOS, C.; Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. **Cad Saúde Pública**, v.13, p.325-30, 1997.

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

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F.; PINHEIRO, R.S.; BRITO, A.; Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condições sociais. **Rev Panam Salud Publ.** v.11(5-6):3 p.65-73. 2002

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M.; Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.20 (Sup 2), p.190-198, 2004.

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

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA. Núcleo de Assessoria Treinamento e Estudos em Saúde. **Inquérito de Saúde no Município de Juiz de Fora – MG: relatório técnico**. Juiz de Fora, 2011. Trabalho não publicado.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS. Centro de Pesquisas Epidemiológicas. **Aquares - Manual de Instruções: crianças**. Pelotas, 2008. 76p.

VICTORA, C. G.; BARROS, F. C.; TOMASI, E.; MENEZES, A. M.; HORTA, B. L.; WEIDERPASS, E.; CESAR, J. A.; OLINTO, M. T.; HALPERN, R.; GARCIA, M. del M.; VAUGHAN, J. P.; Tendências e diferenciais na saúde materno-infantil: delineamento e metodologia das coortes de 1982 e 1993 de mães e crianças de Pelotas, RS. **Cadernos de Saúde Pública**, v.12(supl. 1), p.7-14. 1996.

VICTORA, C. G.; WAGSTAFF, A.; SCHELLENBERG, J.A.; GWATKIN, D.; CLAESON, M.; HABICHT, J.P.; Applying an equity lens to child health and mortality: more of the same is not enough. **Lancet**, v.362, p.233-41, 2003.

WAITZMAN, N.J.; SMITH, K.R. Separate but lethal: the effects of economic segregation on mortality in metropolitan America. *The Milbank Quartely* v.76(3), p.341- 373, 1998. In: VIANNA, S.M, NUNES, A., SANTOS, J.R.S.; BARATA, R.B.; **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento**. Brasília: OPAS/IPEA; 2001.

ANEXOS

Anexo 1**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

NOME DO SERVIÇO DO PESQUISADOR

PESQUISADOR RESPONSÁVEL:

ENDEREÇO:

CEP: – JUIZ DE FORA – MG

FONE: (32)

E-MAIL:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “INQUÉRITO EM SAÚDE DA POPULAÇÃO DE JUIZ DE FORA”. O objetivo deste estudo é avaliar as condições de saúde da população e o seu acesso aos serviços. A importância do estudo é justificada pela necessidade de conhecer as condições de saúde da população e contribuir para a criação de políticas públicas nesta área. O estudo consiste na realização de uma entrevista na qual será aplicado questionários na população residente em Juiz de Fora. Os riscos relacionados à participação no estudo são mínimos, comparáveis aos riscos das suas atividades de rotina. Participar da pesquisa não implica em custos, remuneração, ou qualquer ganho material (brindes, indenização, etc.). A participação no estudo será voluntária, não havendo nenhum tipo de prejuízo ou penalização. Os danos previsíveis serão evitados. Porém, qualquer tipo de problema ou desconforto detectado será imediatamente sanado pelo pelos pesquisadores, ou por quem de direito, sem qualquer custo para o entrevistado da pesquisa. É garantido a todos os participantes que se retirem da pesquisa quando assim desejarem, sem qualquer prejuízo financeiro, moral, físico ou social. Todas as informações colhidas serão cuidadosamente guardadas, garantindo o sigilo e a privacidade dos entrevistados, que poderão obter informações sobre a pesquisa quando necessário pelo telefone (32) 3229-3830. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O (A) Sr (a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelos pesquisadores responsáveis, no Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde (NATES) e a outra será

fornecida a você.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo “NOME DO ESTUDO”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2009.

Nome	Assinatura participante	Data
Nome	Assinatura pesquisador	Data
Nome	Assinatura testemunha	Data

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o

CEP- COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/UFJF –

CAMPUS UNIVERSITÁRIO DA UFJF

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA

CEP 36036.900 FONE: 32 3220 3788

Tire suas dúvidas sobre riscos, acesse:

<http://www.ufjf.br/comitedeetica/files/2008/12/risco-em-pesquisa3.doc>

Anexo 2

Parecer do CEP.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PRO-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF
36036900- JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

Parecer nº 277/2009

Protocolo CEP-UFJF: 1873.217.2009 **FR:** 294358 **CAAE:** 0168.0.180.000-09
Projeto de Pesquisa: INQUÉRITO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA, MG
Versão do Protocolo: 1ª versão
Área Temática: Grupo III
Pesquisador Responsável: Luiz Cláudio Ribeiro
TCLE: 1ª versão
Instituição: PG Saúde Coletiva- UFJF

Sumário/comentários do protocolo:

Justificativa: Os argumentos apresentados na introdução estão devidamente embasados e justificam adequadamente a realização do presente estudo.

Objetivo(s): Neste projeto, pretende-se descrever e analisar morbidade referida, percepção da qualidade de vida e acesso aos serviços de saúde da população de Juiz de Fora (MG), considerando as desigualdades sociais que caracterizam a população brasileira [sic]

Comentário: Os objetivos são coerentes com a justificativa.

Metodologia: Estudo observacional transversal, com aplicação de questionário.

Comentário: A metodologia é adequada para responder a pergunta do estudo.

Revisão e referências: Devidamente citadas no texto, atualizadas e adequadas.

Orçamento: Devidamente apresentado.

Fonte de custeio: Pesquisador.

Cronograma: Adequado.

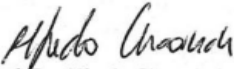
Data do término: mês = 03 / ano = 2011.

Qualificação do pesquisador: Adequada.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE): Dentro dos padrões exigidos pela Res. CNS 196/96.

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

Situação: Projeto **APROVADO**.
Juiz de Fora, 20 de outubro de 2009.


Prof. Dr. Alfredo Chaoubah
Coordenador em Exercício – CEP/UFJF

RECEBI

DATA: ____/____/2009

ASS: _____

Anexo 3

Formulário utilizado pelo Inquérito Domiciliar durante a coleta de dados.

 Universidade Federal de Juiz de Fora	 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO SAÚDE COLETIVA PPSC - UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA	 Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde
UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva Inquérito de Saúde no município de Juiz de Fora		
1. Setor: ____ Bairro: _____ Domicílio: ____ Entrevistador: _____		
2. Indivíduo elegível: ____ (gestante 01/ criança 02)		
3. Cartão SUS: _____		
4. Endereço: _____		
5. Telefone para contato: (____) _____		
6. Quem responde a entrevista? (1) Mãe biológica → PULAR PARA 09 (2) Responsável pela criança por ausência definitiva da mãe biológica → ☐ APLICAR AS PERGUNTAS DE 7 a 16 E PULAR PARA A 34 (3) Informante-chave por impossibilidade temporária ou definitiva da mãe biológica de responder a entrevista ☐ → APLICAR AS PERGUNTAS DE 7 a 16 E PULAR PARA A 34		
7. (I) Assinale o motivo pelo qual o questionário não foi respondido pela mãe biológica: (99) NSA		
Óbito materno Abandono da criança pela mãe Doação da criança para adoção (criança adotada) Mãe com demência ou incapacidade mental Mãe com incapacidade física grave Mãe surda muda Hospitalização materna no momento da entrevista Viagem da mãe por um período maior do que a permanência da equipe na região Mãe alcoolizada no dia da entrevista Mãe drogada no dia da entrevista Outro _____	(0) Não (1) Sim (0) Não (1) Sim (0) Não (1) Sim (0) Não (1) Sim (0) Não (1) Sim (0) Não (1) Sim (0) Não (1) Sim (0) Não (1) Sim (0) Não (1) Sim (0) Não (1) Sim	
8. **** Qual a sua relação familiar com a criança? (1) Mãe adotiva (2) Pai biológico (3) Avós (4) Outro. Qual? _____ (99) NSA		
9. Qual é o seu nome? _____		
10. Qual é o nome da criança? _____		
11. Qual a sua idade [Qual a idade da mãe do(a) <NOME DA CRIANÇA>]? ____ anos completos		
12. **** Qual é a sua cor [Qual a cor da mãe do(a) <NOME DA CRIANÇA>]? (99) IGN (1) Branca (branco, clara, pele clara) (2) Amarela (orientais) (3) Parda (pardo, pardo claro) (4) Morena (moreno, moreno claro, moreno escuro, moreno jambo) (5) Indígena (6) Mulata (mulato, mulato claro, mulato escuro) (7) Mestiça (mestiço, miscigenado, caboclo, misto, mameluco, híbrido) (8) Preta (preto, pele escura, negro, africano)		
13. A Sra sabe ler e escrever [A mãe do(a) <NOME DA CRIANÇA> sabe ler ou escrever]? (0) Não ☐ PULAR PARA 15 (1) Sim		
14. **** Até que série a(o) Sra(Sr) completou na escola [Até que série a mãe do(a) <NOME DA CRIANÇA> completou na escola]? ____ série do ____ grau (0 / 0) Sabe ler e escrever e não completou série na escola (99) NSA/ IGN		
Obs.: _____		

15. Atualmente, a(o) Sra(Sr) vive com companheiro(a) [Atualmente, a mãe do(a) <NOME DA CRIANÇA> vive com companheiro]?
(0) Não (1) Sim (99) IGN

16. **** Qual seu estado civil atual [Qual o estado civil atual da mãe do(a) <NOME DA CRIANÇA>]?
(1) Solteira(o) (2) Casada(o) (3) Separada(o) / divorciada(o) (4) Viúva(o) (99) IGN

AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE SUAS GESTAÇÕES E A GRAVIDEZ DO (a) < NOME DA CRIANÇA>

17. Quantas vezes na sua vida a Sra. ficou grávida? ___ vezes (99) IGN

18. Quantos filhos nasceram? ___ filhos (99) IGN

19. Que idade a Sra tinha quando ficou grávida do(a) <NOME DA CRIANÇA>? ___ anos (99) IGN

20. Com relação à gravidez do(a) <NOME DA CRIANÇA>, a Sra. fez alguma consulta de pré-natal?
(0) Não (1) Sim → PULAR PARA 22 (99) IGN

21. **NÃO FEZ** acompanhamento durante o pré-natal por qual motivo? (marcar apenas 1 opção)

Dificuldade de conseguir ficha ou agendamento pelo SUS	(0) Não	(1) Sim	(99) NSA/ IGN
Não tinha médico para atender onde costuma consultar	(0) Não	(1) Sim	(99) NSA/ IGN
Não tinha como ir marcar a consulta	(0) Não	(1) Sim	(99) NSA/ IGN
Não podia pagar	(0) Não	(1) Sim	(99) NSA/ IGN
Teve medo / não quis	(0) Não	(1) Sim	(99) NSA/ IGN
Tinha compromissos com a família ou no trabalho	(0) Não	(1) Sim	(99) NSA/ IGN
Dificuldade de conciliar com o horário de funcionamento da unidade	(0) Não	(1) Sim	(99) NSA/ IGN
Outro – Qual? _____	(0) Não	(1) Sim	(99) NSA/ IGN

22. Em que mês da gravidez a Sra fez a primeira consulta de pré-natal? ___ mês (99) NSA/ IGN

23. **SE SIM:** Quantas consultas de pré-natal a Sra fez na gravidez do(a) <NOME DA CRIANÇA> no:

	Número consultas	Local/ Endereço
Posto de Saúde		
Ambulatório Hospital		
Ambulatório Faculdade		
Centro de especialidades		
Sindicato ou empresa /Associação de bairro		
Consultório por Convênio / Plano de Saúde		
Consultório Particular		
Pronto-atendimento ou pronto-socorro		
Outro – Qual?		

(99) NSA/ IGN (00) Nenhuma vez

24. As consultas de pré-natal do(a) <NOME DA CRIANÇA> foram por algum convênio, particular ou SUS?
(1) Por convênio (2) Particular (3) SUS (99) NSA/ IGN

25. A Sra gastou algum dinheiro nas consultas de pré-natal da(o) < NOME DA CRIANÇA>?
(0) Não→ PULAR PARA 27 (1) Sim (99) NSA /IGN

26. **SE SIM:** Quanto? R\$ _____ (9999) NSA/ IGN

27. Em alguma consulta do pré-natal do(a) <NOME DA CRIANÇA> a Sra fez exame ginecológico (por baixo)?
(0) Não (1) Sim (99) NSA/ IGN

28. Durante o pré-natal do(a) <NOME DA CRIANÇA> o médico solicitou algum exame para a Sr(a)?
(0) Não→ PULAR PARA 32 (1) Sim (99) NSA/ IGN

29. Agora vou lhe dizer uma lista de exames e gostaria que a Sr(a) me dissesse quais foram solicitados durante o pré-natal do (a) <NOME DA

CRIANÇA>

Exame de sangue	(0) Não	(1) Sim n° _____	() Não sei a quantidade () NSA
Exame de urina	(0) Não	(1) Sim n° _____	() Não sei a quantidade () NSA
Exame de fezes	(0) Não	(1) Sim n° _____	() Não sei a quantidade () NSA
Exame de HIV/AIDS	(0) Não	(1) Sim n° _____	() Não sei a quantidade () NSA
Ultrassonografia	(0) Não	(1) Sim n° _____	() Não sei a quantidade () NSA
Outros: _____	(0) Não	(1) Sim n° _____	() Não sei a quantidade () NSA

Total de exames: ____

30. SE FOI SOLICITADO ALGUM EXAME: Quantos dos exames a Sra fez? ____ exames (00 = nenhum) (99) NSA

31. Se a Sra deixou de fazer algum do(s) exame(s) solicitado(s), qual(is) o(s) motivo(s)? (marcar apenas 1 opção)

Não conseguiu pelo SUS e não podia pagar	(0) Não	(1) Sim
Não achou que precisava	(0) Não	(1) Sim
Não quis	(0) Não	(1) Sim
Não tinha como ir marcar/ fazer	(0) Não	(1) Sim
Não tinha na cidade	(0) Não	(1) Sim
Outro- Qual? _____	(0) Não	(1) Sim

(99) NSA/ IGN

32. Qual sua opinião sobre o tempo de espera para as consultas de pré-natal?



(1) Péssimo



(2) Ruim



(3) Regular



(4) Bom



(5) Ótimo

(99) NSA/ IGN

33. Qual sua opinião sobre o atendimento que a Sra recebeu durante as consultas de pré-natal?



(1) Péssimo



(2) Ruim



(3) Regular



(4) Bom



(5) Ótimo

(99) NSA/ IGN

AGORA NÓS VAMOS FALAR SOBRE O (A) <NOME DA CRIANÇA>

34. Qual a idade do(a) <NOME DA CRIANÇA>? ____ mês(es) (00 = menos de 1 mês)

35. **** Qual é a cor do(a) <NOME DA CRIANÇA>?

- (1) Branca (branco, clara, pele clara)
 (2) Amarela (orientais)
 (3) Parda (pardo, pardo claro)
 (4) Morena (moreno, moreno claro, moreno escuro, moreno jambo)
 (5) Indígena
 (6) Mulata (mulato, mulato claro, mulato escuro)
 (7) Mestiça (mestiço, miscigenado, caboclo, misto, mameluco, híbrido)
 (8) Preta (preto, pele escura, negro, africano)

(99) IGN

36. (I) SEXO DA CRIANÇA (observar): (1) Masculino (2) Feminino

37. O(A) <NOME DA CRIANÇA> nasceu em hospital, em casa ou em outro lugar?

- (1) Hospital (2) Em casa (3) Outro local

(99) NSA/ IGN

38. O parto do(a) <NOME DA CRIANÇA> foi normal ou cesariana?

- (1) Normal (2) Cesariana

39. Este parto do(a) <NOME DA CRIANÇA> foi por algum convênio, particular ou SUS?

- (1) Por algum convênio (2) Particular (3) SUS

(99) NSA/ IGN

40. Qual sua opinião sobre o tempo de espera para ser atendida para realizar o parto?



(1) Péssimo



(2) Ruim



(3) Regular



(4) Bom



(5) Ótimo

(99) NSA / IGN

41. Qual sua opinião sobre o atendimento que a Sra recebeu durante o parto?

Não conseguiu a consulta para o(a) <NOME DA CRIANÇA>
 Não achou necessário levar o(a) <NOME DA CRIANÇA> para consultar
 Não teve tempo de levar o(a) <NOME DA CRIANÇA> para consultar
 Outro- Qual? _____

(0) Não (1) Sim
 (0) Não (1) Sim
 (0) Não (1) Sim
 (0) Não (1) Sim
 (99)NSA/ IGN

53. A Sr(a) Pode me mostrar o cartão de vacinações? [Entrevistador: marque com um X estritamente de acordo com o preenchimento do cartão para as vacinas abaixo relacionadas.]

VACINAS	1ª dose	2ª dose	3ª dose	Reforço
Hepatite B				
BCG				
Anti-pólio (VOP)				
Tetralente (DTP+HIB)				
Tríplice bacteriana (DTP)				
Tríplice Viral				

(00) Não possui cartão de vacinação

AGORA VAMOS FALAR SOBRE ALGUNS PROBLEMAS DE SAÚDE

54. O(A) <NOME DA CRIANÇA> teve algum destes problemas desde <TRINTA DIAS ATRÁS>? (99) NSA/ IGN

Tosse, falta de ar ou dificuldade para respirar (0) Não (1) Sim → SEGUE 55
 Diarréia, desarranjo ou piriri (0) Não (1) Sim → SEGUE 55
 Febre (0) Não (1) Sim → SEGUE 55
 Dor de ouvido (0) Não (1) Sim → SEGUE 55
 Outro- Qual? _____ (0) Não (1) Sim → SEGUE 55

*Se houver alguma resposta **sim** aplicar as questões que seguem. Se **TODAS** forem **NÃO** PULAR PARA 86

55. SE SIM: Na última vez que o(a) <NOME DA CRIANÇA> teve algum desses problemas, a Sr(a) buscou atendimento médico?
 (0) Não → APLICAR 56, 59 e PULAR 86 (1) Sim → PULAR PARA 57 (99) NSA/ IGN

56. SE NÃO BUSCOU: por qual motivo não buscou atendimento? (marcar apenas 1 opção) (99) NSA/ IGN

Dificuldade de conseguir ficha ou agendamento pelo SUS (0) Não (1) Sim
 Não tinha médico para atender onde costuma consultar (0) Não (1) Sim
 Não tinha como ir marcar a consulta (0) Não (1) Sim
 Não podia pagar (0) Não (1) Sim
 Teve medo / não quis (0) Não (1) Sim
 Tinha compromissos com a família ou no trabalho (0) Não (1) Sim
 Porque melhorou (0) Não (1) Sim
 Achou que não precisava (0) Não (1) Sim

57. SE SIM: O Sr(a) conseguiu o atendimento médico para o(a) <NOME DA CRIANÇA> nesta última vez?

(0) Não → APLICAR 58, 59 e PULAR 86 (1) Sim → PULAR PARA 60 (99) NSA/ IGN

58. Por qual motivo o(a) <NOME DA CRIANÇA>, NÃO foi atendido? (marcar apenas 1 opção)

Não tinha médico (0) Não (1) Sim
 Não tinha ficha (0) Não (1) Sim
 Estava fechado no momento que procurei (0) Não (1) Sim
 Não podia pagar (0) Não (1) Sim
 Outro- Qual? _____ (0) Não (1) Sim
 (99) NSA/ IGN

59. (#) O que aconteceu com o(a) <NOME DA CRIANÇA> se precisou ser atendido por algum médico e não consultou?

(0) Piorou (1) Continua como antes (2) Melhorou um pouco
 (3) Melhorou bastante (4) Curou / resolveu (99) NSA/ IGN

60. SE SIM: Onde o(a) <NOME DA CRIANÇA> foi atendido(a) na última vez que teve algum desses problemas?

	Local/endereço
Posto de Saúde	
Ambulatório do Hospital	
Ambulatório da Faculdade	

Centro de especialidades	
Sindicato ou empresa /Associação de bairro	
Consultório por Convênio / Plano de Saúde	
Consultório Particular	
Pronto-atendimento ou pronto-socorro	
Outro – Qual?	

(99) NSA/ IGN (00) Nenhuma vez

61. O atendimento do(a) <NOME DA CRIANÇA> com o médico foi por algum convênio, particular ou SUS?

(1) Por algum convênio (2) Particular (3) SUS (99) NSA/ IGN

62. A Sr(a) gastou algum dinheiro no atendimento do(a) < NOME DA CRIANÇA> nesta consulta?

(0) Não→ PULAR PARA 64 (1) Sim (99) NSA/IGN

63. SE SIM: Quanto? R\$ _____

(9999)NSA/ IGN

64. Qual sua opinião sobre o tempo de espera para o(a) <NOME DA CRIANÇA> ser atendido pelo médico?



(1) Péssimo



(2) Ruim



(3) Regular



(4) Bom



(5) Ótimo

(99) NSA/ IGN

65. Qual sua opinião sobre o atendimento médico que o(a) <NOME DA CRIANÇA> recebeu?



(1) Péssimo



(2) Ruim



(3) Regular



(4) Bom



(5) Ótimo

(99) NSA/IGN

66. Como o Sr(a) foi até o local onde o(a) <NOME DA CRIANÇA> foi atendido pelo médico?

(99) NSA/IGN

Caminhando

(0) Não (1) Sim

De bicicleta

(0) Não (1) Sim

De carroça

(0) Não (1) Sim

De ônibus / lotação / Van / Kombi

(0) Não (1) Sim

De ambulância / SAMU

(0) Não (1) Sim

De carro particular

(0) Não (1) Sim

De táxi

(0) Não (1) Sim

De moto

(0) Não (1) Sim

Outro- Qual? _____

(0) Não (1) Sim

67. Foi necessário gastar algum dinheiro em transporte para levar o(a) <NOME DA CRIANÇA> até o consultório do médico?

(0) Não→ PULAR PARA 69 (1) Sim

(99)NSA/ IGN

68. SE SIM, quem pagou para o Sr(a) levar o(a) <NOME DA CRIANÇA> até o consultório médico? (99) NSA/ IGN

Eu mesmo

(0) Não (1) Sim

Prefeitura

(0) Não (1) Sim

Comunidade / associação de moradores

(0) Não (1) Si

Políticos

(0) Não (1) Sim

Igreja

(0) Não (1) Sim

Parentes, vizinhos ou amigos

(0) Não (1) Sim

69. (#) Ao sair do atendimento médico o Sr(a) considera que o problema do(a) <NOME DA CRIANÇA>:

(0) Piorou

(1) Continua como antes

(2) Melhorou um pouco

(3) Melhorou bastante

(4) Curou / resolveu

(99) NSA/ IGN

70. O médico lhe explicou o motivo pelo qual o(a) <NOME DA CRIANÇA> foi atendido desta última vez?

(0) Não (1) Sim

(99) NSA/ IGN

71. O Sr(a) saiu do atendimento médico com alguma receita de remédio(s) para o(a) <NOME DA CRIANÇA>?
 (0) Não→ PULAR PARA 75 (1) Sim (99) NSA/ IGN

72. SE SIM: O(A) Sr(a) conseguiu todos o(s) remédio(s) da receita pelo SUS?
 (0) Não→ APLICAR 73 (1) Sim→ PULAR PARA 75 (99) NSA/ IGN

73. SE NÃO conseguiu todos os remédios da receita pelo SUS, comprou algum?
 (0) Não→ PULAR PARA 75 (1) Algum (2) Todos (99) NSA/ IGN

74. SE COMPROU ALGUM OU TODOS: Quanto gastou? R\$ ____ (9999) NSA/IGN

75. O Sr(a) saiu do atendimento com o médico com pedido de algum exame para o(a) <NOME DA CRIANÇA>?
 (0) Não→ PULAR PARA 82 (1) Sim (99) NSA/IGN

76. SE SIM, agora vou lhe dizer uma lista de exames e gostaria que o Sr(a) me dissesse quais foram solicitados para o(a) <NOME DA CRIANÇA> nesta última consulta: (99) NSA/ IGN

Exame de sangue	(0) Não	(1) Sim
Exame de urina	(0) Não	(1) Sim
Exame de fezes	(0) Não	(1) Sim
Raio X	(0) Não	(1) Sim
Ultrassom	(0) Não	(1) Sim
Eletrocardiograma	(0) Não	(1) Sim
Eletroencefalograma	(0) Não	(1) Sim
Tomografia	(0) Não	(1) Sim
Biópsia	(0) Não	(1) Sim
Ressonância	(0) Não	(1) Sim
Outro- Qual? _____	(0) Não	(1) Sim

Total de exames: ____

77. SE FOI SOLICITADO ALGUM EXAME: Quantos dos exames o(a) <NOME DA CRIANÇA> fez? ____ exames
 (00 = nenhum)

78. Se o(a) <NOME DA CRIANÇA> deixou de fazer algum do(s) exame(s) solicitado(s), qual(is) o(s) motivo(s)? (marcar apenas 1 opção)

Não conseguiu pelo SUS e não podia pagar	(0) Não	(1) Sim
Não achou que precisava	(0) Não	(1) Sim
Não quis	(0) Não	(1) Sim
Não tinha como ir marcar/ fazer	(0) Não	(1) Sim
Não tinha na cidade	(0) Não	(1) Sim
Outro- Qual? _____	(0) Não	(1) Sim

(99) NSA/ IGN

79. O Sr(a) gastou algum dinheiro para fazer o(s) exame(s) do(a) <NOME DA CRIANÇA>?
 (0) Não→ PULAR PARA 81 (1) Sim (99) NSA/ IGN

80. SE SIM, quanto gastou? R\$ ____ (9999) NSA/ IGN

81. O(s) exame(s) que o(a) <NOME DA CRIANÇA> fez foi(ram) por algum convênio, particular ou SUS:
 Por algum convênio (0) Não (1) Sim
 Particular (0) Não (1) Sim
 SUS (0) Não (1) Sim (99) NSA/ IGN

82. O(a) <NOME DA CRIANÇA> saiu do atendimento com o médico encaminhado para consulta em outro local?
 (0) Não→ PULAR PARA 86 (1) Sim (99) NSA/ IGN

83. SE SIM, para onde foi encaminhado? (99) NSA/ IGN

	Local/endereço
Posto de Saúde	
Ambulatório do Hospital	
Ambulatório da Faculdade	
Centro de especialidades	
Sindicato ou empresa /Associação de bairro	
Consultório por Convênio / Plano de Saúde	
Consultório Particular	

Pronto-atendimento ou pronto-socorro	
Outro – Qual?	

84. O(A) <NOME DA CRIANÇA> deixou de ter algum atendimento do(s) encaminhamento(s) feitos pelo médico?
 (0) Não → PULAR PARA 86 (1) Sim (99) NSA/ IGN

85. SE SIM: Por que não fez a(s) consulta(s) para a(s) qual(is) foi encaminhado pelo médico? (marcar apenas 1 opção)

Não conseguiu pelo SUS e a família não podia pagar	(0) Não (1) Sim	
A família não achou que era preciso	(0) Não (1) Sim	
A família não foi marcar porque não quis	(0) Não (1) Sim	
A família não foi marcar por que não tinha como ir	(0) Não (1) Sim	
Não tinha o(s) atendimento(s) na cidade	(0) Não (1) Sim	
Outro. Qual? _____	(0) Não (1) Sim	(99) NSA/ IGN

AGORA VAMOS FALAR SOBRE ATENDIMENTO EM PRONTO-SOCORRO

86. O(A) <NOME DA CRIANÇA> foi atendido em algum pronto-socorro desde <MÊS> do ano passado até agora?

(0) Não (1) Sim → PULAR PARA 90 (99) IGN

87. SE NÃO: Apesar de não ter sido atendido, o(a) <NOME DA CRIANÇA> precisou de atendimento em pronto-socorro desde <MÊS> do ano passado até agora?

(0) Não → PULAR A QUESTÃO 112

(1) Sim, mas não conseguiu → APLIQUE 88 e 89 E PULE PARA 112

88. SE o(a) <NOME DA CRIANÇA> precisou ser atendido no pronto-socorro e não conseguiu, qual foi o motivo? (marcar apenas 1 opção)

Estava muito cheio	(0) Não	(1) Sim
Demorou muito e desistiu	(0) Não	(1) Sim
Ausência de transporte	(0) Não	(1) Sim
Não tinha o especialista	(0) Não	(1) Sim
Não quiseram atender	(0) Não	(1) Sim
Outro. Qual? _____	(0) Não	(1) Sim (99) NSA/ IGN

89. (#) O que aconteceu com o problema do(a) <NOME DA CRIANÇA> se precisou ser atendido no pronto-socorro e não conseguiu?

(0) Piorou	(1) Continua como antes	(2) Melhorou um pouco
(3) Melhorou bastante	(4) Curou / resolveu	(99) NSA/ IGN

90. SE FOI ATENDIDO: Quantas vezes o(a) <NOME DA CRIANÇA> foi atendido em pronto-socorro desde <MÊS> do ano passado até agora?

Nos últimos 30 dias: ____ vezes
 Entre 1 mês e 6 meses atrás: ____ vezes

Mais de 6 meses até 1 ano atrás: ____ vezes (99) NSA/ IGN (00) Nenhuma vez

AGORA VAMOS FALAR DA ÚLTIMA VEZ QUE A CRIANÇA FOI ATENDIDA NO PRONTO-SOCORRO

91. Por qual problema o(a) <NOME DA CRIANÇA> foi atendido no pronto-socorro desta última vez?

(99) NSA/ IGN

92. O(A) <NOME DA CRIANÇA> foi encaminhado(a) para o atendimento no pronto-socorro por algum serviço de saúde, foi levado por conta do(a) Sr(a) ou foi levado por outros?

(1) Encaminhado(a) por serviço de saúde

(2) Levado(a) por conta própria

(3) Levado(a) por outros

(99) NSA/ IGN

93. O Sr(a) gastou algum dinheiro no atendimento do(a) <NOME DA CRIANÇA> no pronto-socorro?

(0) Não → PULAR PARA 95 (1) Sim

(99) NSA/ IGN

94. **SE SIM: Quanto? R\$** _____ (9999) NSA/IGN
95. **Este atendimento do(a) <NOME DA CRIANÇA> no pronto-socorro foi por algum convênio, particular ou SUS?**
 (1) Por algum convênio (2) Particular (3) SUS (99) NSA/IGN
96. **Quanto tempo demorou desde que chegou com o(a) <NOME DA CRIANÇA> no pronto-socorro até ele(ela) ser atendido?** ____ hora(s) e ____ minutos
 (99 / 99) NSA/IGN
97. **Qual sua opinião sobre o tempo de espera para o(a) <NOME DA CRIANÇA> ser atendido no pronto-socorro?**
-     
- (1) Péssimo (2) Ruim (3) Regular (4) Bom (5) Ótimo (99) NSA/IGN
98. **Qual sua opinião sobre o atendimento que o(a) <NOME DA CRIANÇA> recebeu no pronto-socorro?**
-     
- (1) Péssimo (2) Ruim (3) Regular (4) Bom (5) Ótimo (99) NSA/IGN
99. **Em que tipo de transporte o Sr(a) levou o(a) <NOME DA CRIANÇA> até o pronto-socorro?**
- | | | |
|-----------------------------------|---------|---------|
| Caminhando | (0) Não | (1) Sim |
| De bicicleta | (0) Não | (1) Sim |
| De carroça | (0) Não | (1) Sim |
| De ônibus / Iotação / Van / Kombi | (0) Não | (1) Sim |
| De ambulância / SAMU | (0) Não | (1) Sim |
| De carro da Polícia/ bombeiros | (0) Não | (1) Sim |
| De carro particular | (0) Não | (1) Sim |
| De táxi | (0) Não | (1) Sim |
| De moto | (0) Não | (1) Sim |
| Outro. Qual? | (0) Não | (1) Sim |
- (99) NSA/IGN
100. **Foi gasto algum dinheiro em transporte para levar o(a) <NOME DA CRIANÇA> até o pronto-socorro para ser atendido?**
 (0) Não → PULAR PARA 102 (1) Sim (99) NSA/IGN
101. **SE SIM, quem pagou para o Sr(a) levar o(a) <NOME DA CRIANÇA> até o pronto-socorro?**
- | | | |
|--------------------------------------|---------|---------|
| Eu mesmo | (0) Não | (1) Sim |
| Prefeitura | (0) Não | (1) Sim |
| Comunidade / associação de moradores | (0) Não | (1) Sim |
| Políticos | (0) Não | (1) Sim |
| Igreja | (0) Não | (1) Sim |
| Parentes, vizinhos ou amigos | (0) Não | (1) Sim |
- (99) NSA/IGN
102. **Quanto tempo de viagem ou de transporte levou até chegar no pronto-socorro com o(a) <NOME DA CRIANÇA>?** ____ hora(s) e ____ minutos
 (99 / 99) NSA/IGN
103. **(#) Ao sair do atendimento do pronto-socorro o Sr(a) considera que o problema do(a) <NOME DA CRIANÇA>:**
 (0) Piorou (1) Continua como antes (2) Melhorou um pouco
 (3) Melhorou bastante (4) Curou / resolveu (99) NSA/IGN
104. **O médico lhe explicou o motivo pelo qual o(a) <NOME DA CRIANÇA> foi atendido no pronto-socorro desta última vez?**
 (0) Não (1) Sim (99) NSA/IGN
105. **Quando o(a) <NOME DA CRIANÇA> saiu do pronto-socorro recebeu algum relatório, documento ou papel explicando o que aconteceu no atendimento?** (0) Não (1) Sim (99) NSA/IGN
106. **O Sr(a) saiu do pronto-socorro com alguma receita de remédio(s) para o(a) <NOME DA CRIANÇA>?**
 (0) Não → PULAR PARA 110 (1) Sim (99) NSA/IGN
107. **SE SIM: O Sr(a) conseguiu todos o(s) remédio(s) da receita pelo SUS?**
 (0) Não (1) Sim → PULAR PARA 110 (99) NSA/IGN

108. SE NÃO conseguiu todos os remédios da receita pelo SUS, comprou algum?

(0) Não → PULAR PARA 110

(1) Algum

(2) Todos

(99) NSA/ IGN

109. SE COMPROU ALGUM OU TODOS: Quanto gastou? R\$ ____

(9999) NSA/ IGN

110. Após este atendimento no pronto-socorro, o(a) Sr(a) tratou o(a) <NOME DA CRIANÇA> de alguma outra forma além do que lhe foi receitado no pronto-socorro?

(0) Não → PULAR PARA 112

(1) Sim

(99) NSA/ IGN

111. SE SIM, o que fez para tratar o(a) <NOME DA CRIANÇA>?

Deu outro remédio por conta própria

(0) Não

(1) Sim

Deu algum chá

(0) Não

(1) Sim

Mandou benzer

(0) Não

(1) Sim

Buscou apoio na religião

(0) Não

(1) Sim

Buscou curandeiro

(0) Não

(1) Sim

Deu homeopatia

(0) Não

(1) Sim

Deu florais

(0) Não

(1) Sim

Outro. Qual? _____

(0) Não

(1) Sim

(99) NSA/ IGN

AGORA VAMOS FALAR SOBRE INTERNAÇÃO NO HOSPITAL

112. Desde <MÊS> do ano passado até agora, o(a) <NOME DA CRIANÇA> esteve internado(a) em algum hospital?

(0) Não

(1) Sim → APLICAR 114 E PULAR PARA 117

(99) IGN

113. SE NÃO: Apesar de o(a) <NOME DA CRIANÇA> não ter internado, houve indicação médica para internar desde <MÊS> do ano passado até agora?

(0) Não → PULAR PARA 139

(1) Sim, houve indicação, mas não internou → APLICAR 114 até 116

(99) NSA/ IGN

114. Por qual motivo o médico indicou para o(a) <NOME DA CRIANÇA> a internação no hospital?

(01) Para fazer cirurgia ou operação de urgência

(02) Para fazer cirurgia ou operação que não era de urgência

(03) Para fazer o tratamento clínico de uma doença

(04) Somente para fazer exames

(05) Outro. Qual? _____

(99) NSA/ IGN

115. **** Por que o(a) <NOME DA CRIANÇA> não internou no hospital, se teve indicação? (marcar apenas 1 opção)

Falta de leito

(0) Não

(1) Sim

Ausência de transporte

(0) Não

(1) Sim

Não pode pagar

(0) Não

(1) Sim

Achou que a criança não precisava

(0) Não

(1) Sim

Por medo

(0) Não

(1) Sim

Por compromissos com a família ou no trabalho

(0) Não

(1) Sim

Outro. Qual? _____

(0) Não

(1) Sim

(99) NSA/ IGN

116. (#) O que aconteceu com o(a) <NOME DA CRIANÇA> se teve indicação para internar no hospital e não internou?

(0) Piorou

(1) Continua como antes

(2) Melhorou um pouco

(3) Melhorou bastante

(4) Curou / resolveu

(99) NSA/ IGN

117. **SE INTERNOU:** Quantas vezes o(a) <NOME DA CRIANÇA> foi internado em hospital desde <MÊS> do ano passado até agora? Nos últimos 30 dias: ____ vezes
 Entre 1 mês e 6 meses atrás: ____ vezes
 Entre 6 meses até 1 ano atrás: ____ vezes (99) NSA/ IGN (00) Nenhuma vez

AGORA VAMOS FALAR DA ÚLTIMA INTERNAÇÃO NO HOSPITAL

118. Qual foi o motivo da internação do (a) <NOME DA CRIANÇA> nesta última vez? (99) NSA/ IGN

119. Que serviço encaminhou o(a) <NOME DA CRIANÇA> para a internação? (99) NSA/ IGN

	Local/endereço
Posto de Saúde	
Pronto-socorro do SUS	
Pronto atendimento por Convênio / Plano de Saúde	
Ambulatório da Faculdade	
Centro de especialidades	
Consultório por convênio ou plano de saúde	
Consultório Particular	
Outro hospital	
Outro – Qual?	

120. O Sr(a) gastou algum dinheiro nesta última internação do(a) <NOME DA CRIANÇA>? (99) NSA/ IGN
 (0) Não→ PULAR PARA 122 (1) Sim

121. SE SIM, quanto gastou? R\$ ____ (9999) NSA/ IGN

122. A internação foi por algum convênio, particular ou SUS? (99) NSA/ IGN
 (1) Por algum convênio (2) Particular (3) SUS

123. Quanto tempo demorou até conseguir internar o(a) <NOME DA CRIANÇA> no hospital? ____ dias
 (000) No mesmo dia (999) NSA/IGN

124. Qual sua opinião sobre o tempo de espera para internar o(a) <NOME DA CRIANÇA> no hospital?



(1) Péssimo



(2) Ruim



(3) Regular



(4) Bom



(5) Ótimo

(99) NSA/ IGN

125. Qual sua opinião sobre o atendimento que o(a) <NOME DA CRIANÇA> recebeu nesta internação no hospital?



(1) Péssimo

(2) Ruim

(3) Regular

(4) Bom

(5) Ótimo

(99) NSA/ IGN

126. Em que tipo de transporte o Sr(a) levou o(a) <NOME DA CRIANÇA> até o hospital para internar?

Caminhando

(0) Não (1) Sim

De bicicleta

(0) Não (1) Sim

De carroça

(0) Não (1) Sim

De ônibus / lotação / Van / Kombi

(0) Não (1) Sim

De ambulância / SAMU

(0) Não (1) Sim

De carro da polícia/ bombeiros

(0) Não (1) Sim

De carro particular

(0) Não (1) Sim

De táxi

(0) Não (1) Sim

De moto

(0) Não (1) Sim

Outro. Qual? _____

(0) Não (1) Sim

(99) NSA/ IGN

127. Foi necessário gastar algum dinheiro em transporte para levar o(a) <NOME DA CRIANÇA> até o hospital para internar?

(0) Não → PULAR PARA 129

(1) Sim

(99) NSA/ IGN

128. SE SIM: Quem pagou para levar o(a) <NOME DA CRIANÇA> até o hospital para internar?

Eu mesmo

(0) Não (1) Sim

Prefeitura

(0) Não (1) Sim

Comunidade / associação de moradores

(0) Não (1) Sim

Políticos

(0) Não (1) Sim

Igreja

(0) Não (1) Sim

Parentes, vizinhos ou amigos

(0) Não (1) Sim

(99) NSA/ IGN

129. Quanto tempo de viagem ou de transporte levou para o(a) <NOME DA CRIANÇA> chegar até o hospital?

___ horas e ___ minutos

(99 / 99) NSA/IGN

130. (#) Depois desta internação, após sair do hospital, o Sr(a) acha que o problema do(a) <NOME DA CRIANÇA>:

(0) Piorou

(1) Continua como antes

(2) Melhorou um pouco

(3) Melhorou bastante

(4) Curou / resolveu

(99) NSA/ IGN (0) Piorou

131. O médico lhe explicou o motivo pelo qual o(a) <NOME DA CRIANÇA> internou desta última vez?

(0) Não

(1) Sim

(99) NSA/ IGN

132. Quando o(a) <NOME DA CRIANÇA> saiu do hospital recebeu um relatório ou atestado ou nota de alta ou algum papel explicando o que aconteceu nesta internação?

(0) Não

(1) Sim

(99) NSA/ IGN

133. O(a) <NOME DA CRIANÇA> saiu do hospital com alguma receita de remédio(s)?

(0) Não → PULAR PARA 137

(1) Sim

(99) NSA/ IGN

134. SE SIM: O(A) Sr(a) conseguiu todos o(s) remédio(s) da receita pelo SUS?

(0) Não

(1) Sim → PULAR PARA 137

(99) NSA/ IGN

135. SE NÃO conseguiu todos os remédios da receita pelo SUS, comprou algum?

(0) Não → PULAR PARA 137

(1) Algum

(2) Todos

(99) NSA/ IGN

136. SE COMPROU ALGUM OU TODOS: Quanto gastou? R\$ _____

(9999) NSA/ IGN

137. Após esta internação, o(a) <NOME DA CRIANÇA> foi tratado de alguma outra forma além do que o médico receitou para ele(ela) nesta internação?

(0) Não → PULAR PARA 139

(1) Sim

(99) NSA/ IGN

138. SE SIM: O que fez para tratar o(a) <NOME DA CRIANÇA>?

Deu outro remédio por conta própria

(0) Não

(1) Sim

Deu algum chá	(0) Não	(1) Sim	
Mandou benzer	(0) Não	(1) Sim	
Buscou apoio na religião	(0) Não	(1) Sim	
Buscou curandeiro	(0) Não	(1) Sim	
Deu homeopatia	(0) Não	(1) Sim	
Deu florais	(0) Não	(1) Sim	
Outro. Qual? _____	(0) Não	(1) Sim	(99) NSA/ IGN

AGORA, VAMOS FALAR SOBRE SUA CASA E OS MORADORES

139. O domicílio tem água encanada?

(0) Não (1) Sim, dentro de casa (2) Sim, no pátio (99) IGN

140. Para onde vai o lixo?

(1) É recolhido pelo caminhão (2) É enterrado (3) É queimado
(4) É jogado fora do pátio (5) Outro. Qual? _____ (99) NSA/ IGN

141. (!) Tipo de casa (OBSERVAR!):

(01) tijolo c/ reboco (02) tijolo s/ reboco (03) apartamento (04) mista (madeira e tijolo)
(05) madeira regular (06) madeira irregular (07) papelão ou lata (08) barro
(09) palha (10) lona () outro: _____

142. Vocês têm em casa?

Televisão em cores	(0)	(1)	(2)	(3)	(4) ou mais
Rádio	(0)	(1)	(2)	(3)	(4) ou mais
Banheiro	(0)	(1)	(2)	(3)	(4) ou mais
Automóvel (carro)	(0)	(1)	(2)	(3)	(4) ou mais
Empregada mensalista	(0)	(1)	(2)	(3)	(4) ou mais
Máquina de lavar	(0)	(1) ou mais			
Video Cassete ou DVD	(0)	(1) ou mais			
Geladeira	(0)	(1) ou mais			
Freezer	(0)	(1) ou mais			

(99) IGN

AGORA VAMOS FALAR SOBRE AS PESSOAS QUE MORAM COM A SR(a) E SOBRE A RENDA DA FAMÍLIA

143. No total, quantas pessoas moram nesta casa? ____ pessoas (99) IGN

144. No mês passado, algum dos moradores recebeu bolsa família ou algum outro benefício do governo?

Bolsa Família	(0000) Não	R\$ _____ por mês
Aposentadoria por invalidez	(0000) Não	R\$ _____ por mês
Aposentadoria (idade / tempo de serviço)	(0000) Não	R\$ _____ por mês
Auxílio-doença	(0000) Não	R\$ _____ por mês
Seguro-desemprego	(0000) Não	R\$ _____ por mês

145. No mês passado, quanto ganharam as pessoas que moram aqui? Excluindo os benefícios citados acima.

Pessoa 1	R\$ _____
Pessoa 2	R\$ _____
Pessoa 3	R\$ _____
Pessoa 4	R\$ _____

(99999) IGN - não respondeu / não sabe

146. No mês passado, a família teve outra fonte de renda (aluguel ou pensão, etc.) que não foi citada acima?

(0000) Não R\$ _____ por mês

AGORA EU GOSTARIA DE PERGUNTAR ALGUMAS COISAS SOBRE O(A) CHEFE DA FAMÍLIA

147. Quem é o(a) chefe da família?

(1) Próprio(a) entrevistado(a)
(2) Marido / companheiro da entrevistada
(3) Esposa / companheira do entrevistado
(4) Mãe / pai do(a) entrevistado(a)
(5) Avô / avó do entrevistado(a)
(6) Filho / filha do(a) entrevistado
(7) Outro familiar do(a) entrevistado(a)
(8) Outra pessoa. Qual outra? _____ (99) IGN

148. Qual é a escolaridade do(a) <CHEFE DA FAMÍLIA>?			
(1) nenhuma ou até 3º série (primário incompleto)			
(2) 4ª série (primário completo) ou 1º grau (ginasial) incompleto			
(3) 1º grau (ginasial) completo ou 2º grau (colegial) incompleto			
(4) 2º grau (colegial) completo ou nível superior incompleto			
(5) nível superior completo			(99) IGN
149. (!) O chefe da família é (OBSERVAR!): (1) Homem (2) Mulher			(99) IGN
150. Qual a idade do(a) <CHEFE DA FAMÍLIA>? __ __ __ anos (99) IGN			
151. O <CHEFE DA FAMÍLIA> está trabalhando atualmente?			(99) IGN
(0) Não→ PULE PARA 153 e APLIQUE AS PERGUNTAS DOS EXAMES PREVENTIVOS			
(1) Sim→ APLIQUE 152 e APLIQUE AS PERGUNTAS DOS EXAMES PREVENTIVOS			
152. O <CHEFE DA FAMÍLIA> trabalha de empregado, patrão ou conta própria?			
(1) empregado com carteira assinada			
(2) empregado sem carteira assinada			(99) NSA/ IGN
(3) conta própria			
(4) patrão (empregador)			
(5) não remunerado			
* Que tipo de trabalho faz?			
153. SE NÃO ESTÁ TRABALHANDO ATUALMENTE: Qual a situação atual de trabalho do <CHEFE DA FAMÍLIA>?			
Nunca trabalhou	(0) Não	(1) Sim	
Não está trabalhando, mas está procurando emprego	(0) Não	(1) Sim	
Não está trabalhando nem procurando emprego	(0) Não	(1) Sim	
Está aposentado	(0) Não	(1) Sim	
Está encostado por problema de saúde	(0) Não	(1) Sim	
Está estudando	(0) Não	(1) Sim	
Outra situação. Qual? _____	(0) Não	(1) Sim	(99) NSA/ IGN