

Saúde infantil: condições de vida e utilização de serviços de saúde em área da Região Metropolitana de São Paulo, 1996

Child health: social conditions and health services utilization in São Paulo Metropolitan Region, 1996

Rosana Fiorini Puccini ¹
 Nilza Nunes da Silva ²
 Norma Sueli de Araújo ³
 Glaura César Pedrosa ⁴
 Edina Mariko Koga da Silva ⁵

^{1,4,5} Departamento de Pediatria da Universidade Federal de São Paulo, Rua Botucatu, 598, São Paulo, São Paulo, Brasil. CEP: 04.023-062. Tel: (11) 5549.6124 E-mail rfpuccini@terra.com.br

² Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

³ Assessoria Técnica da Secretaria de Saúde do município do Embu, São Paulo.

Abstract

Objectives: to identify segments of the population excluded from the health system or requiring specific and oriented action from the health services.

Methods: household survey using a two-stage cluster sample comprised of 1.099 children under five years old, residing in the municipality of Embu, São Paulo in 1996. Living conditions were stratified into four bands; the sampling process considered two independent populations: children under one year old and children between one and four years old. Indicators of prenatal and perinatal care and child's health attention were investigated. Statistical analysis: estimates of proportions, standard errors and confidence intervals (95%) were calculated, utilizing the Csample: Epi-info 6.04 program.

Results: in all the bands, over 90% of the mothers had prenatal assistance, although with a tendency towards later access in band four (shantytowns). Around 80% of the children under one year old were followed up by healthcare clinics; the basic health units were principally utilized for vaccinations (97,4%) and checkups (79,0%), especially for band four, and the other healthcare facilities were utilized for medical visits without appointments. For band one (best conditions), there was a greater demand for private and health insurance services. For acute affections healthcare facilities services were the option for almost 100% of the cases.

Conclusions: no segments of the population were identified as being excluded from the health system; some indicators pointed towards deficiencies for all bands, some of which were more accentuated for band four.

Key words Maternal and child health, Perinatal care, Quality indicators, health care, Vaccination, Equity

Resumo

Objetivos: identificar segmentos populacionais excluídos do sistema de saúde ou que demandassem atuação específica e reorientada dos serviços de saúde.

Métodos: estudo transversal, domiciliar, utilizou uma amostra probabilística constituída por 1.099 crianças menores de cinco anos, distribuídas em quatro estratos de condições de vida, residentes no município do Embu, São Paulo, em 1996. O processo de sorteio adotado foi o de conglomerados em dois estágios, tendo-se considerado duas populações independentes: crianças menores de um ano e crianças de um a quatro anos. Foram investigados indicadores da assistência pré-natal, perinatal e de atenção à saúde da criança. Para a análise estatística, foram calculadas as estimativas de proporções, erros padrão, intervalos de confiança (95%), utilizando-se o programa CSample: Epi-info 6.04.

Resultados: em todos os estratos, mais de 90% das mães realizaram pré-natal, com acesso tardio no estrato quatro (favelas). Cerca de 80% das crianças menores de um ano eram acompanhadas em serviços de saúde; as unidades básicas de saúde foram mais utilizadas para vacinação (97,4%) e acompanhamento de saúde (79,0%) e os outros serviços de saúde para consultas não marcadas, com maior procura por serviços privados/conveniências no estrato um (melhores condições). Nas afecções agudas o serviço de saúde foi a opção de atendimento para quase 100% dos casos.

Conclusões: não se verificou a existência de segmentos populacionais excluídos do sistema de saúde, porém alguns indicadores apontaram para deficiências mais acentuadas no estrato quatro.

Palavras-chave Saúde materno-infantil, Assistência perinatal, Indicadores de qualidade em assistência à saúde, Vacinação, Equidade

Introdução

A análise dos indicadores de saúde de diferentes países e regiões, bem como séries históricas de uma mesma população, tem demonstrado evidente relação entre fatores socioeconômicos e condições de saúde, particularmente no que se refere à saúde da criança.¹⁻⁵ Há também evidências de que intervenções bem definidas e priorizadas no campo social podem atuar positivamente nesses indicadores de saúde populacionais. Países da América Latina, com economias semelhantes à nossa, apresentam índices mais favoráveis, em especial aqueles relacionados à saúde infantil.^{2,6}

Nos últimos anos, no Brasil, pôde-se constatar que as crises econômicas restringiram, mas não impediram avanços no que se refere à alfabetização e escolaridade da população,^{1,7} ao acesso à informação e à participação popular, constituindo-se o acesso e qualidade dos serviços de saúde em reivindicações de grande expressividade neste período. A ampliação do acesso e os avanços da área da saúde têm sido considerados fatores importantes para a evolução dos indicadores de saúde, mesmo nos períodos de estagnação da economia, recessão e desemprego. Um ponto a ser destacado, entretanto, é que estas mudanças do padrão de morbimortalidade ocorreram de forma heterogênea em diferentes espaços sociais. As regiões mais desenvolvidas e os estratos de maior renda foram os mais beneficiados,⁸ deve-se salientar, porém, que no início da década de 90, o Brasil apresentava um dos maiores graus de desigualdade no mundo.⁶

Vários estudos têm demonstrado uma relação inversa entre esse acesso aos serviços de saúde e variáveis sociais. Vitoria *et al.*,⁹ em estudo realizado em três estados do Nordeste do país, observaram uma relação inversa entre a renda familiar e a monitorização do crescimento e desenvolvimento. Costa *et al.*,¹⁰ na análise de uma coorte de crianças, em 1993, da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, verificaram que a média de consultas preventivas ficava abaixo de sete nas crianças de famílias que recebiam menos de um salário mínimo. Monteiro *et al.*,¹¹ no município de São Paulo, observaram menor porcentagem de assistência de puericultura no primeiro ano de vida nos *tercis* de menor renda familiar, em inquérito realizado nos anos de 1995 a 1996. Tem sido demonstrado, também, que famílias de menor poder aquisitivo retardam a procura por atendimento adequado para seus filhos, favorecendo o agravamento de doenças e a hospitalização.^{12,13} Entre os indicadores de qualidade da assistência pré-natal, o Ministério da Saúde¹⁴ inclui a taxa de cobertura do pro-

grama, realização de seis ou mais consultas de pré-natal, início no primeiro trimestre de gestação e realização de exames laboratoriais. Dados referentes a 1996, do Ministério da Saúde,¹⁵ demonstravam que, no país, apenas 52,9% das mães de recém-nascidos vivos realizaram seis ou mais consultas de pré-natal, constatando-se marcantes diferenças regionais. Na região Nordeste, 51,9% das gestantes realizaram a primeira consulta no primeiro trimestre de gestação e, na Região Sul, esta porcentagem foi de 79,7%.

É bem conhecida a complexidade com que se reveste o processo saúde-doença, os diferentes fatores que interferem nesse processo e a necessidade de melhor compreendê-los com o objetivo de desenvolver atividades efetivas que propiciem as mudanças desejadas. Nesse sentido, a atuação dos serviços de saúde, definida localmente e próxima à população, tem conseguido responder melhor aos problemas e necessidades de cada realidade. O processo de reorganização e descentralização do sistema de saúde iniciado na década de 80, marcadamente com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), representou um grande avanço e a possibilidade concreta dessa proximidade. Em 1990, a Lei Orgânica da Saúde¹⁶ estipulou a existência de um comando único a cada nível de governo e atribuiu ao município a gerência e execução de todas as ações de saúde em sua abrangência territorial, criando uma responsabilidade do poder municipal com a promoção de saúde, prevenção de doenças e com a atenção individual - básica, especializada e hospitalar. De fato, a atenção integral à saúde é um desafio, constituindo questão da maior relevância no Brasil, e em outros países do mundo, incluindo os desenvolvidos. Alguns estudos têm demonstrado maior qualidade da atenção à saúde, quando o mesmo provedor de serviços é responsável pela prestação de assistência para as diferentes necessidades, tais como acompanhamentos de rotina e emergências.^{17,18}

Para responder mais adequadamente às demandas de saúde da sociedade, os gestores locais passaram a buscar cada vez mais informações relacionadas aos indicadores de saúde e seus determinantes e, fundamentalmente, aos serviços de saúde oferecidos, procurando identificar problemas, dificuldades de acesso, insuficiências quantitativas e qualitativas a serem corrigidas. Lançam mão de dados populacionais, de coeficientes de mortalidade e morbidade e do registro dos próprios serviços de saúde. Os inquéritos domiciliares têm sido considerados, também, um importante instrumento para oferecer essas informações, contribuindo para a complementação dos dados obtidos pelas demais fontes.¹⁹ Há lacunas e necessidades específicas em

cada região, como identificação de segmentos populacionais excluídos do sistema de saúde, reconhecimento de áreas de expansão recente e/ou afastadas, melhor compreensão das motivações e formas de utilização dos serviços, entre outros. Assim, este estudo, realizado em conjunto com a Secretaria da Saúde do Município do Embu, na Região Metropolitana de São Paulo, teve como objetivo principal a identificação de segmentos populacionais, de maior risco quanto à saúde de crianças menores de cinco anos, que demandassem uma atuação específica e reorientada dos serviços de saúde.

Métodos

O estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética da Universidade Federal de São Paulo e Secretaria Municipal de Saúde de Embu. Embu dista 27km do centro da capital do Estado de São Paulo, Brasil, e compõe a Sub-Região Sudoeste da Região Metropolitana de São Paulo (RMSP).²⁰ Fundado por jesuítas, em 1556, Embu é conhecido por seu centro histórico e atividades culturais voltadas para as artes plásticas e artesanato. Conta com uma área de 76km² e é considerado 100% urbanizado desde o censo de 1991. Sua população, em 1996, era de 194.879 habitantes e o Coeficiente de Mortalidade Infantil, em constante declínio, igualou-se ao estado de São Paulo e RMSP no ano 2000.²¹ Em 1996, foi de 28,12 por 1.000 nascidos vivos e o componente neonatal respondeu por aproximadamente 2/3 do total desses óbitos. Na faixa etária de um a quatro anos, a pneumonia e os acidentes em geral, incluindo os de veículo a motor, têm representado as causas principais na última década.²¹

Em 1996, a Rede Municipal de Saúde estava constituída por nove Unidades Básicas de Saúde (UBS) e dois Prontos Socorros (PS), um deles com alguns leitos de curta permanência. Não havia leitos de maternidade. A Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina (UNIFESP/EPM) atua no Município desde a década de 1970 e, em 1996, estavam envolvidos os seguintes departamentos e disciplinas: Pediatria, Psiquiatria, Gineco-obstetrícia, Medicina Preventiva, Fonoaudiologia e Tecnologia Oftálmica. Além de atividades de ensino, assistência e pesquisa, a Universidade sempre manteve uma participação ativa no Conselho Municipal de Saúde, desde sua criação em 1991.²²

Para este estudo foram consideradas duas populações independentes: crianças menores de um ano e crianças de um a quatro anos residentes no municí-

pio de Embu, em 1996, pois o perfil de morbimortalidade e o padrão de utilização de serviços de saúde em cada uma dessas faixas etárias são diferentes. Dispondo de arquivos de dados do censo demográfico de 1991, a população foi estratificada em agrupamentos homogêneos definidos segundo condições de moradia e situação socioeconômica da família. Os 135 setores censitários que compõem a área geográfica do Município foram reunidos através da técnica de análise de agrupamentos denominada *average linkage* e sua descrição detalhada encontra-se no trabalho de Frei.²³ O tipo de moradia, o número de moradores, as condições de saneamento básico, a renda e a escolaridade dos chefes de família foram as variáveis consideradas para discriminar os quatro estratos resultantes (Tabela 1) e que apresentavam os seguintes perfis:

Estrato um, constituído por 17 setores censitários, esse estrato é o de melhores condições de ambiente, renda, moradia e escolaridade do Município. A maioria dos setores desse estrato estava concentrada na região turística, envolvendo a população residente em pequenas chácaras e condomínios. Apresentava menor variabilidade entre as famílias, em que pese a presença de um grupo de caseiros que moravam com suas famílias em terreno dos próprios patrões.

Estratos dois e três, constituídos por 67 e 34 setores censitários, respectivamente, esses estratos são mais heterogêneos, refletindo as condições ambientais predominantes no Município; embora semelhantes entre si, foram mantidos separados devido à presença de favelas no estrato três.

Estrato quatro, constituído por 17 setores censitários, todas as moradias foram classificadas como aglomerados subnormais (favelas) no censo demográfico de 1991. Esse estrato apresentava as piores condições de ambiente, renda, moradia e escolaridade do Município.

Tabela 1

Porcentagem dos domicílios particulares permanentes, segundo características ambientais, de escolaridade e de renda, por estrato de condição de vida. Embu, São Paulo, Brasil, 1991.

Características	Estrato 1	Estrato 2	Estrato 3	Estrato 4	Total
Tipo de moradia					
Casa isolada	99,3	95,8	94,5	0,0	90,4
Apartamento	0,1	0,7	0,5	0,0	0,6
Cômodos	0,6	0,2	0,0	0,0	0,2
Favela	0,0	3,3	4,9	100,0	8,8
Instalações sanitárias					
Exclusivas	94,2	88,4	93,9	81,3	89,4
Coletivas	4,7	10,7	5,4	16,2	9,6
Inexistentes	1,1	0,9	0,7	2,5	1,0
Destino do lixo					
Coletado	92,4	97,3	96,3	94,8	96,7
Queimado	6,7	1,1	2,1	1,5	1,7
Terreno baldio	0,9	1,5	1,6	3,7	1,6
Sanitário dentro do domicílio					
Sim	97,3	98,2	97,8	92,3	97,7
Não	2,7	1,8	2,2	7,7	2,3
Rede geral de abastecimento de água					
Sim	75,4	95,7	94,8	88,3	93,7
Não	24,6	4,3	5,2	11,7	6,3
Esgoto					
Rede geral	23,4	40,9	33,2	10,1	36,3
Fossa	75,4	55,6	63,8	47,9	58,2
Vala	1,2	3,5	3,0	42,0	5,4
Escolaridade do chefe (em anos)					
0	13,1	16,4	17,3	25,0	16,8
1 a 3	17,9	22,5	23,8	34,2	23,1
4 a 7	36,0	44,5	41,8	33,8	42,8
8 a 10	12,9	11,5	12,0	6,0	11,4
11 a 14	11,9	4,4	4,0	1,0	4,6
15 ou +	8,1	0,7	1,1	0,0	1,3
Renda familiar em salários mínimos					
Sem renda	4,0	6,5	6,5	7,8	6,4
Até 1	4,9	6,2	7,4	15,4	6,9
2 a 5	54,1	66,9	70,1	70,5	66,8
6 a 10	20,1	16,7	13,1	6,0	15,7
11 ou +	16,8	3,7	3,0	0,4	4,3

Fonte: FIBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Censo 1991.

O processo de sorteio adotado foi o de conglomerados em dois estágios. No primeiro, 10 setores censitários foram sorteados, em cada estrato, sob o critério de partilha proporcional aos seus tamanhos.²⁴ O procedimento utilizou o número de domicílios registrados no censo demográfico de 1991, como medida do tamanho de cada setor censitário. No segundo estágio, foram sorteados domicílios dentro de cada setor anteriormente selecionado, após atualização do número de domicílios existentes em cada um.

Nos três primeiros estratos foram sorteados trechos de ruas com 10 domicílios. No estrato quatro, a impossibilidade de localização de ruas e de domicílios implicou no uso de procedimentos menos refinados para o sorteio dos domicílios. Os entrevistadores desenvolviam percursos orientados em cada setor, e durante o mesmo marcavam o número correspondente ao domicílio em uma listagem que continha o sorteio sistemático com intervalo calculado para cada caso. A amostra final foi constituída por 483 crianças menores de um ano e 616 crianças de um a quatro anos.

Em cada estrato um inquérito foi realizado, sendo o questionário foi respondido pela mãe, ou por seu substituto, mediante entrevista realizada no domicílio. Os entrevistadores eram profissionais de nível médio das unidades, tendo sido devidamente treinados para a realização deste trabalho. Um dos pesquisadores estava encarregado de conferir todas as entrevistas, que eram refeitas em caso de dúvida. A coleta de dados foi realizada no período de agosto a novembro de 1996.

Para o processamento, a entrada e a análise dos dados, utilizou-se o programa Epi-info,²⁵ versão 6.04, incluindo o módulo CSample²⁶ que permite ponderação dos dados. A amostragem por conglomerados em dois estágios introduziu diferenças de probabilidade (f) de qualquer família ou criança da população pertencer à amostra sorteada. Para cada estrato o peso w foi calculado pelo inverso da probabilidade f . Ou seja, $w = 1/f$. A expressão matemática adotada para calcular f decorreu do plano de amostragem adotado. Variáveis com perda de informação superior a 20% não serão apresentadas nos resultados. A significância estatística foi considerada presente quando, na comparação entre as proporções estimadas, os intervalos de confiança (95%) não se apresentaram sobrepostos. Os indicadores analisados foram:

Assistência pré-natal. Neste item foram consideradas as 483 crianças menores de um ano e 475 gestações. Havia quatorze crianças gêmeas e uma

família apresentava duas crianças menores de um ano, porém uma delas não tinha grau de parentesco com essa família. As variáveis analisadas foram: realização de pré-natal, número de consultas, mês de início do pré-natal, procedimentos realizados nas consultas e solicitação de exames. A ultrassonografia foi incluída, pois integrava o programa de assistência pré-natal proposto no Município.

Assistência à saúde da criança. O Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança do Embu incluía consultas médicas e de enfermagem, utilizando-se dois cronogramas pré-estabelecidos, segundo critérios de risco, até 15 meses de idade para crianças que não apresentassem doenças crônicas. Por esse motivo, no item acompanhamento de saúde foram incluídas apenas as crianças menores de um ano, pois a ausência de acompanhamento a partir dessa idade não representaria, necessariamente, falta de acesso aos serviços. Para análise dos dados referentes às afecções agudas e procura de serviços, foram consideradas as duas populações - menores de um ano e de um a quatro anos.

Cobertura vacinal. Para a análise da cobertura vacinal consideramos somente a faixa etária de um a quatro anos que teria condições de ter completado o esquema básico do primeiro ano de vida.

Resultados

No que se refere à assistência pré-natal e perinatal (Tabela 2), podemos observar que mais de 95% das mães haviam realizado pré-natal, não se observando diferenças importantes entre os estratos. A realização de pré-natal na Rede Básica de Saúde do Embu foi pouco mais freqüente nos estratos um e quatro (diferença em relação ao total do Município sem significância estatística). Quanto aos indicadores de qualidade do pré-natal, há deficiências importantes em todos os estratos; porém, estas são mais acentuadas quanto ao início no primeiro trimestre, número de consultas e, principalmente, exame de mamas. Verificou-se diferença estatisticamente significativa para o início do pré-natal no primeiro trimestre entre o estrato um e o estrato quatro. A realização de ultrassonografia foi mais freqüente no estrato um, com diferença estatisticamente significativa, em relação ao estrato dois e ao total do Município. Na mesma tabela, podemos verificar que as freqüências de cesarianas e de recém-nascidos com baixo peso ao nascer também não apresentaram diferenças com significância estatística entre os estratos.

Tabela 2

Assistência à saúde e atenção pré-natal de mães de crianças menores de um ano. Embu, São Paulo, Brasil, 1996.

Variáveis	Estrato 1			Estrato 2			Estrato 3			Estrato 4			Total			
	%	EP	IC95%	%	EP	IC95%	%	EP	IC95%	%	EP	IC95%	n	%	EP	IC95%
Realizaram pré-natal *n = 475	91,7	2,8	86,3-97,2	97,7	1,4	94,9-100,5	91,9	2,9	86,3-97,5	94,5	1,7	91,1-97,9	451	96,3	1,2	93,9-98,7
Pré-natal no Embu *n = 449	61,6	4,7	52,4-70,8	54,9	3,5	48,0-61,9	45,1	10,2	25,1-65,1	63,8	4,1	55,7-71,8	247	54,4	3,1	48,2-60,5
Início 1º semestre *n = 450	70,1**	3,4	63,4-76,7**	64,6	6,0	52,9-76,3	69,9	6,1	57,8-81,9	56,7**	3,4	50,0-63,3**	295	65,0	4,6	55,9-74,0
Número de consultas > 6 *n = 439	73,3	5,4	62,8-83,9	68,3	7,5	53,5-83,1	62,4	4,0	54,6-70,3	56,7	3,7	49,5-63,9	291	66,7	5,5	55,8-77,5
Ultra-som *n = 446	97,7**	1,7	94,4-101,0**	86,2**	3,2	79,9-92,6**	91,7	4,7	82,5-100,9	89,1	3,4	82,4-95,8	410	87,6**	2,7	82,3-93,0**
Exame de sangue *n = 445	96,0	2,5	91,2-100,9	100,0	0,0	100,0-100,0	98,7	1,3	96,2-101,3	100,0	0,0	100,0-100,0	441	99,7	0,2	99,3-100,1
Exame de mamas *n = 441	63,4	8,5	46,8-80,1	61,5	3,4	54,8-68,2	54,2	4,8	44,8-63,7	65,4	6,0	53,7-77,0	272	60,8	2,7	55,5-66,1
Aferição de PA *n = 445	100,0	0,0	100,0-100,0	100,0	0,0	100,0-100,0	98,7	1,3	96,2-101,3	99,3	0,7	97,9-100,7	443	99,8	0,2	99,4-100,1
Parto cesárea *n = 475	38,5	4,7	29,3-47,9	30,8	5,0	21,0-40,1	41,6	6,9	28,2-55,1	27,2	4,8	17,9-36,6	172	32,5	4,1	24,5-40,5
Baixo peso ao nascer (excluindo gemelares) n = 459	11,3	2,8	5,7-16,8	8,0	2,7	2,7-13,4	8,6	2,3	4,1-13,1	10,6	1,7	7,3-13,9	47	8,4	2,1	4,3-12,5

EP = erro padrão estimado, *n = número total de questionários com informação para a variável analisada; no caso de gemelares, foi considerada uma gestação ou parto, ** = proporção estimada com diferença entre o estrato um e quatro (pré-natal com início no primeiro semestre); estrato um e dois/total do município (realização do ultra-som), IC95% = intervalo de confiança 95%, PA = pressão arterial.

Quanto à assistência à saúde da criança, observamos que cerca de 80% das crianças eram matriculadas em UBSs, sem diferença entre os estratos (Tabela 3). Destas, 87,6% eram matriculadas em UBSs do Embu, sobretudo nos estratos um e quatro (sem significância estatística). Considerando matriculados e não matriculados, verificamos que mais de 95% das crianças utilizavam unidades básicas de saúde para vacinação, quase 80% para acompanhamento, com uma tendência crescente do estrato um ao quatro, e aproximadamente 50% para o atendimento eventual, isto é, consulta não marcada. O atendimento eventual determinou maior procura por outros serviços - cerca de 90% dos casos - em todos os estratos; o acompanhamento de saúde em outros serviços foi mais freqüente no estrato um em relação ao estrato quatro e ao Município como um todo (com significância estatística). Na mesma tabela, verificamos que 79,1% das crianças eram acompanhadas em algum serviço de saúde, não se observando diferenças entre os estratos.

Na Tabela 4, verificamos que aproximadamente 30% das crianças, nos dois grupos etários, referiram a ocorrência de doença nos últimos 15 dias. Cerca de 70% das famílias buscaram algum tipo de ajuda, quase sempre os serviços de saúde. As unidades básicas de saúde do Embu foram os serviços mais procurados para o atendimento de crianças menores de um ano e os serviços externos para a faixa etária de um a quatro anos. Houve um predomínio da procura por serviços privados no estrato um, sendo que entre menores de um ano a diferença foi estatisticamente significativa em relação ao Município e aos dois e quatro; na faixa de um a quatro anos houve diferença apenas entre os estratos um e quatro. A procura por serviços públicos externos ao Município foi maior no estrato três em relação ao estrato um.

Na Tabela 5, observamos que a cobertura vacinal foi superior a 90%, para todas as vacinas e em todos os estratos, quando se considera a aplicação dessas em qualquer época da vida; ao analisarmos a cobertura até os 12 meses, de cada uma das vacinas individualmente, verificamos que não chega a 85%, com exceção da BCGid. Não foram verificadas diferenças estatisticamente significantes entre os estratos.

Tabela 3

Matrícula e utilização de serviços de saúde. Crianças menores de um ano. Embu, São Paulo, Brasil, 1996.

Variáveis	Estrato 1			Estrato 2			Estrato 3			Estrato 4			Total			
	%	EP	IC95%	%	EP	IC95%	%	EP	IC95%	%	EP	IC95%	n	%	EP	IC95%
Matrícula em UBSS *n = 479	79,2	6,3	66,9-91,6	81,2	8,1	65,3-97,0	73,0	9,0	55,5-90,6	88,9	3,4	82,2-95,6	400	80,5	6,1	68,6-92,3
Matrícula em UBSS rede básica do Embu *n = 400	96,3	2,2	92,0-100,5	86,4	3,9	78,8-94,1	88,1	4,2	79,9-96,3	93,7	3,1	87,7-99,7	366	87,6	3,0	81,8-93,5
Motivo de utilização das UBSS																
acompanhamento	67,5	6,2	55,4-79,7	79,1	3,3	72,7-85,5	78,3	7,3	64,0-92,6	84,1	4,4	75,4-92,7	324	79,0	2,7	73,8-84,2
vacina	97,6	2,5	92,7-102,5	97,8	1,4	95,1-100,4	96,0	3,1	89,9-102,2	96,4	3,1	90,3-102,4	409	97,4	1,1	95,2-99,6
eventual *n = 425	49,9	8,9	32,5-67,3	49,6	8,5	33,0-66,2	44,2	12,9	18,9-69,5	52,2	11,1	30,4-74,0	213	49,1	6,7	36,0-62,1
Utilização de outro serviço (não UBSS) *n = 481	55,9	4,3	47,4-64,3	57,3	6,0	45,5-69,1	52,4	6,1	40,6-64,3	50,3	6,7	37,1-63,5	263	56,0	4,4	47,4-64,6
Motivo de utilização do outro serviço:																
acompanhamento	49,2**	10,3	29,0-69,5**	24,7	4,1	16,7-32,6	39,1	15,0	9,7-68,5	13,0**	6,7	0,2-26,2**	78	26,8	4,0	19,0-34,6
vacina	15,8	5,8	4,4-27,2	1,9	1,4	0,9-4,7	20,8	12,3	3,3-44,8	5,3	2,5	0,3-10,2	23	5,4	2,7	0,2-10,6
eventual *n = 263	78,3	11,7	55,5-101,2	94,8	2,6	89,6-99,9	77,1	9,6	58,3-96,0	88,9	6,6	76,0-101,8	230	91,2	2,8	85,8-96,7
Acompanhamento de saúde (em qualquer tipo de serviço)	84,4	4,3	76,0-92,8	79,4	6,3	67,1-91,7	78,1	4,3	69,6-86,5	76,0	9,0	58,4-93,5	381	79,1	4,7	69,9-88,3

EP = erro padrão estimado, *n = número de questionários com informação da variável analisada, ** = proporção estimada com diferença entre o estrato um e quatro, IC95% = intervalo de confiança 95%, UBS = unidade básica de saúde.

Tabela 4

Ocorrência de doença nos últimos 15 dias. Crianças menores de cinco anos. Embu, São Paulo, Brasil, 1996.

Variáveis	Estrato 1			Estrato 2			Estrato 3			Estrato 4			Total				
	%	EP	IC95%	%	EP	IC95%	%	EP	IC95%	%	EP	IC95%	n	%	EP	IC95%	
Crianças < 1 ano																	
Afecção aguda últimos 15 dias * n = 482	35,8	5,1	25,8-45,9	30,3	5,4	19,7-40,9	37,4	4,1	29,3-45,5	31,6	4,9	22,0-41,3	161	31,7	4,1	23,6-39,8	
Procurou ajuda * n = 160	69,2	5,8	57,8-80,6	68,3	13,3	42,2-94,3	79,3	5,9	67,7-90,8	82,7	7,3	68,4-97,0	121	71,4	9,8	52,3-90,6	
Procurou serviço de saúde * n = 121	96,5	3,4	89,9-103,2	100,0	0,0	100,0-100,0	98,1	2,0	94,3-102,0	100,0	0,0	100,0-100,0	119	99,5	0,4	98,7-100,3	
Tipo de serviço de saúde * n = 119																	
UBSs do Embu	34,4	10,3	14,3-54,5	31,5	8,6	14,5-48,0	44,2	14,5	15,8-72,6	41,8	7,6	26,9-56,7	48	35,1	6,5	22,3-47,8	
PSS públicos Embu	8,9	6,7	4,6-22,3	20,4	13,9	6,7-47,6	19,4	10,6	1,5-40,2	29,8	5,7	18,6-41,0	26	20,7	9,6	1,8-39,5	
Serviços públicos fora Embu	13,3	6,2	1,3-25,4	39,9	10,9	18,5-61,3	14,6	6,7	1,5-27,7	26,4	5,2	16,1-36,6	26	32,7	8,0	17,1-48,3	
Particular / convênio	43,3**	8,1	27,4-59,3**	8,2**	4,5	0,5-17,0**	21,8	17,0	11,6-55,2	2,0	2,0	2,0-6,0**	19	11,6**	4,6	2,5-20,7**	
Crianças de 1 a 4 anos																	
Teve doença * n = 612	29,9	3,3	23,4-36,4	23,7	5,0	13,8-33,6	36,0	3,3	29,6-42,5	23,6	3,9	15,9-31,3	169	26,3	3,6	19,3-33,4	
Procurou ajuda * n = 169	65,4	4,9	55,7-75,1	73,1	9,2	55,0-91,2	73,9	11,8	50,8-96,9	61,3	3,4	54,6-68,0	113	71,7	6,2	59,9-83,7	
Procurou serv. de saúde * n = 112	100,0	0,0	100,0-100,0	100,0	0,0	100,0-100,0	89,6	7,6	74,6-104,5	91,3	4,0	83,5-99,2	107	96,7	2,0	92,8-100,6	
Tipo serviço de saúde * n = 100U																	
BSs do Embu	31,3	9,7	12,2-50,4	13,4	9,7	5,6-32,3	13,2	8,3	3,0-29,5	14,7	7,4	0,2-29,1	20	14,8	6,3	2,4-27,1	
PSS públicos Embu	25,2	8,7	8,1-42,4	27,9	12,2	3,8-51,9	8,9	5,6	2,0-19,9	38,7	10,1	19,0-58,4	24	23,8	8,3	7,6-40,1	
Serviços públicos fora Embu	11,0**	7,4	3,4-25,4**	33,3	17,6	1,2-67,7	40,1**	7,5	25,4-54,8**	41,4	13,3	15,2-67,5	28	33,9	10,9	12,6-55,3	
Particular / convênio	32,4**	9,2	14,7-50,4**	25,5	9,7	6,4-44,5	37,8	13,7	10,8-64,7	5,2**	4,4	3,4-13,9**	28	27,5	7,1	13,5-41,5	

EP = erro padrão estimado, * n = número total de questionários com informação da variável analisada, ** proporções estimadas com diferenças entre os estratos e município, IC95% = intervalo e confiança, UBS = unidade básica de saúde, PS = pronto socorro.

Tabela 5

Cobertura vacinal, segundo estratos de condições de vida. Crianças de um, a quatro anos. Embu, São Paulo, Brasil, 1996.

Variáveis	Estrato 1			Estrato 2			Estrato 3			Estrato 4			Total			
	%	EP	IC95%	%	EP	IC95%	%	EP	IC95%	%	EP	IC95%	n	%	EP	IC95%
Recebeu todas as vacinas no 1º ano * n = 551	72,0	5,2	61,7 - 82,2	68,1	3,8	60,6 - 75,6	78,6	4,6	69,7 - 87,6	71,6	4,8	62,3 - 81,0	409	70,6	2,9	64,8 - 76,4
BCG - ID * n = 551	89,9	3,5	83,1 - 96,7	95,1	1,9	91,3 - 98,9	92,6	2,4	88,0 - 97,3	92,3	1,8	88,7 - 95,9	504	94,0	1,5	91,1 - 96,9
Tríplice 3ª dose * n = 551	85,9	3,7	78,7 - 93,2	77,5	3,9	69,7 - 85,2	90,4	3,0	84,6 - 96,2	83,8	3,0	77,9 - 89,7	471	80,9	3,1	74,8 - 87,0
Pólio 3ª dose * n = 551	88,9	2,4	84,3 - 93,5	79,4	4,7	70,2 - 88,6	89,8	3,6	82,7 - 96,8	85,0	2,6	79,8 - 90,1	479	82,4	3,5	75,5 - 89,4
Sarampo * n = 551	84,0	2,6	78,8 - 89,2	75,6	5,7	64,5 - 86,7	85,9	2,0	81,9 - 89,9	82,5	2,6	77,4 - 87,6	461	78,6	4,1	70,6 - 86,6
Recebeu todas as vacinas do 1º ano de vida em qualquer época * n = 551	90,1	2,2	85,8 - 94,3	92,3	3,7	85,1 - 99,6	91,5	2,8	86,0 - 97,0	92,9	2,0	88,9 - 96,9	503	92,1	2,5	87,1 - 97,1

EP = erro padrão estimado, * n = número total de questionários com informação da variável analisada, ** proporções estimadas com diferenças entre os estratos e município, IC95% = intervalo e confiança, 95% UBS = unidade básica de saúde, PS = pronto socorro.

Discussão

O município do Embu encontra-se na sub-região da RMSP de menor poder econômico, com baixa oferta de empregos para a população e piores indicadores socioeconômicos e ambientais.^{20,21}

Os diferenciais intra-urbanos em municípios com essas características são mais difíceis de serem demonstrados, tornando-se evidentes apenas entre os seus extremos. Além disso, os dados do censo utilizados para a estratificação referem-se ao total de famílias do Município e nossa amostragem foi constituída de famílias com crianças menores de cinco anos, essas com algumas diferenças em relação ao total: o trabalho de campo evidenciou que nos condomínios, em particular, as famílias com crianças menores de cinco anos eram pouco frequentes. Por outro lado, muitos empregados moravam com os patrões, com suas famílias e filhos, esses incluídos na amostragem. A heterogeneidade interna ocorreu, também, nos demais estratos e setores censitários, porém, não foram tão acentuadas. Finalmente, pode-se constatar a construção recente de prédios de apartamentos de padrão superior à média do Município no estrato três, entre o ano de 1991 (quando foi realizado o censo cujos dados foram utilizados para a estratificação) e o ano de 1996 (quando se realizou a coleta de dados deste estudo), resultando em um segmento populacional com maior acesso a planos privados e manutenção de vínculos com os serviços de saúde anteriormente utilizados. Este fato determinou resultados, em um primeiro momento, não esperados para este estrato populacional.²⁷

No que se refere à assistência pré-natal e perinatal, verificamos que alguns indicadores foram mais favoráveis que os da RMSP⁷ e outros equivalentes. Em nosso estudo, 66,7% de mães referiram seis ou mais consultas (RMSP - 54,6%); 8,4% de recém-nascidos com baixo peso (RMSP - 8,7%). Já a comparação com o estudo de Monteiro *et al.*,¹¹ realizado na cidade de São Paulo, coloca o Embu em situação mais desfavorável, sobretudo quanto aos indicadores que refletem a capacidade do serviço em absorver a demanda. Esses autores encontraram 88,6% de mães com cinco ou mais consultas no pré-natal e 71,6% com início no primeiro trimestre de gestação; enquanto no Embu, verificamos que em 65,0% dos casos o início foi no primeiro trimestre. Chama atenção, ainda, a baixa porcentagem de realização do exame de mamas (60,7%) em todos os estratos. O exame de mamas requer maior atenção e orientação, apresentando-se nitidamente negligenciado na consulta, enquanto os demais procedimentos, como aferição da pressão arterial e solicitação de exames sub-

sidiários, já estão incorporados à rotina, quer sejam realizados por médico ou por profissional de enfermagem. Esses dados são semelhantes aos encontrados por Neuman²⁸ na cidade de Criciúma, Paraná, de 50,0%, no mesmo ano. Quanto ao recém-nascido com baixo peso, especificamente, cabe uma ressalva, pois nosso estudo analisa dados de crianças sobreviventes ao período neonatal, onde se concentram dois terços dos óbitos infantis, grande parte destes com baixo peso. Monteiro *et al.*,²⁹ que também analisaram dados referentes a uma amostra de crianças menores de dois anos, obtida por inquérito domiciliar, encontraram uma frequência de recém-nascidos com baixo peso de 8,7%, semelhante ao Embu. A frequência de cesarianas em nosso estudo (32,5%) foi acima do preconizado pela World Health Organization (WHO),³⁰ porém foi menor que a encontrada na RMSP (47,1%)¹⁵ e no estudo de Monteiro *et al.*¹¹ (48,9%) e relaciona-se, provavelmente, ao menor acesso a serviços privados, responsáveis pelos altos índices de partos cirúrgicos, hipótese reforçada ao se observar a maior frequência no estrato um e menor no estrato quatro. Ainda que a porcentagem de mães que realizaram pré-natal tenha sido superior a 90%, alguns indicadores sugerem que há dificuldade no acesso aos serviços e deficiências relacionadas à qualidade. Em 1996, ano de realização do estudo, não havia leitos de maternidade no Município e, portanto, referência e contra-referência hospitalar, considerado um importante indicador de qualidade da atenção pré e perinatal pelo Ministério da Saúde.¹⁴

Quanto à assistência à saúde da criança, verificou-se que cerca de 80% das crianças menores de um ano eram acompanhadas em algum serviço de saúde; em São Paulo, Monteiro *et al.*¹¹ verificaram que 84,2% das crianças na faixa dos 12 aos 23 meses de idade tiveram seis ou mais consultas no primeiro ano de vida, dados um pouco mais favoráveis que os do Embu. Nosso estudo revelou, ainda, que a ajuda procurada nas afecções agudas foi o serviço de saúde, em quase 100% dos casos, rejeitando a hipótese de busca por outras alternativas menos adequadas. Além disso, as afecções agudas levaram a uma maior procura das UBSs entre menores de um ano, possivelmente devido ao maior vínculo do acompanhamento; já na faixa etária de um a quatro anos predominou o atendimento em Prontos-Socorros do Município ou fora dele; talvez, nessa faixa etária, a maior frequência de trabalho materno resulte em maior dificuldade de levar a criança no período diurno às UBSs.

A cobertura vacinal manteve-se abaixo de 95%, margem considerada segura para proteção populacional, e em níveis inferiores aos encontrados por

Monteiro *et al.*¹¹ na cidade de São Paulo. As coberturas no primeiro ano de vida, para todas as vacinas, ficaram em 70,6%, demonstrando dificuldades no cumprimento do calendário vacinal. Ainda que a imunização constitua uma das ações básicas mais consolidadas nos serviços de saúde, outros estudos têm apontado para a existência de segmentos populacionais e de fatores de risco relacionados à não vacinação.^{31,32} Cabe ainda ressaltar que, em 1996, ocorreu uma interrupção prolongada no fornecimento da Vacina Tríplice (DPT) no país, bastante acentuada na RMS, que acabou interferindo no cumprimento do calendário de todas as vacinas.

Conclusões gerais

A hipótese de que segmentos populacionais pudessem encontrar-se excluídos de qualquer tipo de assistência não foi confirmada. Verificamos que a procura é diferenciada entre os segmentos populacionais, porém não há exclusividade no tipo de serviço utilizado. Inúmeros fatores poderiam determinar essa diversidade no tipo de serviço escolhido, entre os quais poderíamos levantar algumas possibilidades. Observamos que mesmo as famílias com acesso a plano privado procuram a UBS para vacinação e, parte destas famílias, também para acompanhamento de saúde, provavelmente pela proximidade da residência, facilidade, qualidade e credibilidade desse serviço; em outras situações, entretanto, como consulta médica nas afecções agudas, optam pelo serviço do convênio, com disponibilidade de serviço hospitalar, considerado de maior resolução na concepção da família. No que se refere ao pré-natal das UBSs do Município, a ausência de referência para maternidade deve ter contribuído para uma baixa cobertura que, entretanto, não significava ausência de pré-natal, mas sim busca de outras alternativas, incluindo planos privados de saúde.

Um dos grandes desafios dos gestores na área da saúde, visando à universalidade e à equidade na assistência, é a identificação de diferenças e riscos, individuais ou populacionais, para um direcionamento mais adequado dos recursos e ações. Concluímos que as desigualdades socioeconômicas da população de Embu não determinaram, nas mesmas proporções, desigualdades ou exclusões no que se refere à assistência à saúde, e que foram parcialmente compensadas por políticas públicas adequadas nesta área. Verificou-se, também, que a população busca soluções para os problemas de saúde da criança, porém os serviços de saúde utilizados não foram homogêneos entre os estratos de condições de vida estabelecidos para este estudo. Embora sem diferenças estatisticamente significantes, há nítida tendência de maior utilização de serviços do Município no estrato quatro.

Embora sem diferenças estatisticamente significantes, há nítida tendência de maior utilização de serviços do Município no estrato quatro.

Agradecimentos

À Fundação de Amparo à Pesquisa do estado de São Paulo (FAPESP) pelo financiamento da pesquisa, em processo n. 95/3438-7.

Referências

1. Duchiate MP. População brasileira: um retrato em movimento. In: Minayo MCS, organizadora. Os muitos Brasis - saúde e população na década de 80. São Paulo: Hucitec; 1999. p. 14-56.
2. Puffer RR, Serrano CV. Características del peso al nacer. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud (OPS); 1998. (Publicación científica, 504).
3. Simões CCS, Monteiro CA. Tendência secular e diferenciais

- regionais da mortalidade infantil no Brasil. In: Monteiro CA, organizador. Velhos e novos males da saúde no Brasil - a evolução do país e suas doenças. São Paulo: Hucitec; 2000. p. 153-72
4. Victora CG, Barros FC, Tomasi E, Menezes AM, Horta BL, Weiderpass E, Cesar JA, Costa JSD, Olinto MT, Halpern R, Garcia MM, Vaughan JP. Tendências e diferenciais na saúde materno-infantil: delineamento e metodologia das coortes de 1982 e 1993 de mães e crianças de Pelotas (RS). *Cad Saúde Pública* 1996; 12 Supl 1: 7-14.
 5. UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância). Situação da infância brasileira: 2001, desenvolvimento infantil. Brasília, DF: UNICEF; 2001.
 6. IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada). Disparidades socioeconômicas. In: IPEA. Relatório sobre desenvolvimento humano no Brasil. Brasília, DF: IPEA; 1996. Cap. 2. p. 17-50.
 7. SEADE (Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados), Secretaria de Planejamento e Gestão do Estado de São Paulo. Pesquisa de condições de vida, 1998. [2002 jan 4]. Disponível em: <http://www.seade.gov.br>.
 8. Monteiro CA, Iunes RF, Torres AM. A evolução do país e de suas doenças: síntese, hipóteses e implicações. In: Monteiro CA, organizador. Velhos e novos males da saúde no Brasil - a evolução do país e suas doenças. São Paulo: Hucitec; 2000. p. 17-30.
 9. Victora CG, Barros FC, Tomasi E, Ferreira FS, MacAuliffe J, Silva AC, Andrade FM, Wilhelm L, Barca DV, Santana S, Gonzáles-Richmond, Shrimpton R. A saúde das crianças dos estados do Ceará, Rio Grande do Norte e Sergipe, Brasil: descrição de uma metodologia para diagnósticos comunitários. *Rev Saúde Pública* 1991; 25: 218-25.
 10. Costa JSD, Victora CG, Barros FC, Halpern R, Horta BL, Manzolli P. Assistência médica materno-infantil em duas coortes de base populacional no Sul do Brasil: tendências e diferenciais. *Cad Saúde Pública* 1996; 12 Supl: 59-66.
 11. Monteiro CA, França Junior I, Conde WL. Evolução da assistência materno-infantil na cidade de São Paulo (1984-1996). *Rev Saúde Pública* 2000; 34 Supl 6: 19-25.
 12. Cesar JA, Victora CG, Barros FC, Ramos FA, Albernaz EP, Oliveira LM, Halpern R, Breitenbach A, Stone M, Fracalossi V. Hospitalizações em menores de um ano pertencentes a duas coortes de base populacional no Sul do Brasil: tendência e diferenciais. *Cad Saúde Públ* 1996; 12 Supl: 67-71.
 13. Benguigui Y. Magnitud y control de las IRA en función de las metas de la Cumbre Mundial de la Infancia. In: Benguigui Y, Antuñano FJL, Schmunis G, Yunis J, editores. Infecciones respiratorias en niños. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud (OPS); 1997. p. 25-43. (Serie HCT/AIEPI-1).
 14. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/programs/mulher/human>. [2002 Jul 19]
 15. Ministério da Saúde. 1997. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/inform/IDB97>. [2001 fev 20].
 16. Brasil. Presidência. Lei Orgânica da Saúde (LOS). Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. In: Carvalho GI, Santos L. Sistema Único de Saúde. comentários à Lei Orgânica da Saúde (Lei 8 080 e Lei 8 142). São Paulo: Hucitec; 1992. p. 47-193.
 17. Ryan S, Riley A, Kang M, Starfield B. The effects of regular source of care and health need on medical care use among rural adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2001; 155: 184-90.
 18. Rajmil L, Borrell, Starfield B, Fernandez E, Serra V, Schiaffino A, Segura A. The quality of care and influence of double health care coverage in Catalonia (Spain). *Arch Dis Child* 2000; 83: 211-4.
 19. César CLG, Tanaka OY. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região Sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-90. *Cad Saúde Pública* 1996; 12 Supl 2: 59-70.
 20. EMPLASA (Empresa Metropolitana de Planejamento da Grande São Paulo). Plano Metropolitano da Grande São Paulo 1994/2010. São Paulo: Governo do Estado; 1994.
 21. SEADE (Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados), São Paulo (Estado). Secretaria de Planejamento e Gestão. Informações dos municípios paulistas. Disponível em: <http://www.seade.gov.br>. [2002 jan 25].
 22. UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo). Programa de Integração Docente-Assistencial do Embu, 2001. Disponível em <http://www.unifesp.br>. [2001 dez 10].
 23. Frei F. Análise de agrupamentos: estudo metodológico e aplicações em epidemiologia [dissertação mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1997.
 24. Kish L. Survey sampling. New York: John Wiley; 1965.
 25. Dean AG, Dean JA, Coulombier D, Brandel KA, Smith DC, Burton AH, Dicker RC, Sullivan K, Fagan RF, Arner TG. Epi-info: version 6.04, a word-processing, database and statistics program epidemiology on microcomputers. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 1994.
 26. Sullivan K, Kalsbeek W, Chen M. Csample: analyzing data from complex survey samples. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 1996.
 27. Silva NN, Pedrosa GC, Puccini RF, Furlani WJ. Desigualdades sociais e uso de serviços de saúde: evidências de análise estratificada. *Rev Saúde Pública* 2000; 34: 44-9.
 28. Neuman NA. Cobertura, qualidade e equidade da atenção pré-natal e ao parto, segundo a forma de pagamento destes serviços, Criciúma (SC) [tese doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2000.
 29. Monteiro CA, Benício MHA, Ortiz LP. Tendência secular do peso ao nascer na cidade de São Paulo (1976-1998). *Rev Saúde Pública* 2000; 34 Supl 6: 26-40.
 30. WHO (World Health Organization). Appropriate technology for birth. *Lancet* 1985; 2: 436-7.
 31. Silva AAM, Gomes UA, Tonial SR, Silva RA. Cobertura vacinal e fatores de risco associados à não vacinação em localidade urbana do Nordeste brasileiro. *Rev Saúde Pública* 1994; 33: 147-56.
 32. Vidal AS, Frias PG, Marques NM. Avaliação normativa das ações do programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC) em Pernambuco. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2001; 1: 129-35.

Recebido em 5 de fevereiro de 2002

Versão final apresentada em 8 julho de 2002

Aprovada em 31 de julho de 2002