

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
PREVENTIVA E SOCIAL**

ERLY CATARINA DE MOURA

**AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE
SAÚDE:UM DESENHO
EPIDEMIOLÓGICO**

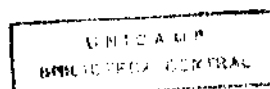
**Tese apresentada ao Curso de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva,
visando à obtenção do Título de
Doutora em Saúde Coletiva**

**Orientação: Professor Doutor
NELSON RODRIGUES DOS SANTOS**

**CAMPINAS
1994**

Este exemplar corresponde à versão final da
Tese de DOUTORADO apresentada à Faculdade -
de Ciências Médicas, para obtenção do Títu-
lo de Doutor em Saúde Coletiva, pela Profa.
ERLY CATARINA DE MOURA.

Campinas, 27 de junho de 1994 *Nelson*
Prof.Dr. Nelson Rodrigues dos Santos (orient)



*à Érika e
à Adriana*

MAIS DO QUE UMA DEDICAÇÃO,
MINHAS DESCULPAS, PELA
AUSÊNCIA, E O MEU AMOR.

AGRADECIMENTOS

Num trabalho como este muitas pessoas colaboram de forma positiva, algumas mais diretamente, outras nem tanto (lendo, discutindo, criticando, sugerindo, torcendo), e poucas de forma negativa (colocando obstáculos, adiando discussões, encontrando apenas os defeitos, burocratizando). Para mim as duas formas são estimulantes. Com os companheiros compartilho meu trabalho, aos amigos eis a minha prestação de contas, aos inimigos eis a resposta.

Especialmente,

à Maria, que sempre manteve "aquele" cafezinho ao meu lado, desde a confecção do projeto até o término da tese;

à Profa. Dra. Solange L'Abatte pela revisão da primeira versão do projeto de pesquisa apresentado à banca de seleção ao Curso de Doutorado em Saúde Coletiva;

ao Prof. Dr. Nelson Rodrigues dos Santos pela compreensão do objeto de estudo desta pesquisa e, conseqüente, apoio na seleção ao Curso de Doutorado, motivo principal da orientação deste trabalho;

ao Prof. Dr. Djalma de Carvalho Moreira Filho pelos incontáveis, precisos e valiosos momentos de orientação e esclarecimento metodológicos;

ao Laboratório de Aplicação em Epidemiologia (LAPE) pela discussão que culminou com o início do trabalho de campo: o desafio em fazê-lo;

aos pesquisadores, bolsistas de iniciação científica e aperfeiçoamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), da Coordenadoria de Estudos e Apoio à Pesquisa (CEAP) da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUCCAMP) e voluntários: Ana Paula Noronha Barrére, Andréia Aparecida Lima, Carmem Lucia Spalletta, Daniela Oliveira Magro, Ellis Yumi Ikeda, Graziela Ferraz Ribeiro, Luciana Cia, Luciana Gianfratti, Luciana Paula Camargo Bruno, Mara Ligia Biazotto, Maristela Mistro, Miriam Correa Carvalho, Mirian Ueno, Roberta Telles Conejo, Roberto Fernandes Júnior, Silvana Maria Campos e Sulaya Messina Wagner, responsáveis pela coleta, digitação e conferência de todos os dados;

ao Grupo Transdisciplinar de Estudos em Saúde Coletiva (GESTO) da PUCCAMP: Ana Maria Consentino Muller, Aparecida Silvia Mellin Gimenes, Elizabeth de Leone Monteiro Smeke, Everton Soeiro, Maria Alice Amorim Garcia,

Márcia Castagna Molina e Suzana Soeiro, pela discussão do projeto visando ao exame de qualificação;

ao Prof. Dr. Manfredo Harri Tabacniks, Instituto de Física da Universidade de São Paulo, pelas conturbadas e intermináveis horas de computação, discussões e conflitos conceituais, o que auxiliou o caminho para a análise de dados, além de ter assumido integralmente as atividades domésticas, maternas e paternas;

ao CEAP da PUCCAMP: Profa. Dra. Raquel Souza Lobo Guzzo, Maria Cristina Tizzei e Andréa Aparecida Migotto Dobonugli, pelo auxílio à pesquisa e apoio sempre presente; e

ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo auxílio concedido na forma de bolsas de iniciação científica, aperfeiçoamento e pesquisa (processos nºs. 804563/90-0, 823035/90-5 e 300644/92-2).

ÍNDICE

RESUMO	1
ABSTRACT	2
SÍNTESES	3
1. INTRODUÇÃO	4
2. JUSTIFICATIVA	6
3. OBJETIVOS	17
3.1. Geral	17
3.2. Específicos	17
4. METODOLOGIA	18
4.1. Tipo de Estudo	18
4.2. Área de Estudo	18
4.3. População de Estudo	19
4.4. Formulação de Hipóteses	21
4.5. Variáveis Estudadas e seus Critérios de Medida	22
4.5.1. Variável Dependente	22
4.5.1.1. Serviço de Saúde	22
4.5.2. Variáveis Independentes	22
4.5.2.1. Componente Social	22
4.5.2.1.1. A Gestante	22
4.5.2.1.2. A Criança	23
4.5.2.1.3. A Família	24
4.5.2.2. Componente Nutricional	24
4.5.2.2.1. A Gestante	24
4.5.2.2.2. O Recém-Nascido	26
4.5.2.2.3. A Criança	26
4.5.2.3. Componente Assistencial	26
4.5.2.3.1. A Gestante	26
4.5.2.3.2. A Criança	27
4.5.2.3.3. Geral	27
4.5.3. Indicadores de Impacto das Ações de Saúde	28
4.6. Processamento e Análise Estatística	28
5. RESULTADOS	30
5.1. Descrição da População Estudada	30
5.1.1. Coorte de Gestantes	30
5.1.1.1. Características Sociais	32

5.1.1.1.1. Características Pessoais.....	32
5.1.1.1.2. Características Familiares	36
5.1.1.2. Características Nutricionais	41
5.1.1.2.1. Antropometria	41
5.1.1.2.2. Alimentação	46
5.1.1.2.3. Prática de Amamentação.....	47
5.1.1.3. Características Assistenciais	49
5.1.1.3.1. Atenção ao Pré-Natal	49
5.1.1.3.2. Atenção ao Parto	55
5.1.2. Coorte de Recém-Nascidos.....	59
5.1.2.1. Características Nutricionais	62
5.1.2.1.1. Antropometria	62
5.1.2.1.2. Aleitamento Materno	66
5.1.2.1.3. Introdução de Alimentos	67
5.1.2.2. Características Assistenciais	68
5.1.2.2.1. Atenção ao Parto	68
5.1.2.2.2. Atenção à Puericultura.....	69
5.1.3. Coorte de Crianças.....	79
5.1.3.1. Características Sociais.....	81
5.1.3.1.1. Características Pessoais.....	81
5.1.3.1.2. Características Familiares	84
5.1.3.2. Características Nutricionais	89
5.1.3.2.1. Antropometria	89
5.1.3.2.2. Prática de Amamentação.....	93
5.1.3.2.3. Introdução de Alimentos	94
5.1.3.3. Características Assistenciais	97
5.1.3.3.1. Atenção ao Pré-Natal e ao Parto	97
5.1.3.3.2. Atenção à Puericultura.....	99
5.2. 3. O Grupo Materno-Infantil	111
5.3. Avaliação dos Serviços de Saúde	115
6. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES.....	120
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	131

ANEXOS

Anexo I - Mapa da Área de Estudo	143
Anexo II - Orientação para Recenseamento da Área	144
Anexo III - Carta de Consentimento	145
Anexo IV - Certificado de Participação.....	146
Anexo V - Questionário para Gestante.....	147

Anexo VI - Questionário para Criança.....	152
Anexo VII - Disquete com Banco de Dados	157

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Diagrama de seguimento da coorte de gestantes, Campinas, 1992/93.....	31
Figura 2 - Tempo de seguimento da coorte de gestante conforme tipo de serviço de saúde, Campinas, 1992/1993.....	32
Figura 3 - Distribuição das gestantes ocupação e tipo de serviço de saúde, Campinas, 1992.....	39
Figura 4 - Distribuição das gestantes segundo anos de estudo, sem contar séries repetidas, e tipo de serviço de saúde, Campinas, 1992.....	40
Figura 5 - Distribuição das gestantes segundo localização da moradia e tipo de serviço de saúde, Campinas, 1992.....	40
Figura 6 - Distribuição das gestantes segundo renda familiar mensal per capita, em salários mínimos, e tipo de serviço de saúde, Campinas, 1992.....	40
Figura 7 - Distribuição das gestantes segundo classe social, agrupadas em proletariado e burguesia, e tipo de serviço de saúde, Campinas, 1992.....	41
Figura 8 - Distribuição das gestantes conforme ganho de peso semanal e tempo entre a primeira e última entrevista, Campinas, 1992/93.....	43
Figura 9 - Distribuição das gestantes com idade gestacional menor que 13 semanas segundo peso na primeira entrevista, altura e tipo de serviço de saúde, Campinas, 1992/93.....	44
Figura 10 - Distribuição das gestantes com idade gestacional igual e maior que 13 semanas, usuárias do serviço público, segundo pesos durante a gestação, Campinas, 1992/93.....	44
Figura 11 - Distribuição das gestantes com idade gestacional igual e maior que 13 semanas, usuárias do serviço privado, segundo pesos durante a gestação, Campinas, 1992/93.....	45
Figura 12 - Distribuição das gestantes segundo estado nutricional pré-gestacional e tipo de serviço de saúde, Campinas, 1992.....	48
Figura 13 - Distribuição das gestantes segundo ganho de peso na gestação e tipo de serviço de saúde, Campinas, 1992/93.....	48
Figura 14 - Distribuição das gestantes segundo consumo de frutas na gestação e tipo de serviço de saúde, Campinas, 1992/93.....	48
Figura 15 - Número de consultas ao pré-natal das gestantes conforme o tipo de serviço de saúde, Campinas, 1992/93.....	51
Figura 16 - Distribuição das gestantes segundo idade gestacional na primeira consulta ao pré-natal e tipo de serviço de saúde, Campinas, 1992/93.....	57
Figura 17 - Distribuição das gestantes segundo tempo médio de espera para as consultas ao pré-natal e tipo de serviço de saúde, Campinas, 1992/93.....	57
Figura 18 - Distribuição das gestantes segundo nota média dada às consultas ao pré-natal e tipo de serviço de saúde, Campinas, 1992/93.....	57
Figura 19 - Distribuição das gestantes segundo reclamação quanto à espera e tipo de serviço de saúde, Campinas, 1992/93.....	58
Figura 20 - Distribuição das gestantes segundo tipo de parto e tipo de serviço de saúde, Campinas, 1992/93.....	58
Figura 21 - Distribuição das gestantes segundo tipo de alojamento para o recém-nascido e tipo de serviço de saúde, Campinas, 1992/93.....	58

Figura 22 - Diagrama de seguimento da coorte de recém-nascidos, Campinas, 1992/93/94.....	60
Figura 23 - Tempo de seguimento da coorte de recém-nascidos conforme o tipo de serviço de saúde, Campinas, 1992/93/94.....	61
Figura 24 - Distribuição das meninas segundo evolução do peso por idade, curva de referência do NCHS (p10 = percentil 10, p50 = percentil 50, p90 = percentil 90) e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93/94.....	63
Figura 25 - Distribuição dos meninos segundo evolução do peso por idade, curva de referência do NCHS (p10 = percentil 10, p50 = percentil 50, p90 = percentil 90) e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93/94.....	64
Figura 26 - Distribuição das meninas segundo evolução da altura por idade, curva de referência do NCHS (p10 = percentil 10, p50 = percentil 50, p90 = percentil 90) e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93/94.....	64
Figura 27 - Distribuição dos meninos segundo evolução da altura por idade, curva de referência do NCHS (p10 = percentil 10, p50 = percentil 50, p90 = percentil 90) e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93/94.....	65
Figura 28 - Distribuição dos recém-nascidos segundo altura ao final do primeiro ano de vida e tipo de serviço de saúde, Campinas, 1992/93/94.....	67
Figura 29 - Distribuição dos recém-nascidos segundo idade de introdução de frutas na dieta e tipo de serviço de saúde, Campinas, 1992/93/94.....	67
Figura 30 - Número de serviços de saúde usados pelos recém-nascidos conforme o tipo do serviço de saúde, Campinas, 1992/93/94.....	70
Figura 31 - Distribuição dos recém-nascidos segundo local de parto e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.....	76
Figura 32 - Distribuição dos recém-nascidos segundo tipo de parto e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.....	76
Figura 33 - Distribuição dos recém-nascidos segundo tipo de alojamento ao nascer e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.....	77
Figura 34 - Distribuição dos recém-nascidos segundo local da primeira consulta de puericultura e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.....	77
Figura 35 - Distribuição dos recém-nascidos segundo número de serviços de saúde usados no primeiro ano de vida e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.....	77
Figura 36 - Distribuição dos recém-nascidos segundo idade na primeira consulta de puericultura e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.....	78
Figura 37 - Distribuição dos recém-nascidos segundo número de consultas e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.....	78
Figura 38 - Distribuição dos recém-nascidos segundo tempo médio de espera e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.....	78
Figura 39 - Distribuição dos recém-nascidos segundo nota dada ao serviço e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.....	78
Figura 40 - Diagrama de seguimento da coorte de crianças, Campinas, 1992/93.....	80
Figura 41 - Tempo de seguimento da coorte de crianças conforme tipo de serviço de saúde, Campinas, 1992/1993.....	81
Figura 42 - Distribuição das crianças segundo anos de estudo materno e tipo de serviço de saúde, Campinas, 1992.....	87
Figura 43 - Distribuição das crianças segundo localização da moradia e tipo de serviço de saúde, Campinas, 1992.....	88

Figura 44 - Distribuição das crianças segundo número de pessoas por cômodo e tipo de serviço de saúde, Campinas, 1992.	88
Figura 45 - Distribuição das crianças segundo renda familiar mensal per capita e tipo de serviço de saúde, Campinas, 1992.	88
Figura 46 - Distribuição das meninas segundo evolução do peso por idade, curva de referência do NCHS (p10 = percentil 10, p50 = percentil 50, p90 = percentil 90) e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.	90
Figura 47 - Distribuição dos meninos segundo evolução do peso por idade, curva de referência do NCHS (p10 = percentil 10, p50 = percentil 50, p90 = percentil 90) e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.	90
Figura 48 - Distribuição das meninas segundo evolução do altura por idade, curva de referência do NCHS (p10 = percentil 10, p50 = percentil 50, p90 = percentil 90) e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.	91
Figura 49 - Distribuição das meninas segundo evolução do altura por idade, curva de referência do NCHS (p10 = percentil 10, p50 = percentil 50, p90 = percentil 90) e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.	91
Figura 50 - Distribuição das crianças conforme idade de introdução de água e tipo de serviço de saúde, Campinas, 1992/93.	94
Figura 51 - Distribuição das crianças conforme idade de introdução de frutas e tipo de serviço de saúde, Campinas, 1992/93.	95
Figura 52 - Distribuição das crianças conforme perda diária de peso na alta hospitalar em relação ao peso ao nascer e tipo de serviço de saúde, Campinas, 1992/93.	95
Figura 53 - Distribuição das crianças conforme idade de introdução de água e tipo de serviço de saúde, Campinas, 1992/93.	96
Figura 54 - Distribuição das crianças conforme idade de introdução de frutas e tipo de serviço de saúde, Campinas, 1992/93.	96
Figura 55 - Distribuição das crianças segundo número de serviços de saúde utilizados no primeiro ano de vida e tipo de serviço de saúde, Campinas, 1992/93.	101
Figura 56 - Distribuição das crianças segundo local de pré-natal e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.	108
Figura 57 - Distribuição das crianças segundo local de parto e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.	108
Figura 58 - Distribuição das crianças segundo tipo de alojamento ao nascer e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.	109
Figura 59 - Distribuição das crianças segundo local da primeira consulta de puericultura e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.	109
Figura 60 - Distribuição das crianças segundo número de serviços de saúde usados no primeiro ano de vida e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.	109
Figura 61 - Distribuição das crianças segundo tempo médio de espera e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.	110
Figura 62 - Distribuição das crianças segundo nota dada ao serviço de saúde e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.	110
Figura 63 - Distribuição das crianças segundo reclamação quanto à espera e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.	110

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Variáveis sociais, nutricionais e assistenciais significativas, acurácia, significância para o modelo com as variáveis sociais e outro modelo para as gestantes, Campinas, 1992/93.	111
Quadro 2 - Variáveis sociais, nutricionais e assistenciais significativas, acurácia, significância para o modelo com as variáveis sociais e outro modelo para os recém-nascidos, Campinas, 1992/93/94.	112
Quadro 3 - Variáveis sociais, nutricionais e assistenciais significativas, acurácia, significância para o modelo com as variáveis sociais e outro modelo para as crianças, Campinas, 1992/93.	113
Quadro 4 - Distribuição das variáveis significativas, em análise simplificada, para os tipos de serviço de saúde utilizados pelo grupo materno-infantil, Campinas, 1992/93/94.	114
Quadro 5 - Distribuição das variáveis sociais e nutricionais significativas, em análise simplificada, conforme "odds-ratio" (OR), intervalo de confiança (IC) para os tipos de serviço de saúde utilizados pelas gestantes e recém-nascidos, Campinas, 1992/93/94.	115
Quadro 6 - Distribuição das variáveis sociais e nutricionais significativas, em análise simplificada, conforme "odds-ratio" (OR), intervalo de confiança (IC) para os tipos de serviço de saúde utilizados pelas crianças, Campinas, 1992/93.	116
Quadro 7 - Distribuição das variáveis assistenciais significativas, em análise simplificada, conforme "odds-ratio" (OR), intervalo de confiança (IC) para os tipos de serviços de saúde utilizados pelas gestantes e recém-nascidos, Campinas, 1992/93/94.	117
Quadro 8 - Distribuição das variáveis assistenciais significativas, em análise simplificada, conforme "odds-ratio" (OR), intervalo de confiança (IC) para os tipos de serviços de saúde utilizados pelas crianças, Campinas, 1992/93.	118
Quadro 9 - Distribuição das variáveis assistenciais de impacto, significativas em análise simplificada, conforme risco relativo (RR), intervalo de confiança (IC) para os tipos de serviços de saúde utilizados pelas gestantes, Campinas, 1992/93.	118

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das gestantes segundo idade por ocasião do parto e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.	32
Tabela 2 - Distribuição das gestantes segundo estado civil e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.	33
Tabela 3 - Distribuição das gestantes segundo ocupação e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.	33
Tabela 4 - Distribuição das gestantes segundo anos de estudo e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.	33
Tabela 5 - Distribuição das gestantes segundo número de gestações anteriores e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.	34
Tabela 6 - Distribuição das gestantes não primigestas segundo número de abortos anteriores e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.	34
Tabela 7 - Distribuição das gestantes segundo tabagismo e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.	34

Tabela 8 - Distribuição das gestantes tabagistas segundo número de cigarro e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.....	35
Tabela 9 - Distribuição das gestantes segundo número de filhos gerados vivos e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.....	35
Tabela 10 - Distribuição das gestantes segundo número de pessoas na família e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.....	36
Tabela 11 - Distribuição das gestantes segundo características de moradia e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.....	37
Tabela 12 - Distribuição das gestantes segundo características de saneamento ambiental e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.....	38
Tabela 13 - Distribuição das gestantes segundo renda familiar mensal per capita e serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.....	38
Tabela 14 - Distribuição das gestantes segundo classe social e tipo de serviço de saúde, Campinas, 1992.....	39
Tabela 15 - Distribuição das gestantes segundo altura e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.....	42
Tabela 16 - Distribuição das gestantes segundo estado nutricional pré-gestacional e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.....	42
Tabela 17 - Ganho de peso por trimestre de gestação e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.....	43
Tabela 18 - Distribuição das gestantes segundo consumo de alimentos por subgrupo durante a gestação e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.....	46
Tabela 19 - Média (M) e Desvio Padrão (DP) do consumo diário de energia e macronutrientes durante a gestação e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.....	46
Tabela 20 - Distribuição das gestantes segundo porcentagem de filhos amamentados e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.....	47
Tabela 21 - Distribuição das gestantes segundo local da primeira consulta ao pré-natal e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.....	49
Tabela 22 - Distribuição das gestantes segundo idade gestacional na primeira consulta ao pré-natal e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.....	50
Tabela 23 - Distribuição das gestantes que concluíram o seguimento com recém-nascido segundo o número de consultas realizadas durante a gestação e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.....	50
Tabela 24 - Distribuição das gestantes segundo tempo médio de espera para as consultas de pré-natal e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.....	51
Tabela 25 - Distribuição das gestantes segundo tempo médio das consultas de pré-natal e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.....	52
Tabela 26 - Distribuição das gestantes segundo nota média dada às consultas de pré-natal e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.....	52
Tabela 27 - Nota média segundo motivo e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.....	53
Tabela 28 - Prevalência de reclamações e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.....	53
Tabela 29 - Distribuição das gestantes segundo doença referida durante o seguimento e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.....	55

Tabela 30 -Distribuição das gestantes segundo local de parto e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.....	55
Tabela 31 -Distribuição das gestantes segundo tipo de parto e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.....	56
Tabela 32 -Distribuição das gestantes segundo tipo de alojamento e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.....	56
Tabela 33 -Distribuição dos recém-nascidos segundo sexo e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.....	59
Tabela 34 -Distribuição dos recém-nascidos segundo idade por ocasião da primeira entrevista e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.....	61
Tabela 35 -Distribuição dos recém-nascidos segundo peso ao nascer e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.....	62
Tabela 36 -Distribuição dos recém-nascidos segundo perda de peso proporcional em relação ao peso ao nascer até a data da alta hospitalar e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.....	62
Tabela 37 -Distribuição dos recém-nascidos que concluíram o seguimento vivos segundo faixa de percentil de peso, sexo e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.....	63
Tabela 38 -Distribuição dos recém-nascidos que concluíram o seguimento vivos segundo faixa de percentil de altura, sexo e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.....	65
Tabela 39 -Idade (em dias) de introdução de alimentos no primeiro semestre de vida para os recém-nascidos que concluíram o seguimento segundo tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/92/94.....	67
Tabela 40 -Distribuição dos recém-nascidos segundo local de parto e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.....	68
Tabela 41 -Distribuição dos recém-nascidos segundo o tipo de parto e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.....	68
Tabela 42- Distribuição dos recém-nascidos segundo tipo de alojamento e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93/94.....	69
Tabela 43- Distribuição dos recém-nascidos segundo local da primeira consulta à puericultura e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.....	69
Tabela 44- Distribuição dos recém-nascidos, que concluíram o estudo vivos, segundo o número de serviços da saúde usados durante o primeiro ano de vida e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93/94.....	69
Tabela 45 -Prevalência dos serviços da saúde usados pelos recém-nascidos durante o seguimento e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93/94.....	70
Tabela 46 -Distribuição dos recém-nascidos segundo idade na primeira consulta à puericultura e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.....	70
Tabela 47 -Distribuição dos recém-nascidos segundo número de consultas realizadas durante o primeiro ano de vida e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93/94.....	71
Tabela 48 -Distribuição dos recém-nascidos segundo tempo médio de espera para as consultas realizadas no primeiro ano de vida e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93/94.....	71
Tabela 49 -Distribuição dos recém-nascidos segundo tempo médio das consultas no primeiro ano de vida e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93/94.....	72

Tabela 50 - Distribuição dos recém-nascidos segundo nota média dada pelas mães às consultas de puericultura e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93/94.....	72
Tabela 51 - Motivo da nota segundo o tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93/94.....	73
Tabela 52 - Prevalência de reclamações conforme o tipo de serviço de saúde, Campinas, 1992/93/94.....	73
Tabela 53 - Prevalência de orientações e esclarecimentos quanto ao crescimento da criança, idade de vacinação e alimentação adequada durante o primeiro ano de vida e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93/94.....	74
Tabela 54 - Distribuição dos recém-nascidos quanto à imunização conforme a idade durante o seguimento e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93/94.....	74
Tabela 55 - Distribuição dos recém-nascidos que concluíram o seguimento segundo número de doenças até o final do primeiro ano de vida e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93/94.....	75
Tabela 56 - Prevalência das doenças referidas durante o seguimento e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93/94.....	75
Tabela 57 - Prevalência das doenças referidas durante o primeiro ano de vida e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93/94.....	76
Tabela 58 - Distribuição das crianças segundo idade por ocasião da primeira entrevista e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.....	81
Tabela 59 - Distribuição das crianças segundo sexo e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.....	82
Tabela 60 - Distribuição das crianças segundo idade das mães por ocasião do parto e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.....	82
Tabela 61 - Distribuição das crianças segundo estado civil das mães e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.....	82
Tabela 62 - Distribuição das crianças segundo ocupação das mães e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.....	83
Tabela 63 - Distribuição das crianças segundo anos de estudo das mães e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.....	83
Tabela 64 - Distribuição das crianças segundo número de irmãos e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.....	84
Tabela 65 - Distribuição das crianças segundo número de pessoas na família e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.....	84
Tabela 66 - Distribuição das crianças segundo características de moradia e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.....	85
Tabela 67 - Distribuição das crianças segundo características de saneamento ambiental e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.....	86
Tabela 68 - Distribuição das gestantes segundo renda familiar mensal per capita e serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.....	86
Tabela 69 - Distribuição das crianças segundo classe social e tipo de serviço de saúde, Campinas, 1992.....	87
Tabela 70 - Distribuição das crianças segundo peso ao nascer e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.....	89
Tabela 71 - Distribuição das crianças segundo perda de peso proporcional em relação ao peso ao nascer até a data da alta hospitalar e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.....	89

Tabela 72 -Distribuição das crianças que concluíram o estudo segundo faixa de adequação de percentil de peso, sexo e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.	92
Tabela 73 -Distribuição das crianças que concluíram o estudo segundo faixa de adequação de percentil de altura, sexo e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.	92
Tabela 74 -Distribuição das mães das crianças segundo porcentagem de filhos anteriores amamentados e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.	93
Tabela 75 -Idade (em dias) de introdução de alimentos no primeiro ano de vida segundo tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.	94
Tabela 76 -Distribuição das mães das crianças segundo local do pré-natal e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.	97
Tabela 77 -Distribuição das crianças segundo local de parto e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.	98
Tabela 78 -Distribuição das crianças segundo o tipo de parto e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.	98
Tabela 79 -Distribuição das crianças segundo tipo de alojamento e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.	99
Tabela 80 -Distribuição das crianças segundo maturidade gestacional ao nascer e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.	99
Tabela 81 -Distribuição das crianças segundo local da primeira consulta à puericultura e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.	100
Tabela 82 -Distribuição das crianças segundo o número de serviços de saúde usados durante o primeiro ano de vida e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.	100
Tabela 83 -Prevalência dos serviços de saúde usados pelas crianças durante o seguimento e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.	101
Tabela 84 -Distribuição das crianças segundo idade na primeira consulta à puercultura e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.	101
Tabela 85 -Distribuição das crianças segundo número de consultas realizadas durante o primeiro ano de vida e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.	102
Tabela 86 -Distribuição das crianças segundo tempo médio de espera para as consultas realizadas no primeiro ano de vida e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.	102
Tabela 87 -Distribuição das crianças segundo tempo médio das consultas no primeiro ano de vida e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.	103
Tabela 88 -Distribuição das crianças segundo nota média dada pelas mães às consultas de puericultura e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.	103
Tabela 89 -Nota média segundo motivo e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.	104
Tabela 90 -Prevalência de reclamações e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.	104
Tabela 91 -Prevalência de orientações e esclarecimentos quanto ao crescimento da criança, idade de vacinação e alimentação adequada durante o primeiro ano de vida e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.	106

Tabela 92 -Distribuição das crianças quanto à imunização conforme a idade durante o seguimento e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.	107
Tabela 93 -Distribuição das crianças segundo número de doenças até o final do primeiro ano de vida e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.	107
Tabela 94 -Prevalência das doenças referidas durante o seguimento e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.	107
Tabela 95 -Prevalência das doenças referidas durante o primeiro ano de vida e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.	108

RESUMO

Inicialmente, a partir da revisão da literatura sobre avaliação de serviços de saúde e epidemiologia da saúde materno-infantil, justificamos a importância de avaliar os serviços de saúde, públicos e privados, utilizados pela população materno-infantil, enquanto impacto das ações de saúde (resultados), a partir de indicadores do processo de assistência à saúde, guardadas as devidas dimensões próprias da epidemiologia de modo a incorporar o conceito de risco/proteção ("marcador"). Em decorrência, fornecer subsídios para o planejamento em saúde a fim de contribuir para a consolidação do Sistema Único de Saúde, conforme consta dos nossos objetivos. A metodologia usada é o estudo tipo coorte junto à população materno-infantil do Jardim Campos Eliseos, periferia do município de Campinas, caracterizada conforme a situação social (condições de vida, condições de moradia e condições de saneamento), nutricional (antropometria, alimentação e amamentação) e assistencial (demanda de saúde, processo de assistência, impacto das ações de saúde e participação popular no sistema de saúde) no que se refere aos equipamentos de saúde, conforme o tipo de serviço utilizado. Os resultados mostram que houve uma melhora geral no quadro epidemiológico das populações estudadas, independente do tipo de serviço de saúde utilizado. Encontrou-se diferença significativa, entre as populações dos diferentes serviços, quanto às variáveis sociais para renda, anos de estudo materno e localização da moradia, quanto às variáveis nutricionais para estado nutricional pré-gestacional, ganho de peso na gestação e consumo de frutas para as gestantes e idade de introdução de frutas para as crianças. Quanto aos indicadores de processo, observou-se diferença para idade na primeira consulta de pré-natal e puericultura, tempo de espera, número de serviços de saúde utilizados pela criança e satisfação com o atendimento, negativamente para o serviço público. No que se refere aos indicadores de impacto, encontrou-se diferença para tipo de parto e tipo de alojamento ao nascer, negativamente para o serviço privado. Sugere-se a adoção destes indicadores na monitorização da avaliação de serviços de saúde, buscando a melhoria do atendimento público e o direito à saúde de alta qualidade para todos os cidadãos.

ABSTRACT

EVALUATION OF HEALTH SERVICES: AN EPIDEMIOLOGIC APPROACH.

These are two kinds of health services in Brazil: public and private. Although, the Brazilian Constitution states public health services as an universal right, there are a lot of forces against it, not permitting the expansion of the public health system named Sistema Único de Saúde (SUS). This study evaluates both health services by the analysis of a maternal-child population living in Jardim Campos Elísios, a neighborhood of Campinas, São Paulo. A cohort study with pregnant women until the delivery, their babies until one year old, and children with less than 6 months old up to one year, was developed. The variables studied were social and nutritional status, and health care according to the type of service. The results show a general improvement in community health conditions and significant differences between the two kinds of people who use the types of services in following aspects: family income, maternal school grade, living conditions, weight gain during pregnancy, and fruit intake for pregnant women and children. Analyzing the health care variables, data show difference at the age of the first appointment for the pregnant and the child, patient waiting time, patient satisfaction, number of different services units used by the children, type of delivery and accommodation for the newborn. These indicators are recommended for the evaluation and monitoring of health care services.

SÍNTESIS

EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD: UN ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO

Hay en Brasil dos tipos de servicios de salud: el público y el privado. En los últimos años, la Constitución Federal de Brasil ha establecido el Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre sus principios fundamentales se ha definido la universalidad de los servicios públicos. Sin embargo hay fuerzas contrarias a la extensión del SUS. En esta encuesta se ha promovido un estudio longitudinal prospectivo desde el embarazo hasta el primer año de vida de los niños. Las variables analizadas fueron las sociales, las nutricionales y también los factores relativos a la utilización de los servicios de salud. Se encontró diferencia significativa entre los servicios para las variables: ingreso familiar per capita, tiempo de escolaridad materna y local de morada, aumento de peso y la ingestión de frutas durante el embarazo y edad de introducción de frutas en la alimentación del niño. Con respecto a las variables asistenciales se encontró diferencia para la edad de la primera consulta en el programa de atención a la salud de las embarazadas y de los niños, tiempo de espera para la consulta, satisfacción con el servicio, cantidad de servicios utilizados por los niños, tipos de nacimiento y de acomodación del niño al nacer. Se sugiere el uso de estos indicadores para evaluar los servicios y acompañar la evolución de los mismos.

1. INTRODUÇÃO

Este estudo vem ao encontro das necessidades docente-assistenciais sentidas durante doze anos de trabalho em serviços de atenção primária à saúde. Neste período, temos desenvolvido, ainda que de forma fragmentada, investigações sobre o perfil nutricional dos usuários da rede básica. Nossos achados, muitas vezes, avaliam de forma indireta o próprio serviço de saúde pelas características dos métodos utilizados, que incluem entrevistas com a população e/ou levantamento de dados de prontuários. Além disto, a familiaridade com dados deste tipo nos permite superar esta abordagem fragmentada e específica e responder a questões mais abrangentes. Qual a oferta de serviços de saúde que atende às necessidades da população? Qual o comprometimento dos serviços com a atenção integral à saúde? Qual o impacto das ações dos serviços junto à população? Qual a participação popular nos serviços de saúde? Qual a qualidade dos serviços de saúde?

Enquanto projeto de estudo, projeto de vida, o trabalho nunca está pronto, dado à dinâmica dos serviços de saúde, dos conceitos, das práticas, das políticas sociais, especificamente das políticas de saúde. Mas este trabalho está concluído, conforme o planejado. Agora são novos passos, novos estudos, novos trabalhos, mas o mesmo projeto de vida.

Conseguimos vencer esta etapa, mas não foi fácil, nunca o ditado "na prática, a teoria é outra" foi tão apropriado. Concluído o estudo, é fundamental registrar as dificuldades encontradas, sempre relevadas no trabalho final.

Uma das maiores dificuldades teóricas foi transcender a tipificação de estudos tipo coorte, relatados nos diferentes tratados de epidemiologia, buscando sair da doença e traçar a dinâmica populacional. Além disto, a divisão em áreas, proposta pelo Curso de Saúde Coletiva, dificulta o entendimento global da questão da saúde. Não é possível separar epidemiologia, planejamento, ciências sociais, todas utilizadas neste trabalho (infelizmente não com a profundidade necessária) e demais áreas do campo de conhecimento da saúde.

Fora isto, a mesmice que em vários momentos se fez presente, exigindo novas discussões, novas leituras e reafirmação ou mudança dos pressupostos anteriores. A própria limitação quanto ao conhecimento da amplitude proposta neste estudo e da prática de análise de dados neste contexto.

Outras dificuldades permearam este trabalho: entrevistador que inventou dados, mães que não queriam despir os bebês devido ao frio, enchentes,

lamaceiros, entrevistadores expulsos por maridos irados, falta de padronização nas medidas de alimentos, carros atolados, quebrados ou batidos, balanças roubadas. A altura e o comprimento, apesar dos treinamentos, sempre se mostraram medidas não confiáveis. Como encontrar uma superfície lisa, para medir a estatura de gestantes e crianças, na favela? Como explicar para as mães que a criança precisa ficar esticadinha, apesar de chorar a maior parte das vezes?

No planejamento, considerei 30 minutos para a primeira entrevista e 10 a 15 para as demais. Esqueci de computar o tempo do cafezinho, do bolo feito especialmente para as entrevistadoras, do álbum de casamento, de orientações que se fizeram necessárias.

Após a revisão dos questionários, muitas vezes o retorno era necessário para esclarecer ou completar alguma informação. Diversas conferências nas listagens de dados e, sempre, novos erros. Exceto na última revisão, mas não juro.

A escolha do Jardim Campos Eliseos, como área de estudo, se deve ao fato de eu trabalhar no centro de saúde local desde 1984, tendo inclusive residido no bairro por 6 anos e dirigido o serviço de saúde por 2,5 anos, quando tive a oportunidade de conhecer e contatar as lideranças locais. Apesar da área de cobertura do Centro de Saúde Escola Jardim Campos Eliseos englobar parte de outro bairro, me restringi ao Jardim Campos Eliseos, devido à mudança do centro de saúde para outro local, em prazo não determinado, o que alteraria a área de cobertura, mas manteria o Jardim Campos Eliseos e, também, ao fato de encontrar muitos prédios residenciais de difícil acesso no outro bairro.

A falta de recursos não foi motivo de atraso da pesquisa. Muitos pesquisadores trabalharam voluntariamente, não tiveram férias, trabalharam todos os dias da semana e períodos do dia conforme a disponibilidade e a necessidade. Na próxima seleção de bolsistas devo considerar o potencial de levantamento e transporte de peso de cada candidato, afinal, os entrevistadores precisavam levar prancheta, fichas, lápis, borracha, antropômetro, fita métrica, balança portátil (12,1 kg!) e reserva de pilhas (1,3 kg) para o campo. Quanto ao material, um pouco da PUCCAMP, um pouco da UNICAMP (Universidade Estadual de Campinas) e o resto do próprio bolso. É, eu sou cidadã brasileira!

2. JUSTIFICATIVA

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), onde se consagra o princípio de saúde como direito de todos e dever do Estado, a rede de atendimento básico ganha nova dimensão. As Unidades Básicas de Saúde (UBSs) têm reconhecido constitucionalmente o seu papel de porta de entrada do Sistema, que deve conter outras estruturas de serviços mais complexos e especializados (níveis secundário e terciário), garantindo à população atendimento de alta qualidade. Na perspectiva da consolidação do SUS, muitos municípios têm dirigido seus esforços no sentido de ampliar a rede básica para garantir a universalização do atendimento. Entretanto, o modelo de medicina neoliberal e a própria prática popular, pelo histórico da falta (em quantidade e qualidade) de serviços públicos, além da fragilidade das autoridades em cumprir a Constituição, comprometem o sucesso deste modelo.

De fato, apesar da aprovação do SUS, as unidades básicas de saúde não têm cumprido o seu papel de porta de entrada do sistema. Vários motivos, ao nível local, podem ser citados, desde a falta de acesso da população ao serviço até a baixa resolutividade dos mesmos. Muitos sujeitos situam a precariedade dos serviços públicos (em contraposição aos privados) ao nível dos recursos oferecidos, o que, no meu entender, compromete a questão da universalidade da atenção proposta no SUS. Entendo, no entanto, que a aderência a um serviço de saúde é definida pela qualidade da atenção prestada e que um serviço público de boa qualidade é um componente importante na consolidação do SUS. Ao contribuir para a definição da qualidade em saúde, o usuário gera informações que permitem avaliar a possibilidade de sucesso ou fracasso de um dado serviço/sistema. Assim, torna-se fundamental a avaliação dos serviços de saúde, públicos e privados, sob a ótica das formas de utilização pela população, onde se deve considerar a demanda potencial e não apenas a espontânea e que sirva de base para o planejamento de ações voltadas às necessidades populares.

Avedis Donabedian tem sido citado (DOESSEL e MARSHALL, 1985; CAMPOS, 1988; ROEMER e MONTOYA-AGUILAR, 1988; VUORI, 1991) como o primeiro autor a sistematizar os métodos de avaliação em serviços de saúde, tendo como modelo a Teoria de Sistemas e como particularidade o fato de que o produto (atenção) é consumido pelo próprio consumidor (cliente) durante o processo. O autor considera três componentes básicos na avaliação de serviços de saúde: estrutura, processo e resultados, sendo que estes componentes

podem ser usados isoladamente ou combinados. No que se refere à estrutura dos serviços procura-se avaliar os recursos oferecidos, partindo do princípio de que bons recursos acarretarão um bom resultado final, utilizando dados sobre a organização administrativa, características físicas, equipamentos disponíveis e recursos humanos. A avaliação por processo de prestação de serviços é desenvolvida, na forma de auditoria, sobre a qualidade da assistência prestada, por meio da observação direta ou análise de dados dos registros de atenção à saúde, comparando-os com padrões e normas pré-estabelecidos. Quanto à avaliação dos resultados obtidos, procura-se desenvolver e aplicar indicadores do nível de saúde que indicam a qualidade do serviço, como esperança de vida, morbidade e mortalidade (DONABEDIAN, 1966).

Mais recentemente, acompanhando a tendência industrial, DONABEDIAN (1986, 1990, 1992a, 1992b e 1993) e outros autores (DEMLO, 1983; CLEARY e McNEIL, 1988; LOHR, 1988; ZASTOWNY et al, 1989) têm considerado a opinião do usuário como um fator importante na avaliação da qualidade da atenção à saúde, na medida em que ela reflete dados dos três componentes.

Alguns autores (DOESSEL e MARSHALL, 1985; LOHR, 1988) consideram reducionistas as avaliações por estrutura e processo, na medida em que se limitam a dimensionar os serviços de saúde. Neste sentido, a avaliação por resultados, apesar de tardia pois o processo já terá ocorrido, possibilitaria contextualizar a atenção à saúde e transcender esta dimensão descritiva. Outros autores (DEMLO, 1983; RHEE et al, 1987) têm trabalhado com "marcadores" (*tracers*) do impacto da atenção à saúde a fim de simplificar a avaliação por resultados.

No Brasil, poucos estudos sobre avaliação de serviços têm sido efetuados. Em geral, militantes da Reforma Sanitária, com o objetivo de colaborar para o sucesso do sistema público de saúde, têm realizado estudos para entender como se dá a dinâmica de utilização e valoração dos serviços básicos de saúde, principalmente a partir da década de 80.

Na Bahia, COSTA e colaboradores (1984) estudaram fichas clínicas de quatro centros de saúde de Salvador, referente ao atendimento de 1980, comparativamente a dados de 1976, constatando a precária qualidade, ainda que melhor com relação a 1976, destes serviços conforme indicadores de registros básicos nos prontuários, medicalização excessiva e acompanhamento de rotina.

CAMPOS (1988) estudou a resolutividade, pautada na efetividade dos serviços e na satisfação do usuário, de dois municípios do Interior de Minas Gerais em 1987, a partir de dados obtidos junto à população. Após a aplicação

de 5.018 questionários familiares, identificou como indicadores de resolutividade a cobertura vacinal em menores de 5 anos de idade e o cumprimento da concentração de atividades de assistência pré-natal em mulheres grávidas.

A partir da ficha clínica de 663 consultas médicas, MADUREIRA e colaboradores (1989) avaliaram a qualidade de um serviço primário de saúde em Paulínia, Estado de São Paulo. Como parâmetros de qualidade utilizaram as relações numéricas: consultas realizadas/exames subsidiários solicitados, consultas realizadas/medicamentos prescritos, consultas realizadas/consultas com prescrição e consultas realizadas/retornos pedidos, concluindo que estes índices são relativamente adequados para avaliar serviços de saúde.

TANAKA e ROSENBURG (1990), em 249 entrevistas junto a clientes de uma unidade ambulatorial de saúde do Município de São Paulo, Estado de São Paulo, em 1985/86, verificaram que o motivo da procura dos serviços de saúde da unidade se relacionava com a manifestação de doença, sendo que a maioria dos usuários apresentava-se satisfeita com o atendimento recebido e a resolução do seu problema.

Em 1987, PELICIONI e WESTPHAL (1991) avaliaram a qualidade do serviço de um centro de saúde de São Paulo, Estado de São Paulo, por meio da opinião de usuários. Entrevistaram 124 sujeitos, verificando que as necessidades e expectativas da população se relacionavam a causas curativas. Referem como um dos indicadores principais da satisfação do usuário a acessibilidade ao serviço e a satisfação com o atendimento recebido (atendimento médico e resolução do problema).

MOURA e colaboradores (1992a), em estudo caso-controle, realizado em 1988 no Município de Campinas, São Paulo, entrevistaram 300 sujeitos (usuários e não usuários de um centro de saúde), verificando que o principal motivo de procura dos serviços de saúde é a doença, inclusive no Centro de Saúde Escola que pressupõe o trabalho com a saúde e não com a doença.

Na prática, apesar do evidente avanço metodológico, estes estudos têm como ponto de partida o serviço de saúde e como estratégia a dimensão da atenção individual. Avalia-se basicamente o processo de prestação de serviços, a partir de estudos transversais. Do ponto de vista do usuário, os estudos têm sido dirigidos à avaliação da satisfação do/no atendimento. Praticamente não existem trabalhos que situam o objeto de estudo ao nível do coletivo e das demandas trazidas pelos usuários em potencial.

No que se refere à assistência à saúde, a atenção materno-infantil tem sido priorizada no planejamento e ações dos serviços de saúde, como uma das atividades básicas em atenção primária (OMS/UNICEF, 1978; UNGER e

KILLINGSWORTH, 1986; VERAS, 1988; FÉIX, 1990), sendo portanto um excelente indicador da qualidade destes serviços, quanto à assistência ao pré-natal, ao parto e à criança, garantindo a inserção do coletivo ao se buscar a demanda potencial e considerar como objeto de trabalho a saúde.

Diversos trabalhos nacionais mostram que vários fatores, ligados às condições de vida e, também, ao processo de prestação de assistência, interferem nas condições de saúde materno-infantil. Relatamos, a seguir, alguns deles.

Quanto à gestante, trabalhos de SIQUEIRA e colaboradores (1975a e 1975b e 1985) mostram que mulheres de baixo peso pré-gestacional e/ou com baixo ganho ponderal durante a gestação têm maior probabilidade de terem filhos prematuros e/ou pequenos para a idade gestacional que aquelas de adequado peso pré-gestacional e evolução ponderal normal na gestação. Por outro lado, mulheres com excesso de peso podem comprometer o desenvolvimento normal do feto, levando à prematuridade e ao nascimento de crianças grandes para a idade gestacional, além de dificultar o diagnóstico correto da idade gestacional levando a uma maior incidência de recém nascidos pós-termo.

ORTIZ (1982), LIPPI et al (1986) e MOURA et al (1990b) verificaram que a desnutrição materna durante a gestação é comum nas populações de baixa renda e é refletida por deficiente ganho de peso na gestação, principalmente no último trimestre, recém nascidos pré-termo e/ou pequenos para a idade gestacional. A desnutrição é mais grave em mulheres jovens, com baixo peso pré-gestacional e pequeno intervalo inter-gestacional, entre outros fatores .

O risco de recém-nascidos apresentarem desnutrição é maior em gestantes jovens, primigestas e/ou de baixa renda conforme Nunes (apud OLIVEIRA et al, 1983), Trindade e colaboradores (apud OLIVEIRA et al, 1983), BARROS et al (1984), SOUZA et al (1988), LOFFREDO e SIMÕES (1990) e SILVA et al (1992). Ainda, segundo Trindade e colaboradores, mulheres com mais de 30 anos, alto número de gestações anteriores e/ou de baixa renda apresentam maior risco de terem crianças prematuras.

Dados obtidos por SIQUEIRA et al (1975b, 1985 e 1986), BARROS et al (1987), CARNEIRO et al (1987) e SILVA et al (1992) mostram que outros fatores, além da idade materna e paridade, como patologias próprias ou associadas à gestação, tabagismo, etilismo e uso de drogas, também podem influenciar o crescimento fetal intra-uterino.

Dados da Estatística de Mortalidade - Brasil, 1980 indicam que as principais causas de óbito por causas maternas são os estados hipertensivos, as hemorragias, as infecções puerperais e o aborto (SIQUEIRA et al, 1984).

Estudo de LAURENTI e colaboradores (1984), em 1981 e 1982, com 13.130 gestantes, mostra alta mortalidade perinatal (35,2%), alta proporção de partos cesárea (30,2%) e de baixo peso ao nascer (11,1%), sendo que este foi cinco vezes maior nos nascidos mortos em relação aos nascidos vivos.

TANAKA e colaboradores (1989), analisando dados oficiais de 1980 a 1984, no Estado de São Paulo, constataram que apesar dos índices quantitativos satisfatórios ao nível do pré-natal (concentração de consultas/gestante) ocorreram taxas elevadas de natimortalidade, mortalidade materna e perinatal, o que coloca em dúvida a qualidade da atenção prestada. Encontraram, ainda, alto número de cesarianas (46%) e baixa cobertura (21%) de pré-natal pelos serviços públicos. As principais causas de óbito levantadas poderiam ser evitadas com assistência de alta qualidade e integração dos serviços de saúde, segundo os autores.

LIPPI e colaboradores (1989), estudando dados obstétricos de uma maternidade da periferia de São Paulo, encontraram alto índice de baixo peso ao nascer (16%), relacionado com baixa idade materna, assistência pré-natal deficiente, tabagismo e baixa idade gestacional por ocasião do parto.

ALEGRIA et al (1989) verificaram, num estudo comparativo com 349 parturientes de um serviço de obstetrícia da Grande São Paulo, que gestantes adolescentes têm assistência pré-natal deficiente, alta proporção de partos cirúrgicos e intercorrências intraparto.

SILVA et al (1992) encontraram associação entre baixo peso ao nascer e baixa escolaridade materna, cuidado pré-natal inadequado e alta paridade na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, em 1978 e 1979.

Dados de 1987 e 1988, obtidos por OSIS et al (1993), mostram associação entre características sócio-demográficas e comparecimento ao pré-natal, principalmente quanto ao nível de escolaridade da gestante. Os autores reforçam a necessidade de melhorar a cobertura e a qualidade da assistência pré-natal no Estado de São Paulo.

PUFFER e SERRANO (1973) encontraram, na Investigação Interamericana de Mortalidade na Infância, como problema, relacionado aos óbitos em crianças menores de 5 anos, a deficiência nutricional, explicitada pelo baixo peso ao nascer, desnutrição, doenças infecciosas (como sarampo e diarreia), desmame precoce, baixa cobertura de pré-natal, baixa escolaridade materna e saneamento básico precário, entre outros fatores.

Em 1978, YUNES (1983), estudando a mortalidade infantil no município de São Paulo, encontrou associação positiva com baixa renda, onde as causas de

óbito por doenças infecciosas, parasitárias e do aparelho respiratório predominaram. Verificou, também, associação positiva entre baixa renda e condições precárias de saneamento básico e baixo número de leitos hospitalares.

MONTEIRO (1979), estudando o peso ao nascer no Município de São Paulo, em 1976, verificou que a piora do nível de renda familiar e das condições de saneamento básico se relacionam com altas taxas de mortalidade infantil, além da falta de serviços públicos de pré-natal, de assistência ao parto e ao recém-nascido. O autor encontrou baixo peso ao nascer em 8,9% das crianças nascidas em maternidades privadas e 12,1% das nascidas em maternidades públicas.

A partir de análise multivariada, num estudo com 20.850 nascidos vivos no município de São Paulo em 1978, BENÍCIO et al (1985) identificaram como fatores de risco, para o baixo peso ao nascer, ausência de pré-natal, baixo peso materno pré-gestacional, tabagismo na gestação e baixa idade materna.

Num estudo tipo coorte com 5.914 recém-nascidos, seguidos até 1 ano de idade, VICTORA et al (1987) encontraram associação inversa entre peso ao nascer e mortalidade neonatal e pós-natal e associação direta entre baixa renda e peso ao nascer.

YUNES e colaboradores (1987), utilizando como indicadores a mortalidade infantil, de adolescentes e de mulheres em idade fértil, verificaram que precárias condições de vida e de assistência à saúde são fatores determinantes das mortes, uma vez que a maioria dos óbitos poderia ser evitada por vacinação ou tratamento preventivo, diagnóstico e tratamento precoce e saneamento ambiental. Os autores relacionam a baixa renda com a ausência de pré-natal ou com o baixo número de consultas no pré-natal, menor número de partos hospitalares e de cesarianas.

SAAD (1986), estudando a mortalidade infantil no Estado de São Paulo, encontrou, para o ano de 1983, como causas principais de morte as afecções perinatais, as infecções intestinais, a septicemia, a desnutrição, a desidratação e as broncopneumonias, associadas entre si ou com prematuridade do recém-nascido em geral.

VICTORA e colaboradores (1988), em estudo longitudinal com crianças do sul do país, obtiveram indicadores de saúde satisfatórios. No entanto, as famílias de baixa renda apresentaram maiores índices de recém-nascidos de baixo peso, mortalidade perinatal e infantil, hospitalização, crescimento deficiente e assistência precária à saúde, entre outros. Situação que poderia ser

melhorada por meio de serviços de saúde disponíveis e atenção de alta qualidade.

Dados semelhantes foram obtidos por MONTEIRO (1988), em estudo retrospectivo com crianças do Município de São Paulo. O estudo, apesar de mostrar dados favoráveis quanto ao estado de saúde e da assistência prestada, comparativamente a outras regiões do país, realça as diferenças quanto aos estratos sociais, onde as famílias de menor poder aquisitivo apresentam as piores condições.

Diversos autores têm relatado que o risco de adoecer e de morrer é muito menor em crianças amamentadas, principalmente nos 6 primeiros meses de vida, devido às propriedades espécie-específicas que o leite materno apresenta (MARTINS FILHO, 1976 e 1987; MULLER, 1981; GOLDENBERG et al, 1983; MONTEIRO et al, 1988; MOURA et al, 1989 e 1992b).

CESAR (1990), em estudo caso-controle, estudou o óbito infantil segundo variáveis maternas, infantis, ambientais e sócio-econômico-culturais em duas cidades do interior de São Paulo. O autor, a partir das variáveis associadas com o óbito infantil, construiu escalas de risco conforme o período (pré-natal, imediatamente anterior ao nascimento, nascimento e após o nascimento).

PHILIPPI (1990) realizou estudo transversal junto a crianças menores de cinco anos de idade, residentes em uma favela do Município de São Paulo, identificando 17 fatores de risco nutricional relacionados ao meio ambiente, perfil familiar, materno e da própria criança. A autora sugere a adoção de uma escala de risco nutricional, construída a partir destas variáveis, para uso em comunidades e serviços de saúde.

COHN et al (1991), num estudo descritivo, *"...sob a ótica da saúde como um direito a ser constituído"*, em duas populações do anel periférico (zona sul e zona leste) da cidade de São Paulo, verificaram que os *"...dados apontam que a questão das desigualdades sociais está estreitamente articulada com as representações sobre a saúde e doença, construídas na experiência cotidiana da população"*. A população, em geral, procura os serviços de saúde por motivo de doença (94,6 e 96,9%), sente falta de serviços básicos (40,0 e 40,2%), relata a dificuldade de acesso (transporte (30,3 e 25,3%), fila e espera para marcar consulta (26,5 e 10,8%), demora de atendimento e acúmulo de pessoas (50,8 e 31,4%)), situa a saúde como problema não prioritário (quinto e sétimo lugares) e considera que é melhor atendida no hospital privado (57,3 e 52,1%), entre outros achados.

RUMEL et al (1992), num estudo tipo coorte junto a recém-nascidos de Bauru, Estado de São Paulo, obtiveram, a partir de análise multivariada, como

fatores de risco de mortalidade entre 7 dias e 6 meses de idade, as seguintes variáveis: prematuridade, baixo peso ao nascer, gravidez não desejada, malformação congênita, mãe adolescente, analfabeta e solteira, desemprego, baixa renda familiar, irmãos menores de 4 anos e baixa concentração de consultas ao pré-natal.

MOURA (1993a e 1993b), em estudo longitudinal junto a gestantes e crianças até um ano de idade, encontrou, como fatores de risco de desnutrição: a desnutrição do início do pré-natal para a gestante ao final da gravidez; a prematuridade, o baixo ganho de peso materno na gestação e o tabagismo materno para a desnutrição do recém-nascido; a prematuridade, o peso ao nascer menor que 3001 gramas para desnutrição ao final do primeiro ano de vida. A partir destas variáveis foi elaborada escala de risco simplificada para uso no diagnóstico e avaliação em saúde.

Resumindo, as causas de mortalidade materna e perinatal estão fortemente associadas à má qualidade dos serviços de atenção à saúde. Doenças hipertensivas, principal causa de óbitos maternos ligada à gravidez, poderiam ser melhor controladas durante o pré-natal. Por outro lado, uma melhor indicação de partos cirúrgicos evitaria muitas mortes, por causas hemorrágicas, ligadas ao parto. Na infância, além das causas perinatais, as doenças diarreicas e do aparelho respiratório também contribuem como causa importante de mortalidade, podendo ter seu peso reduzido por um melhor atendimento da criança nos serviços básicos.

Como pode ser observado, os resultados finais apresentam ligação direta com o processo da prestação de assistência, ambos influenciados pelas condições de vida, que atua tanto no processo (determinando inclusive que assistência usar) como nos resultados (incorporando heranças do ambiente, por exemplo). A maior parte dos trabalhos situa os serviços de saúde (disponibilidade/qualidade) como fundamentais para a melhoria dos indicadores de saúde materno-infantil, consideradas as devidas dimensões sociais próprias da epidemiologia. No entanto, nenhum dos trabalhos analisa o perfil epidemiológico da população (sua característica, sua demanda) em relação aos diferentes tipos de serviços de saúde (público/privado) existentes e em relação ao binômio mãe-filho de um modo mais abrangente.

HOLLAND (1983) propõe o uso de estudos epidemiológicos para a avaliação em saúde, onde o fator em estudo poderia ser o tipo de serviço de saúde e o evento o resultado (impacto) obtido, associado ao fator em estudo. Para melhor controle das variáveis de confundimento, o autor propõe a análise multivariada, que auxilia, na minha opinião, a identificar e valorar os "marcadores", variáveis associadas ao fator em estudo.

De uma forma geral, os Tratados de Epidemiologia (KLEINBAUM et al, 1982; KELSEY et al, 1986; ROTHMAN, 1986; LILIENFELD & LILIENFELD, 1987) consideram a doença/morte como ponto de partida para os estudos epidemiológicos tradicionais (transversal, coorte, caso-controle). Entendo que o trabalho com a saúde, e não com a doença/morte, como evento a ser estudado, possibilitaria a compreensão do coletivo, da determinação social do processo de saúde, já que *"...o objeto de trabalho da saúde são as relações entre as condições de saúde de um organismo e seus determinantes"* (BOTOMÉ e SANTOS, 1984).

O conceito de risco, ainda que limitado, é uma boa alternativa para o planejamento em saúde (RIVERA, 1989; SALA, 1990), podendo ser utilizado também enquanto instrumento de avaliação. ORTIZ (1988) salienta, como uma das vantagens fundamentais, que *"...o enfoque de risco constitui uma filosofia de trabalho de caráter essencialmente preventivo e é o fundamento epidemiológico da regionalização da assistência à saúde"*. RIVERA (1989) coloca como fatores limitantes, ao enfoque de risco, a lentidão relativa dos estudos de risco epidemiológicos face à necessidade de rapidez de decisões no planejamento operacional e não inserção do social na análise da causalidade. No entanto, creio que o elenco de alguns "marcadores" possibilitaria a rapidez desejada ao planejamento operacional e a incorporação de variáveis relacionadas ao modo de vida e às práticas de saúde garantiria a inserção do social.

POSSAS (1989) considera *"...que a análise fundamentada no conceito de risco constitui a verdadeira base da epidemiologia como ciência, notadamente na sua dimensão social"*, apontando para *"...a necessidade de construção de mediações que dêem conta da complexa articulação entre as categorias de inserção sócio-econômica e os padrões populacionais de morbimortalidade"*. A autora propõe a operacionalização das determinações sociais por meio de duas categorias amplas: condições de vida e condições de trabalho, tomando a população como objeto da análise, e não a classe social, para determinar seu perfil epidemiológico.

O conceito de risco tem sido utilizado em Epidemiologia com o objetivo de facilitar a aplicação de modelos causais aos estudos populacionais. Segundo ALMEIDA FILHO e ROUQUAYROL (1990), *"...risco pode ser definido como a probabilidade de membros de uma determinada população desenvolverem uma dada doença ou evento relacionado à saúde em um período de tempo"*, assim o fator de risco, em contraposição ao fator de proteção, é aquele que determina a maior incidência da doença ou evento em questão.

Do ponto de vista coletivo, o evento a ser considerado no enfoque do risco, como fator de proteção, é a saúde, enquanto resultante de um conjunto de condições socialmente determinadas.

O estado de nutrição, além das taxas de morbidade e de mortalidade, como parte do estado de saúde, pode ser utilizado como um indicador na avaliação dos serviços, garantindo a inserção do social (BEGHIN et al, 1988; BATISTA FILHO e SHIRAIWA, 1989), uma vez que é conhecida a etiologia social na determinação do estado nutricional (VALENTE, 1986; MINAYO, 1986; BOSI, 1988; GOLDENBERG, 1988; MONTEIRO, 1988; VICTORA et al, 1988; MOURA et al, 1990a).

A utilização mais objetiva de dados já existentes nos serviços, antes da geração de novos dados, é citada por vários autores (LOUREIRO et al, 1986; PELLEGRINI FILHO et al, 1986; BEGHIN et al, 1988; BATISTA FILHO e SHIRAIWA, 1989), sendo fundamental para a avaliação dos serviços, garantindo maior agilização nas decisões de planejamento. Nos programas de atendimento materno-infantil informações sobre condições de nascimento, crescimento e alimentação fazem parte, tradicionalmente, da rotina de atendimento dos serviços.

É importante ressaltar a proposta de serviço implantada pela Secretaria Municipal da Saúde de Campinas, em 1989, no sentido da reorganização dos serviços de saúde no município, a partir da criação de *"...uma nova consciência sanitária entre os trabalhadores de saúde e a maioria da sociedade"* (CAMPOS, 1991), tentando resgatar o papel de porta de entrada do sistema de saúde e estruturar os Centros de Saúde de modo que sua resolutividade se torne mais eficaz (CAMPOS, 1990 e 1991). Nesta fase de reorganização dos serviços se evidencia a importância do papel da epidemiologia no planejamento e na avaliação, com o objetivo de subsidiar o melhor desempenho dos mesmos, além de garantir a caminhada em direção à Reforma Sanitária, entendida como parte do conjunto de uma mudança social e não apenas a reordenação administrativa dos serviços de saúde (AROUCA, 1988; ABRASCO, 1989; CAMPOS, 1989). Deve-se salientar a importância de mobilizar a parcela da população normalmente ausente no processo das transformações sociais como prática política necessária à Reforma Sanitária. Deste modo, a participação popular, uma das diretrizes básicas do SUS, passa não apenas pela pequena parcela organizada da população, mas também pela busca dos que não participam. A organização das atividades de saúde deve levar em consideração não apenas a demanda passiva, mas sim a demanda potencial, isto é, toda a população da área programática (TONEY et al, 1985; CAMPOS, 1989; VALLA e SIQUEIRA, 1989; SALA, 1990; SCHRAIBER, 1990; TANAKA e ROSENBERG, 1990).

Das linhas colocadas, a que se refere aos resultados finais do atendimento, no meu entender, é a que melhor responde às diretrizes colocadas pelo SUS, na

medida em que a participação do serviço na saúde do indivíduo é parte de um conjunto de fatores que determinam o perfil epidemiológico de uma determinada população. Assim, o estado de saúde da população pode ser avaliado enquanto resultado da interação ou falta de interação com os serviços de saúde.

A avaliação tem um papel importante, enquanto diagnóstico estratégico, na consolidação do SUS. A incorporação de diferentes atores sociais potenciais permite uma avaliação global do processo de Reforma Sanitária em desenvolvimento no país. A relação entre a utilização de diferentes tipos de serviços e as características da população, incluindo a demanda sentida e a satisfação obtida, de acordo com indicadores do processo de prestação e do resultado final possibilita a validação da importância do sistema e a explicitação das características individuais e diferenças dos serviços utilizados como porta de entrada.

Vários setores e autores têm relatado a necessidade emergente de pesquisas fundamentadas na epidemiologia, isto é, de acordo com as reais necessidades da população, que possibilitem a avaliação e o planejamento dos serviços de saúde em direção às diretrizes propostas pelo SUS (REZENDE, 1986; VASCONCELOS, 1988; ABRASCO, 1989; RODRIGUES FILHO, 1989; VALLA e SIQUEIRA, 1989; GOLDBAUM, 1992).

Neste sentido, os serviços de saúde, utilizados pela população materno-infantil, foram avaliados a partir de um desenho epidemiológico que contempla o conceito de risco/proteção e permite a avaliação do impacto das ações de saúde junto à população, de acordo com os diferentes tipos de serviços de saúde utilizados e suas formas (processo) de prestação de assistência.

A importância deste estudo se dá não só pelo conhecimento das características da população usuária de diferentes serviços, do processo cotidiano da demanda e usos dos serviços de saúde, da representação social que os diferentes grupos têm sobre saúde-doença, mas também pela possibilidade de contribuir para a consolidação do Projeto Coletivo (SMEKE e MOURA, 1991) construído pela equipe de trabalhadores do Centro de Saúde Escola Jardim Campos Eliseos da PUCCAMP, não apenas como diagnóstico mas principalmente como resposta às necessidades de saúde da população pela qual é responsável, e que tem como marco referencial a Reforma Sanitária.

3. OBJETIVOS

3.1. GERAL

Avaliar os serviços de saúde, público e privado, utilizados pela população materno-infantil, a partir de um desenho epidemiológico.

3.2. ESPECÍFICOS

Identificar os serviços de saúde utilizados pela população materno-infantil.

Descrever a população estudada conforme as características sociais, nutricionais e assistenciais, de acordo com o tipo de serviço de saúde utilizado.

Determinar os indicadores do processo de assistência à saúde para a população em estudo, conforme o tipo de serviço de saúde utilizado.

Verificar as diferenças entre a população usuária do serviço público e a do serviço privado quanto às características sociais, nutricionais e assistenciais.

Identificar as variáveis sociais, nutricionais e assistencias mais significativas das características estudadas.

Verificar o impacto das ações de saúde nesta população, de acordo com o tipo de serviço de saúde utilizado.

Identificar "marcadores" para a avaliação dos serviços de saúde, conforme indicadores de processo de assistência à saúde e resultado das ações de saúde junto à população materno-infantil.

4. METODOLOGIA

4.1. TIPO DE ESTUDO

Estudos descritivo e analítico foram realizados junto à população materno-infantil do Jardim Campos Eliseos em visitas domiciliares mensais à gestante, ao recém-nascido e à criança durante o primeiro ano de vida.

Os estudos foram desenvolvidos em duas etapas: a primeira, transversal, para descrição das características sociais vigentes, nutricionais e assistenciais presentes e progressas; e, a segunda, longitudinal observacional, tipo coorte, para descrição das características nutricionais e assistenciais prospectivas, além de eventuais alterações sociais em relação à etapa transversal.

Os serviços de saúde foram avaliados, conforme o tipo (público e privado), de acordo com as variáveis identificadas como significativas, a partir da análise estatística simplificada, por análise de sobrevivência e regressão logística, a fim de limitar a interferência das variáveis de confundimento na análise do modelo em estudo.

"Marcadores" para a avaliação dos serviços de saúde foram selecionados por análise do "odds-ratio", para determinar a probabilidade de pertencer a um tipo de serviço ou outro, e do risco relativo, para verificar o risco/proteção das variáveis de impacto das ações de saúde conforme o tipo de serviço de saúde.

4.2. ÁREA DE ESTUDO

O Jardim Campos Eliseos (anexo I), bairro da periferia do município de Campinas, Estado de São Paulo, situa-se paralelamente à via Anhanguera, entre duas importantes vias de acesso com transporte público. Conta com rede de água, luz, esgoto e asfalto. Mantém uma atividade comercial intensa que garante aos moradores o atendimento de todas as suas necessidades. Possui escolas estaduais de primeiro e segundo graus, pré-escolas particulares e municipais. Não possui área de lazer. Apresenta 3 bolsões de pobreza (espaço aglomerado, caracterizado por favelas em processo de urbanização) com precárias condições de saneamento básico, onde a população residente ganha

menos de 1/4 de salário mínimo familiar mensal per capita¹. É constituído por aproximadamente 2 mil domicílios, contando com uma população estimada em cerca de 10 mil habitantes², sendo 219 (2,19%) gestantes e 243 (2,43%) crianças menores de 1 ano de idade³.

Compõe um distrito sanitário formado pelo Centro de Saúde Escola Jardim Campos Eliseos da PUCCAMP, responsável pela cobertura de sua área física, por vários Centros de Saúde Municipais, por Ambulatórios Especializados e pelo Hospital Universitário da PUCCAMP, atendendo aos princípios de regionalização e hierarquização do SUS. A presença de grupos religiosos e políticos organizados têm garantido a conquista de diversos direitos dos cidadãos, inclusive saúde, contando oficialmente com o Conselho Local de Saúde.

O bairro, em questão, caracteriza-se por apresentar uma grande heterogeneidade de grupos populacionais, de diferentes estratos sociais, dependentes dos mais diversos serviços de saúde oferecidos, desde públicos até privados. É composto, na sua maioria, por trabalhadores da construção civil, metalúrgicos e profissionais liberais.

4.3. POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população de estudo é o grupo materno-infantil, composto pelo universo de gestantes durante o período de gestação e por seus bebês, produtos destas gestações, durante o primeiro ano de vida, além de crianças menores de 6 meses de idade, até o final do primeiro ano de vida, comportando um total de três coortes, chamadas, respectivamente, gestantes, recém-nascidos e crianças.

Para a identificação das gestantes e das crianças foi realizado, na área de estudo, censo domiciliar, após a divulgação dos objetivos do trabalho junto às lideranças locais. A área foi dividida em 4 partes, conforme características de densidade populacional, distância dos serviços de saúde e urbanização. Cada parte ficou sob a responsabilidade de uma dupla de recenseadores/entrevistadores, que iniciaram e desenvolveram o trabalho simultaneamente em todas as partes, de modo que cada dupla concluísse o recenseamento, no

1. MOURA, E.C. Dados não publicados, 1984.

2. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo, 1991. Dados não publicados, 1993.

3. Núcleo de Informação e Planejamento, Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura Municipal de Campinas, 1991.

máximo, em 2 (dois) meses, levando em consideração que muitas pessoas poderiam não ser encontradas na(s) primeira(s) visita(s), necessitando de revisita(s).

Nesta ocasião foram identificados os domicílios onde residiam gestantes e crianças menores de 6 meses (anexo II) e a cada uma delas (ou seu responsável) explicado o motivo e a importância da pesquisa e solicitado concordância (anexo III), por escrito, para participar da mesma. A partir daí, o indivíduo em estudo foi visitado mensalmente até o final do seguimento, quando recebeu certificado de participação no estudo (anexo IV). A participação dos indivíduos no estudo foi voluntária, o sigilo das informações obtidas foi garantido, podendo o sujeito desistir do estudo no decorrer do mesmo.

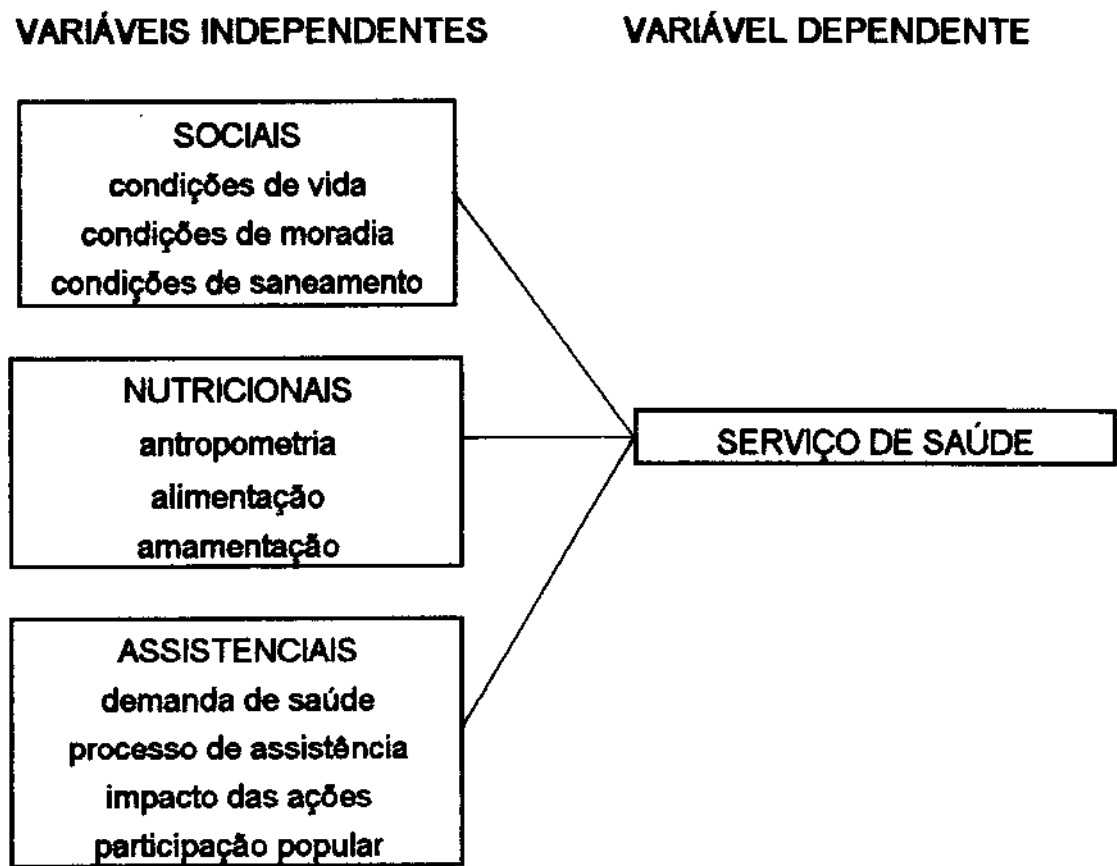
Os instrumentos para a coleta de dados foram desenvolvidos a partir de instrumentos anteriormente utilizados em outros estudos em populações semelhantes à estudada. A característica deste estudo permitiu dinamizar a utilização, em campo, dos instrumentos de observação, possibilitando a checagem e obtenção de novas informações no decorrer do estudo, conforme a evolução da pesquisa. Apresentamos os modelos dos instrumentos usados na primeira coleta de dados (anexos V e VI).

As respostas foram pré-codificadas, quando possível, e os entrevistadores treinados previamente a fim de garantir a confiabilidade dos instrumentos. O controle da qualidade dos dados coletados foi feito, em revisita, logo após a entrevista, para verificação do preenchimento adequado dos instrumentos em cerca de 5% da amostra estudada e em todos os questionários imediatamente após a sua aplicação.

A opção pelo universo da população e pela composição das três coortes se justifica pelos dados encontrados em outros estudos (MOURA et al, 1991; BARROS et al, 1993), que indicam uma superestimação da população materno-infantil nesta região, cujo valor real deve estar próximo à metade do oficialmente estimado, pela possibilidade de não identificar/encontrar os sujeitos eleitos para o estudo após 3 (três) visitas consecutivas, pelas possíveis recusas em ingressar no estudo e perdas no decorrer do seguimento.

4.4. FORMULAÇÃO DE HIPÓTESES

O desenho abaixo mostra as variáveis estudadas.



Fixando o tipo de serviço de saúde (público e privado) como variável dependente, esperava encontrar: associação positiva entre serviço público e precárias condições de vida, moradia e saneamento quanto às características sociais, pela característica SUS-dependente desta população; associação positiva entre serviço público e desnutrição, deficiência alimentar e maior tempo de amamentação quanto às características nutricionais; associação positiva entre serviço público e maior demanda de saúde, melhores indicadores do processo de assistência (exceto tempo de espera), impacto positivo sobre a saúde e maior participação popular quanto às características assistenciais.

Quanto aos indicadores de ações de saúde, esperava encontrar "marcadores" semelhantes para os serviços público e privado.

4.5. VARIÁVEIS ESTUDADAS E SEUS CRITÉRIOS DE MEDIDA

4.5.1. VARIÁVEL DEPENDENTE

4.5.1.1. SERVIÇO DE SAÚDE

Os serviços de saúde foram classificados em público e privado, de acordo com o nível de atenção e a vinculação com o SUS. Para este estudo foram considerados serviços públicos o centro de saúde local (CE), os demais centros de saúde escola ligados à PUCCAMP e os centros de saúde municipais (CS), os Postos de Atendimento Médico municipalizados, os Hospitais Universitários da PUCCAMP e da UNICAMP (HU), o Hospital Municipal Mário Gatti (HMMG) e os hospitais privados credenciados junto ao SUS quando o atendimento foi público. Foram considerados serviços privados os consultórios, clínicas e hospitais ligados à medicina de grupos (convênios) e os particulares. Foram considerados Ambulatórios de Especialidades (AE) os Postos de Atendimento Médico e as consultas em hospitais privados credenciados junto ao SUS.

Foi considerado usuário do serviço público o indivíduo que apresentou maior número de consultas nos serviços públicos durante o seguimento, desde a primeira consulta ao pré-natal, e usuário do serviço privado aquele que apresentou maior número de consultas nos serviços privados. Houve um caso de perda, no qual o sujeito em estudo ainda não havia realizado nenhuma consulta médica. Foi, então, considerado o potencial de uso de serviços de saúde da família, questionado na primeira entrevista.

4.5.2. VARIÁVEIS INDEPENDENTES

4.5.2.1. COMPONENTE SOCIAL

4.5.2.1.1. A GESTANTE

Para a caracterização das gestantes foram levantados, em inquérito domiciliar, dados sobre idade (data de nascimento), estado civil, ocupação, escolaridade, número de gestações anteriores, número de abortos, hábito de

tabagismo, presença de etilismo, uso de drogas alucinógenas e número de filhos.

Para a gestante foi considerada a idade por ocasião do parto. No caso de perdas, a idade por ocasião do parto foi calculada a partir da data da última menstruação (DUM), acrescentando-se 280 dias a esta data para as não primigestas e 284 para as primigestas (REZENDE et al, 1992). Processo inverso foi realizado, quando se conhecia a data do parto e não se conhecia a DUM, para o cálculo da idade gestacional por ocasião da primeira consulta ao pré-natal e das entrevistas. Para fins de cálculo da idade materna por ocasião do parto, no caso de perda e não conhecimento da DUM (um caso), a idade gestacional foi considerada a média do grupo de gestantes que ainda não haviam realizado a consulta ao pré-natal, por ocasião da primeira entrevista, e que concluíram o seguimento até recém-nascido.

Em relação ao estado civil, foram consideradas casadas as gestantes que tinham companheiro fixo e solteiras as demais.

Quanto à escolaridade, questionou-se sobre o último período escolar concluído, que foi utilizado para calcular anos de estudo, sem considerar as séries repetidas.

4.5.2.1.2. A CRIANÇA

Para a caracterização das crianças foram levantados, em inquérito domiciliar, dados sobre idade (data de nascimento), sexo, idade da mãe (data de nascimento), estado civil da mãe, ocupação da mãe, escolaridade da mãe e número de irmãos.

Quanto à criança, também foi considerada a idade materna por ocasião do parto.

Em relação ao estado civil, foram consideradas casadas as mães que tinham companheiro fixo e solteiras as demais.

Para a escolaridade foi utilizado o mesmo critério descrito para as gestantes.

4.5.2.1.3. A FAMÍLIA

Para a caracterização das condições de vida da família, tanto da gestante como da criança, foram levantados dados sobre o número de pessoas residentes, condições de moradia (localização, posse, tipo de construção, número de cômodos, número de pessoas por cômodo), condições de saneamento ambiental (abastecimento de água, coleta de esgoto, coleta de lixo), posse de alguns equipamentos (fogão a gás, geladeira, televisão e rádio), renda per capita e classe social.

Quanto às condições de moradia foram consideradas as seguintes categorias: área urbanizada e favela para localização; própria e não própria (alugada, cedida e invadida) para posse; alvenaria, madeira e outro para tipo de construção. Quanto ao número de cômodos foi(ram) excluído(s) o(s) banheiro(s). O cálculo do número de pessoas por cômodo foi feito a partir da divisão do número de pessoas residentes pelo número de cômodos existentes. No que se refere ao saneamento ambiental foram consideradas a origem e a existência de encanamento interno para abastecimento de água; o tipo de coleta para esgoto e o tipo de coleta para lixo (regular, irregular e inexistente).

Quanto à renda familiar, para o cálculo da renda mensal per capita, foi considerado, nesta ordem, o dado da primeira entrevista, a primeira informação em outras entrevistas ou o primeiro valor quando houve reemprego.

A classe social foi classificada em proletariado (subproletariado e proletariado propriamente dito), pequena burguesia e burguesia (gerencial e empresarial), conforme classificação proposta por BARROS (1986), que considera a relação do indivíduo com os meios de produção no sistema capitalista, a partir de dados sobre o chefe da família (escolaridade, profissão, ocupação e renda mensal).

4.5.2.2. COMPONENTE NUTRICIONAL

4.5.2.2.1. A GESTANTE

Peso pré-gestacional foi recordado junto às gestantes. Altura foi tomada utilizando-se antropômetro vertical, com variação de 0,1 cm. Peso gestacional foi tomado, a cada mês, utilizando-se balança plataforma eletrônica portátil, marca Filizola com variação de 100 gramas e capacidade máxima para 150 Kg

e mínima para 2,5 Kg. A padronização para a tomada de peso e estatura foi realizada em Laboratório de Antropometria da PUCCAMP.

O estado nutricional pré-gestacional foi classificado, conforme o Índice de Massa Corporal (SINHA, 1990), recomendado pela Organização Mundial da Saúde, em desnutrição, eutrofia e obesidade, de acordo com a relação peso/altura² até 20, entre 20,1 e 25 e maior que 25, respectivamente.

O ganho de peso, entre a primeira e a última entrevista, por semana de gestação, foi comparado entre os dois tipos de serviços de saúde, considerando-se curva de normalidade para 2 desvios padrões (DP) e ajuste para cada tipo de serviço de saúde. Foi calculado ganho de peso por trimestre de gestação, considerando-se a média (M) e 1 DP. O peso da primeira entrevista foi analisado, segundo altura da gestante e a idade gestacional, pelo método proposto por GUERI et al (1982), com intervalo de confiança de 95%. A partir daí, foi traçado o perfil de ganho de peso, segundo o serviço de saúde, para a coorte de gestantes com 14 e mais semanas de gestação.

O consumo alimentar foi levantado em medidas caseiras ou peso, quando possível, por meio da aplicação de inquérito recordatório relativo à ingestão alimentar da gestante nas últimas 24 horas (GOUVEIA, 1985). O inquérito alimentar foi realizado, a cada visita mensal, a fim de reduzir os erros de estimativa de ingestão individual, conforme cita BORRELI (1990) para estudos epidemiológicos populacionais. Os alimentos e receitas registrados em medidas caseiras foram transformados em peso a partir da média de 5 medidas feitas no Laboratório de Dietética da PUCCAMP por donas de casa semelhantes às estudadas. A composição química dos alimentos foi determinada de acordo com a Tabela de Composição dos Alimentos compilada pelo Estudo Nacional da Despesa Familiar (ENDEF, 1977). A adequação dietética para energia e proteínas foi calculada conforme recomendação da FAO/OMS/ONU (1985), considerando-se adequada a faixa entre 80 e 120% da recomendação. Dados sobre a frequência média de consumo diário de alimentos foram classificados conforme o subgrupo de alimentos (KREBS-SMITH e CLARK, 1989), considerando-se adequado 3 a 4 porções de leite, 2 a 4 de carnes, ovos ou feijões, 5 de cereais, raízes ou doces, 2 de frutas e 2 de hortaliças (legumes e verduras), segundo MOTTA (1990).

A prática de amamentação foi determinada pelo levantamento do número de filhos nascidos vivos e número de filhos amamentados.

4.5.2.2.2. O RECÉM-NASCIDO

Dados sobre maturidade gestacional e peso dos recém-nascidos foram coletados do cartão da maternidade para a avaliação do estado nutricional. O peso dos recém-nascidos foi classificado em baixo (<2501g), deficiente (2501 a 3000g), adequado (3001 a 3500) e alto (>3500g), conforme adaptação de PUFFER & SERRANO (1987), referente ao estudo Investigação Interamericana de Mortalidade na Infância (PUFFER & SERRANO, 1973). Foi calculada a perda de peso proporcional diária da alta hospitalar do recém-nascido em relação ao peso ao nascer.

4.5.2.2.3. A CRIANÇA

Peso e comprimento das crianças foram tomados mensalmente, utilizando-se balança eletrônica portátil e antropômetro horizontal simplificado, marca Fami-Ita, com variações, respectivamente, de 100 gramas e 0,1 cm. O peso da criança foi tomado, no colo da mãe, após zerada a balança para a mesma. A tomada de peso e estatura, para as crianças, também foi padronizada.

O estado nutricional das crianças foi classificado conforme velocidade de crescimento (relação peso/idade e altura/idade), por tipo de serviço de saúde, de acordo com a curva de crescimento do National Center of Health Statistics - NCHS (HAMILL et al, 1976), recomendada pela Organização Mundial da Saúde, tendo como limites os percentis 10 e 90.

A prática de amamentação materna foi determinada pelo levantamento do número de filhos nascidos vivos e número de filhos amamentados, além da idade de introdução de alimentos, idade e causa de desmame para a criança em estudo.

4.5.2.3. COMPONENTE ASSISTENCIAL

4.5.2.3.1. A GESTANTE

Para a avaliação da assistência à saúde, visitas domiciliares mensais foram realizadas para avaliar o pré-natal (local, idade gestacional da primeira consulta, número de consultas, tempo médio de espera, tempo médio de consulta, nota média dada ao serviço, percepção com o atendimento, morbidade referida,

abortamento, óbito) e o parto (local, tipo de parto, tipo de alojamento) por meio de entrevista e consulta aos registros pessoais de pré-natal e nascimento.

Foram calculadas, para cada gestante, as médias para tempo de espera, tempo de consulta e nota dada ao serviço de todas as consultas acompanhadas no pré-natal durante o seguimento. A percepção com o atendimento foi registrada, após a nota dada ao serviço, em pergunta aberta categorizada posteriormente.

Para tipo de parto foram considerados normal (normal e fórceps) e cesárea, para tipo de alojamento foram considerados conjunto (total e parcial) e não conjunto (berçário, incubadora e unidade de terapia intensiva).

4.5.2.3.2. A CRIANÇA

Para a avaliação da assistência à saúde, visitas domiciliares mensais foram realizadas para avaliar o parto (local, tipo de parto, tipo de alojamento, maturidade gestacional) e a puericultura (local, idade da primeira consulta, número de consultas, tempo médio de espera, tempo médio de consulta, nota média dada ao serviço, percepção com o atendimento, orientação sobre crescimento, vacinação e alimentação, imunização, morbidade referida, internação, óbito), por meio de entrevista e consulta aos registros pessoais de nascimento e puericultura. Puericultura, neste estudo, é entendida como atenção global à saúde da criança desde o nascimento até o final do primeiro ano de vida.

Foram usados os mesmos procedimentos das gestantes para os cálculos das médias de tempo de espera, tempo de consulta e nota, percepção quanto ao atendimento e as mesmas categorias para tipo de parto e tipo de alojamento.

As mães foram questionadas sobre o recebimento de orientação quanto ao crescimento, vacinação e alimentação. Para avaliar a imunização foram consideradas as datas das vacinas obrigatórias tomadas pela criança até final do seguimento e cronograma proposto pelo Ministério da Saúde.

4.5.2.3.3. GERAL

Para o estudo dos serviços de saúde foram levantados dados sobre serviços de saúde utilizados (tipo de serviço, frequência de procura, causa da procura, tratamento prescrito), utilização do Centro de Saúde (frequência de procura,

freqüência de atendimento, causa da procura, tratamento prescrito, sugestões para melhoria do/no atendimento) e participação no Sistema de Saúde (tipo de organização, freqüência, atividade, importância referida).

4.5.3. INDICADORES DE IMPACTO DAS AÇÕES DE SAÚDE

Para as gestantes foram considerados como indicadores de impacto das ações (resultados) de saúde: tipo de parto, tipo de alojamento, maturidade gestacional, morbidade referida, abortamento, internação e óbito.

Para as crianças foram considerados como indicadores de impacto das ações (resultados) de saúde: perda de peso na alta hospitalar em relação ao nascimento, idade de introdução de alimentos, idade de desmame, causa de desmame, imunização, morbidade referida, internação e óbito.

4.6. PROCESSAMENTO E ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados coletados foram processados em microcomputador tipo IBM-PC. Foram utilizados os programas auxiliares dBase III plus V.1.0 (Ashon-Tate, 1986) para banco de dados, Microsoft Word V.2.0c (Microsoft Corporation, 1992) para texto, Quattro Proffessional V.3.0 (Borland International, 1991) e SPSS - Statistical Package for the Social Sciences for Windows V.5.0.1 (SPSS Incorporation, 1992) para gráficos e gerenciador Microsoft Windows V.3.1. (Microsoft Corporation, 1992).

Para o cálculo dietético foi utilizado o AVANU - Avaliação Nutricional⁴ e para a análise estatística o EpiInfo - Epidemiology Program V.5.0 (CASP, 1990), o True-Epistat (Epistat Services, 1987) e o SPSS for Windows V.5.0.1. (SPSS Incorporation, 1992).

Para a análise estatística foram utilizados o teste do qui-quadrado e o teste exato de Fisher na análise de variáveis qualitativas, o teste "t" na comparação de médias e o teste entre duas proporções na análise de variáveis quantitativas,

4. Desenvolvido por Manfredo Harri Tabacniks e Eriy Catarina de Moura.

considerando intervalo de confiança de 95% e nível de significância de 5% (GUEDES e GUEDES, 1988, SPSS, 1992).

Análise por sobrevivência, considerando como evento final o parto ou o aborto para as gestantes e o óbito e a idade de 12 meses para os recém-nascidos e as crianças, foi realizada com o objetivo de resgatar todas as informações, inclusive dos casos perdidos, pelo método Kaplan-Meier (cálculo atuarial) e com nível de significância de 5%, segundo teste de Breslow. Regressão logística foi realizada, com a finalidade de controlar a influência das variáveis de confundimento, pelo método "Forward Stepwise Likelihood-ratio", onde cada variável é incluída no modelo com base na razão de máxima verossimilhança, considerando-se nível de significância de 5% (MANLY, 1986; SPSS, 1992).

Regressão não-linear foi realizada pelo método Levenberg-Marquardt (SPSS, 1992) para determinar a razão de peso ideal para as gestantes com mais de 13,9 semanas de gestação (GUERI et al, 1982). Para avaliar a velocidade de crescimento das crianças foi utilizada regressão não-linear polinomial segundo a referência do NCHS.

O Risco Relativo (RR) e o Odds-Ratio (OR) foram calculados, para determinar os "marcadores" de avaliação dos serviços, a partir dos indicadores de assistência à saúde e resultado das ações de saúde, conforme o tipo de serviço, considerando-se intervalo de confiança de 95%.

5.RESULTADOS

5.1. DESCRIÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA

5.1.1. COORTE DE GESTANTES

Foram identificadas 71 gestantes, sendo que 11 (15,5%) se recusaram a participar do estudo. Assim, a coorte iniciou-se com 60 sujeitos, com uma média de 3 entrevistas por sujeito. Destes, 50 concluíram o seguimento, conforme pode ser visto na Figura 1, tendo como produto 2 abortos e 48 recém-nascidos, e 10 casos foram perdidos, sendo 8 por motivo de mudança da área escolhida e 2 por desistência.

A primeira entrevista foi realizada no período de 20/05 a 10/09/92 com maior concentração no primeiro (40 casos) e segundo (12 casos) mês de trabalho. As demais gestantes foram entrevistadas no terceiro (4 casos) e quarto (4 casos) mês de trabalho devido à dificuldade de encontrá-las em suas residências. No total foram realizadas 182 entrevistas.

Do total das gestantes estudadas, 40 utilizavam serviços públicos de saúde (uma vindo do privado e outra indo para ele) e 20 usavam serviços privados de saúde (duas vindo do público e uma indo para ele), sendo que o tempo de seguimento não difere entre as duas populações estudadas, conforme análise por sobrevivência, cujo nível de significância foi 0,32, segundo teste de Breslow (Figura 2).

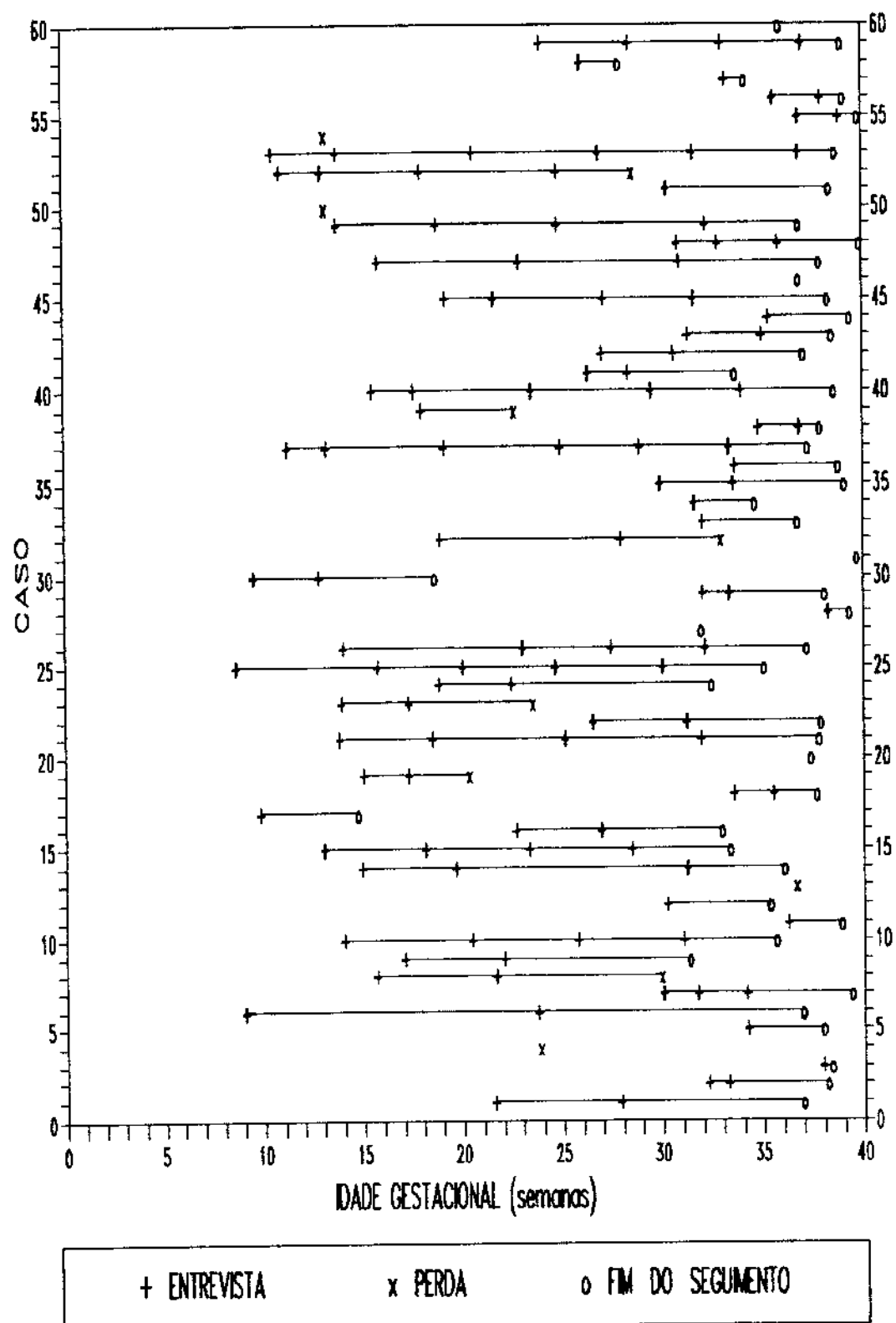


Figura 1 - Diagrama de seguimento da coorte de gestantes, Campinas, 1992/93.

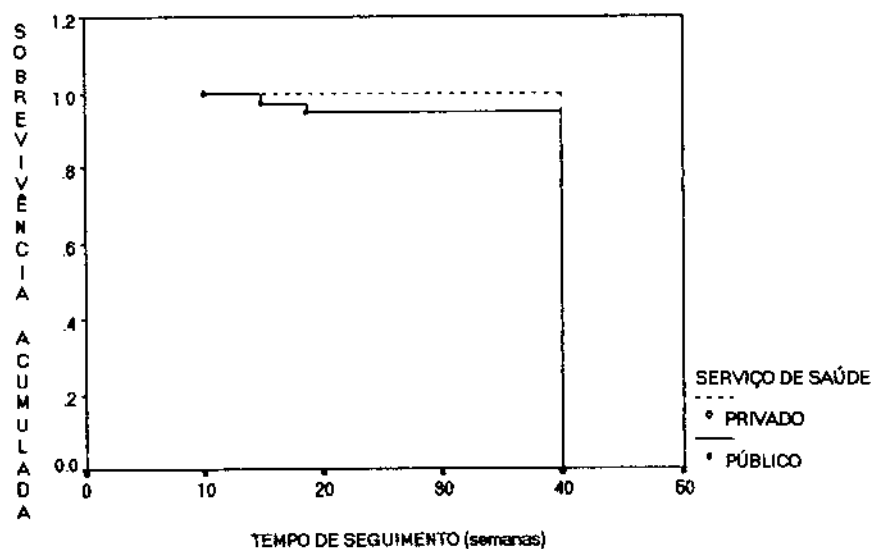


Figura 2 - Tempo de seguimento da coorte de gestante conforme tipo de serviço de saúde, Campinas, 1992/1993.

5.1.1.1. CARACTERÍSTICAS SOCIAIS

As tabelas 1 a 14 mostram as características sociais da população estudada conforme o tipo de serviço de saúde utilizado. Os dados mostram diferença estatística significativa, em análise simplificada, entre as gestantes usuárias do serviço público e as do serviço privado, para ocupação, anos de estudo, localização da moradia, renda per capita e classe social.

5.1.1.1.1. CARACTERÍSTICAS PESSOAIS

Tabela 1 - Distribuição das gestantes segundo idade por ocasião do parto e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE Idade (anos)	PÚBLICO		PRIVADO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
14 a 19,9	11	27,5	2	10,0	13	21,7
20 a 24,9	11	27,5	5	25,0	16	26,7
25 a 29,9	7	17,5	6	30,0	13	21,7
30 a 34,9	9	22,5	7	35,0	16	26,7
35 a 39,9	2	5,0	-	-	2	3,2
Total	40	100,0	20	100,0	60	100,0
Média	24,71		26,56		25,33	
Desvio Padrão	6,59		4,78		6,07	
t ₍₅₈₎ =1,115 p=0,269						

Tabela 2 - Distribuição das gestantes segundo estado civil e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE Estado Civil	PÚBLICO		PRIVADO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Casada	37	92,5	19	95,0	56	93,3
Solteira	3	7,5	1	5,0	4	6,7
Total	40	100,0	20	100,0	60	100,0

p=1,000 (teste exato de Fisher)

Durante o seguimento, ao final da gestação, 1 (uma) gestante usuária do serviço público de saúde foi abandonada pelo companheiro.

Tabela 3 - Distribuição das gestantes segundo ocupação e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE Ocupação	PÚBLICO		PRIVADO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Dona de Casa	29	72,5	8	40,0	37	61,7
Doméstica	5	12,5	1	5,0	6	10,0
Vendedora	3	7,5	3	15,0	6	10,0
Escriturária	1	2,5	5	25,0	6	10,0
Serviços Gerais	2	5,0	2	10,0	4	6,7
Professora	-	-	1	5,0	1	1,6
Total	40	100,0	20	100,0	60	100,0
Não ocupada	29	72,5	8	40,0	37	61,7
Ocupada	11	27,5	12	60,0	23	38,3

qui-quadrado=4,66 p=0,031 gl=1*

* diferença significativa

Das gestantes classificadas como donas de casa, no serviço público, 3 referiram estar desempregadas e, 3 classificadas como doméstica, ficaram desempregadas ao final da gestação.

Tabela 4- Distribuição das gestantes segundo anos de estudo e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE Anos de estudo	PÚBLICO		PRIVADO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
2 a 4	14	35,0	1	5,0	15	25,0
5 a 8	21	52,5	10	50,0	31	51,7
9 a 11	5	12,5	6	30,0	11	18,3
15	-	-	3	15,0	3	5,0
Total	40	100,0	20	100,0	60	100,0
Média	6,00		8,85		6,95	
Desvio Padrão	2,60		3,23		3,11	

t₍₅₈₎=3,688 p=0,0005*

* diferença significativa

Tabela 5 - Distribuição das gestantes segundo número de gestações anteriores e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.

Serviço de Saúde Materno, Campinas, 1997

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE	PÚBLICO		PRIVADO		TOTAL	
Números de gestações	n	%	n	%	n	%
0	15	37,5	10	50,0	25	41,7
1	12	30,0	6	30,0	18	30,0
2	7	17,5	3	15,0	10	16,7
3	3	7,5	1	5,0	4	6,7
5	1	2,5	-	-	1	1,6
6	2	5,0	-	-	2	3,3
Total	40	100,0	20	100,0	60	100,0
Média	1,30		0,75		1,12	
Desvio Padrão	1,57		0,91		1,40	

$t_{(58)}=1,446$
 $p=0,154$

Tabela 6 - Distribuição das gestantes não primigestas segundo número de abortos anteriores e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE Números de abortos	PÚBLICO		PRIVADO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
0	18	72,0	7	70,0	25	71,4
1	7	28,0	3	30,0	10	28,6
Total	25	100,0	10	100,0	35	100,0
$p=1,000$ (teste exato de Fisher)						

Todas as gestantes referiram abortos espontâneos.

Tabela 7 - Distribuição das gestantes segundo tabagismo e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE Tabagismo	PÚBLICO		PRIVADO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
ausente	33	82,5	18	90,0	51	85,0
presente	7	17,5	2	10,0	9	15,0
Total	40	100,0	20	100,0	60	100,0
$p=0,704$ (teste exato de Fisher)						

Tabela 8 - Distribuição das gestantes tabagistas segundo número de cigarro e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE Número de cigarros	PÚBLICO		PRIVADO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
1 a 5	4	57,1	1	50,0	5	55,6
6 e mais	3	42,9	1	50,0	4	44,4
Total	7	100,0	2	100,0	9	100,0

p=1,000 (teste exato de Fisher)

Nenhuma das gestantes referiu uso de drogas alucinógenas e hábito, não social, de etilismo.

Das gestantes estudadas, 25 eram primigestas e 35 já haviam engravidado anteriormente, sendo que 32 delas tinham parido filhos vivos.

Tabela 9 - Distribuição das gestantes segundo número de filhos gerados vivos e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE Número de filhos vivos	PÚBLICO		PRIVADO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
0	18	45,0	10	50,0	28	46,7
1	11	27,5	7	35,0	18	30,0
2	6	15,0	2	10,0	8	13,3
3	2	5,0	1	5,0	3	5,0
5	1	2,5	-	-	1	1,7
6	2	5,0	-	-	2	3,3
Total	40	100,0	20	100,0	60	100,0
Média	1,15		0,70		1,00	
Desvio Padrão	1,58		0,86		1,39	

t₍₅₈₎=1,186 p=0,241

Quanto ao número de filhos vivos, no serviço público, uma mãe referiu que dois filhos haviam morrido (um aos 9 meses e outro aos 12) tendo como causa doença respiratória (pneumonia) e outra relatou a morte de um filho aos nove meses de idade por desidratação, após 7 dias de internação.

5.1.1.1.2. CARACTERÍSTICAS FAMILIARES

Tabela 10 - Distribuição das gestantes segundo número de pessoas na família e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE	PÚBLICO		PRIVADO		TOTAL	
Números de pessoas	n	%	n	%	n	%
2 a 4	31	77,5	19	95,0	50	83,4
5 a 8	7	17,5	1	5,0	8	13,3
12	2	5,0	-	-	2	3,3
Total	40	100,0	20	100,0	60	100,0
Média	3,90		2,90		3,57	
Desvio Padrão	2,31		1,37		2,09	
$t_{(58)}=1,781 \quad p=0,080$						

No caso das gestantes usuárias de serviço público observou-se alteração na composição familiar, durante o seguimento, em 4 (quatro) casos: redução de 3 para 2 pessoas (a filha foi morar com a mãe da gestante) e de 4 para 3 pessoas (o companheiro abandonou a gestante), e aumento de 4 para 5 pessoas e de 5 para 6 pessoas por chegada de irmão/cunhado da gestante.

Tabela 11 - Distribuição das gestantes segundo características de moradia e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE		PÚBLICO		PRIVADO		TOTAL	
Características de Moradia		n	%	n	%	n	%
Localização							
Área Urbanizada		19	47,5	18	90,0	37	61,7
Favela		21	52,5	2	10,0	23	38,3
p=0,002 (teste exato de Fisher)*							
Posse							
Própria		14	35,0	9	45,0	23	38,3
Não Própria		26	65,0	11	55,0	37	61,7
qui-quadrado=0,22 p=0,639 gl=1							
Tipo de Construção							
Alvenaria		35	87,5	20,0	100,0	55	91,7
Madeira		5	12,5	-	-	5	8,3
p=0,159 (teste exato de Fisher)							
Número de Cômodos							
1 a 2		15	37,5	2	10,0	17	28,3
3 a 4		16	40,0	16	80,0	32	53,3
5 a 6		8	20,0	2	10,0	10	16,7
7		1	2,5	-	-	1	1,7
Média		3,30		3,45		3,35	
Desvio Padrão		1,49		0,94		1,33	
t ₍₅₈₎ =0,410 p=0,683							
Pessoas por Cômodo							
até 1,0		23	57,5	18	90,0	41	68,3
1,1 a 2,0		13	32,5	1	5,0	14	23,3
2,1 a 3,0		3	7,5	-	-	3	5,0
3,1 a 4,0		-	-	1	5,0	1	1,7
4,1 a 5,0		1	2,5	-	-	1	1,7
Média		1,33		0,96		1,20	
Desvio Padrão		0,82		0,75		0,81	
t ₍₅₈₎ =1,694 p=0,096							
Total		40	100,0	20	100,0	60	100,0

* diferença significativa

Uma família, usuária do serviço privado, mudou de casa cedida para alugada passando de 3 para 4 cômodos. Das cinco alterações, devido à mudança do número de pessoas ou cômodos, nenhuma família usuária mudou de faixa de relação pessoas por cômodo.

Tabela 12 - Distribuição das gestantes segundo características de saneamento ambiental e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE	PÚBLICO		PRIVADO		TOTAL	
Saneamento ambiental	n	%	n	%	n	%
Abastecimento de água						
rede pública com canalização interna	39	97,5	20	100,0	59	98,3
rede pública sem canalização interna	1	2,5	-	-	1	1,7
			p=1,000 (teste exato de Fisher)			
Destino do esgoto						
rede pública	36	90,0	20	100,0	56	93,3
córrego e fossa	4	10,0	-	-	4	6,7
			p=0,291 (teste exato de Fisher)			
Destino do Lixo						
coleta pública regular	35	87,5	20	100,0	55	91,7
coleta pública irregular	5	12,5	-	-	5	8,3
			p=0,159 (teste exato de Fisher)			
Total	40	100,0	20	100,0	60	100,0

Tabela 13 - Distribuição das gestantes segundo renda familiar mensal per capita e serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE	PÚBLICO		PRIVADO		TOTAL	
Renda per capita (SM)	n	%	n	%	n	%
0 a 1,0	25	62,5	2	10,0	27	45,0
1,1 a 2,0	7	17,5	2	10,0	9	15,0
2,1 a 3,0	7	17,5	5	25,0	12	20,0
3,1 a 4,0	1	2,5	3	15,0	4	6,6
4,1 a 5,0	-	-	3	15,0	3	5,0
5,1 a 6,0	-	-	3	15,0	3	5,0
6,1 a 7,0	-	-	1	5,0	1	1,7
7,1 a 8,0	-	-	1	5,0	1	1,7
Total	40	100,0	20	100,0	60	100,0
Média	1,11		3,59		1,94	
Desvio Padrão	0,88		1,95		1,77	
			$t_{(58)}=6,814$ $p<0,00000001^*$			

* diferença significativa

No serviço privado, dados de 15 gestantes, mostram que todas as famílias possuem fogão a gás, geladeira, rádio e televisão. No serviço público, dados de

33 gestantes, mostram que todas as famílias possuem fogão a gás, 93,9% possuem geladeira, 84,8% rádio e 81,8% televisão, não havendo diferença estatística significativa para estas variáveis entre as populações estudadas, conforme teste exato de Fisher.

Tabela 14 - Distribuição das gestantes segundo classe social e tipo de serviço de saúde, Campinas, 1992.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE Classe Social	PÚBLICO		PRIVADO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Subproletariado	14	35,0	3	15,0	17	28,3
Proletariado	24	60,0	12	60,0	36	60,0
Pequena Burguesia	1	2,5	3	15,0	4	6,7
Burguesia Gerencial	1	2,5	1	5,0	2	3,3
Burguesia Empresarial	-	-	1	5,0	1	1,7
Total	40	100,0	20	100,0	60	100,0
Proletariado	38	95,0	15	75,0	53	88,3
Burguesia	2	5,0	5	25,0	7	11,7

p=0,036 (teste exato de Fisher)*

* diferença significativa

No serviço público três chefes de família foram empregados como assalariados, passando da categoria subproletariado para proletariado, e um ficou desempregado, vivendo de "bico" a maior parte do seguimento, passando de proletariado para subproletariado.

As variáveis ocupação, anos de estudo, localização da moradia, renda familiar mensal per capita e classe social foram selecionadas para caracterizar socialmente as populações estudadas como mostram as diferenças nas Figuras 3 a 7.

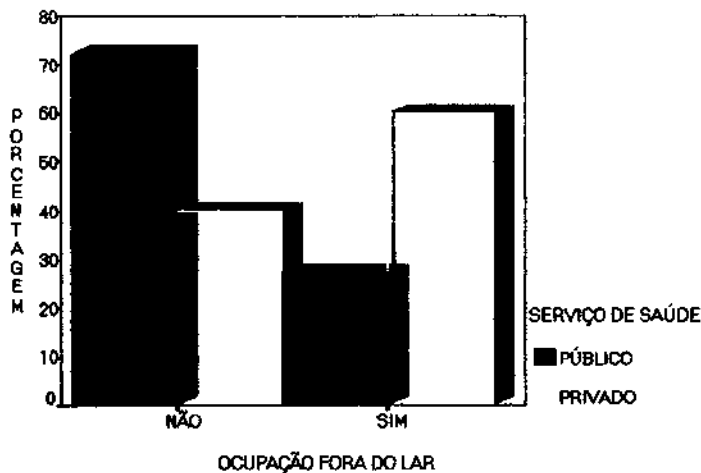


Figura 3 - Distribuição das gestantes ocupação e tipo de serviço de saúde, Campinas, 1992.

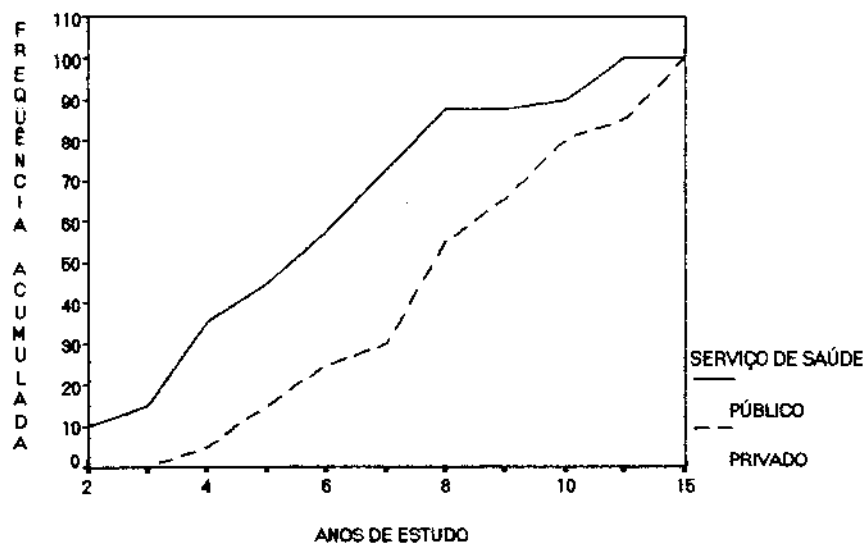


Figura 4 - Distribuição das gestantes segundo anos de estudo, sem contar séries repetidas, e tipo de serviço de saúde, Campinas, 1992.

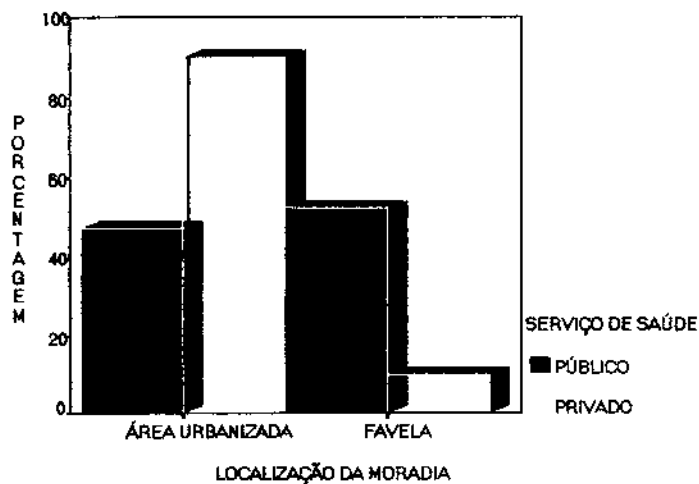


Figura 5 - Distribuição das gestantes segundo localização da moradia e tipo de serviço de saúde, Campinas, 1992.

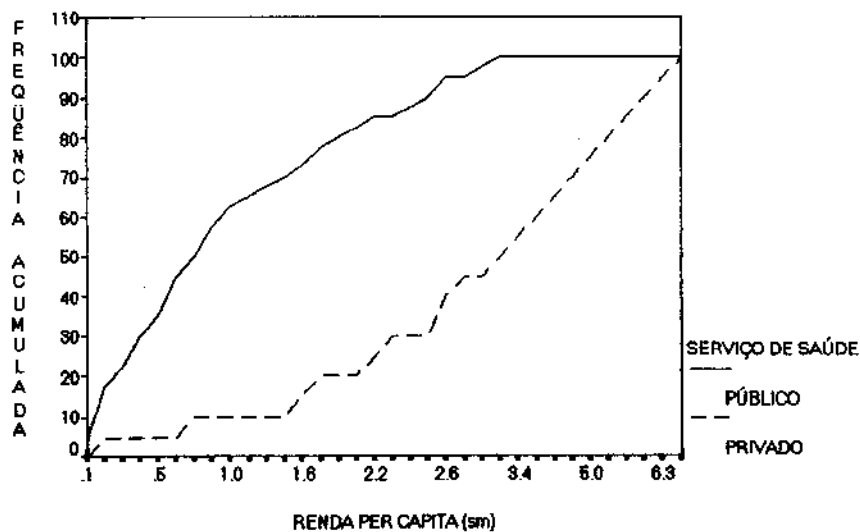


Figura 6 - Distribuição das gestantes segundo renda familiar mensal per capita, em salários mínimos, e tipo de serviço de saúde, Campinas, 1992.

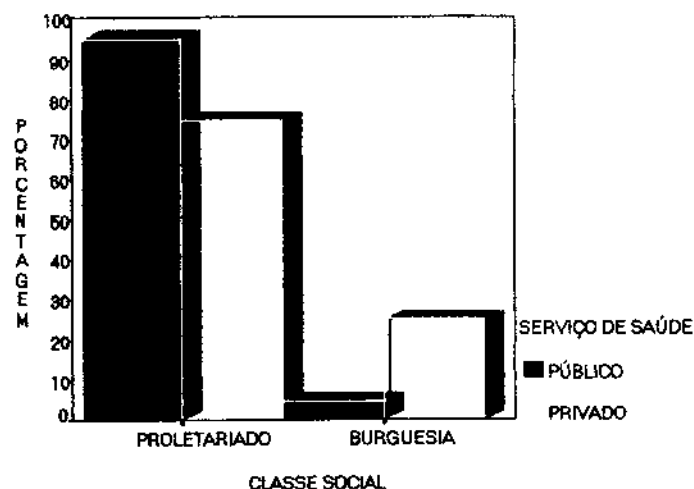


Figura 7 - Distribuição das gestantes segundo classe social, agrupadas em proletariado e burguesia, e tipo de serviço de saúde, Campinas, 1992.

Resumindo: as gestantes usuárias do serviço público, em relação às usuárias do privado, não trabalham fora de casa, estudaram menos tempo, moram na favela, pertencem a famílias que ganham menor renda familiar mensal per capita e são do proletariado.

5.1.1.2. CARACTERÍSTICAS NUTRICIONAIS

Quanto às características nutricionais (tabelas 15 a 20) foi encontrada diferença estatística significativa para estado nutricional pré-gestacional, ganho de peso na gestação e consumo de frutas.

5.1.1.2.1. ANTROPOMETRIA

Durante a primeira entrevista não foi possível tomar as medidas antropométricas de uma gestante, usuária do serviço privado de saúde, devido à pressa da mesma em atender a outro compromisso. Esta gestante mudou de endereço logo após a primeira visita, sendo considerada como perda. Duas gestantes usuárias do serviço público não recordaram o peso pré-gestacional.

Tabela 15 - Distribuição das gestantes segundo altura e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE	PÚBLICO		PRIVADO		TOTAL	
Altura (cm)	n	%	n	%	n	%
até 149,9	3	7,5	1	5,3	4	6,8
150,0 a 154,9	3	7,5	3	15,8	6	10,2
155,0 a 159,9	18	45,0	5	26,3	23	39,0
160,0 a 164,9	12	30,0	6	31,6	18	30,5
165,0 e mais	4	10,0	4	21,0	8	13,5
Total	40	100,0	19	100,0	59	100,0
Média	158,51		161,19		159,38	
Desvio Padrão	4,56		8,09		5,99	
$t_{(57)}=1,628 \quad p=0,109$						

Tabela 16 - Distribuição das gestantes segundo estado nutricional pré-gestacional e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE estado nutricional	PÚBLICO		PRIVADO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
desnutrida	4	10,5	8	42,1	12	21,1
eutrófica	28	73,7	7	36,8	35	61,4
obesa	6	15,8	4	21,1	10	17,5
Total	38	100,0	19	100,0	57	100,0
desnutrida	4	10,5	8	42,1	12	21,1
não desnutrida	34	89,5	11	57,9	45	78,9
$p=0,013$ (teste exato de Fisher)*						

* diferença significativa

Considerando o ganho total de peso, durante o período das entrevistas, por semana de gestação, independente da idade gestacional, observamos diferença significativa ($t_{(55)}=3,24, p=0,002$) entre os serviços estudados, como mostra a Figura 8.

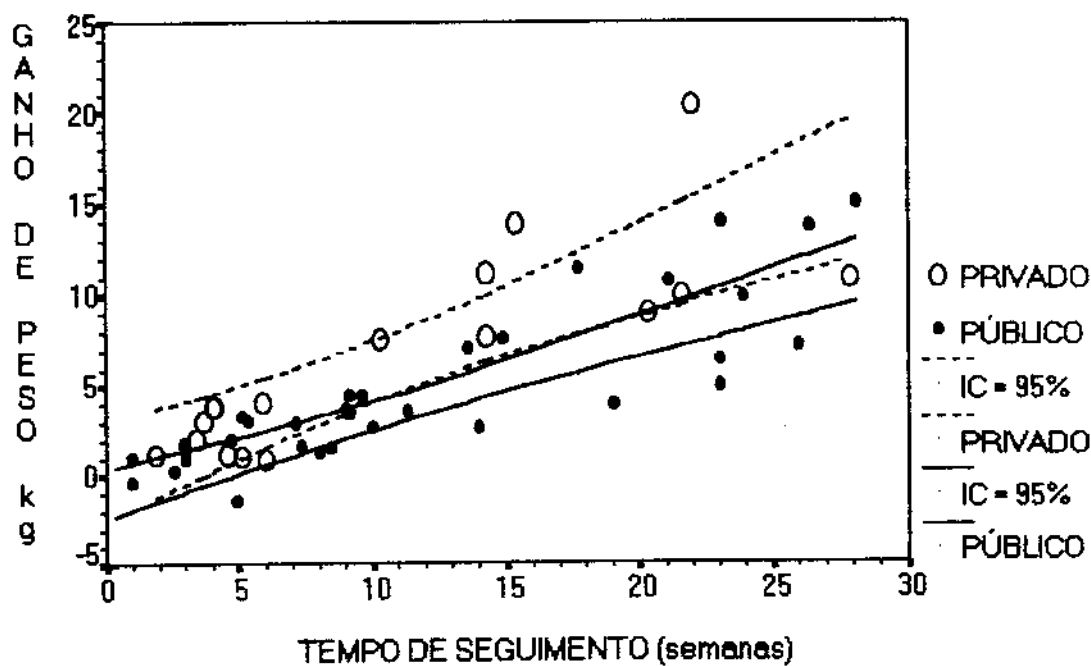


Figura 8 - Distribuição das gestantes conforme ganho de peso por semana de gestação e tempo de seguimento entre a primeira e última entrevista, Campinas, 1992/93.

No entanto, a Tabela 17 mostra que não há diferença significativa quanto ao ganho de peso nos segundo e terceiro trimestres de gestação entre os serviços de saúde.

Tabela 17 - Ganho de peso por trimestre de gestação e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE Trimestre	PÚBLICO M±DP (g/semana)	PRIVADO M±DP (g/semana)
segundo	229±191	265±152 $t_{(34)}=0,512$ $p=0,612$
terceiro	356±312	457±402 $t_{(82)}=1,242$ $p=0,218$

Quanto ao primeiro trimestre de gestação o dado de uma única gestante usuária do serviço público mostra um ganho de peso de 0,5g por semana de gestação.

Analisando o peso, pelo método proposto por GUERI et al (1982), conforme a altura, na primeira visita para as gestantes com idade gestacional menor que 13 semanas, observamos que não há diferença entre os serviços estudados, segundo teste t (Figura 9).

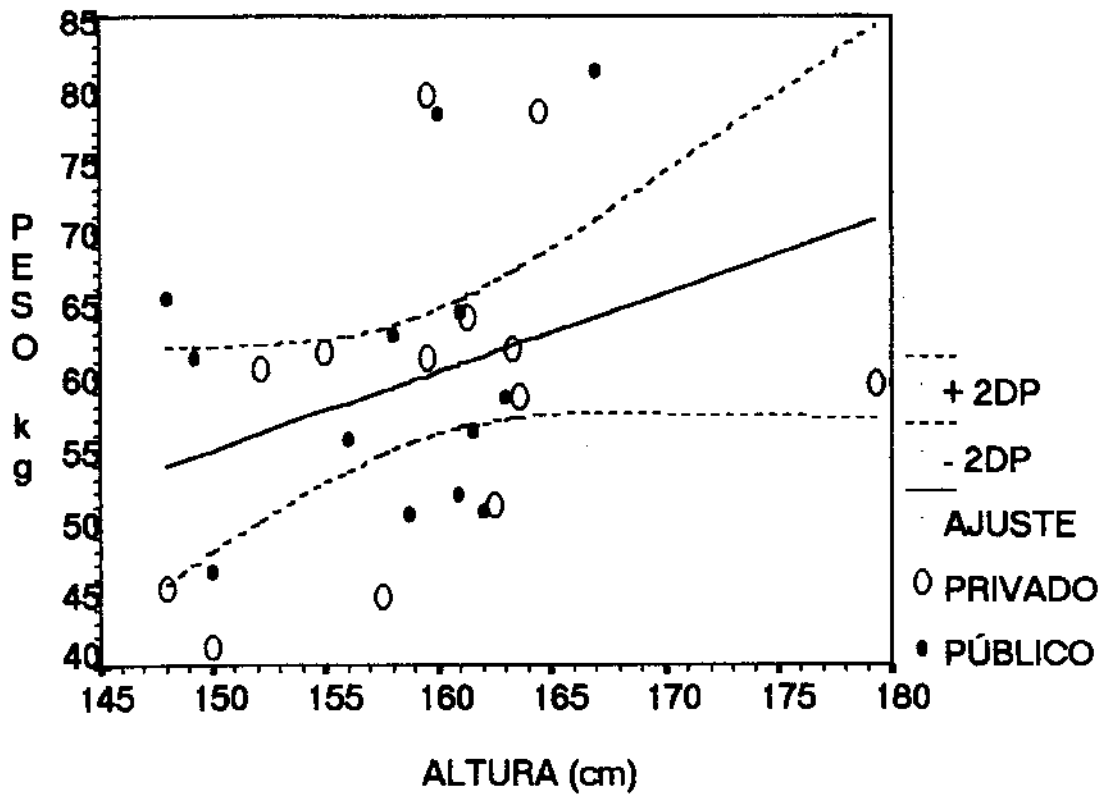


Figura 9 - Distribuição das gestantes com idade gestacional menor que 13 semanas segundo peso na primeira entrevista, altura e tipo de serviço de saúde, Campinas, 1992/93.

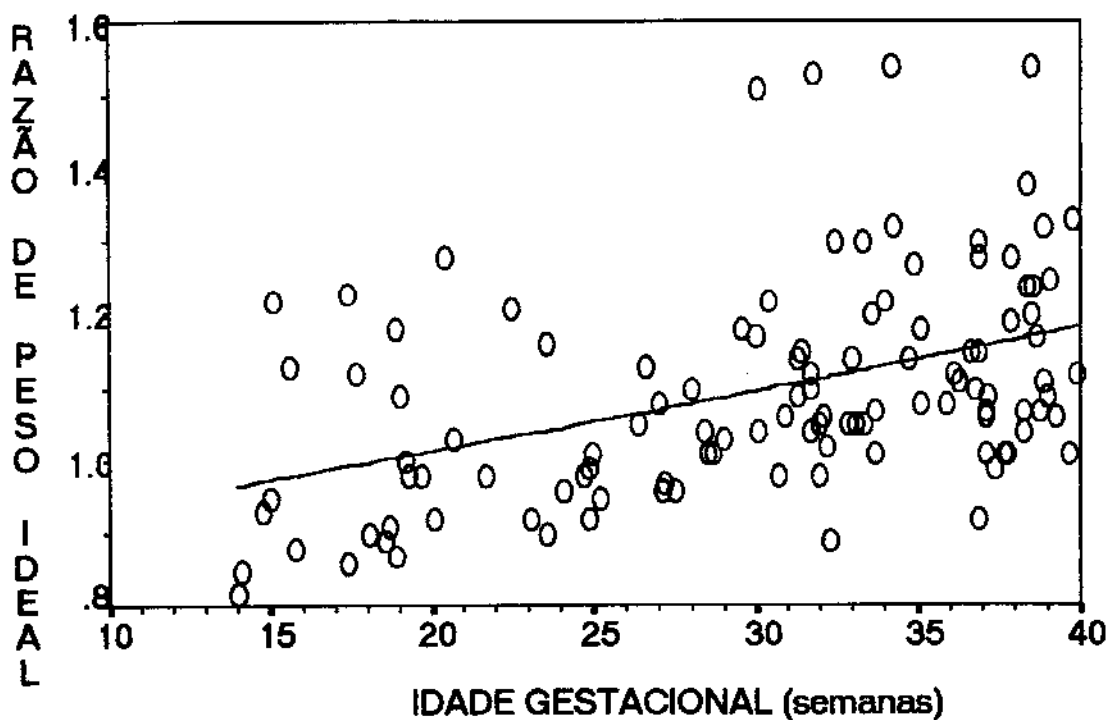


Figura 10 - Distribuição das gestantes com idade gestacional igual e maior que 13 semanas, usuárias do serviço público, segundo razão de peso ideal durante a gestação e idade gestacional, Campinas, 1992/93.

Para as gestantes com 13 e mais semanas de gestação os pesos, durante a gestação, foram ajustados, conforme a altura e a idade gestacional, por regressão não linear pelo método Levenberg-Marquardt conforme recomendação de GUERI et al (1982), obtendo-se a razão de peso ideal (peso observado/peso esperado). Observamos, no serviço público, que a taxa de ganho de peso semanal durante a gestação foi de 0,79% ($0,79 \pm 0,20$), como mostra a Figura 10, e que, nas treze primeiras semanas a tendência é perder 4% do peso inicial ($0,96 \pm 0,02$).

No serviço privado, observamos que a taxa de ganho de peso semanal durante a gestação foi de 1,42% ($1,42 \pm 0,21$), como mostra a Figura 11, e que, nas treze primeiras semanas a tendência é perder 17% ($0,83 \pm 0,03$) do peso inicial. Para o cálculo do ajuste foram excluídos os pesos com razão de peso ideal entre 1,4 e 1,6.

O teste de Student mostra diferença significativa entre as taxas de ganho de peso para os dois serviços ($t_{(159)}=23,34$, $p<0,00000001$).

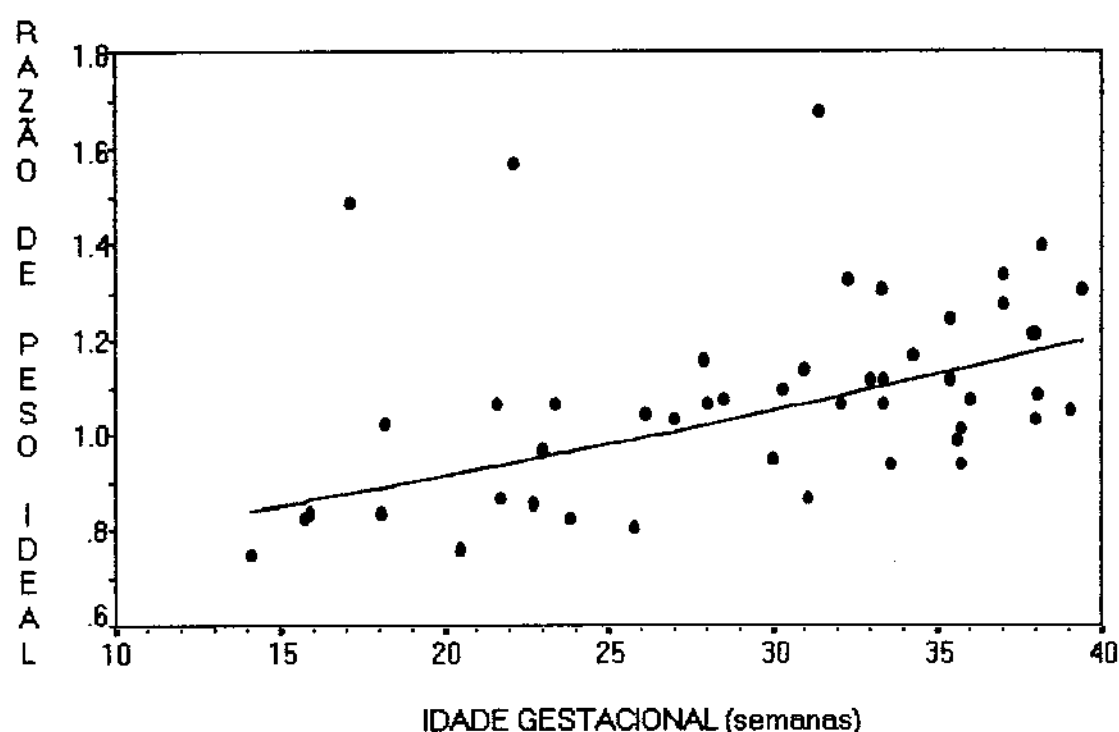


Figura 11 - Distribuição das gestantes com idade gestacional igual e maior que 13 semanas, usuárias do serviço privado, segundo razão de peso ideal durante a gestação e idade gestacional, Campinas, 1992/93.

5.1.1.2.2. ALIMENTAÇÃO

Tabela 18 - Distribuição das gestantes segundo consumo de alimentos por subgrupo durante a gestação e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE		PÚBLICO		PRIVADO		TOTAL	
Subgrupo de Alimentos		n	%	n	%	n	%
Leite							
	Adequado	5	12,5	3	15,0	8	13,3
	Insuficiente	35	87,5	17	85,0	52	86,7
p=1,000 (teste exato de Fisher)							
Carnes, Ovos e Feijões							
	Adequado	35	87,5	18	90,0	53	88,3
	Insuficiente	5	12,5	2	10,0	7	11,7
p=0,571 (teste exato de Fisher)							
Cereais, Raízes e Doces							
	Adequado	15	37,5	10	50,0	25	41,7
	Insuficiente	25	62,5	10	50,0	35	58,3
qui-quadrado=0,42 p=0,517 gl=1							
Frutas							
	Adequado	11	27,5	15	75,0	26	43,3
	Insuficiente	29	72,5	5	25,0	34	56,7
p=0,0006 (teste exato de Fisher)*							
Hortaliças							
	Adequado	20	50,0	13	65,0	33	55,0
	Insuficiente	20	50,0	7	35,0	27	45,0
qui-quadrado=0,68 p=0,409 gl=1							
Total		40	100,0	20	100,0	60	100,0

*diferença significativa

Tabela 19 - Média (M) e Desvio Padrão (DP) do consumo diário de energia e macronutrientes durante a gestação e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE	PÚBLICO	PRIVADO	t	p
Energia e Macronutrientes	M±DP	M±DP		
Energia (Kcal)	2033±355	2233±610	1,59	0,118
Proteína (g)	64±19	65±25	0,24	0,811
Lipídio (g)	86±15	95±20	1,82	0,074
Carboidrato (g)	250±54	281±96	1,57	0,122

As dietas das gestantes estavam adequadas em calorias para 70% da população usuária do serviço público (27,5% abaixo dos 80% da recomendação e 2,5% acima dos 120%) e para 52,6% da população usuária do serviço privado

(36,9% abaixo e 10,5% acima), as proteínas estavam adequadas para 10% (5% abaixo e 85% acima) das gestantes do serviço público e para 15,8%(10,5% abaixo e 73,7% acima) das gestantes do serviço privado. Os testes diferença entre duas proporções e t de Student para as médias de adequação não mostraram diferenças entre as dietas consumidas pelas duas populações em estudo.

5.1.1.2.3. PRÁTICA DE AMAMENTAÇÃO

Tabela 20 - Distribuição das gestantes segundo porcentagem de filhos amamentados e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE % de filhos amamentados ¹	PÚBLICO		PRIVADO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
0	3	13,7	1	10,0	4	12,5
33,3	1	4,5	-	-	1	3,1
50,0	1	4,5	-	-	1	3,1
100,0	17	77,3	9	90,0	26	81,3
Total	22	100,0	10	100,0	32	100,0
0	3	13,7	1	10,0	4	12,5
> 33,3	19	86,3	9	90,0	28	87,5

p=1,000 (teste exato de Fisher)

1) independente do tempo de amamentação

O número médio de filhos amamentados ($t_{(30)}=0,895$, $p=0,378$) pelas gestantes não primigestas não difere entre os grupos estudados, nem o tempo médio de amamentação ($t_{(7)}=1,279$, $p=0,242$) dos filhos amamentados. Quanto ao motivo para não amamentar os filhos anteriores, as cinco (5) gestantes usuárias do serviço público mencionaram problema materno (anestesia, medicação e impaciência), hospitalização da criança e pouco leite, e a usuária do serviço privado, medicação materna e pouco leite.

As variáveis estado nutricional pré-gestacional (desnutrição e não desnutrição), ganho de peso na gestação e consumo de frutas (adequado e inadequado) foram selecionadas para caracterizar nutricionalmente a população estudada, como mostram as Figuras 12, 13 e 14.

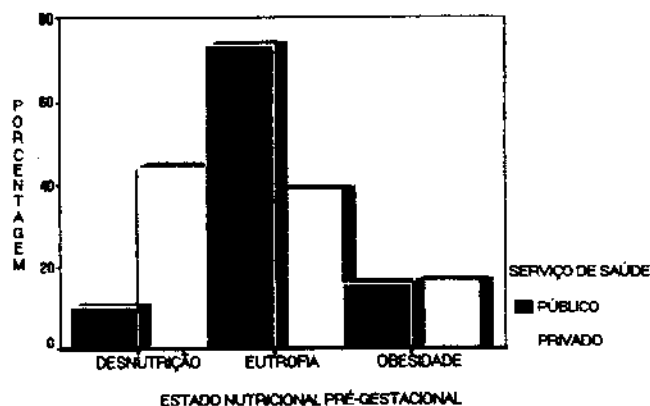


Figura 12 - Distribuição das gestantes segundo estado nutricional pré-gestacional e tipo de serviço de saúde, Campinas, 1992.

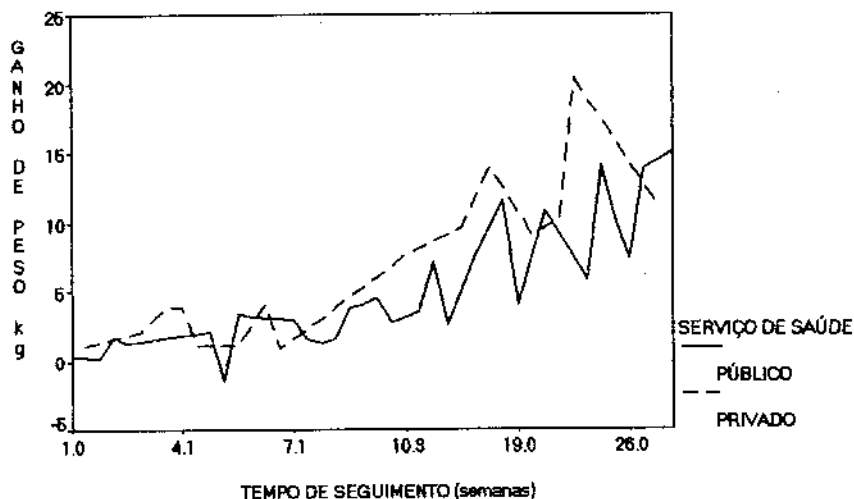


Figura 13 - Distribuição das gestantes segundo ganho de peso por semana de gestação, tempo de seguimento e tipo de serviço de saúde, Campinas, 1992/93.

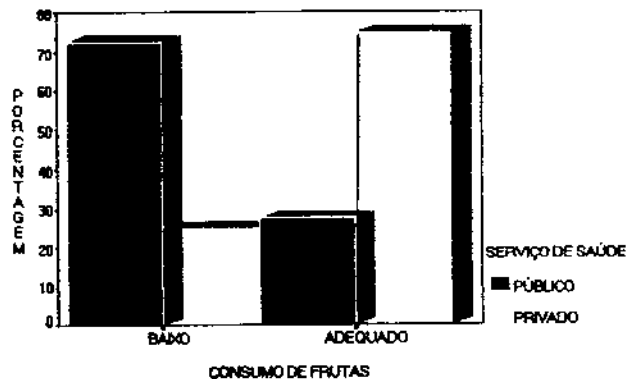


Figura 14 - Distribuição das gestantes segundo consumo de frutas na gestação e tipo de serviço de saúde, Campinas, 1992/93.

Resumindo: as gestantes usuárias do serviço público, em oposição às usuárias do privado, não são desnutridas antes da gestação, ganham menos peso por semana de gestação e consomem menor quantidade de frutas.

5.1.1.3. CARACTERÍSTICAS ASSISTENCIAIS

Quanto às características assistenciais (tabelas 21 a 32), os dados mostram diferença estatística significativa para idade gestacional na primeira consulta ao pré-natal, tempo médio de espera para as consultas, nota média dada aos serviços de saúde utilizados e reclamação quanto à espera, enquanto indicadores do processo de assistência; uso dos centros de saúde (costumeiramente e no mês anterior à primeira entrevista), enquanto descritor do uso dos serviços básicos de saúde; tipo de parto e tipo de alojamento entre as gestantes usuárias do serviço público e as do privado, enquanto indicadores de impacto das ações de saúde.

5.1.1.3.1. ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL

Oito gestantes, usuárias do serviço público, não haviam feito a primeira consulta ao pré-natal até o dia da primeira entrevista. Uma delas mudou de endereço a seguir e passou a compor a categoria de perdas, não sendo possível obter qualquer dado relativo ao pré-natal.

Tabela 21 - Distribuição das gestantes segundo local da primeira consulta ao pré-natal e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE Local de Pré-Natal	PÚBLICO		PRIVADO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Centro de Saúde Local ¹	17	43,6	-	-	17	28,8
Outro Centro de Saúde ¹	14	35,9	-	-	14	23,7
Ambulatório Especialidade ¹	5	12,8	1	5,0	6	10,2
Hospital Universitário ¹	2	5,1	2	10,0	4	6,8
Convênio ²	1	2,6	15	75,0	16	27,1
Médico Particular ²	-	-	2	10,0	2	3,4
Total	39	100,0	20	100,0	59	100,0

1) serviços públicos

2) serviços privados

Destas, 5 mudaram de local durante o pré-natal. Uma, classificada como usuária do serviço público, mudou do convênio para o centro de saúde local e outra de outro centro de saúde para o convênio. Três, classificadas como usuárias do serviço privado, mudaram do hospital universitário para o convênio, do hospital universitário para o médico particular e do convênio para outro centro de saúde.

Uma gestante, usuária do serviço privado que ainda não havia realizado a primeira consulta no pré-natal, mudou-se logo após a primeira entrevista.

Tabela 22 - Distribuição das gestantes segundo idade gestacional na primeira consulta ao pré-natal e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE Idade Gestacional (semanas)	PÚBLICO		PRIVADO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
3,0 a 9,9	8	20,5	9	47,3	17	29,3
10,0 a 15,9	13	33,4	8	42,1	21	36,2
16,0 a 21,9	13	33,4	1	5,3	14	24,1
22,0 a 33,9	2	5,0	1	5,3	3	5,2
28,0 a 33,9	3	7,7	-	-	3	5,2
Total	39	100,0	19	100,0	58	100,0
Média	15,6		11,1		14,13	
Desvio Padrão	6,83		4,98		6,59	
					$t_{(58)}=2,549$ $p=0,014^*$	

* diferença significativa

Das gestantes estudadas, 32 usuárias do serviço público e 16 do serviço privado concluíram o estudo tendo como produto recém-nascido.

Tabela 23 - Distribuição das gestantes que concluíram o seguimento com recém-nascido segundo o número de consultas realizadas durante a gestação e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE Número de Consultas	PÚBLICO		PRIVADO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
até 4	5	15,6	-	-	5	10,4
5 a 8	18	56,3	11	68,8	29	60,4
9 a 12	5	15,6	5	31,2	10	20,8
13 a 16	3	9,4	-	-	3	6,3
17	1	3,1	-	-	1	2,1
Total	32	100,0	16	100,0	48	100,0
Média	7,75		7,88		7,79	
Desvio Padrão	3,47		1,45		2,94	
					$t_{(48)}=0,143$ $p=0,887$	

Buscando otimizar os dados obtidos quanto ao número de consultas para todas as gestantes, foi realizada análise de sobrevivência entre os serviços de

saúde utilizados. Mesmo assim, os dados não mostram diferença significativa entre as duas populações ($p=0,19$), segundo teste de Breslow (Figura 15).

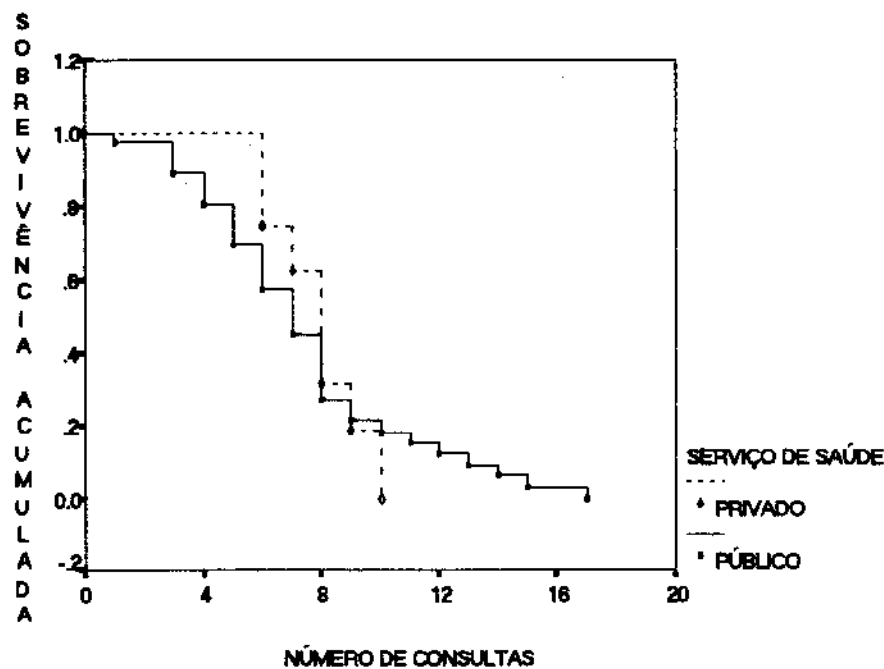


Figura 15 - Número de consultas ao pré-natal das gestantes conforme o tipo de serviço de saúde, Campinas, 1992/93.

Tabela 24 - Distribuição das gestantes segundo tempo médio de espera para as consultas de pré-natal e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE	PÚBLICO		PRIVADO		TOTAL	
Tempo de Espera (minutos)	n	%	n	%	n	%
0 a 15	7	17,5	13	65,0	20	33,4
16 a 30	7	17,5	3	15,0	10	16,7
31 a 45	4	10,0	1	5,0	5	8,3
46 a 60	5	12,5	-	-	5	8,3
61 a 90	7	17,5	1	5,0	8	13,3
91 a 120	3	7,5	-	-	3	5,0
121 a 150	3	7,5	-	-	3	5,0
151 a 180	2	5,0	-	-	2	3,3
300	1	2,5	-	-	1	1,7
sem dados	1	2,5	2	10,0	3	5,0
Total	40	100,0	20	100,0	60	100,0
Média	67,24		15,20		50,81	
Desvio Padrão	60,57		19,30		56,55	
t ₍₅₅₎ =3,56 p=0,0008*						

* diferença significativa

Tabela 25 - Distribuição das gestantes segundo tempo médio das consultas de pré-natal e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE	PÚBLICO		PRIVADO		TOTAL	
Tempo de Consulta (minutos)	n	%	n	%	n	%
0 a 15	3	7,5	2	10,0	5	8,3
16 a 30	4	10,0	2	10,0	6	10,0
31 a 45	2	5,0	-	-	2	3,3
sem dados	31	77,5	16	80,0	47	78,4
Total	40	100,0	20	100,0	60	100,0
Média	27,22		15,63		23,65	
Desvio Padrão	10,93		5,54		10,88	
t ₍₁₁₎ =1,976 p=0,07						

O tempo de espera no serviço público é mais que o quádruplo do tempo de espera no privado, enquanto que o tempo de consulta é quase o dobro, o que dá maior probabilidade de esperar mais que o tempo da consulta no serviço público, 76,9% (30/39), do que no privado, 27,8% (5/18), sendo a diferença significativa, com intervalo de confiança entre 24,5 e 73,7, para teste entre duas proporções.

Tabela 26 - Distribuição das gestantes segundo nota média dada às consultas de pré-natal e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE Nota Média	PÚBLICO		PRIVADO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
0 a 2,5	2	5,0	-	-	2	3,3
2,6 a 5,0	1	2,5	-	-	1	1,7
5,1 a 7,5	12	30,0	2	10,0	14	23,3
7,6 a 10,0	24	60,0	16	80,0	40	66,7
sem dados	1	2,5	2	10,0	3	5,0
Total	40	100,0	20	100,0	60	100,0
Média	8,04		9,19		8,40	
Desvio Padrão	2,18		1,04		1,96	
t ₍₅₅₎ =2,122 p=0,038*						

* diferença significativa

Questionadas sobre o motivo da nota, as gestantes fizeram referência a 3 grandes itens: espera, consulta médica e atendimento em geral. Os motivos foram agrupados e a nota média calculada para cada um deles.

Tabela 27 - Nota média segundo motivo e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE Motivo	PÚBLICO Nota (n)	PRIVADO Nota (n)
espera	7,5 (8)	-
espera e consulta regular	6,2 (1)	8,0 (1)
espera e consulta ruim	7,5 (3)	-
espera e boa consulta	8,0 (3)	-
espera e mau atendimento	3,7 (3)	7,0 (1)
espera e bom atendimento	8,1 (2)	8,4 (1)
espera, consulta e atendimento ruins	-	7,3 (1)
espera, consulta e atendimento bons	9,6 (2)	-
consulta ruim	7,0 (1)	-
consulta regular	-	9,5 (1)
boa consulta	9,2 (6)	9,4 (7)
mau atendimento	8,0 (1)	-
bom atendimento	9,7 (6)	9,9 (6)
consulta e atendimento ruins	5,4 (1)	-
consulta e atendimento bons	10,0 (2)	-
sem observações	10,0 (1)	9,5 (2)

Separando espera, espera e consulta e/ou atendimento bons, obtem-se a média $8,0 \pm 1,4$ ($n=15$) para o serviço público e $8,4$ ($n=1$) para o privado. Separando espera e consulta e/ou atendimento ruins e/ou regulares, observa-se as médias $5,7 \pm 3,0$ ($n=7$) e $7,4 \pm 0,4$ ($n=3$) para os mesmos serviços, respectivamente. Separando boa consulta e/ou bom atendimento, as notas passam a ser $9,6 \pm 0,8$ ($n=15$) e $9,6 \pm 0,6$ ($n=15$) para os serviços público e privado, nesta ordem. Quanto à consulta e/ou atendimento ruins e/ou regulares, a média das notas dadas ao serviço público foi $6,8 \pm 1,1$ ($n=3$) e ao serviço privado, $9,5$ ($n=1$), cujo $t_{(2)}=2,185$ ($p=0,160$) mostra que além da explicitação da espera, a consulta médica e o atendimento também são valorizados pela população em estudo, apesar de não haver diferença estatística significativa entre estes agrupamentos.

Tabela 28 - Prevalência de reclamações e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE Reclamações	PÚBLICO		PRIVADO		TOTAL	
	%	(n)	%	(n)	%	(n)
Espera	55,0	(22/40)	20,0	(4/20)	43,3	(26/60)*
Médico	15,0	(6/40)	15,0	(3/20)	15,0	(9/60)
Atendimento	12,5	(5/40)	10,0	(2/20)	11,7	(7/60)

* diferença significativa para teste entre duas proporções (IC= 11,7 a 58,3)

Quanto ao atendimento médico regular e ruim, no serviço público, as gestantes citaram: "o médico não conversa", "o médico dá pouca atenção", "o médico não orienta direito", "a consulta é rápida", "a consulta é feita por estudante e não pelo médico/é mal orientada", "o médico atende 2 pessoas de uma só vez". No privado: "a consulta é rápida", "o médico não conversa", "a consulta é superficial/falta detalhe".

Quanto ao mau atendimento em geral, no serviço público, as gestantes mencionaram: falta de atenção, maus funcionários, consulta feita pela atendente e não pelo médico. No serviço privado: desorganização, muita gente, pouca atenção, muita confusão.

O serviço público foi considerado bom apesar da falta de médico (nota 7,5), do espaço pequeno (nota 8,6), da espera mesmo com hora marcada (nota 9) e do atendimento por pediatra já que não tinha ginecologista (nota 9,2). Uma gestante faz referência à boa educação com a qual foi atendida por parte da estagiária (nota 10,0).

Gestantes usuárias do serviço público não realizaram a consulta marcada devido à falta de médico (5), unidade fechada (4), falta de condução (1) e esquecimento (1). Convém informar que o centro de saúde local foi roubado duas vezes num prazo de quinze dias, ficando fechado até serem tomadas providências quanto à segurança e reposição dos materiais e equipamentos furtados.

Na primeira entrevista, 95% (38) das gestantes, classificadas como usuárias do serviço público, referiram usar o Centro de Saúde costumeiramente, sendo que 33 (82,5%) procuraram a unidade básica de saúde no último mês. Destas, 31 (93,9%) foram atendidas e foi solicitado apenas retorno a 27 delas (87,1%) e retorno mais medicação às demais. Do serviço privado, 4 gestantes (20,0%) mencionaram usar o Centro de Saúde rotineiramente, sendo que 3 (15,0%) haviam procurado a unidade básica no último mês, tendo sido atendidas e solicitado retorno a 2 delas. Os dados mostram diferença estatística significativa, conforme teste exato de Fisher quanto ao uso rotineiro de serviço básico de saúde ($p < 0,0000001$) e procura por atendimento no mês anterior ao da entrevista ($p = 0,0000006$).

Quinze gestantes (37,5%) do serviço público e 4 (20,0%) do serviço privado apresentaram sugestões para a melhoria do atendimento no Centro de Saúde: diminuição do tempo de espera (9 gestantes do serviço público e 2 do serviço privado) e aumento do número de médicos (6 gestantes do serviço público). Do serviço público, uma gestante referiu que o atendimento deveria ser feito por médico e não por aluno de medicina. Do serviço privado, uma gestante afirmou

a necessidade de aumento do número de funcionários e outra de aumento do espaço físico e treinamento dos funcionários.

Questionadas sobre a existência de Conselho Local de Saúde ou qualquer outra organização popular pró-saúde, apenas uma gestante, usuária do serviço privado, tinha conhecimento do Conselho Local de Saúde, mas não participava e nem conhecia alguém que participasse.

Tabela 29 - Distribuição das gestantes segundo doença referida durante o seguimento e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE Doença referida	PÚBLICO		PRIVADO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
nenhuma	11	27,5	9	45,0	20	33,3
complicações da gravidez	15	37,5	7	35,0	22	36,7
aparelho respiratório	5	12,5	2	10,0	7	11,7
aparelho circulatório	5	12,5	1	5,0	6	10,0
aparelho digestivo	2	5,0	-	-	2	3,3
mal definidos	2	5,0	1	5,0	3	5,0
Total	40	100,0	20	100,0	60	100,0
nenhuma	11	27,5	9	45,0	20	33,3
alguma	29	72,5	11	55,0	40	66,7
qui-quadrado=1,13 p=0,287 gl=1						

Entre as gestantes que referiram doença durante o seguimento observou-se prevalências de 51,7%, no serviço público, e de 63,6%, no serviço privado, para as doenças relacionadas à gravidez, não havendo diferença estatística entre as usuárias dos diferentes serviços.

A prevalência de abortos entre as gestantes usuárias do serviço público de saúde que concluíram o seguimento foi de 5,9%.

5.1.1.3.2. ATENÇÃO AO PARTO

Tabela 30 - Distribuição das gestantes segundo local de parto e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE Local de Parto	PÚBLICO		PRIVADO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Hospital da PUCCAMP	14	43,8	-	-	14	29,2
Hospital da UNICAMP	5	15,6	-	-	5	10,4
Maternidade de Campinas	8	25,0	4	25,0	12	25,0
Outros Hospitais Campinas	5	15,6	11	68,8	16	33,3
Hospital Outro Município	-	-	1	6,2	1	2,1
Total	32	100,0	16	100,0	48	100,0

Todos os bebês nasceram a termo e nenhum parto foi gemelar.

Tabela 31 - Distribuição das gestantes segundo tipo de parto e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE Tipo Parto	PÚBLICO		PRIVADO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Normal	16	50,0	1	6,2	17	35,4
Fórceps	3	9,4	-	-	3	6,3
Cesárea	13	40,6	15	93,8	28	58,3
Total	32	100,0	16	100,0	48	100,0
Normal e Fórceps	19	59,4	1	6,2	20	41,7
Cesárea	13	40,6	15	93,8	28	58,3

p=0,0005 (teste exato de Fisher)*

* diferença significativa

Questionadas sobre a causa da cesárea as gestantes, agora mães, usuárias do serviço público relataram ineficiência das contrações, apresentação anômala, posição anômala acompanhada por ineficiência das contrações e hipertensão arterial materna, não necessariamente motivos para parto cirúrgico (92,3% das cesarianas) e um caso de desproporção céfalo-pélvico, motivo para parto cirúrgico (7,7% das cesarianas) segundo O'CONNOR & CAVANAGH (1980). No serviço privado as causas foram ineficiência das contrações, apresentação anômala, hipertensão arterial materna, escolha da gestante e ligadura de trompas, não necessariamente motivos para parto cirúrgico (66,6% das cesarianas), infecção renal materna e rompimento do cordão umbilical, motivo para parto cirúrgico (13,4% das cesarianas) segundo os mesmos autores. Três (20,0%) gestantes, usuárias do serviço privado, não souberam referir o motivo do parto cirúrgico. Houve um caso, no serviço público, associado à ligadura de trompas, não indicativo para parto cirúrgico.

Tabela 32 - Distribuição das gestantes segundo tipo de alojamento e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE Tipo de Alojamento	PÚBLICO		PRIVADO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Conjunto	22	68,8	5	31,2	27	56,2
Berçário	9	28,1	11	68,8	20	41,7
Terapia Intensiva	1	3,1	-	-	1	2,1
Total	32	100,0	16	100,0	48	100,0
Conjunto	22	68,8	5	31,2	27	56,2
Não conjunto	10	31,2	11	68,8	21	43,8

qui-quadrado=4,67 p=0,031 gl=1*

* diferença significativa

As variáveis idade gestacional na primeira consulta ao pré-natal, tempo médio de espera, nota média dada ao serviço e reclamação quanto à espera foram escolhidas para caracterizar assistencialmente a população de gestantes, como mostram as Figuras 16 a 19.

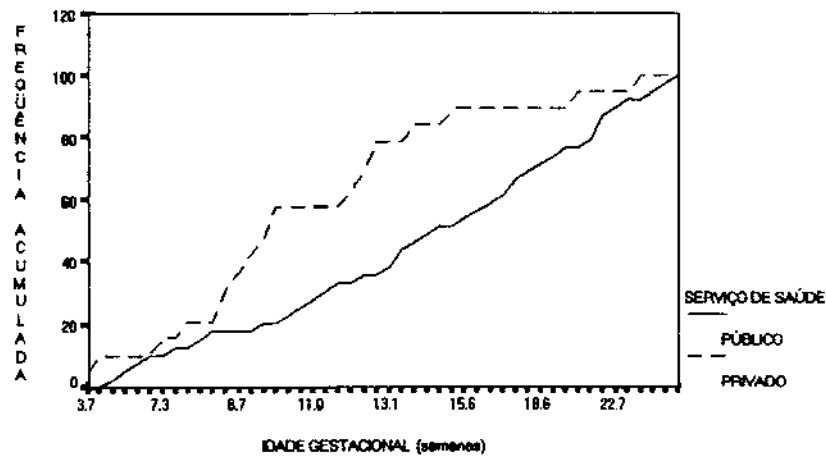


Figura 16 - Distribuição das gestantes segundo idade gestacional na primeira consulta ao pré-natal e tipo de serviço de saúde, Campinas, 1992/93.

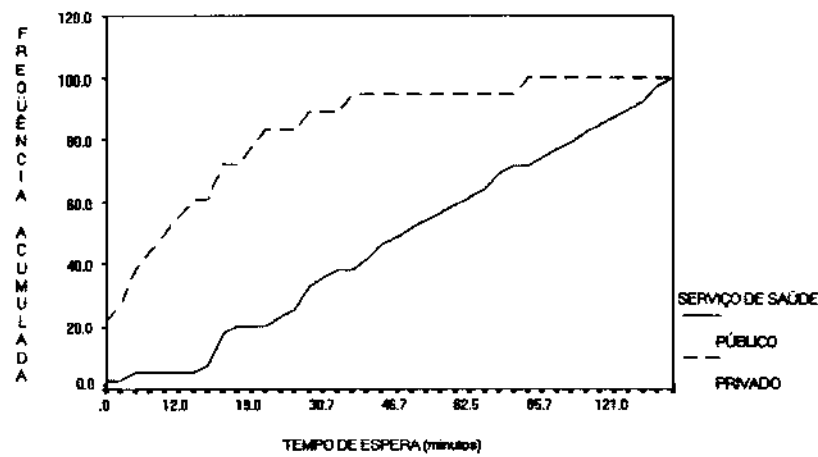


Figura 17 - Distribuição das gestantes segundo tempo médio de espera para as consultas ao pré-natal e tipo de serviço de saúde, Campinas, 1992/93.

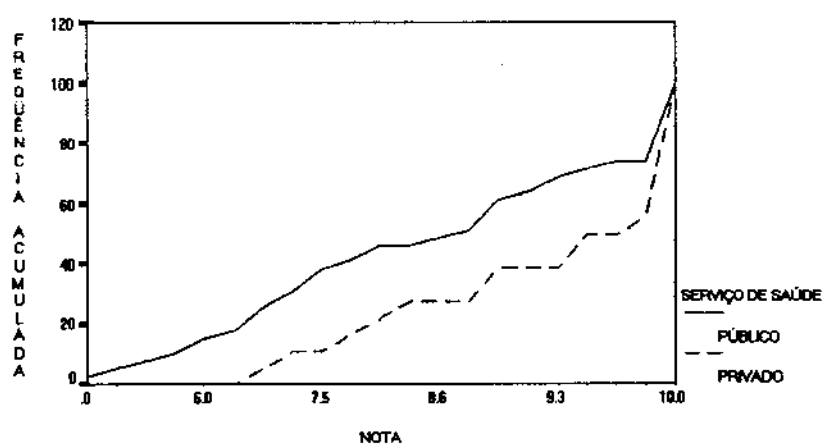


Figura 18 - Distribuição das gestantes segundo nota média dada às consultas ao pré-natal e tipo de serviço de saúde, Campinas, 1992/93.

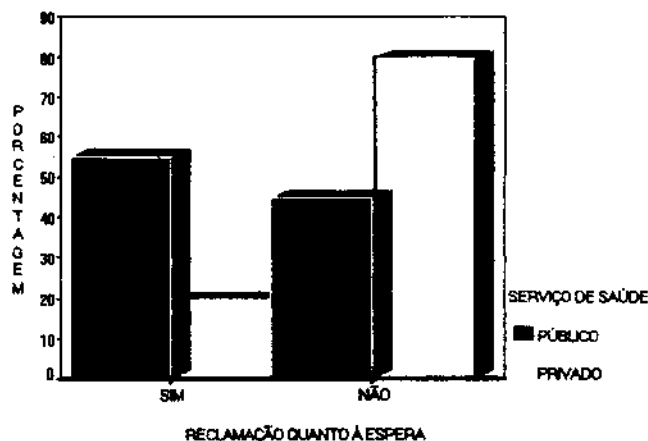


Figura 19 - Distribuição das gestantes segundo reclamação quanto à espera e tipo de serviço de saúde, Campinas, 1992/93.

Quanto às variáveis de impacto foram selecionadas tipo de parto e tipo de alojamento do recém-nascido (Figuras 20 e 21).

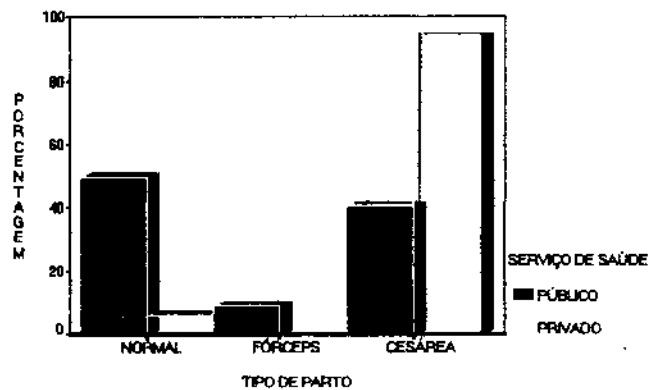


Figura 20 - Distribuição das gestantes segundo tipo de parto e tipo de serviço de saúde, Campinas, 1992/93.

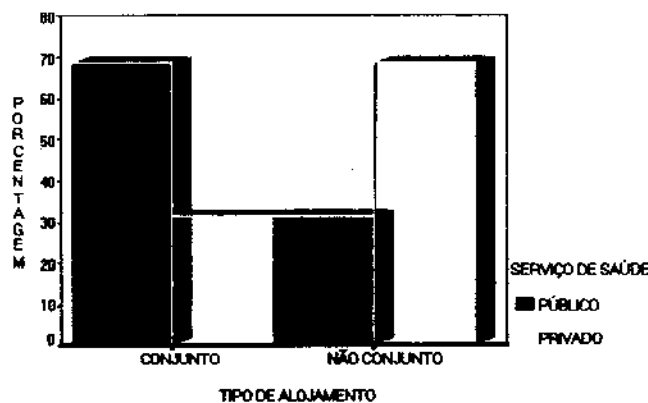


Figura 21 - Distribuição das gestantes segundo tipo de alojamento para o recém-nascido e tipo de serviço de saúde, Campinas, 1992/93.

5.1.2. COORTE DE RECÉM-NASCIDOS

Das gestantes acompanhadas, 48 concluíram o estudo tendo como produto recém-nascidos vivos, entre meninos e meninas (Tabela 33).

Tabela 33 - Distribuição dos recém-nascidos segundo sexo e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE Sexo	PÚBLICO		PRIVADO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Feminino	14	50,0	11	55,0	25	52,1
Masculino	14	50,0	9	45,0	23	47,9
Total	28	100,0	20	100,0	48	100,0

qui-quadrado=0,002 p=0,961 gl=1

Deste modo, a coorte iniciou-se com 48 indivíduos, com uma média de 9,5 entrevistas por sujeito. Destes, 40 concluíram o seguimento, sendo 39 até 1 ano de idade e 1 até o óbito (serviço privado), conforme pode ser visto na Figura 22, e 8 casos foram perdidos por motivo de mudança. A análise por sobrevivência mostra que não há diferença para o tempo de seguimento entre os usuários do serviço público e do privado (Figura 23), segundo teste de Breslow (p=0,834).

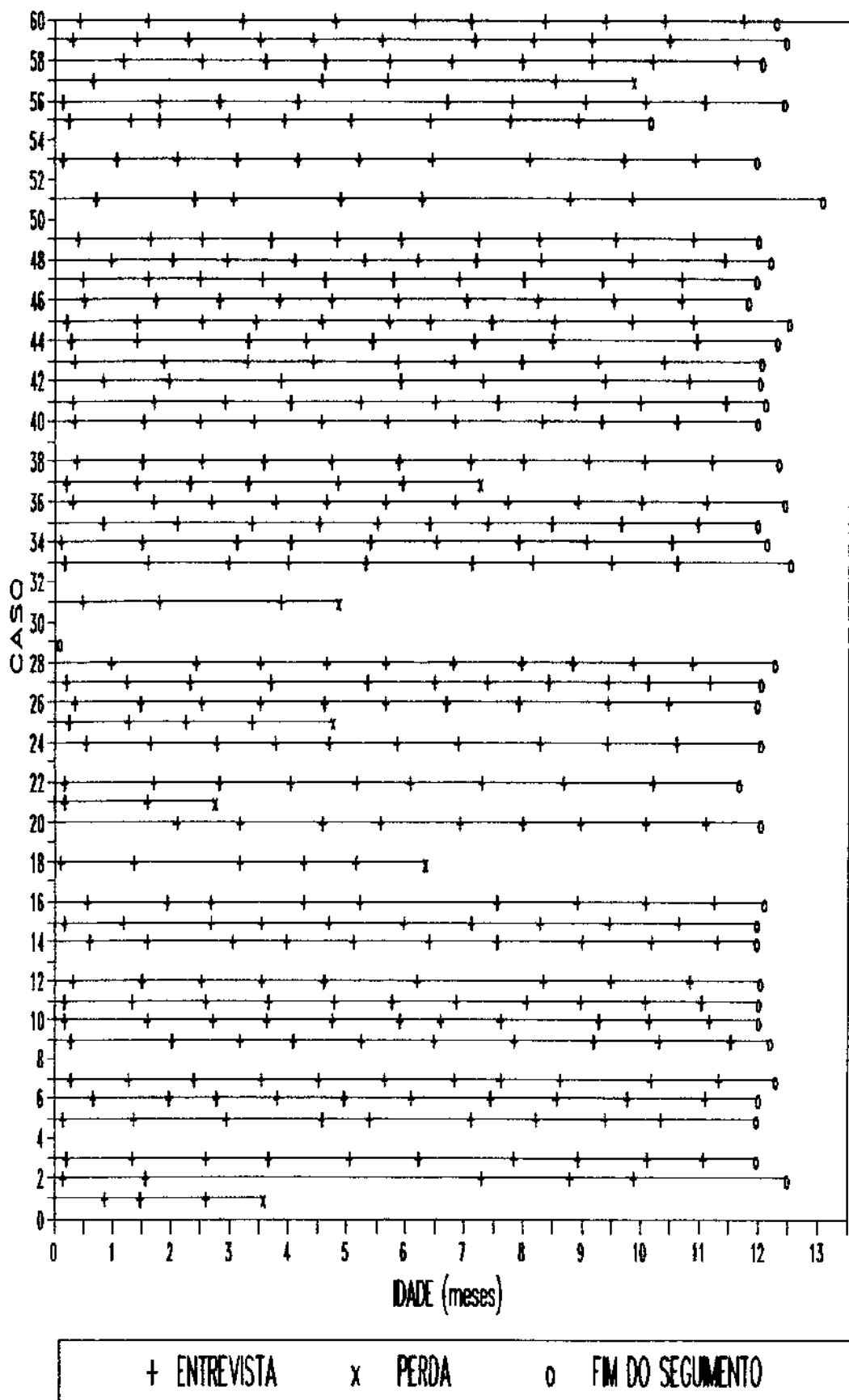


Figura 22 - Diagrama de seguimento da coorte de recém-nascidos, Campinas, 1992/93/94.

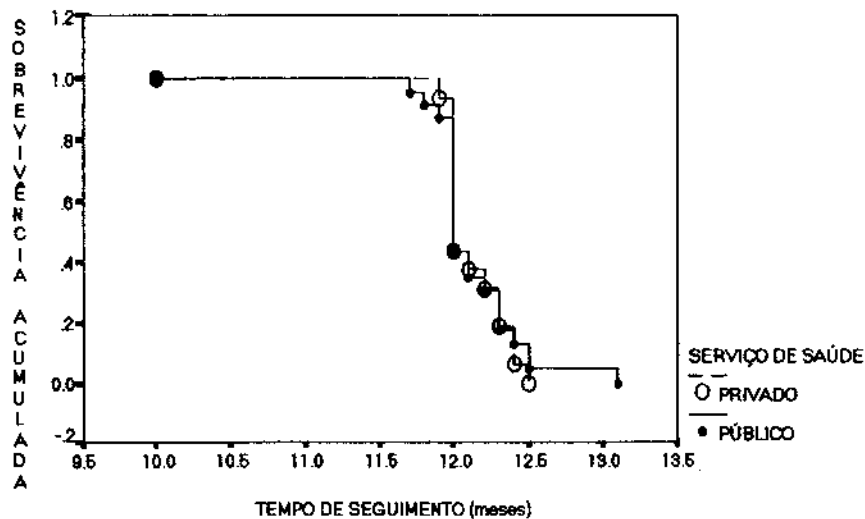


Figura 23 - Tempo de seguimento da coorte de recém-nascidos conforme o tipo de serviço de saúde, Campinas, 1992/93/94.

A primeira entrevista foi realizada no período de 16/06/92 a 17/02/93, isto é, à medida em que as crianças iam nascendo e voltando para casa, independente da idade (tabela 34). No total foram realizadas 458 entrevistas.

Tabela 34 - Distribuição dos recém-nascidos segundo idade por ocasião da primeira entrevista e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE	PÚBLICO		PRIVADO		TOTAL	
Idade (meses)	n	%	n	%	n	%
0 a 1	27	96,4	17	89,5	45	95,8
1,1 a 2	-	-	2	10,5	1	2,1
2,1	1	3,6	-	-	1	2,1
Total	28	100,0	19	100,0	47	100,0
Média	0,49		0,42		0,46	
Desvio Padrão	0,41		0,28		0,37	
t ₍₄₅₎ =0,613 p=0,543						

Vinte e um (75%) recém-nascidos, usuários do serviço público e 14 (70,0%) do privado, ainda não haviam realizado a primeira consulta de puericultura até o dia da primeira entrevista.

Do total das crianças estudadas, 28 utilizavam principalmente serviços públicos de saúde e 19 usavam principalmente serviços privados de saúde, embora para as gestantes estes números tivessem sido definidos, respectivamente, em 32 e 15, excluindo o caso do óbito .

5.1.2.1. CARACTERÍSTICAS NUTRICIONAIS

Quanto às características nutricionais se encontrou diferença entre os serviços estudados para percentil de altura ao final do primeiro ano de vida para os meninos e idade de introdução de frutas na dieta (Tabelas 35 a 37).

5.1.2.1.1. ANTROPOMETRIA

Tabela 35 - Distribuição dos recém-nascidos segundo peso ao nascer e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE Peso ao Nascer (g)	PÚBLICO		PRIVADO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
< 2501	1	3,6	-	-	1	2,1
2501 a 3000	10	35,7	6	30,0	16	33,3
3001 a 3500	11	39,3	10	50,0	21	43,8
> 3501	6	21,4	4	20,0	10	20,8
Total	28	100,0	20	100,0	48	100,0
Média	3148		3260		3195	
Desvio Padrão	449		424		437	
$t_{(48)}=0,874$ $p=0,387$						

Tabela 36 - Distribuição dos recém-nascidos segundo perda de peso proporcional em relação ao peso ao nascer até a data da alta hospitalar e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE	PÚBLICO		PRIVADO		TOTAL	
Perda de peso (%/dia)	n	%	n	%	n	%
-1,4	2	7,1	-	-	2	4,2
0,5 a 1,8	10	35,7	4	20,0	14	29,2
1,9 a 2,8	8	28,6	8	40,0	16	33,3
2,9 a 3,8	3	10,7	3	15,0	6	12,5
3,9 a 4,8	4	14,3	2	10,0	6	12,5
sem dados	1	3,6	3	15,0	4	8,3
Total	28	100,0	20	100,0	48	100,0
Média	2,09		2,44		2,22	
Desvio Padrão	1,51		1,16		1,38	
t ₍₄₂₎ =0,815 p=0,420						

Em relação aos usuários do serviço privado, não foi possível medir o peso e a estatura de uma criança, em uma das visitas, no decorrer do seguimento, pois

estava dormindo, não sendo viável o retorno.

Para a determinação do peso das crianças com roupa, foi realizada correção conforme a média de peso de cada tipo e tamanho de roupa usada pela criança.

O peso, ao final do primeiro ano de vida, não diferiu significativamente entre os serviços estudados, sendo que as meninas do serviço público pesavam $9,5 \pm 1,0\text{kg}$ e as do privado $9,2 \pm 1,36\text{Kg}$ e os meninos $9,7 \pm 1,23\text{kg}$ e $9,6 \pm 1,02\text{kg}$ respectivamente. O NCHS referencia o peso 9,5kg (percentil 50) para as meninas e 10,2kg para os meninos. A Tabela 37 ilustra a distribuição destas crianças conforme a faixa de percentil para peso.

Tabela 37 - Distribuição dos recém-nascidos que concluíram o seguimento vivos segundo faixa de percentil de peso, sexo e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93/94.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE		PÚBLICO		PRIVADO		TOTAL	
Sexo	Percentil de Peso	n	%	n	%	n	%
feminino	<10	-	-	1	12,5	1	5,0
	10 a 90	10	83,3	6	75,0	16	80,0
	> 90	2	16,7	1	12,5	3	15,0
Total		12	100,0	8	100,0	20	100,0
masculino	<10	2	18,2	1	12,5	3	15,8
	10 a 90	8	72,7	7	87,5	15	78,9
	>90	1	9,1	-	-	1	5,3
Total		11	100,0	8	100,0	19	100,0

As Figuras 24 e 25 mostram os pesos corrigidos de todos os recém-nascidos conforme a curva de referência do NCHS.

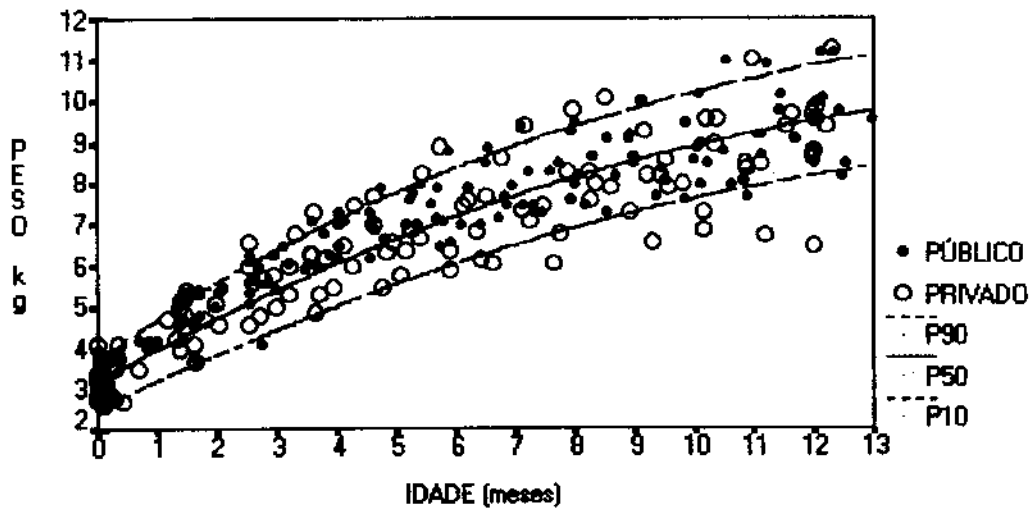


Figura 24 - Distribuição das meninas segundo peso por idade, curva de referência do NCHS (p10 = percentil 10, p50 = percentil 50, p90 = percentil 90) e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93/94.

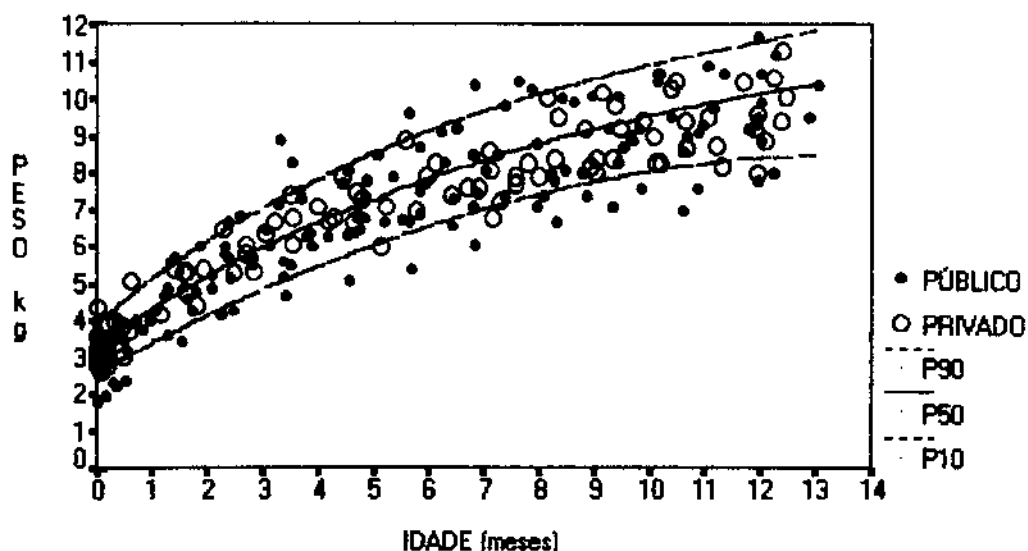


Figura 25 - Distribuição dos meninos segundo peso por idade, curva de referência do NCHS (p10 = percentil 10, p50 = percentil 50, p90 = percentil 90) e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93/94.

A estatura, após correção dos erros de medida conforme velocidade de incremento de comprimento proporcional ao incremento da idade e do peso, pode ser vista nas Figuras 26 e 27.

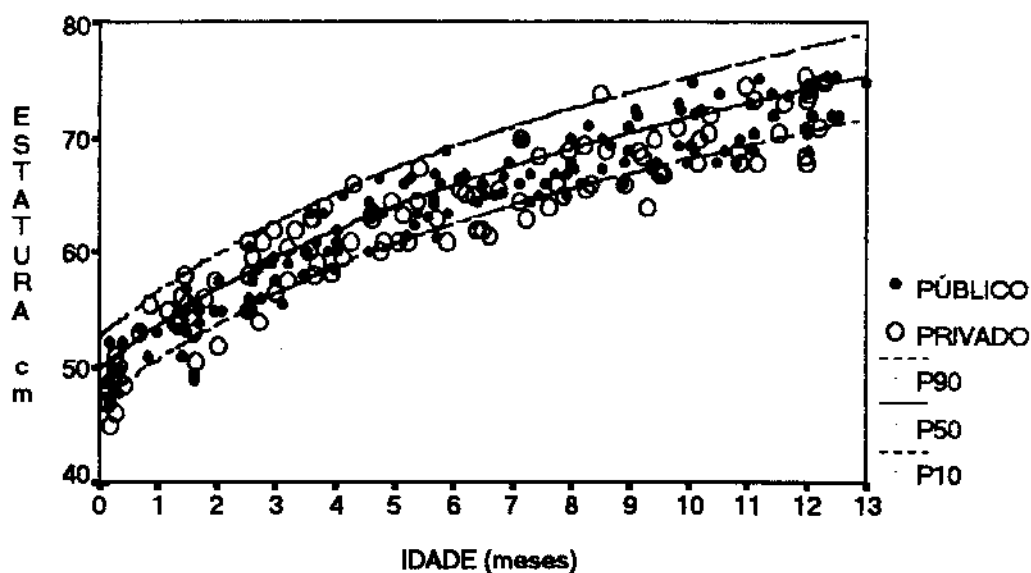


Figura 26 - Distribuição das meninas segundo estatura por idade, curva de referência do NCHS (p10 = percentil 10, p50 = percentil 50, p90 = percentil 90) e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93/94.

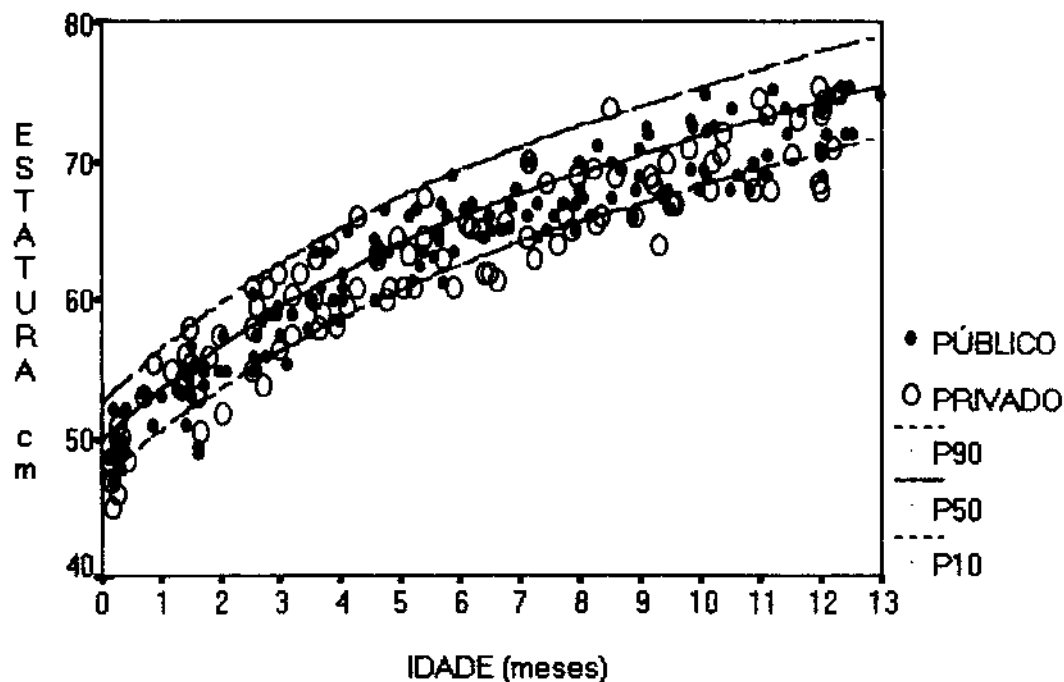


Figura 27 - Distribuição dos meninos segundo estatura por idade, curva de referência do NCHS (p10 = percentil 10, p50 = percentil 50, p90 = percentil 90) e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93/94.

No que se refere à estatura, não houve diferença entre os serviços estudados, sendo que ao final do primeiro ano de vida as meninas do serviço público mediam $73,0 \pm 2,23\text{cm}$ e as do privado $72,5 \pm 2,95\text{cm}$ e os meninos $72,1 \pm 2,41\text{cm}$ e $75,1 \pm 2,58\text{kg}$ respectivamente. O NCHS referencia a estatura $74,3\text{cm}$ (percentil 50) para as meninas e $76,1\text{cm}$ para os meninos. A Tabela 38 ilustra a distribuição destas crianças conforme a faixa de percentil para estatura.

Tabela 38 - Distribuição dos recém-nascidos que concluíram o seguimento vivos segundo faixa de percentil de estatura, sexo e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93/94.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE		PÚBLICO		PRIVADO		TOTAL	
Sexo	Percentil de Estatura	n	%	n	%	n	%
feminino	<10	2	16,7	2	25,0	4	20,0
	10 a 90	10	83,3	6	75,0	16	80,0
	> 90	-	-	-	-	-	-
Total		12	100,0	8	100,0	20	100,0
masculino*	<10	6	54,5	1	12,5	7	36,8
	10 a 90	5	45,5	7	87,5	12	63,2
	>90	-	-	-	-	-	-
Total		11	100,0	8	100,0	19	100,0

* diferença significativa para teste entre duas proporções (IC= 4,7 a 79,3), com corte no percentil 10.

5.1.2.1.2. ALEITAMENTO MATERNO

Dos recém-nascidos que concluíram o seguimento, 17,4% (4) no público e 18,8% (3) no privado estavam sendo amamentados por ocasião do término do estudo. Considerando-se como 12 meses a idade de desmame destas crianças, temos como idade de desmame, no público, $5,9 \pm 4,1$ meses de idade e, no privado, $5,7 \pm 3,8$ ($t_{(41)}=0,20$, $p=0,845$).

Treze (50,0%) mães de recém-nascidos usuários do serviço público desmamaram seus bebês antes de seis meses de idade e 10 (58,8%) mães do serviço privado. Estas mães referem como motivo principal, no serviço privado, a diminuição do leite (6), sendo que 3 delas relatam ter dado mamadeira (aos 2, 3,5 e 5 meses de idade, sendo que para a primeira delas houve também recomendação médica pois a mãe estava com anemia, sic) e 3 que simplesmente o leite secou (aos 1,5, 3 e 5 meses de idade), 1 que não tinha "bico" (aos 6 dias), 1 que cansou de amamentar (aos 3,5 meses), uma mãe refere que não amamentou porque a criança não podia se esforçar devido à cardiopatia congênita e outra que o médico recomendou interromper a amamentação devido aos antibióticos que a mãe vinha tomando (aos 40 dias de idade). No serviço público 12 mães citaram a diminuição do leite, sendo que 4 relatam ter dado mamadeira antes do leite secar (aos 3, 3,5, 4 e 4 meses, duas destas porque o bebê chorava), 2 que o leite não sustentava (aos 20 dias e 3 meses), 1 que a criança não quis mais o peito (aos 3 meses de idade), 1 que simplesmente o leite secou (aos 15 dias), 2 com problemas nas mamas (ambas aos 2 meses), 1 porque precisava retornar ao trabalho (aos 3 meses) e 1 por recomendação médica devido à diarreia da criança (aos 4 meses de idade); 1 que a criança não quis mais (aos 2,5 meses de idade), apesar de ter bastante leite.

Quanto à idade de amamentação exclusiva, incluindo água, temos $57,5 \pm 51,3$ dias para o serviço público e $56,39 \pm 42,23$ para o privado ($t_{(44)}=0,07$, $p=0,944$), incluindo também o chá temos, respectivamente, $30,11 \pm 50,76$ e $13,00 \pm 24,14$ ($t_{(45)}=1,36$, $p=0,179$). Para o serviço privado, a mediana de aleitamento materno exclusivo foi de 2 meses, incluindo o chá foi de 2 dias e de aleitamento total foi de 5 meses. No serviço público, os valores foram, respectivamente, 1, 2 e 5 meses.

5.1.2.1.3. INTRODUÇÃO DE ALIMENTOS

Tabela 39 - Idade (em dias) de introdução de alimentos no primeiro semestre de vida para os recém-nascidos que concluíram o seguimento vivos segundo tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93/94.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE	PÚBLICO	PRIVADO	t	p
Alimentos	M±DP	M±DP		
Água	31,3±33,9	23,3±42,5	0,71	0,480
Chá	26,7±49,8	12,0±21,9	1,16	0,251
Suco	98,2±46,2	86,7±23,3	0,98	0,335
Fruta	112,2±31,0	92,5±26,4	2,22	0,032*
Leite de Vaca	67,9±69,2	88,3±83,7	0,89	0,378
Papa/Sopa/Comida	116,7±33,6	111,7±33,8	0,49	0,628

* diferença significativa

As variáveis altura ao final do primeiro ano de vida para os meninos e idade de introdução de frutas foram selecionadas para caracterizar nutricionalmente a coorte de recém-nascidos (Figuras 28 e 29).

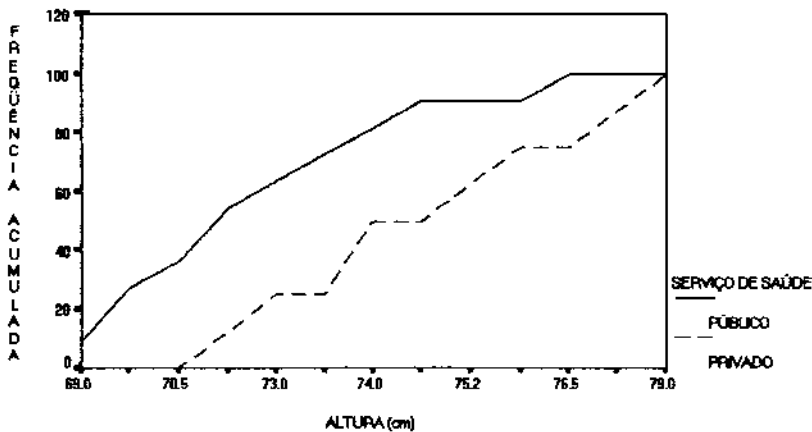


Figura 28 - Distribuição dos recém-nascidos do sexo masculino segundo estatura ao final do primeiro ano de vida e tipo de serviço de saúde, Campinas, 1992/93/94.

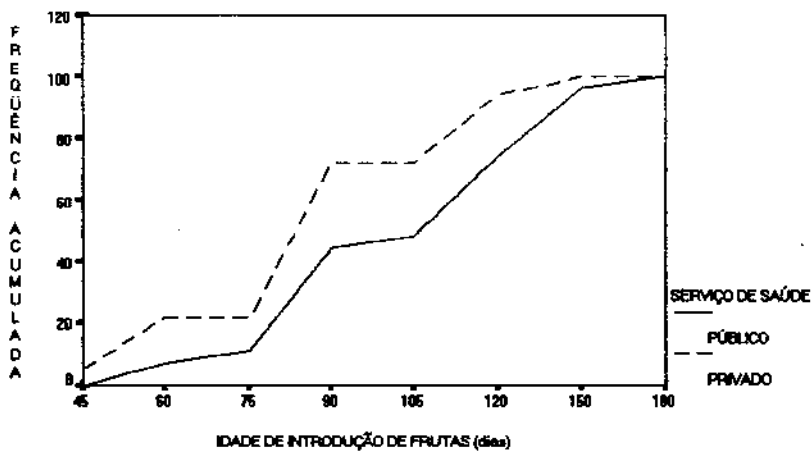


Figura 29 - Distribuição dos recém-nascidos segundo idade de introdução de frutas na dieta e tipo de serviço de saúde, Campinas, 1992/93/94.

5.1.2.2. CARACTERÍSTICAS ASSISTENCIAIS

Quanto às características assistenciais (tabelas 40 a 57) os dados mostram diferença estatística significativa para local de parto, tipo de parto, tipo de alojamento, local da primeira consulta de puericultura, números de serviços de saúde utilizados no primeiro ano de vida, idade na primeira consulta de puericultura, número de consultas, tempo médio de espera e nota média dada ao serviço, no que se refere a indicadores do processo de atenção à saúde.

5.1.2.2.1. ATENÇÃO AO PARTO

Tabela 40 - Distribuição dos recém-nascidos segundo local de parto e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE Local de Parto	PÚBLICO		PRIVADO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Hospital da PUCCAMP	13	46,4	1	5,0	14	29,2
Hospital da UNICAMP	5	17,9	-	-	5	10,4
Maternidade de Campinas	7	25,0	5	25,0	12	25,0
Outros Hospitais Campinas	3	10,7	13	65,0	16	33,3
Hospital Outro Município	-	-	1	5,0	1	2,1
Total	28	100,0	20	100,0	48	100,0

Os recém-nascidos usuários do serviço público nasceram principalmente nos Hospitais Universitários ($p=0,00002$, teste exato de Fisher), sendo que nenhum deles foi gemelar e todos nasceram a termo.

Tabela 41 - Distribuição dos recém-nascidos segundo o tipo de parto e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE Tipo Parto	PÚBLICO		PRIVADO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Normal	13	46,4	4	20,0	17	35,4
Fórceps	3	10,7	-	-	3	6,3
Cesárea	12	42,9	16	80,0	28	58,3
Total	28	100,0	20	100,0	48	100,0
Normal e Fórceps	16	57,1	4	20,0	20	41,7
Cesárea	12	42,9	16	80,0	28	58,3

$p=0,017$ (teste exato de Fisher)*

* diferença significativa

As causas alegadas pelas mães para a cesárea podem ser vistas no item 5.1.1.3.2. (página 56).

Tabela 42- Distribuição dos recém-nascidos segundo tipo de alojamento e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE Tipo de Alojamento	PÚBLICO		PRIVADO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Conjunto	20	71,4	7	35,0	27	56,3
Berçário	8	28,6	13	65,0	21	43,7
Total	28	100,0	20	100,0	48	100,0
						qui-quadrado=4,90 p=0,027 gl=1*

* diferença significativa

5.1.2.2.2. ATENÇÃO À PUERICULTURA

Tabela 43- Distribuição dos recém-nascidos segundo local da primeira consulta de puericultura e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE Local de Puericultura	PÚBLICO		PRIVADO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Centro de Saúde Local	15	53,6	-	-	15	31,9
Outro Centro de Saúde	5	17,8	-	-	5	10,6
Hospital Universitário	6	21,4	1	5,3	7	14,9
Ambulatório Especialidade	1	3,6	1	5,3	2	4,3
Convênio	1	3,6	15	78,9	16	34,0
Médico Particular	-	-	2	10,5	2	4,3
Total	28	100,0	19	100,0	47	100,0

Os recém-nascidos utilizam diferentes serviços de saúde, públicos e privados, alternadamente durante o primeiro ano de vida, apesar disto os recém-nascidos mantêm o vínculo com um dos tipos de serviço, público ou privado (p=0,00000001, teste exato de Fisher).

Tabela 44- Distribuição dos recém-nascidos, que concluíram o estudo vivos, segundo o número de serviços da saúde usados durante o primeiro ano de vida e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93/94.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE	PÚBLICO		PRIVADO		TOTAL	
Número de Serviços Usados	n	%	n	%	n	%
1	1	4,3	7	43,8	8	20,5
2	14	60,9	7	43,8	21	53,9
3	6	26,1	2	12,4	8	20,5
4	2	8,7	-	-	2	5,1
Total	23	100,0	16	100,0	39	100,0
Média	2,39		1,69		2,10	
Desvio Padrão	0,72		0,70		0,79	
t ₍₃₇₎ =3,020 p=0,005*						

* diferença significativa

Por análise de sobrevivência também temos diferença entre os serviços (Figura 30), segundo teste de Breslow ($p=0,002$).

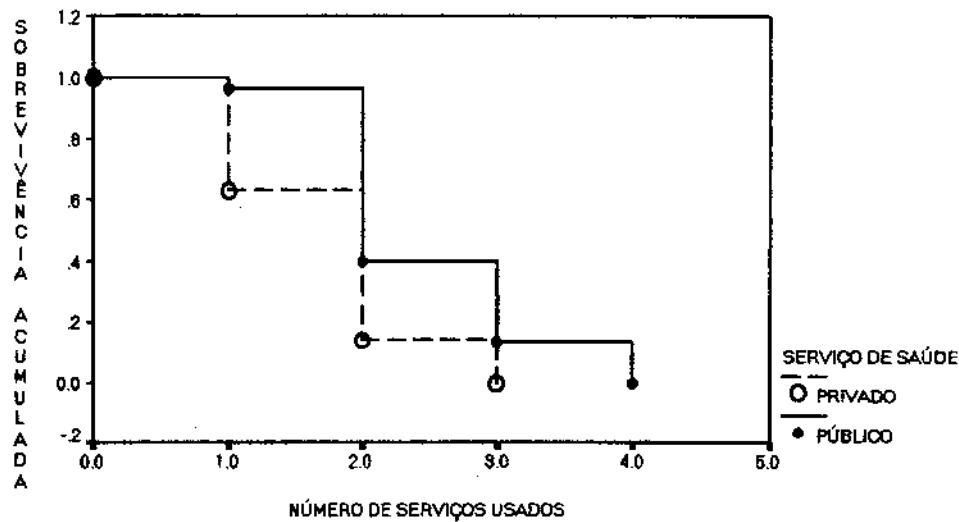


Figura 30 - Número de serviços de saúde usados pelos recém-nascidos conforme o tipo do serviço de saúde, Campinas, 1992/93/94.

Tabela 45 - Prevalência dos serviços da saúde usados pelos recém-nascidos durante o seguimento e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93/94.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE Serviços Usados	PÚBLICO % (n)	PRIVADO % (n)	TOTAL % (n)
Centro de Saúde Local	78,6 (22/28)	10,5 (2/19)	51,1 (24/47)
Outro Centro de Saúde	35,7 (10/28)	10,5 (2/19)	25,5 (12/47)
Hospital Universitário	46,4 (13/28)	10,5 (2/19)	31,9 (15/47)
Hospital Mário Gatti	28,6 (8/28)	5,3 (1/19)	19,1 (9/47)
Ambulatório Especialidade	3,6 (1/28)	-	2,1 (1/47)
Convênio	10,7 (3/28)	89,5 (17/19)	42,6 (20/47)
Médico Particular	3,6 (1/28)	31,6 (6/19)	14,9 (7/47)

Tabela 46 - Distribuição dos recém-nascidos segundo idade na primeira consulta de puericultura e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE Idade (meses)	PÚBLICO		PRIVADO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
0 a 0,5	8	28,6	12	63,2	20	42,6
0,6 a 1,0	4	14,2	2	10,5	6	12,8
1,1 a 2,0	8	28,6	5	26,3	13	27,6
2,1 a 3,0	6	21,4	-	-	6	12,8
3,1 a 4,0	1	3,6	-	-	1	2,1
5,1 a 6,0	1	3,6	-	-	1	2,1
Total	28	100,0	19	100,0	47	100,0
Média	1,40		0,59		1,07	
Desvio Padrão	1,07		0,34		0,94	

$t_{45}=3,179$ $p=0,003^*$

* diferença significativa

Tabela 47 - Distribuição dos recém-nascidos segundo número de consultas realizadas durante o primeiro ano de vida e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93/94.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE Número de Consultas	PÚBLICO		PRIVADO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
até 4	4	17,4	-	-	4	10,3
5 a 8	8	34,8	2	12,5	10	25,6
9 a 12	7	30,4	8	50,0	15	38,5
13 a 16	4	17,4	4	25,0	8	20,5
17 a 20	-	-	2	12,5	2	5,1
Total	23	100,0	16	100,0	39	100,0
Média	8,43		11,88		9,85	
Desvio Padrão	4,04		3,18		4,05	
t ₍₃₇₎ =2,852 p=0,007*						

* diferença significativa

Tabela 48 - Distribuição dos recém-nascidos segundo tempo médio de espera para as consultas realizadas no primeiro ano de vida e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93/94.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE Tempo de Espera (minutos)	PÚBLICO		PRIVADO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
0 a 15	5	17,9	11	57,8	16	34,0
16 a 30	6	21,4	5	26,3	11	23,4
31 a 45	6	21,4	1	5,3	7	15,0
46 a 60	4	14,3	1	5,3	5	10,6
61 a 90	4	14,3	1	5,3	5	10,6
91 a 120	2	7,1	-	-	2	4,3
121 a 150	1	3,6	-	-	1	2,1
Total	28	100,0	19	100,0	47	100,0
Média	48,37		18,99		35,30	
Desvio Padrão	32,65		16,76		30,33	
t ₍₄₅₎ =3,359 p=0,002*						

* diferença significativa

Tabela 49 - Distribuição dos recém-nascidos segundo tempo médio das consultas no primeiro ano de vida e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93/94.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE Tempo de Consulta (minutos)	PÚBLICO		PRIVADO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
0 a 15	9	32,1	6	31,6	15	31,9
16 a 30	12	42,9	12	63,1	24	51,1
31 a 45	4	14,3	1	5,3	5	10,6
45 a 60	2	7,1	-	-	2	4,3
sem dados	1	3,6	-	-	1	2,1
Total	28	100,0	19	100,0	47	100,0
Média	23,38		20,18		22,06	
Desvio Padrão	11,30		6,54		9,66	
					$t_{(44)}=1,108$ $p=0,274$	

A probabilidade de esperar mais que o tempo médio da consulta no serviço público é 82,1% (23/28) e no privado é 26,3% (5/19), havendo diferença entre estas duas proporções (Intervalo de Confiança entre 19,04 e 67,8) para teste entre duas proporções.

Tabela 50 - Distribuição dos recém-nascidos segundo nota média dada pelas mães às consultas de puericultura e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93/94.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE Nota Média	PÚBLICO		PRIVADO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
5,1 a 7,5	5	17,9	-	-	5	10,6
7,6 a 10,0	23	82,1	19	100,0	42	89,4
Total	28	100,0	19	100,0	47	100,0
Média	8,73		9,52		9,05	
Desvio Padrão	1,22		0,59		1,08	
					$t_{(45)}=2,616$ $p=0,012^*$	

* diferença significativa

Tabela 51 - Motivo da nota segundo o tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93/94.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE Motivo	PÚBLICO Nota (n)	PRIVADO Nota (n)
espera e consulta regular	8,4 (1)	-
espera e boa consulta	8,7 (4)	8,8 (4)
espera, consulta e atendimento bons	10,0 (2)	-
consulta ruim	7,1 (2)	-
consulta regular	6,5 (2)	-
boa consulta	9,4 (12)	9,8 (11)
bom atendimento	9,0 (3)	-
consulta e atendimento regulares	7,3 (1)	-
consulta e atendimento bons	7,5 (1)	9,4 (4)

Agrupando espera, espera e consulta e/ou atendimento bons, a média para o público é $9,1 \pm 0,7$ ($n=6$) e para o privado $8,8 \pm 0,4$ ($n=4$). Para espera e consulta e/ou atendimento ruins e/ou regulares apenas o público apresenta um caso (nota 8,4). Quanto ao atendimento e/ou consulta bons, a média é $9,2 \pm 0,9$ ($n=16$) e $9,7 \pm 0,5$ ($n=15$), respectivamente, para o público e para o privado. Para atendimento e/ou consulta regulares e/ou ruins, a média foi $7,1 \pm 1,0$ ($n=5$) para o público, sem nenhum caso no privado. O teste t não mostrou diferença significativa para as médias das notas agrupadas desta forma.

Tabela 52 - Prevalência de reclamações conforme o tipo de serviço de saúde, Campinas, 1992/93/94.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE Reclamações	PÚBLICO % (n)	PRIVADO % (n)	teste exato de Fisher p
Espera	25,0 (7/28)	21,1 (4/19)	1,000
Médico	21,4 (6/28)	-	0,077
Atendimento	3,6 (1/28)	-	1,000

Quanto ao atendimento médico regular e ruim, no serviço público, as mães citaram: "o médico não conversa", "a consulta é rápida", "o médico não examina direito", "o médico não resolve o problema", "o médico é desinteressado".

Quanto ao mau atendimento em geral, no serviço público, as mães mencionaram falta de médico e espaço físico pequeno.

Recém-nascidos usuários do serviço público não realizaram a consulta marcada devido a: unidade fechada (9), falta de médico (5), chuva (4), ocupação materna (4), esquecimento materno (6), mudança do centro de saúde para outro local (2), não gostar da médica (2), indisposição materna (2), centro de saúde lotado (1) e a criança estar bem (9). Convém lembrar que o centro de saúde local foi roubado duas vezes num prazo de quinze dias, ficando fechado até serem tomadas providências quanto à segurança e reposição dos materiais e equipamentos furtados. No serviço privado as faltas se relacionaram com esquecimento materno (2), ocupação materna (3) e doença materna (1).

As mães foram diretamente questionadas sobre a existência de orientações e esclarecimentos quanto ao crescimento da criança, idade de vacinação e alimentação adequada durante o primeiro ano de vida.

Tabela 53 - Prevalência de orientações e esclarecimentos quanto ao crescimento da criança, idade de vacinação e alimentação adequada durante o primeiro ano de vida e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93/94.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE	PÚBLICO	PRIVADO	qui-quadrado (p)
Prevalência			
Crescimento	78,9 (15/19)	92,3 (12/13)	0,001 (0,975)
Vacinação	94,4 (17/18)	100,0 (14/14)	0,020 (0,888)
Alimentação	95,0 (19/20)	100,0 (14/14)	0,021 (0,950)

Tabela 54 - Distribuição dos recém-nascidos quanto à imunização conforme a idade durante o seguimento e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93/94.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE	PÚBLICO		PRIVADO		TOTAL	
Imunização	n	%	n	%	n	%
Adequada	24	85,7	18	94,7	42	89,4
Inadequada	4	14,3	1	5,3	5	10,6
Total	28	100,0	19	100,0	47	100,0

p=0,635 (teste exato de Fisher)

Tabela 55 - Distribuição dos recém-nascidos que concluíram o seguimento segundo número de doenças até o final do primeiro ano de vida e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93/94.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE	PÚBLICO		PRIVADO		TOTAL	
Número de doenças	n	%	n	%	n	%
0	1	4,4	1	6,2	2	5,1
1	2	8,7	-	-	2	5,1
2	3	13,0	4	25,0	7	17,9
3	6	26,1	3	18,8	9	23,1
4	3	13,0	3	18,8	6	15,4
5	3	13,0	3	18,8	6	15,4
6	4	17,4	-	-	4	10,3
7	1	4,4	-	-	1	2,6
8	-	-	2	12,4	2	5,1
Total	23	100,0	16	100,0	39	100,0
Média	3,65		3,75		3,69	
Desvio Padrão	1,87		2,14		1,96	
t ₍₃₇₎ =0,155 p=0,878						

Tabela 56 - Prevalência das doenças referidas durante o seguimento e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93/94.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE Doença referida	PÚBLICO		PRIVADO		TOTAL	
	%	(n)	%	(n)	%	(n)
Infeciosas e Parasitárias	-		10,5	(2/19)	4,3	(2/47)
Sangue e Órgãos Hematopoéticos	3,6	(1/28)	5,3	(1/19)	4,3	(2/47)
Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos	10,7	(3/28)	26,3	(5/19)	17,0	(8/47)
Aparelho Respiratório	82,1	(23/28)	89,5	(17/19)	85,1	(40/47)
Aparelho Digestivo	25,0	(7/28)	36,8	(7/19)	29,8	(14/47)
Aparelho Geniturinário	3,6	(1/28)	-		2,1	(1/47)
Pele e Tecido Celular Subcutâneo	7,1	(2/28)	31,6	(6/19)	17,0	(8/47)
Anomalias Congênitas	3,6	(1/28)	15,8	(3/19)	8,5	(4/47)
Algumas Afecções Originadas	-		-		-	
no Período Perinatal	-		5,3	(1/19)	2,1	(1/47)
Mal Definidas	17,9	(5/28)	-		10,6	(5/47)

Durante o seguimento houve internação de uma criança usuária do serviço privado devido à cardiopatia congênita.

Dois recém-nascidos ficaram internados por mais tempo por ocasião do nascimento devido a baixo peso (público) e necessidade de transfusão de sangue (privado).

Houve um óbito por insuficiência pulmonar aos dois dias de idade de um recém-nascido do serviço privado.

Tabela 57 - Prevalência das doenças referidas durante o primeiro ano de vida e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93/94.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE Doença referida	PÚBLICO %	PRIVADO %	TOTAL %
Infeciosas e Parasitárias	-	12,5 (2/16)	5,1 (2/39)
Sangue e Órgãos Hematopoéticos	4,3 (1/23)	6,3 (1/16)	5,1 (2/39)
Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos	13,0 (3/23)	31,3 (5/16)	20,5 (8/39)
Aparelho Respiratório	95,7 (22/23)	93,8 (15/16)	94,9 (37/39)
Aparelho Digestivo	26,1 (6/23)	31,3 (5/16)	28,2 (11/39)
Pele e Tecido Celular Subcutâneo	8,7 (2/23)	37,5 (6/16)	20,5 (8/39)
Anomalias Congênitas	-	12,5 (2/16)	5,1 (2/39)
Mal Definidas	21,7 (5/23)	-	12,8 (5/39)

As variáveis local de parto, tipo de parto, tipo de alojamento, local da primeira consulta de puericultura, número de serviços utilizados, idade na primeira consulta, número de consultas, tempo de espera e nota foram eleitas para caracterizar assistencialmente esta população (Figuras 31 a 39).

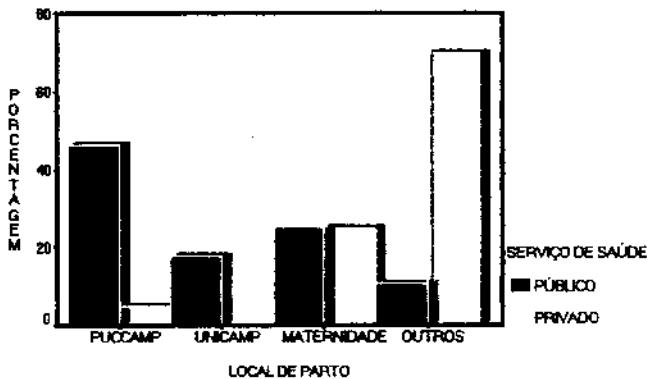


Figura 31 - Distribuição dos recém-nascidos segundo local de parto e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.

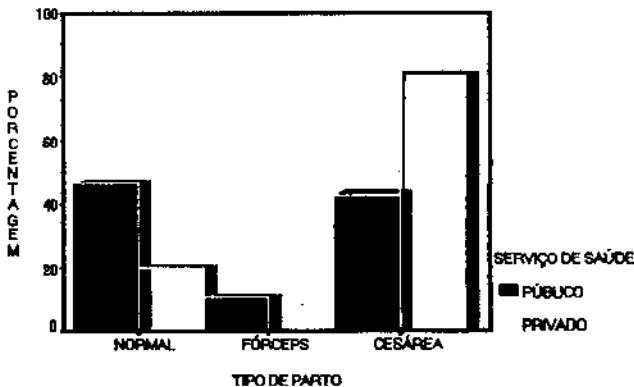


Figura 32 - Distribuição dos recém-nascidos segundo tipo de parto e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.

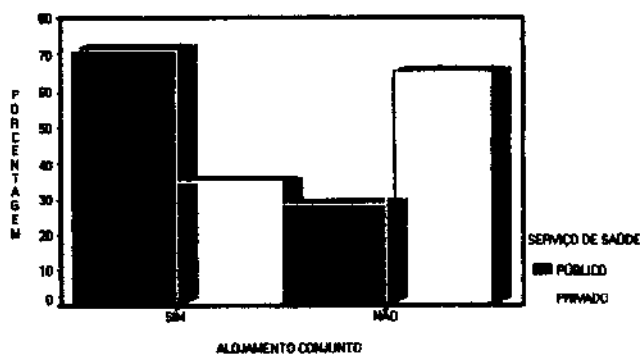


Figura 33 - Distribuição dos recém-nascidos segundo tipo de alojamento ao nascer e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.

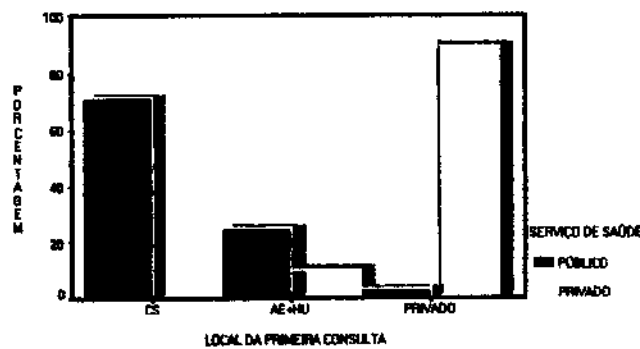


Figura 34 - Distribuição dos recém-nascidos segundo local da primeira consulta de puericultura e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.

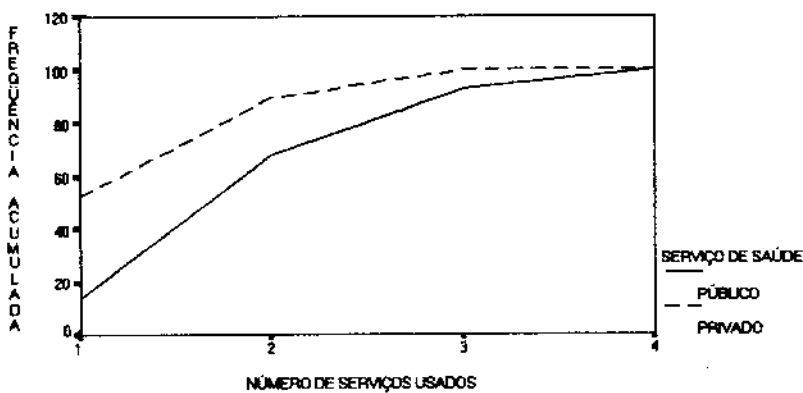


Figura 35 - Distribuição dos recém-nascidos segundo número de serviços de saúde usados no primeiro ano de vida e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93/94.

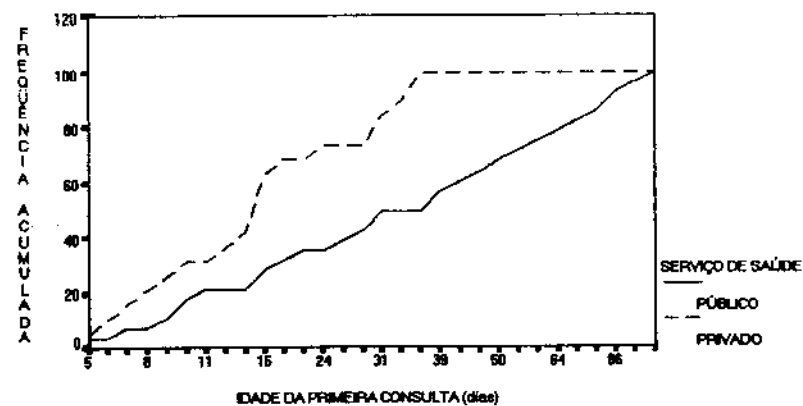


Figura 36 - Distribuição dos recém-nascidos segundo idade na primeira consulta de puericultura e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.

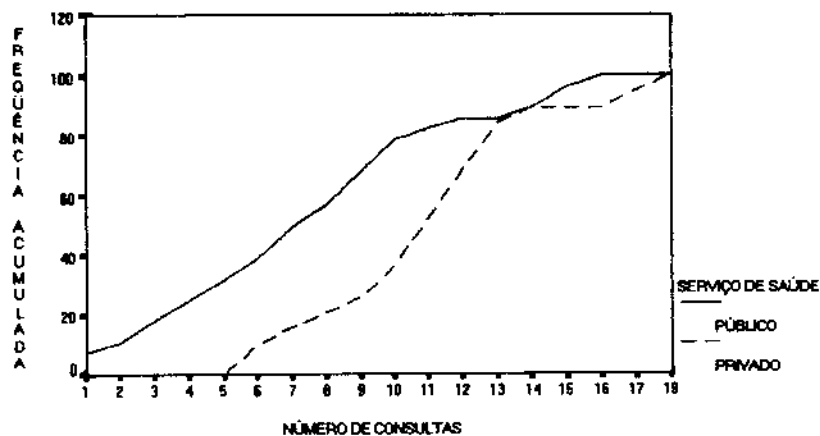


Figura 37 - Distribuição dos recém-nascidos segundo número de consultas e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93/94.

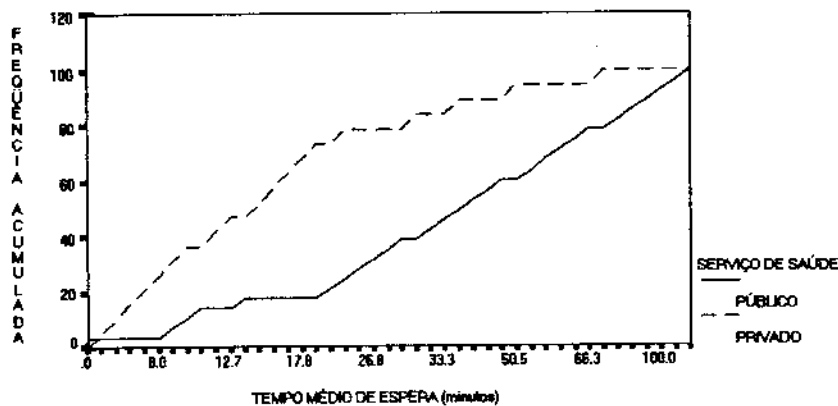


Figura 38 - Distribuição dos recém-nascidos segundo tempo médio de espera e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93/94.

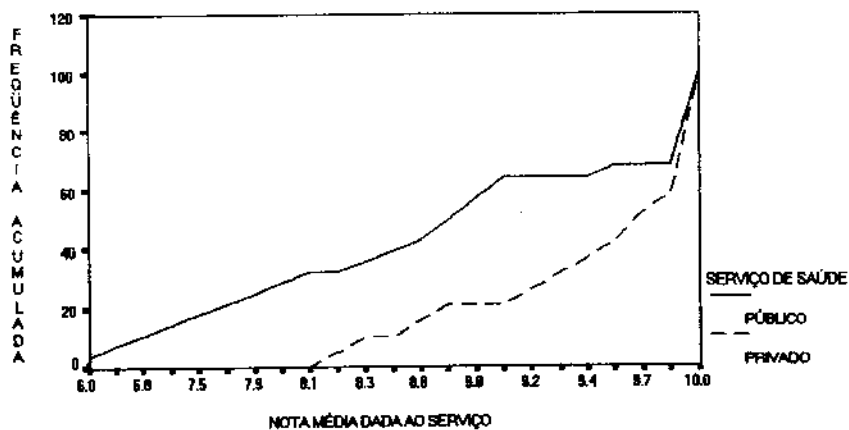


Figura 39 - Distribuição dos recém-nascidos segundo nota dada ao serviço e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93/94.

5.1.3. COORTE DE CRIANÇAS

Foram identificadas 64 crianças, sendo que 2 (3,1%) se recusaram a participar do estudo. Assim, a coorte iniciou-se com 62 sujeitos, com uma média de 7,6 entrevistas por sujeito. Destes, 50 concluíram o seguimento até 1 ano de idade, conforme pode ser visto na Figura 40, e 12 casos foram perdidos, sendo 11 por motivo de mudança da área escolhida e 1 por desistência.

A primeira entrevista foi realizada no período de 20/05 a 12/08/92 com maior concentração no primeiro (39 casos) e segundo (22 casos) meses de trabalho. A única criança faltante foi entrevistada no terceiro mês de trabalho devido à dificuldade de encontrá-la em sua residência. No total foram realizadas 470 entrevistas.

Do total das crianças estudadas, 38 utilizavam principalmente serviços públicos de saúde e 24 usavam principalmente serviços privados de saúde, sendo que o tempo de seguimento não diferiu entre as duas populações, segundo teste de Breslow ($p=0,670$), em análise de sobrevivência (Figura 41).

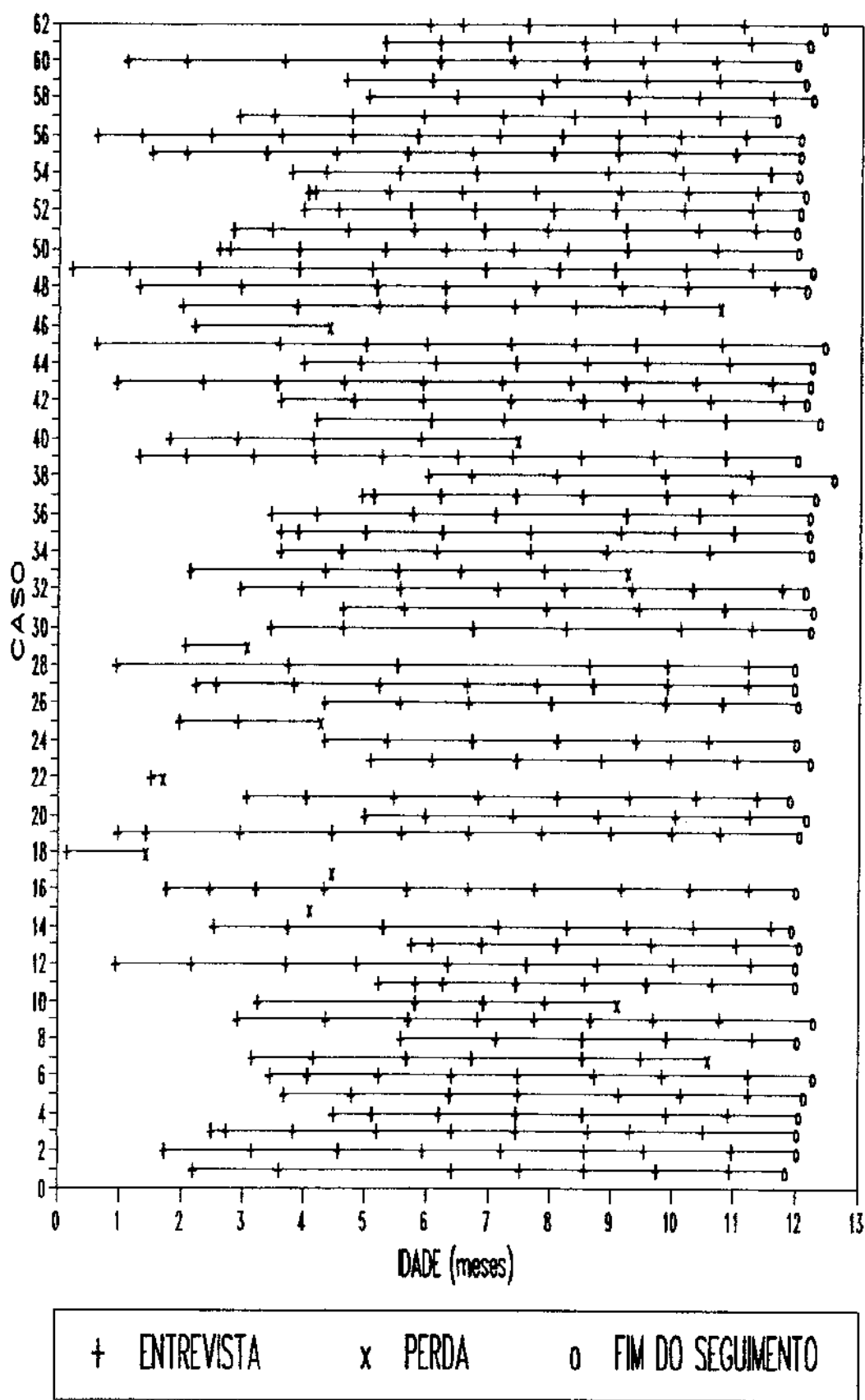


Figura 40 - Diagrama de seguimento da coorte de crianças, Campinas, 1992/93.

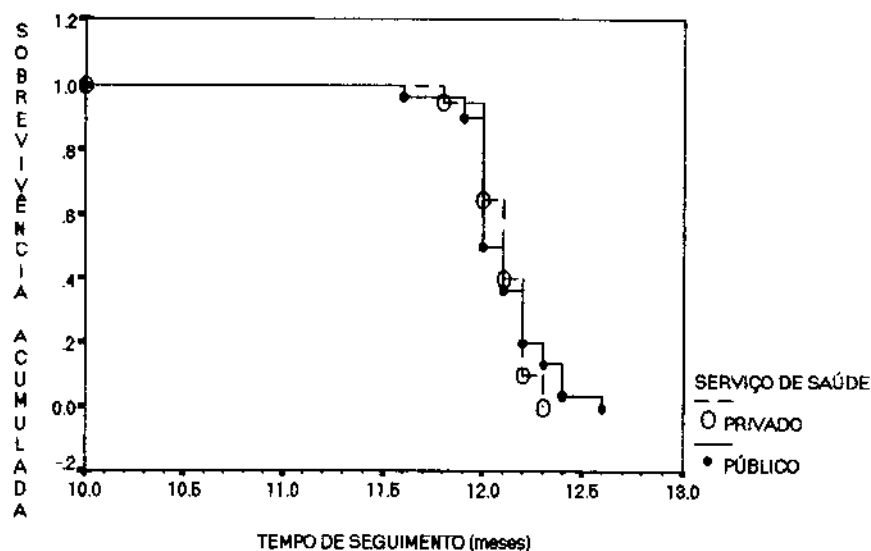


Figura 41 - Tempo de seguimento da coorte de crianças conforme tipo de serviço de saúde, Campinas, 1992/1993.

5.1.3.1. CARACTERÍSTICAS SOCIAIS

As tabelas 58 até 69 mostram as características sociais da população estudada conforme o tipo de serviço de saúde utilizado. Os dados mostram diferença estatística significativa, entre as crianças usuárias do serviço público e as do serviço privado, para anos de estudo materno, localização da moradia, número de pessoas por cômodo e renda familiar mensal per capita.

5.1.3.1.1. CARACTERÍSTICAS PESSOAIS

Tabela 58 - Distribuição das crianças segundo idade por ocasião da primeira entrevista e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE Idade (meses)	PÚBLICO		PRIVADO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
0 a 1	4	10,5	4	16,7	8	12,9
1,1 a 2	7	18,4	3	12,5	10	16,1
2,1 a 3	9	23,7	3	12,5	12	19,4
3,1 a 4	7	18,4	6	24,9	13	21,0
4,1 a 5	6	15,8	4	16,7	10	16,1
5,1 a 6	5	13,2	4	16,7	9	14,5
Total	38	100,0	24	100,0	62	100,0
Média	3,08		3,19		3,12	
Desvio Padrão	1,60		1,58		1,58	
t ₍₆₀₎ =0,265 p=0,792						

Tabela 59 - Distribuição das crianças segundo sexo e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE Sexo	PÚBLICO		PRIVADO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Feminino	22	57,9	12	50,0	34	54,8
Masculino	16	42,1	12	50,0	28	45,2
Total	38	100,0	24	100,0	62	100,0
qui-quadrado=0,12 p=0,729 gl=1						

Tabela 60 - Distribuição das crianças segundo idade das mães por ocasião do parto e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE	PÚBLICO		PRIVADO		TOTAL	
Idade das mães (anos)	n	%	n	%	n	%
15 a 19,9	6	15,8	1	4,1	7	11,3
20 a 24,9	10	26,3	8	33,3	18	29,0
25 a 29,9	15	39,5	7	29,2	22	35,5
30 a 34,9	6	15,8	4	16,7	10	16,1
35 a 39,9	1	2,6	4	16,7	5	8,1
Total	38	100,0	24	100,0	62	100,0
Média	25,60		27,71		26,42	
Desvio Padrão	5,47		6,15		5,79	
t ₍₆₀₎ =1,410 p=0,163						

Uma criança, usuária do serviço privado, foi adotada logo após o nascimento, sendo que os dados relativos ao pré-natal e ao parto foram obtidos da mãe biológica e os dados sociais, nutricionais e assistenciais durante o primeiro ano de vida da criança foram obtidos da mãe adotiva.

Tabela 61 - Distribuição das crianças segundo estado civil das mães e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE Estado Civil das Mães	PÚBLICO		PRIVADO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Casada	28	73,7	20	83,3	48	77,4
Solteira	10	26,3	4	16,7	14	22,6
Total	38	100,0	24	100,0	62	100,0
p=0,535 (teste exato de Fisher)						

No decorrer do estudo, uma das mães, usuária do serviço privado, considerada solteira, casou-se.

Tabela 62 - Distribuição das crianças segundo ocupação das mães e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE Ocupação das Mães	PÚBLICO		PRIVADO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Dona de Casa	30	79,0	19	79,1	49	79,0
Doméstica	3	7,9	-	-	3	4,8
Comerciária	2	5,3	1	4,2	3	4,8
Escriturária	1	2,6	2	8,3	3	4,8
Serviços Gerais	1	2,6	1	4,2	2	3,3
Operária	1	2,6	1	4,2	2	3,3
Total	38	100,0	24	100,0	62	100,0
Não ocupada	30	79,0	19	79,1	49	79,0
Ocupada	8	21,0	5	20,9	13	21,0

qui-quadrado=0,09 p=0,769 gl=1

Das mães das crianças classificadas como donas de casa no serviço público, 3 (2 domésticas e 1 costureira) ficaram desempregadas durante o seguimento, 3 se empregaram (2 domésticas e 1 balconista), 1 mudou de emprego, mantendo a ocupação (auxiliar de expedição) e 1 empregou-se como doméstica, ficando desempregada posteriormente.

Tabela 63 - Distribuição das crianças segundo anos de estudo das mães e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE Anos de estudo das Mães	PÚBLICO		PRIVADO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
nenhum	1	2,6	-	-	1	1,6
1 a 4	13	34,2	3	12,5	16	25,8
5 a 8	19	50,0	13	54,2	32	51,6
9 a 11	5	13,2	6	25,0	11	17,7
12 a 15	-	-	2	8,3	2	3,3
Total	38	100,0	24	100,0	62	100,0
Média	5,61		7,92		6,50	
Desvio Padrão	2,75		3,08		3,07	

t₍₆₀₎=3,075 p=0,003*

* diferença significativa

Tabela 64 - Distribuição das crianças segundo número de irmãos e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE	PÚBLICO		PRIVADO		TOTAL	
Número de irmãos	n	%	n	%	n	%
0	16	42,1	6	25,0	22	35,5
1	5	13,2	12	50,0	17	27,4
2	9	23,7	4	16,6	13	21,0
3	6	15,8	1	4,2	7	11,3
4	2	5,2	1	4,2	3	4,8
Total	38	100,0	24	100,0	62	100,0
Média	1,29		1,13		1,23	
Desvio Padrão	1,31		0,99		1,19	
t ₍₆₀₎ =0,512 p=0,611						

Quatro mães, de crianças usuárias do serviço público, relatam a ocorrência de natimorto (2), óbito por infecção hospitalar aos 3 meses de idade (1) e por difteria (sic) aos 7 meses de idade (1). Duas mães, de crianças usuárias do serviço privado, referem natimortos, sendo que uma delas tem antecedente de 1 aborto.

5.1.3.1.2. CARACTERÍSTICAS FAMILIARES

Tabela 65 - Distribuição das crianças segundo número de pessoas na família e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE	PÚBLICO		PRIVADO		TOTAL	
Número de Pessoas	n	%	n	%	n	%
3 e 4	18	47,4	16	66,7	34	54,8
5 a 8	16	42,1	6	25,0	22	35,5
9 a 12	4	10,5	2	8,3	6	9,7
Total	38	100,0	24	100,0	62	100,0
Média	5,16		4,54		4,92	
Desvio Padrão	2,25		1,82		2,10	
t ₍₆₀₎ =1,135 p=0,263						

No caso das crianças usuárias de serviço público observou-se alteração da composição familiar, durante o seguimento, em 1 (um) caso, onde houve redução de 5 para 2 pessoas (o tio, a tia e a prima mudaram para outro cômodo

no mesmo terreno). No serviço privado houve 1 caso de aumento de 10 para 11 pessoas (a mãe da criança casou-se e o marido passou a morar com a família já formada).

Tabela 66 - Distribuição das crianças segundo características de moradia e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE		PÚBLICO		PRIVADO		TOTAL	
Características de Moradia		n	%	n	%	n	%
Localização							
Área Urbanizada		17	44,7	21	87,5	38	61,3
Favela		21	55,3	3	12,5	24	38,7
p=0,001 (teste exato de Fisher)*							
Posse							
Própria		11	28,9	10	41,7	21	33,9
Não Própria		27	71,1	14	58,3	41	66,1
qui-quadrado=0,57 p=0,450 gl=1							
Tipo de Construção							
Alvenaria		30	78,9	23	95,8	53	85,5
Madeira		8	21,1	1	4,2	9	14,5
p=0,135 (teste exato de Fisher)							
Número de Cômodos							
1 a 2		15	39,5	5	20,8	20	32,3
3 a 4		19	50,0	11	45,9	30	48,4
5 a 6		4	10,5	6	25,0	10,0	16,1
7 a 10		-	-	2	8,3	2	3,2
Média		3,08		3,96		3,42	
Desvio Padrão		1,19		1,92		1,58	
t ₍₆₀₎ =2,232 p=0,294							
Pessoas por Cômodo							
até 1,0		5	13,2	11	45,8	16	25,8
1,1 a 2,0		25	65,8	13	54,2	38	61,3
2,1 a 3,0		6	15,8	-	-	6	9,7
3,1 a 4,0		1	2,6	-	-	1	1,6
4,1 a 8,0		1	2,6	-	-	1	1,6
Média		1,90		1,26		1,65	
Desvio Padrão		1,23		0,40		1,04	
t ₍₆₀₎ =2,481 p=0,016*							
Total		38	100,0	24	100,0	62	100,0

* diferença significativa

Houve 3 (três) mudanças de famílias para a mesma área, o que possibilitou o acompanhamento das crianças. No serviço público, 1 (uma) família mudou da favela para área urbanizada, passando de casa cedida para própria e 1 (uma) outra mudou para a casa ao lado, passando de 2 para 3 cômodos com uma

concentração de 1 pessoa por cômodo. No privado, 1 (uma) família mudou da favela para área urbanizada passando de casa cedida para própria, de madeira para alvenaria.

Tabela 67 - Distribuição das crianças segundo características de saneamento ambiental e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE Saneamento ambiental	PÚBLICO		PRIVADO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Destino do esgoto						
rede pública	30	78,9	22	91,7	52	83,9
córrego e fossa	8	21,1	2	8,3	10	16,1
p=0,291 (teste exato de Fisher)						
Destino do lixo						
coleta pública regular	37	97,4	22	91,7	59	95,2
coleta pública irregular	1	2,6	2	8,3	3	4,8
p=0,554 (teste exato de Fisher)						
Total	38	100,0	24	100,0	62	100,0

Quanto à água, todas as famílias são abastecidas pela rede pública, tendo canalização interna. Quanto ao destino do esgoto, duas famílias, uma usuária do serviço público e 1 (uma) do privado passaram, com a mudança de moradia, de fossa para rede pública.

Tabela 68 - Distribuição das crianças segundo renda familiar mensal per capita e serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE	PÚBLICO		PRIVADO		TOTAL	
Renda per capita (SM)	n	%	n	%	n	%
0 a 1,0	26	68,4	5	20,8	31	50,0
1,1 a 2,0	6	15,8	10	41,7	16	25,8
2,1 a 3,0	3	7,9	5	20,8	8	12,9
3,1 a 4,0	-	-	1	4,2	1	1,6
6,1 a 7,0	-	-	2	8,3	2	3,2
8,1 a 9,0	-	-	1	4,2	1	1,6
sem dados	3	7,9	-	-	3	4,9
Total	38	100,0	24	100,0	62	100,0
Média	0,81		2,36		1,44	
Desvio Padrão	0,60		2,04		1,57	
$t_{(57)}=4,250 \quad p=0,00008^*$						

* diferença significativa

No serviço privado, dados de 21 famílias mostram que todas possuem fogão a gás e televisão, 20 (95,2%) rádio e geladeira. No serviço público, dados de 34

famílias mostram que todas possuem fogão a gás, 29 (85,3%) possuem geladeira, 28 (82,4%) rádio e televisão, não havendo diferença significativa para estes itens entre os serviços estudados.

Tabela 69 - Distribuição das crianças segundo classe social e tipo de serviço de saúde, Campinas, 1992.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE Classe Social	PÚBLICO		PRIVADO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Subproletariado	11	29,0	2	8,3	13	20,9
Proletariado	20	52,6	17	70,8	37	59,7
Pequena Burguesia	3	7,9	4	16,7	7	11,3
Burguesia Gerencial	4	10,5	1	4,2	5	8,1
Total	38	100,0	24	100,0	62	100,0
Proletariado	31	81,6	19	79,1	50	80,6
Burguesia	7	18,4	5	20,9	12	19,4

p=1,000 (teste exato de Fisher)

No decorrer do estudo, no serviço público, 7 chefes de família ficaram desempregados, sendo que 1 deles empregou-se novamente.

As variáveis anos de estudo materno, localização da moradia, número de pessoas por cômodo e renda familiar mensal per capita foram selecionadas para caracterizar socialmente a população estudada, como mostram as diferenças nas Figuras de 42 a 45.

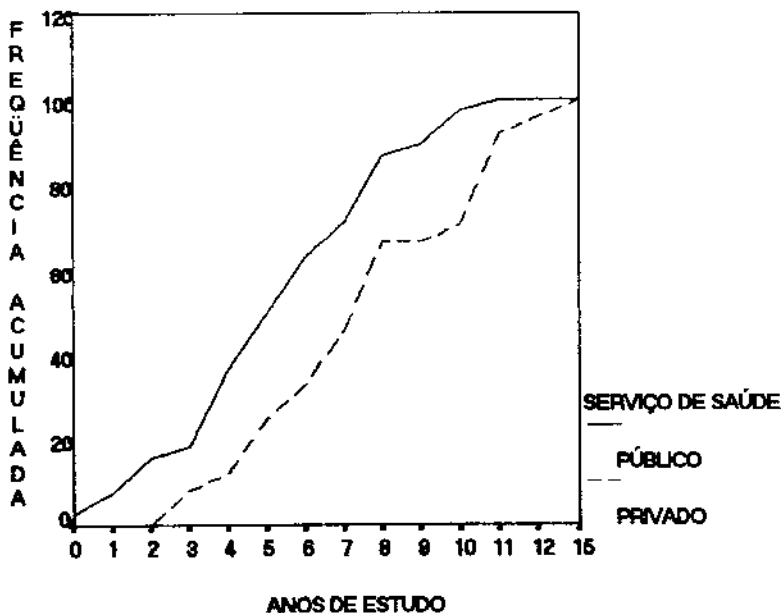


Figura 42 - Distribuição das crianças segundo anos de estudo materno e tipo de serviço de saúde, Campinas, 1992.

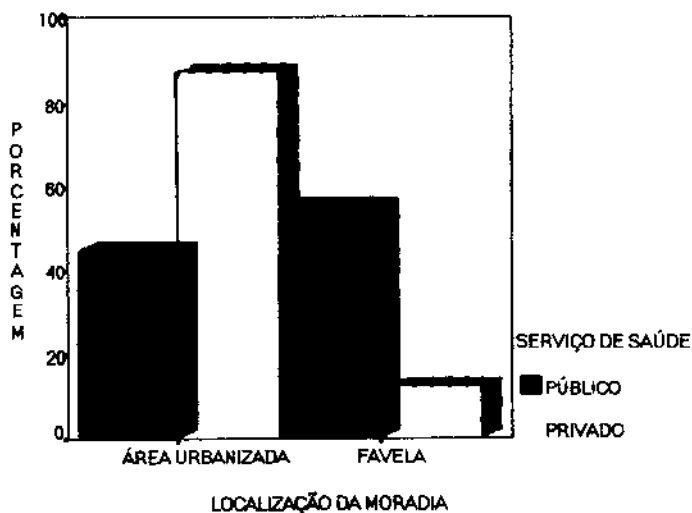


Figura 43 - Distribuição das crianças segundo localização da moradia e tipo de serviço de saúde, Campinas, 1992.

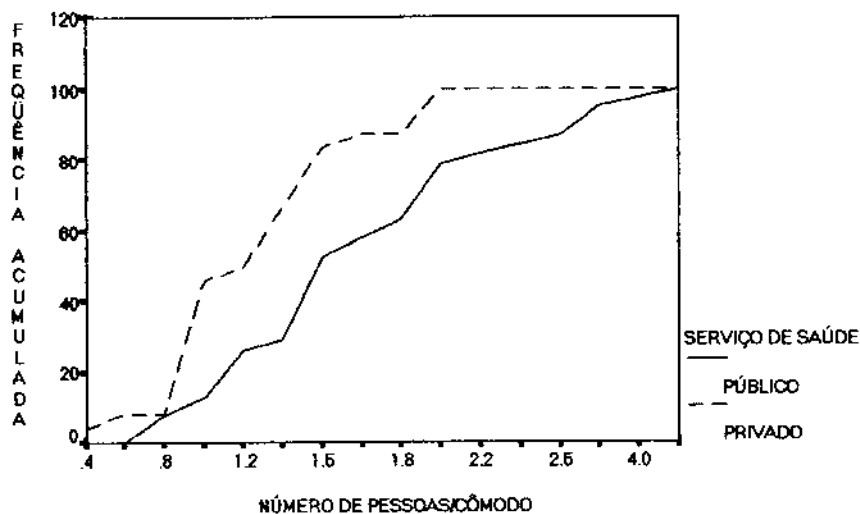


Figura 44 - Distribuição das crianças segundo número de pessoas por cômodo e tipo de serviço de saúde, Campinas, 1992.

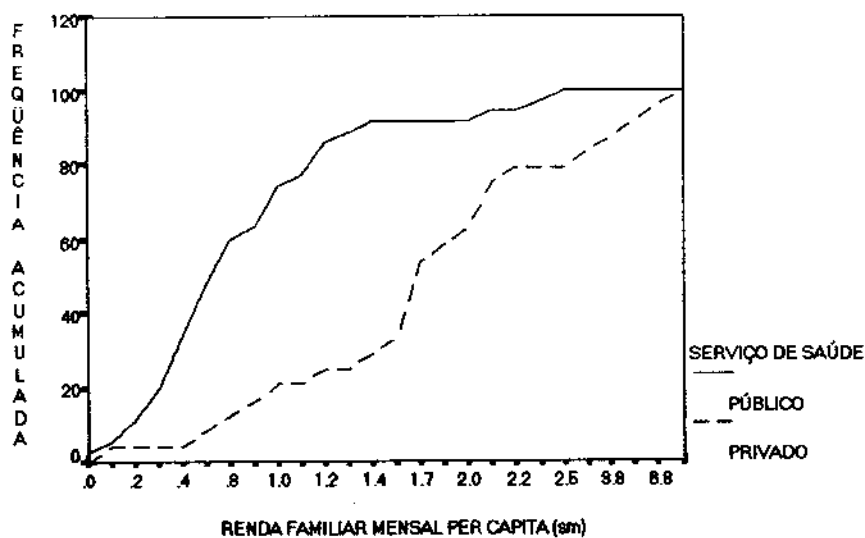


Figura 45- Distribuição das crianças segundo renda familiar mensal per capita e tipo de serviço de saúde, Campinas, 1992.

5.1.3.2. CARACTERÍSTICAS NUTRICIONAIS

Quanto às características nutricionais encontrou-se diferença entre os serviços estudados para perda de peso proporcional por ocasião da alta hospitalar, idade de introdução de água e frutas na dieta da criança. (Tabelas 70 a 75)

5.1.3.2.1. ANTROPOMETRIA

Tabela 70 - Distribuição das crianças segundo peso ao nascer e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE	PÚBLICO		PRIVADO		TOTAL	
Peso ao Nascer (g)	n	%	n	%	n	%
< 2501	1	2,6	1	4,1	2	3,2
2501 a 3000	13	34,2	4	16,7	17	27,4
3001 a 3500	15	39,5	12	50,0	27	43,6
> 3501	9	23,7	7	29,2	16	25,8
Total	38	100,0	24	100,0	62	100,0
Média	3205		3286		3236	
Desvio Padrão	356		498		415	
t ₍₆₀₎ =0,747 p=0,458						

Tabela 71 - Distribuição das crianças segundo perda de peso proporcional em relação ao peso ao nascer até a data da alta hospitalar e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE	PÚBLICO		PRIVADO		TOTAL	
Perda de peso (%/dia)	n	%	n	%	n	%
-5,5	1	2,8	-	-	1	1,7
-1,4 a -0,1	3	8,3	-	-	3	5,1
0,1 a 2,2	18	50,0	10	43,5	28	47,4
2,3 a 4,2	13	36,1	8	34,8	21	35,6
4,3 a 6,2	1	2,8	5	21,7	6	10,2
Total	36	100,0	23	100,0	59	100,0
Média	1,89		2,86		2,27	
Desvio Padrão	1,85		1,49		1,77	
t ₍₅₇₎ =2,113 p=0,039*						

* diferença significativa

Em relação aos usuários dos serviços privados, durante a primeira entrevista, não foi possível medir a estatura de uma criança e no decorrer do seguimento não foi possível tomar as medidas antropométricas, em uma das visitas, para duas crianças pois estavam dormindo, não sendo viável o retorno.

As Figuras 46 a 49 mostram a evolução do estado nutricional das crianças durante o primeiro ano de vida segundo curva de referência do NCHS.

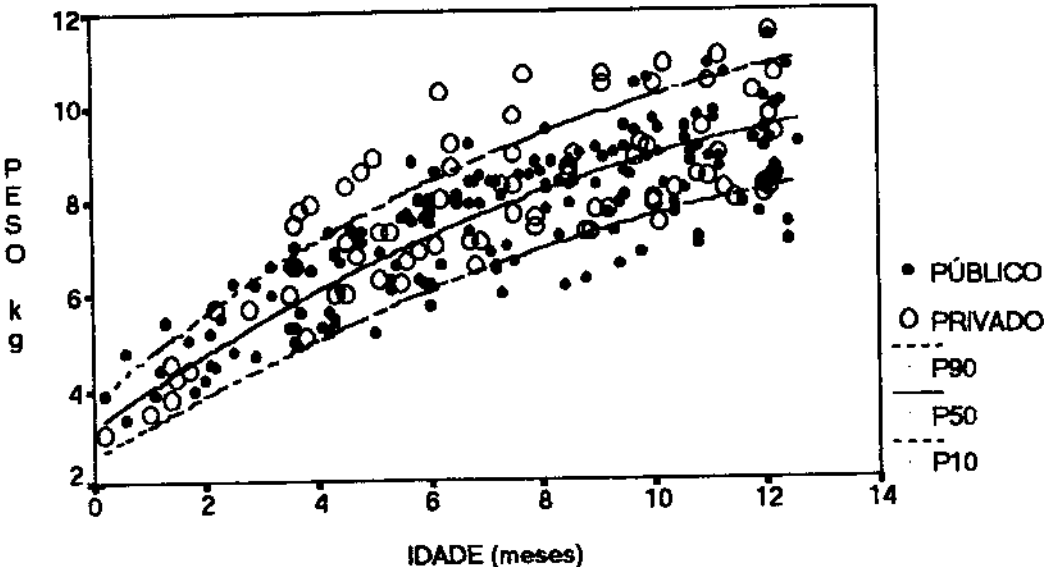


Figura 46 - Distribuição das meninas segundo peso por idade, curva de referência do NCHS (p10 = percentil 10, p50 = percentil 50, p90 = percentil 90) e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.

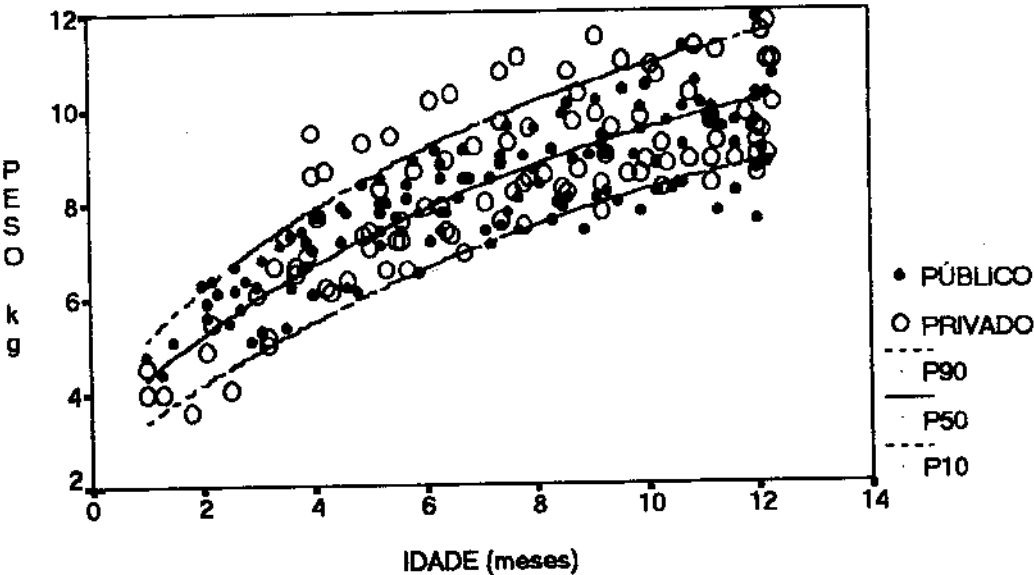


Figura 47 - Distribuição dos meninos segundo peso por idade, curva de referência do NCHS (p10 = percentil 10, p50 = percentil 50, p90 = percentil 90) e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93..

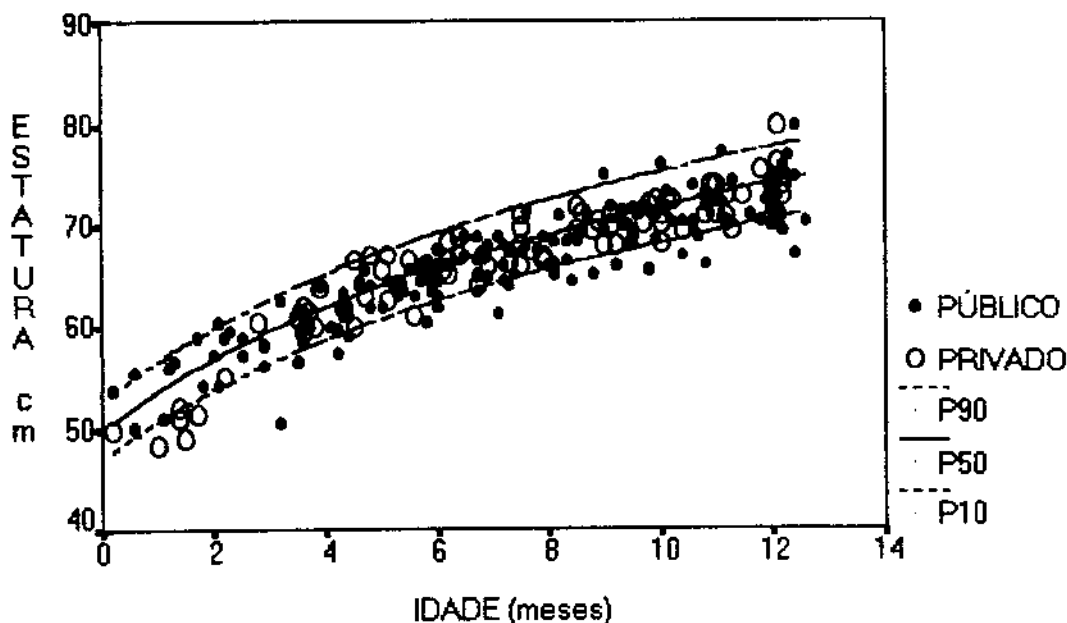


Figura 48 - Distribuição das meninas segundo estatura por idade, curva de referência do NCHS (p10 = percentil 10, p50 = percentil 50, p90 = percentil 90) e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.

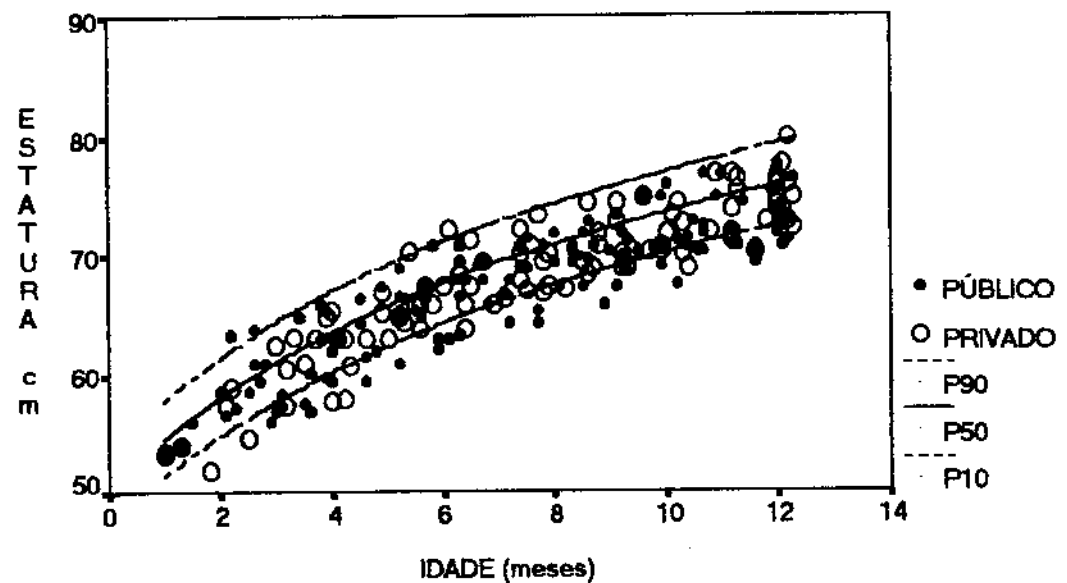


Figura 49 - Distribuição dos meninos segundo estatura por idade, curva de referência do NCHS (p10 = percentil 10, p50 = percentil 50, p90 = percentil 90) e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.

Para as crianças foram feitas as mesmas correções descritas para o recém-nascido quanto ao peso e à estatura.

O peso, ao final do primeiro ano de vida, foi $9,18 \pm 1,16\text{kg}$ e $9,43 \pm 1,26\text{kg}$ para as meninas dos serviços público e privado, respectivamente. Para os meninos, os valores foram $9,60 \pm 1,14\text{kg}$ e $10,05 \pm 1,13\text{kg}$, sendo que não houve diferença significativa entre os serviços estudados. O percentil 50 do NCHS assinala peso de 9,5kg para as meninas e 10,2kg para os meninos.

Tabela 72 - Distribuição das crianças que concluíram o estudo segundo faixa de adequação de percentil de peso, sexo e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE		PÚBLICO		PRIVADO		TOTAL	
Sexo	Percentil de Peso	n	%	n	%	n	%
Feminino	<10	3	17,6	1	11,1	4	15,4
	10 a 90	13	76,5	7	77,8	20	76,9
	> 90	1	5,9	1	11,1	2	7,7
Total		17	100,0	9	100,0	26	100,0
Masculino	<10	3	23,1	1	9,1	4	16,7
	10 a 90	9	69,2	9	81,1	18	75,0
	> 90	1	7,7	1	9,1	2	8,3
Total		13	100,0	11	100,0	24	100,0

A estatura, ao final do primeiro ano de vida, foi $73,25 \pm 3,10$ cm e $74,40 \pm 2,86$ cm para as meninas dos serviços público e privado, respectivamente. Para os meninos, os valores foram $73,79 \pm 2,40$ cm e $75,46 \pm 2,17$ cm, sendo que não houve diferença significativa entre os serviços estudados. O NCHS assinala, no percentil 50, a estatura de 74,3cm para as meninas e 76,1cm para os meninos.

Tabela 73 - Distribuição das crianças que concluíram o estudo segundo faixa de adequação de percentil de estatura, sexo e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE		PÚBLICO		PRIVADO		TOTAL	
Sexo	Percentil de Estatura	n	%	n	%	n	%
Feminino	<10	4	23,5	1	11,1	5	19,2
	10 a 90	12	70,6	7	77,8	19	73,1
	> 90	1	5,9	1	11,1	2	7,7
Total		17	100,0	9	100,0	26	100,0
Masculino	<10	4	30,8	1	9,1	5	20,8
	10 a 90	9	69,2	9	81,8	18	75,0
	> 90	-	-	1	9,1	2	4,2
Total		13	100,0	11	100,0	24	100,0

5.1.3.2.2. PRÁTICA DE AMAMENTAÇÃO

Tabela 74 - Distribuição das mães das crianças segundo porcentagem de filhos anteriores amamentados e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE % de filhos amamentados	PÚBLICO		PRIVADO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
0	2	9,1	2	11,1	4	10,0
25,0	-	-	1	5,6	1	2,5
33,3	1	4,5	-	-	1	2,5
50,0	4	18,2	1	5,6	5	12,5
100,0	15	68,2	14	77,7	29	72,5
Total	22	100,0	18	100,0	40	100,0

A porcentagem de filhos amamentados pelas mães dos dois serviços em estudo não difere entre si, conforme teste exato de Fisher.

Quanto ao motivo para não amamentar os filhos anteriores as mães, usuárias do serviço público, referem leite fraco ou insuficiente (3), rachadura da mama (1) e bebê não quis (1); no privado as mães mencionam leite insuficiente (2) e bebê não quis (2).

Das crianças que concluíram o seguimento, 50% (15) no público e 35% (7) no privado estavam sendo amamentadas. Considerando-se como 12 meses a idade de desmame destas crianças, a idade de desmame no público seria de $7,5 \pm 4,8$ meses e no privado $6,8 \pm 4,5$ meses ($t_{(55)}=0,530$, $p=0,600$).

Uma criança, usuária do serviço público, não foi amamentada por nenhum tempo devido aos medicamentos, tomados pela mãe, contra convulsões.

No serviço privado, 9 (40,9%) crianças foram desmamadas antes de 6 meses de idade e no público 12 (34,3%). As mães referem como motivo principal, no serviço privado, a diminuição do leite (8), sendo que 4 delas relatam ter dado mamadeira para a criança parar de chorar (uma com 1 mês e três com 4 meses de idade), 2 que simplesmente o leite secou (aos 3 meses) e 2 porque precisavam retornar ao trabalho (uma com 1,5 mês e outra com 4 meses de idade); e uma mãe refere que a criança não quis mais o peito aos 37 dias de idade. No serviço público as mães citam a diminuição do leite (10), sendo que 3 relatam ter dado mamadeira antes do leite secar (1 porque a criança não quis mais o peito aos 3 meses de idade, 1 por problemas com as mamas aos 2,5 meses e 1 devido ao choro do bebê aos 3 meses), 3 por problemas com as mamas (aos 7, 7 e 23 dias de idade), 2 porque precisavam retornar ao trabalho (uma com 4 meses e outra com 5 meses de idade) e 2

porque o leite simplesmente secou (com 1,5 mês e 3 meses de idade); uma porque a criança teve sapinho com 7 dias de idade e outra porque a criança tinha ânsia e não quis mais o peito (sic) aos 15 dias de idade.

No serviço público, o tempo de aleitamento materno exclusivo, incluindo água, foi $2,1\pm1,6$ meses, com chá foi $1,6\pm1,7$ meses. No privado foi $1,7\pm1,3$ meses, com água, e $0,5\pm1,2$ meses, incluindo também o chá. As medianas de aleitamento materno exclusivo, com chá e total foram, respectivamente, 2, 1 e 9,8 meses para o serviço público e 1,5 mês, 3 dias e 5,9 meses para o serviço privado.

5.1.3.2.3. INTRODUÇÃO DE ALIMENTOS

Tabela 75 - Idade (em dias) de introdução de alimentos no primeiro ano de vida segundo tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE Alimentos	PÚBLICO	PRIVADO	teste	
			t	p
Água	41,5±51,3	16,6±29,1	2,08	0,042*
Chá	24,6±32,1	19,0±46,5	0,46	0,645
Suco de Frutas	95,0±36,2	80,4±38,1	1,44	0,155
Frutas	113,4±36,2	86,4±20,2	3,10	0,003*
Leite de vaca	91,3±84,0	96,8±103,0	0,22	0,826
Papa/Sopa/Comida	117,7±26,0	114,8±36,9	0,35	0,725

* diferença significativa

A análise por sobrevivência mostrou, para estas variáveis, que apenas a idade de introdução de água (Breslow=4,30, $p=0,038$) e a idade de introdução de frutas (Breslow=10,32, $p=0,001$) diferem para o seguimento, como mostram as Figuras 50 e 51.

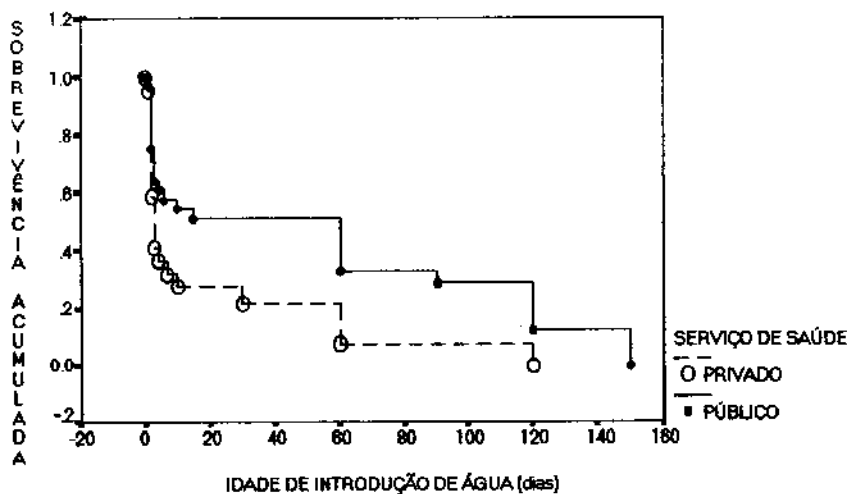


Figura 50 - Distribuição das crianças conforme idade de introdução de água e tipo de serviço de saúde, Campinas, 1992/93.

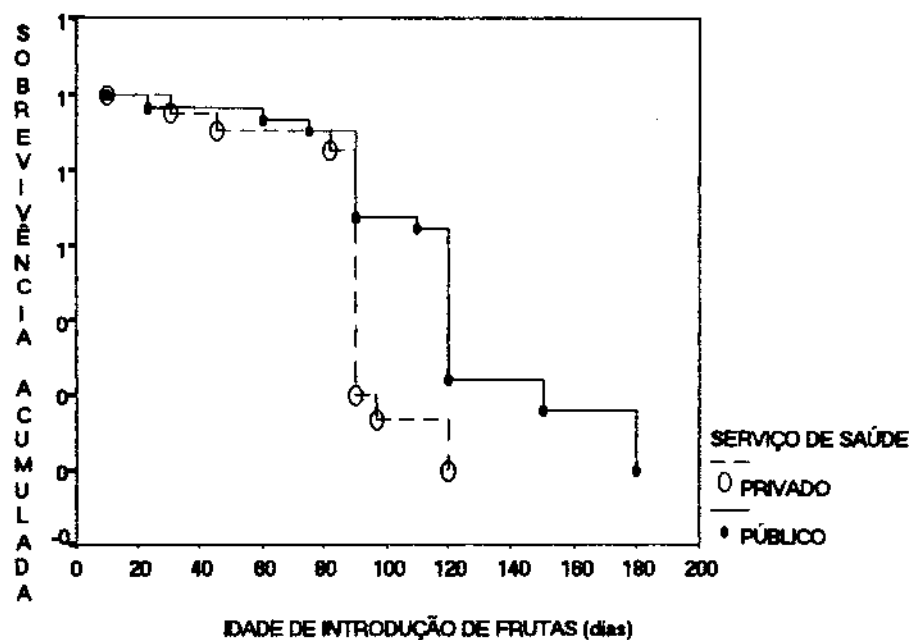


Figura 51 - Distribuição das crianças conforme idade de introdução de frutas e tipo de serviço de saúde, Campinas, 1992/93.

As variáveis perda diária de peso proporcional por ocasião da alta hospitalar, idade de introdução de água e idade de introdução de frutas na dieta foram selecionadas para caracterizar nutricionalmente a população conforme mostram as diferenças, entre os dois serviços, nas Figuras 52 a 54.

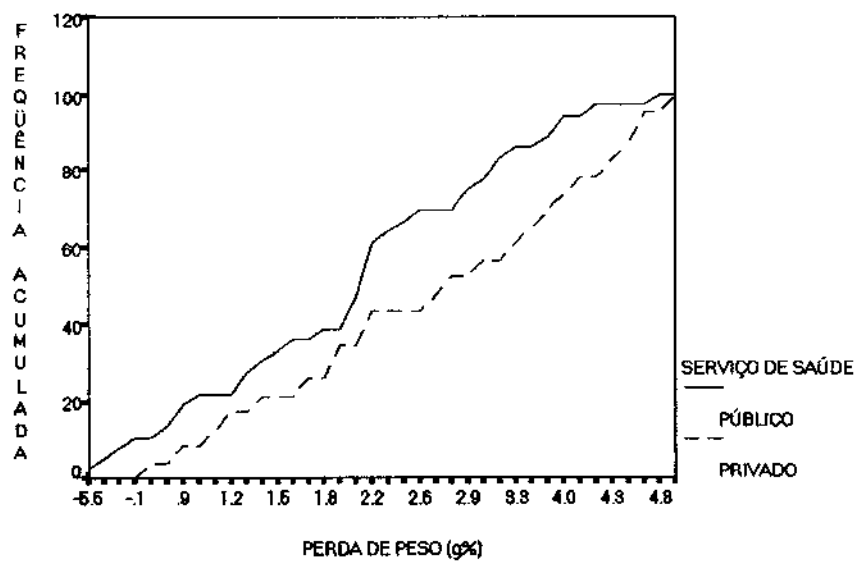


Figura 52 - Distribuição das crianças conforme perda diária de peso na alta hospitalar em relação ao peso ao nascer e tipo de serviço de saúde, Campinas, 1992/93.

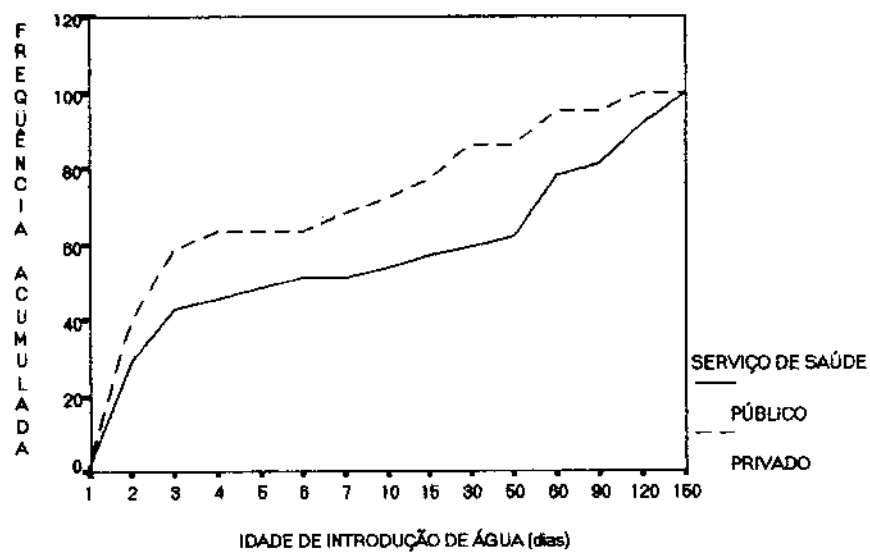


Figura 53 - Distribuição das crianças conforme idade de introdução de água e tipo de serviço de saúde, Campinas, 1992/93.

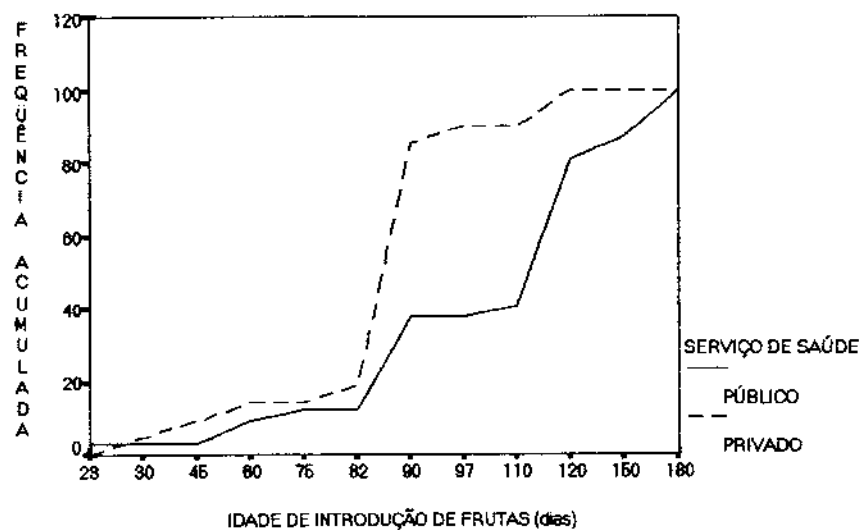


Figura 54 - Distribuição das crianças conforme idade de introdução de frutas e tipo de serviço de saúde, Campinas, 1992/93.

5.1.3.3. CARACTERÍSTICAS ASSISTENCIAIS

Quanto às características assistenciais (tabelas 76 a 95), os dados mostram diferença estatística significativa para local de pré-natal, local de parto, tipo de alojamento, local da primeira consulta de puericultura, número de serviços de saúde utilizados no primeiro ano de vida, tempo médio de espera, nota média dada ao serviço e reclamação quanto à espera, como indicadores do processo de assistência à saúde.

5.1.3.3.1. ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL E AO PARTO

Das mães das crianças estudadas, 2 (duas) usuárias do serviço público não haviam feito o pré-natal (uma por não haver ginecologista no centro de saúde e a outra não informou o motivo) e 1 (uma) usuária do serviço privado por manter a gestação escondida até o nascimento e a doação da criança.

Tabela 76 - Distribuição das mães das crianças segundo local do pré-natal e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE Local de Pré-Natal	PÚBLICO		PRIVADO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Centro de Saúde local	13	34,2	1	4,2	14	22,6
Outro Centro de Saúde	6	15,8	1	4,2	7	11,3
Hospital Universitário	6	15,8	1	4,2	7	11,3
Ambulatório Especialidade	4	10,5	-	-	4	6,5
Convênio	2	5,3	16	66,6	18	29,0
Médico Particular	1	2,6	1	4,2	2	3,2
sem dados	6	15,8	4	16,6	10	16,1
Total	38	100,0	24	100,0	62	100,0

As mães das crianças usuárias do serviço público de saúde foram acompanhadas durante o pré-natal, principalmente, em serviços públicos (p=0,0000004, teste exato de Fisher).

Tabela 77 - Distribuição das crianças segundo local de parto e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE Local de Parto	PÚBLICO		PRIVADO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Hospital da PUCCAMP	19	50,0	2	8,3	21	33,9
Hospital da UNICAMP	2	5,3	1	4,2	3	4,8
Maternidade de Campinas	11	28,9	11	45,8	22	35,5
Outros Hospitais Campinas	4	10,5	10	41,7	14	22,6
Hospital Outro Município	2	5,3	-	-	2	3,2
Total	38	100,0	24	100,0	62	100,0

As crianças usuárias do serviço público nasceram, principalmente, nos Hospitais Universitários ($p=0,001$, teste exato de Fisher), sendo que nenhum deles foi gemelar.

Tabela 78 - Distribuição das crianças segundo o tipo de parto e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE Tipo Parto	PÚBLICO		PRIVADO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Normal	16	42,1	7	29,2	23	37,1
Fórceps	4	10,5	1	4,1	5	8,1
Cesárea	18	47,4	16	66,7	34	54,8
Total	38	100,0	24	100,0	62	100,0
Normal e Fórceps	20	52,6	8	33,3	28	45,2
Cesárea	18	47,4	16	66,7	34	54,8

qui-quadrado=1,50 p=0,220 gl=1

As mães das crianças usuárias do serviço público alegaram, como causa para a cesárea, motivos não necessariamente indicados para o parto cirúrgico em 12 casos (66,7%) como: ineficiência das contrações, apresentação anômala, história de cesárea anterior e ligadura de trompas; motivos indicados para cesárea em 6 casos (33,3%) como: sofrimento fetal, história progressa de 3 abortos, doença materna. No serviço privado, as causas foram: ineficiência das contrações, posição anômala, ligadura de trompas e opção materna em 15 casos (93,8%), motivos não necessariamente indicados para a cesárea e sofrimento fetal em 1 caso (6,2%), motivo indicado para cesárea segundo

O'CONNOR & CAVANAGH (1980). Comparando os motivos, como não indicados e indicados para a cesárea, por teste entre duas proporções, temos intervalo de confiança entre -51,90 e -2,33, o que mostra claramente a diferença entre os serviços de saúde para esta coorte.

Tabela 79 - Distribuição das crianças segundo tipo de alojamento e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE Tipo de Alojamento	PÚBLICO		PRIVADO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Conjunto	29	76,3	6	25,0	35	56,5
Berçário	9	23,7	18	75,0	27	43,5
Total	38	100,0	24	100,0	62	100,0

qui-quadrado=13,74 p=0,0002 gl=1*

* diferença significativa

Tabela 80 - Distribuição das crianças segundo maturidade gestacional ao nascer e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE Maturidade Gestacional	PÚBLICO		PRIVADO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Prematuro	1	2,6	1	4,2	2	3,2
Termo	37	97,4	23	95,8	60	96,8
Total	38	100,0	24	100,0	62	100,0

p=1,000 (teste exato de Fisher)

5.1.3.3.2. ATENÇÃO À PUERICULTURA

No serviço público, 5 (cinco) crianças, 3 usuárias do serviço público e 2 do privado, ainda não haviam realizado a primeira consulta de puericultura até o dia da primeira entrevista, sendo que 1 (uma) usuária do serviço público mudou de endereço logo a seguir e passou a compor a categoria de perdas.

Tabela 81 - Distribuição das crianças segundo local da primeira consulta à puericultura e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE Local de Puericultura	PÚBLICO		PRIVADO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Centro de Saúde local	19	51,4	3	12,5	22	36,0
Outro Centro de Saúde	8	21,6	1	4,2	9	14,8
Hospital Universitário	8	21,6	2	8,3	10	16,4
Ambulatório Especialidade	2	5,4	-	-	2	3,3
Convênio	-	-	17	70,8	17	27,9
Médico Particular	-	-	1	4,2	1	1,6
Total	37	100,0	24	100,0	61	100,0

As crianças utilizam diferentes serviços de saúde, públicos e privados, alternadamente durante o primeiro ano de vida, apesar disto as crianças mantêm o vínculo com um dos tipos de serviço, público ou privado ($p=0,00000001$, teste exato de Fisher).

Tabela 82 - Distribuição das crianças segundo o número de serviços de saúde usados durante o primeiro ano de vida e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE Número	PÚBLICO		PRIVADO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
1	9	30,0	10	50,0	19	38,0
2	9	30,0	8	40,0	17	34,0
3	10	33,3	2	10,0	12	24,0
4	2	6,7	-	-	2	4,0
Total	30	100,0	20	100,0	50	100,0
Média	2,17		1,60		1,94	
Desvio Padrão	0.95		0.68		0.89	
t ₍₄₈₎ =2,314 p=0,025*						

* diferença significativa

A sobrevivência também mostra diferenças entre o número de serviços utilizados pelos usuários dos serviços público e privado (Breslow=5,67, $p=0,017$), conforme a Figura 55).

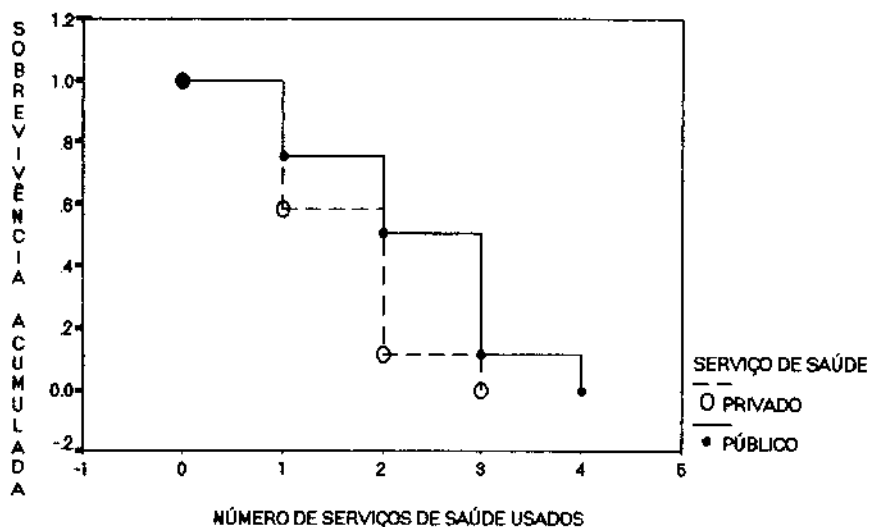


Figura 55 - Distribuição das crianças segundo número de serviços de saúde utilizados no primeiro ano de vida e tipo de serviço de saúde, Campinas, 1992/93.

Tabela 83 - Prevalência dos serviços de saúde usados pelas crianças durante o seguimento e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE	PÚBLICO	PRIVADO	TOTAL
Serviços Usados	% (n)	% (n)	% (n)
Centro de Saúde local	75,7 (28/37)	25,0 (6/24)	55,7 (34/61)
Outro Centro de Saúde	29,7 (11/37)	16,7 (4/24)	24,6 (15/61)
Hospital Universitário	54,1 (20/37)	8,3 (2/24)	36,1 (22/61)
Hospital Mário Gatti	32,4 (12/37)	-	19,7 (12/61)
Ambulatório Especialidade	10,8 (4/37)	-	6,6 (4/61)
Convênio	5,4 (2/37)	100,0 (24/24)	42,6 (26/61)
Médico Particular	5,4 (2/37)	-	3,3 (2/61)

Tabela 84 - Distribuição das crianças segundo idade na primeira consulta à puericultura e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE	PÚBLICO		PRIVADO		TOTAL	
Idade (meses)	n	%	n	%	n	%
0 a 0,5	10	26,3	11	45,8	21	33,9
0,6 a 1,0	7	18,5	9	37,5	16	25,8
1,1 a 2,0	17	44,7	2	8,3	19	30,7
2,1 a 3,0	2	5,3	1	4,2	3	4,8
3,1 a 4,0	1	2,6	-	-	1	1,6
4,1 a 5,0	-	-	1	4,2	1	1,6
sem dados	1	2,6	-	-	1	1,6
Total	38	100,0	24	100,0	62	100,0
Média	1,15		0,93		1,07	
Desvio Padrão	0,72		0,94		0,82	
t ₍₅₉₎ =1,033 p=0,306						

Das crianças estudadas, 30 usuárias do serviço público e 20 do serviço privado concluíram o estudo até completarem 1 ano de idade.

Tabela 85 - Distribuição das crianças segundo número de consultas realizadas durante o primeiro ano de vida e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE	PÚBLICO		PRIVADO		TOTAL	
Número de Consultas	n	%	n	%	n	%
até 4	4	13,4	2	10,0	6	12,0
5 a 8	6	20,0	4	20,0	10	20,0
9 a 12	12	40,0	8	40,0	20	40,0
13 a 16	6	20,0	5	25,0	11	22,0
17 a 20	1	3,3	1	5,0	2	4,0
25	1	3,3	-	-	1	2,0
Total	30	100,0	20	100,0	50	100,0
Média	10,30		10,70		10,46	
Desvio Padrão	4,81		4,11		4,50	
$t_{(48)}=0,305$ $p=0,762$						

Segundo análise por sobrevivência também não há diferença para o número de consultas entre os serviços estudados ($p=0,751$).

Tabela 86 - Distribuição das crianças segundo tempo médio de espera para as consultas realizadas no primeiro ano de vida e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE	PÚBLICO		PRIVADO		TOTAL	
Tempo de Espera (minutos)	n	%	n	%	n	%
0 a 15	5	13,2	16	66,7	21	33,9
16 a 30	10	26,3	4	16,7	14	22,6
31 a 45	8	21,1	2	8,3	10	16,1
46 a 60	8	21,1	2	8,3	10	16,1
61 a 90	2	5,2	-	-	2	3,2
121 a 150	4	10,5	-	-	4	6,5
sem dados	1	2,6	-	-	1	1,6
Total	38	100,0	24	100,0	62	100,0
Média	44,27		15,06		33,78	
Desvio Padrão	33,67		14,08		31,04	
t ₍₅₈₎ =4,019 p=0,0002*						

* diferença significativa

Tabela 87 - Distribuição das crianças segundo tempo médio das consultas no primeiro ano de vida e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE Tempo de Consulta (minutos)	PÚBLICO		PRIVADO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
0 a 15	13	34,2	4	16,7	17	27,4
16 a 30	14	36,9	15	62,5	29	46,8
31 a 45	-	-	1	4,1	1	1,6
45 a 60	1	2,6	-	-	1	1,6
sem dados	10	26,3	4	16,7	14	22,6
Total	38	100,0	24	100,0	62	100,0
Média	18,21		21,97		19,78	
Desvio Padrão	10,23		6,01		8,85	
					$t_{(46)}=1,470$ $p=0,148$	

A probabilidade de esperar mais que o tempo médio da consulta no serviço público é 72,9% (27/37) e no privado é 33,3% (8/24), havendo diferença, estatisticamente significativa, entre estas duas proporções (Intervalo de Confiança entre 15,92 a 63,28 para teste entre duas proporções).

Tabela 88 - Distribuição das crianças segundo nota média dada pelas mães às consultas de puericultura e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE Nota Média	PÚBLICO		PRIVADO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
0 a 2,5	1	2,6	-	-	1	1,6
2,6 a 5,0	1	2,6	-	-	1	1,6
5,1 a 7,5	12	31,6	1	4,2	13	21,0
7,6 a 10,0	23	60,6	23	95,8	46	74,2
sem dados	1	2,6	-	-	1	1,6
Total	38	100,0	24	100,0	62	100,0
Média	8,01		9,15		8,46	
Desvio Padrão	1,82		0,84		1,61	
					$t_{(58)}=2,870$ $p=0,006^*$	

* diferença significativa

Tabela 89 - Nota média segundo motivo e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE	PÚBLICO	PRIVADO
Motivo	Nota (n)	Nota (n)
espera	7,2 (6)	9,3 (1)
espera e consulta regular	9,0 (2)	8,4 (1)
espera e consulta ruim	7,6 (1)	- (-)
espera e boa consulta	9,1 (4)	9,5 (2)
espera e bom atendimento	9,8 (2)	
espera e mau atendimento	6,0 (1)	- (-)
espera, consulta regular e mau atendimento	9,4 (1)	
espera, consulta e atendimento bons	6,0 (2)	10,0 (1)
consulta ruim	5,9 (4)	7,8 (2)
consulta regular	7,4 (6)	
boa consulta	9,3 (2)	9,6 (8)
bom atendimento	9,8 (1)	
consulta regular e atendimento bom	- -	8,7 (2)
consulta e atendimento bons	8,3 (2)	9,4 (2)
sem observações	9,8 (3)	8,9 (5)

Espera, espera e consulta e/ou atendimento bons, no serviço público, apresenta a nota $7,9 \pm 1,4$ (n=14), no serviço privado, $9,6 \pm 0,3$ (n=4), com $t_{(12)}=2,54$ (p=0,022), o que mostra um maior rigor na pontuação por parte dos usuários do serviço público. Para espera e consulta e/ou atendimento ruins e/ou regulares as notas são $8,2 \pm 1,3$ (n=5) e $8,4$ (n=1), respectivamente para os serviços público e privado. Quanto ao atendimento e/ou consulta bons, a nota para o público é $9,3 \pm 1,1$ (n=8) e para o privado, $9,3 \pm 0,7$ (n=17). O atendimento e/ou consultas ruins e/ou regulares apresenta as notas $7,0 \pm 2,3$ (n=10) e $7,8 \pm 1,2$ (n=2) para os serviços público e privado, nesta ordem.

Tabela 90 - Prevalência de reclamações e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE	PÚBLICO	PRIVADO		
Prevalência	%	%	qui-quadrado	p
Espera	50,0 (19/38)	20,8 (5/24)	4,12	0,042*
Médico	36,8 (14/38)	20,8 (5/24)	1,10	0,294
Atendimento	5,3 (2/38)	-		0,578 ⁽¹⁾

* diferença significativa
(1) teste exato de Fisher

Quanto ao atendimento médico regular e ruim, no serviço público, as mães citaram: o médico não conversa, o médico dá pouca atenção, o médico não orienta direito, a consulta é rápida, o médico não examina direito, o médico não

resolve o problema, o médico atende todos de uma só vez, o médico é desinteressado, o médico não dá medicação. No privado: a consulta é rápida, o médico não conversa, o médico dá pouca informação, o médico dá pouca atenção, o médico não resolve o problema, o médico é desinteressado, o médico não orienta direito, o médico não dá medicação.

Quanto ao mau atendimento em geral, no serviço público, as mães mencionaram falta de médico, muita espera, espaço físico pequeno, falta de atenção na recepção e longa distância. Uma mãe de criança usuária do serviço público referiu não gostar do atendimento por estagiários no Hospital Universitário.

Crianças usuárias do serviço público não realizaram a consulta marcada devido a: unidade fechada (16), falta de médico (6), chuva (4), ocupação materna (4), esquecimento materno (1), centro de saúde não marcar hora (1) e criança estar bem (4). Relembrando, o centro de saúde ficou fechado por 15 dias após roubo de materiais e equipamentos. No serviço privado as faltas se relacionaram com: esquecimento materno (2), ocupação materna (4), chuva (1), falta de transporte (1), criança estava internada (1), não tinha médico (1) e criança estava bem (8). Algumas mães só levam a criança ao serviço de saúde se ela estiver doente, tanto no público (10,5%) quanto no privado (33,3%). Uma (2,7%) mãe usuária do serviço público sugeriu que o atendimento fosse feito independente do agendamento e três (8,1%) reclamaram do não agendamento das consultas.

Na primeira entrevista, 94,7% (36) das mães das crianças, classificadas como usuárias do serviço público, referiram usar o Centro de Saúde costumeiramente, sendo que 35 (92,1%) procuraram a unidade básica de saúde no último mês. Destas, 34 (97,1%) foram atendidas e foi solicitado apenas retorno a 20 delas (58,8%), medicação a 6 (17,6%), encaminhamento a especialista a 4 (11,8%), inalação e retorno a 1 (2,9%) e medicação e retorno a 1 (2,9%). Do serviço privado, 19 mães (79,2%) mencionaram usar o Centro de Saúde rotineiramente, sendo que 17 (70,8%) haviam procurado a unidade básica no último mês, tendo sido atendidas e solicitado retorno a 12 (70,6%) delas, inalação e medicação a 1 (5,9%) e amamentação exclusiva a 1 (5,9%).

Vinte e quatro mães (63,2%) do serviço público e 11 (45,8%) do serviço privado apresentaram sugestões para a melhoria do atendimento no Centro de Saúde. As mais frequentes foram: diminuição do tempo de espera (11 mães do serviço público e 6 do serviço privado), aumento do número de médicos (7 mães do serviço público e 4 do serviço privado), aumento do número de funcionários (1 do público e 1 do privado), aumento do espaço físico (1 do

público e 1 do privado) e melhoria do serviço de inalação (1 do público e 1 do privado). Do serviço público, 5 (cinco) mães referiram que a unidade deveria atender urgências, 1 (uma) ter atendimento odontológico, 1 (uma) melhorar a capacitação do pessoal, 1 (uma) agilizar os resultados dos exames e 1 (uma) melhorar a supervisão. Do serviço privado, uma mãe afirmou a necessidade de aumento do salário dos profissionais da área da saúde.

Questionadas sobre a existência de Conselho Local de Saúde ou qualquer outra organização popular pró-saúde, 3 (três) mães usuárias do serviço privado e 3 (três) do público tinham conhecimento do Conselho Local de Saúde, mas não participavam e apenas uma, do privado, conhecia alguém que participava.

As mães foram diretamente questionadas sobre a existência de orientações e esclarecimentos quanto ao crescimento da criança, idade de vacinação e alimentação adequada durante o primeiro ano de vida.

Tabela 91 - Prevalência de orientações e esclarecimentos quanto ao crescimento da criança, idade de vacinação e alimentação adequada durante o primeiro ano de vida e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE Prevalência	PÚBLICO %	PRIVADO %
Crescimento	71,8 (79/110)	69,6 (39/56)
Vacinação	72,0 (77/107)	81,0 (47/58)
Alimentação	78,4 (87/111)	81,0 (47/58)

Questionadas sobre a existência do cartão de puericultura, 20,5% (7/34) das mães de crianças usuárias do serviço público afirmaram não ter o cartão, apesar de mostrá-lo quando questionadas sobre a data da última vacina. Duas referem que o serviço não forneceu o cartão, 1 que os dados ficam registrados no prontuário da criança e 1 que o cartão ficou retido com a pediatra. No serviço privado, 28,6% (6/21) das mães afirmaram não ter o cartão. Destas, 3 referiram que os dados ficam registrados no prontuário da criança, 1 recebe a orientação/prescrição por escrito e 1 o juiz ainda não havia liberado a documentação (adotada). Às possuidoras de cartão foi perguntado com que frequência o serviço costumava preencher o cartão: 88,9% (24/27) das mães no público e 80,0% (12/15) no privado afirmaram que "sempre" ($p=0,649$, teste exato de Fisher).

Tabela 92 - Distribuição das crianças quanto à imunização conforme a idade durante o seguimento e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE Imunização	PÚBLICO		PRIVADO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Adequada	33	86,8	20	83,3	53	85,5
Inadequada	5	13,2	4	16,7	9	14,5
Total	38	100,0	24	100,0	62	100,0

p=0,725 (teste exato de Fisher)

Tabela 93 - Distribuição das crianças segundo número de doenças até o final do primeiro ano de vida e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE Número de doenças	PÚBLICO		PRIVADO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
0	3	10,0	-	-	3	6,0
1	5	16,7	3	15,0	8	16,0
2	7	23,4	6	30,0	13	26,0
3	4	13,3	1	5,0	5	10,0
4	1	3,3	4	20,0	5	10,0
5	3	10,0	3	15,0	6	12,0
6	2	6,7	2	10,0	4	8,0
7	4	13,3	1	5,0	5	10,0
9	1	3,3	-	-	1	2,0
Total	30	100,0	20	100,0	50	100,0
Média	3,30		3,40		3,34	
Desvio Padrão	2,51		1,85		2,25	

t₍₄₈₎=0,153 p=0,879

Por análise de sobrevivência não se obteve diferença entre os dois serviços (p=0,732).

Tabela 94 - Prevalência das doenças referidas durante o seguimento e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE Doença referida	PÚBLICO		PRIVADO		TOTAL	
	%	(n)	%	(n)	%	(n)
Infeciosas e Parasitárias	5,3	(2/38)	16,7	(4/24)	9,7	(6/62)
Sangue e Órgãos Hematopoéticos	13,2	(5/38)	8,3	(2/24)	11,3	(7/62)
Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos	26,3	(10/38)	41,7	(10/24)	32,3	(20/62)
Aparelho Respiratório	76,3	(29/38)	79,2	(19/24)	77,4	(48/62)
Aparelho Digestivo	26,3	(10/38)	16,7	(4/24)	22,6	(14/62)
Pele e Tecido Celular Subcutâneo	18,4	(7/38)	12,5	(3/24)	16,1	(10/62)
Mal Definidas	13,2	(5/38)	25,0	(6/24)	17,7	(11/62)
Causas Externas	2,6	(1/38)	-	-	1,6	(1/62)

Tabela 95 - Prevalência das doenças referidas durante o primeiro ano de vida e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE	PÚBLICO	PRIVADO	TOTAL
Doença referida	% (n)	% (n)	% (n)
Infeciosas e Parasitárias	6,7 (2/30)	20,0 (4/20)	12,0 (6/60)
Sangue e Órgãos Hematopoéticos	13,3 (4/30)	10,0 (2/20)	12,0 (6/60)
Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos	33,3 (10/30)	50,0 (10/20)	40,0 (20/60)
Aparelho Respiratório	86,7 (26/30)	85,0 (17/20)	86,0 (43/60)
Aparelho Digestivo	33,3 (10/30)	20,0 (4/20)	28,0 (14/60)
Pele e Tecido Celular Subcutâneo	20,0 (6/30)	15,0 (3/20)	18,0 (9/60)
Mai Definidas	13,3 (4/30)	25,0 (5/20)	18,0 (9/60)
Causas Externas	3,3 (1/30)	-	2,0 (1/60)

Durante o seguimento houve 7 internações: 4 de usuários de serviço público (2 casos de pneumonia, 1 de broncoespasmo e 1 de convulsão) e 3 de privado (2 casos de pneumonia e 1 de cirurgia de hérnia umbilical).

As variáveis local de pré-natal, local de parto, tipo de alojamento, local da primeira consulta, número de serviços de saúde usados, espera, nota e reclamação quanto à espera foram selecionadas para caracterizar assistencialmente a população de crianças (Figuras 56 a 63).

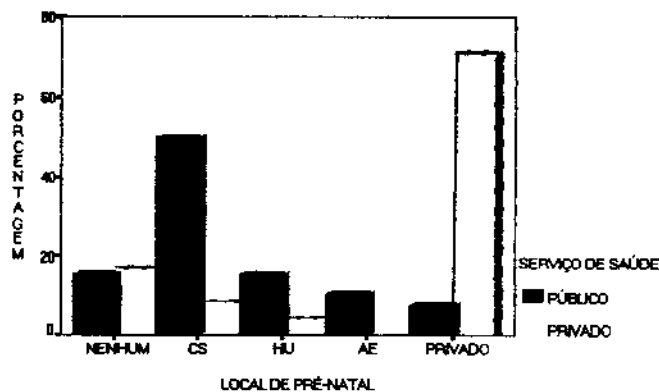


Figura 56 - Distribuição das crianças segundo local de pré-natal e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.

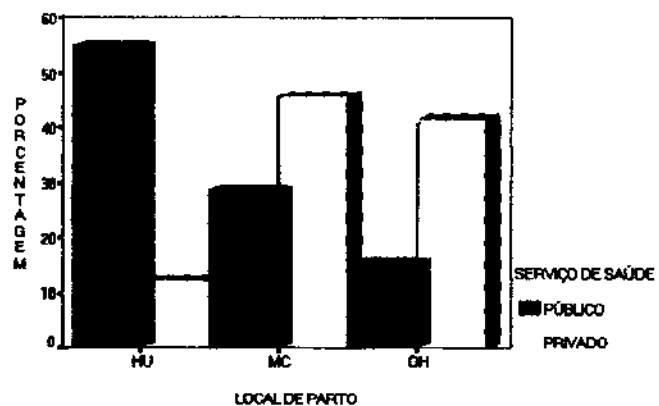


Figura 57 - Distribuição das crianças segundo local de parto e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.

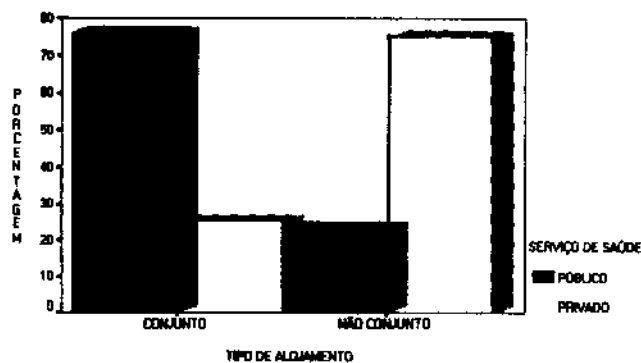


Figura 58 - Distribuição das crianças segundo tipo de alojamento ao nascer e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.

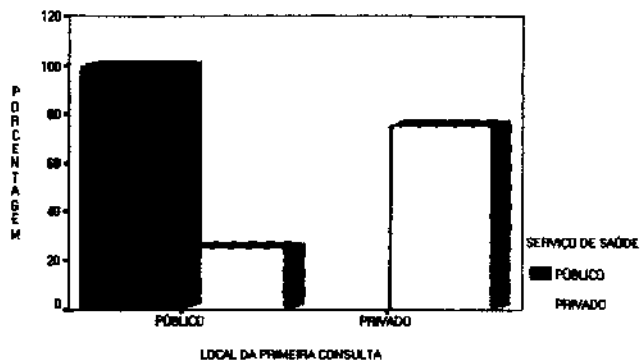


Figura 59 - Distribuição das crianças segundo local da primeira consulta de puericultura e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992.

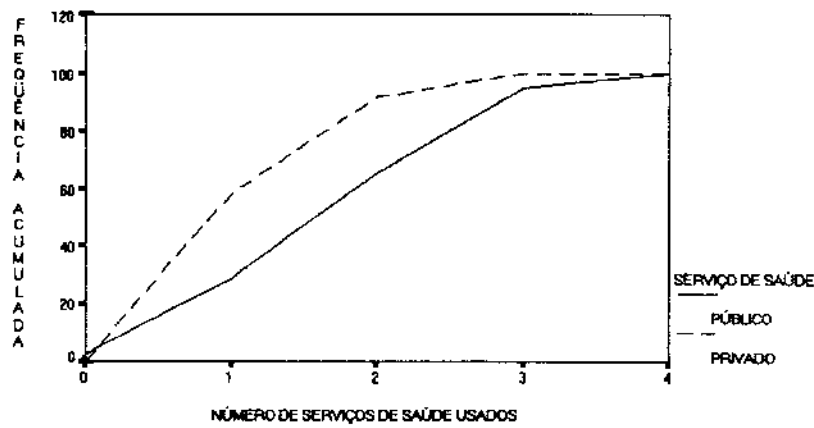


Figura 60 - Distribuição das crianças segundo número de serviços de saúde usados no primeiro ano de vida e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.

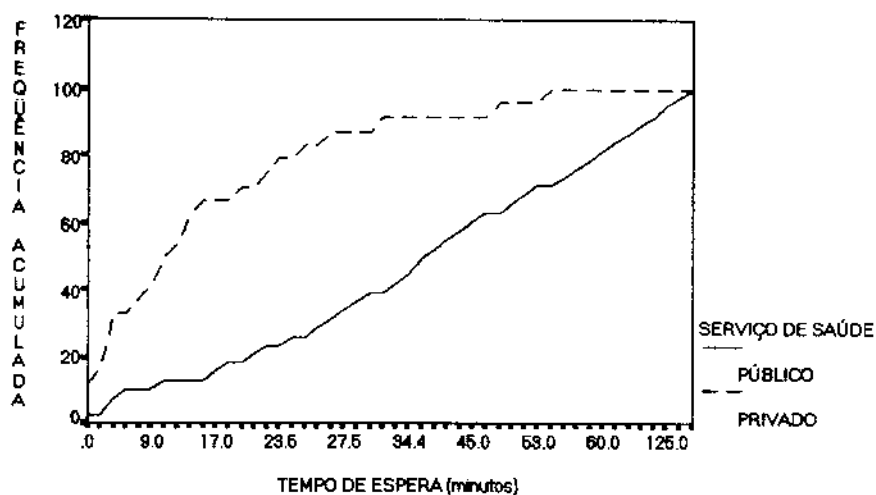


Figura 61 - Distribuição das crianças segundo tempo médio de espera e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.

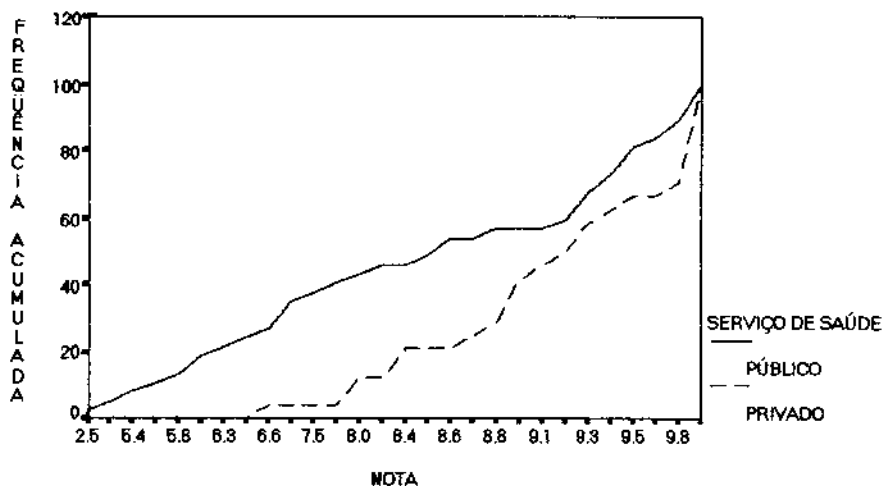


Figura 62 - Distribuição das crianças segundo nota dada ao serviço de saúde e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.

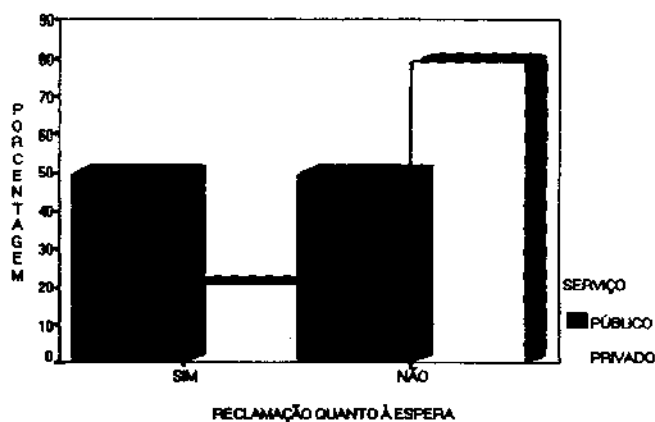


Figura 63 - Distribuição das crianças segundo reclamação quanto à espera e tipo de serviço de saúde utilizado, Campinas, 1992/93.

5.2.3. O GRUPO MATERNO-INFANTIL

A partir das variáveis identificadas como significativas entre os serviços estudados foi realizada análise por regressão logística. Considerou-se como critério de inclusão no modelo a capacidade da variável de igualar casos observados aos esperados. Para estas variáveis foi considerada a significância em relação ao modelo analisado e para cada uma das variáveis no modelo, passo a passo, isto é, incluindo cada uma delas e observando seu efeito sobre o mesmo e sobre as demais variáveis.

Os quadros 1, 2 e 3 sintetizam os dados obtidos, para cada grupo estudado, por regressão logística em relação às variáveis sociais, considerando-se como variáveis aquelas significativamente diferentes na primeira análise; acurácia: o poder de igualar os casos esperados aos observados; p residual: a significância da variável no modelo contendo todas as variáveis; associação: a variável ou conjunto de variáveis que compõem outro modelo: p residual 1: a significância para o novo modelo.

Quadro 1 - Variáveis sociais, nutricionais e assistenciais significativas, acurácia, significância para o modelo com as variáveis sociais e outro modelo para as gestantes, Campinas, 1992/93.

Variáveis	Acurácia	p residual	Associação	p residual 1
ocupação fora do lar	-	-	-	-
anos de estudo	-	-	-	-
localização da moradia	-	-	-	-
renda per capita	-	-	-	-
classe social	-	-	-	-
estado nutricional pré-gestacional	sim	-	-	-
ganho de peso na gestação	sim	-	-	-
consumo de frutas	sim	-	-	-
idade gestacional ao início do pré-natal	sim	-	-	-
tempo de espera	sim(1)	-	-	-
nota dada ao serviço	sim(2)	-	-	-
reclamação quanto à espera	sim(2)	-	-	-
tipo de parto(3)	sim(2)	-	-	-
tipo de alojamento(3)	sim(1)	-	-	-

(1) serviço público

(2) serviço privado

(3) em relação a todas as variáveis anteriores

Apesar da acurácia dos níveis de cortes estabelecidos não se encontrou dependência das variáveis nutricionais e assistenciais em relação às sociais, nem das de impacto em relação às sociais, nutricionais e assistenciais. Quanto ao estado nutricional pré-gestacional a obesidade diferencia as gestantes dos dois serviços, mas a desnutrição só as do público. As variáveis sociais e nutricionais são características próprias da população estudada e as assistenciais dos serviços por ela utilizados.

Quadro 2 - Variáveis sociais, nutricionais e assistenciais significativas, acurácia, significância para o modelo com as variáveis sociais e outro modelo para os recém-nascidos, Campinas, 1992/93/94.

Variáveis	Acurácia	p residual	Associação	p residual 1
percentil de altura para os meninos(3)	sim	-	-	-
idade de introdução de frutas(3)	sim	-	-	-
local de parto(4)	sim	-	-	-
tipo de parto(5)	sim(2)	-	-	-
tipo de alojamento(6)	sim(1)	-	-	-
local da primeira consulta(4/7)	sim	0,044 (1)	renda(2)	0,049
número de serviços usados(4)	sim(1)	-	-	-
idade na primeira consulta(6)	sim	-	-	-
número de consultas(4)	sim(1)	-	-	-
tempo de espera(4)	sim	-	-	-
nota(4)	sim	-	-	-

(1) serviço público

(2) serviço privado

(3) também em relação às nutricionais maternas

(4) também em relação às assistenciais maternas

(5) também em relação às assistenciais maternas, só o privado

(6) também em relação às assistenciais maternas, só o público

(7) p residual=0,003 para o público

Os níveis estabelecidos para os cortes foram adequados, tendo-se encontrado significância para o modelo apenas para idade na primeira consulta de puericultura, no serviço público (as mais baixas idades se relacionam com não ocupação materna fora do lar, menor número de anos de estudo materno, residência situada em área urbanizada, menor renda per capita, ser do proletariado, na verdade todas inter-relacionadas) e com outro modelo (renda) para local da primeira consulta no serviço privado (as mais baixas idades se relacionam com as mais baixas rendas).

Quadro 3 - Variáveis sociais, nutricionais e assistenciais significativas, acurácia, significância para o modelo com as variáveis sociais e outro modelo para as crianças, Campinas, 1992/93.

Variáveis	Acurácia	p residual	Associação	p residual 1
anos de estudo	-	-	-	-
localização da moradia	-	-	-	-
renda per capita	-	-	-	-
número de pessoas/cômodo	-	-	-	-
perda de peso na alta hospitalar	sim	-	-	-
idade de introdução de água	sim(2)	-	-	-
idade de introdução de frutas	sim	0,012 (2)	renda(2)	0,030
local de pré-natal	sim	0,005 (1)	renda(1)	0,017
local de parto	sim	-	renda(1/3)	0,004
tipo de alojamento	sim	-	-	-
local da primeira consulta	sim	-	-	-
número de serviços usados	sim	-	-	-
tempo de espera	sim	-	anos de estudo(2)	0,033
nota dada ao serviço	sim(2)	-	-	-
reclamação quanto à espera	sim(2)	-	-	-

(1) serviço público

(2) serviço privado

(3) Maternidade de Campinas e Demais Hospitais

Neste caso, os níveis de corte também foram significativos para igualar casos observados aos esperados. No serviço privado, houve associação significativa com o modelo para a variável idade de introdução de frutas na dieta da criança (menores idades se relacionam com menor número de anos de estudo, menor renda, menor número de pessoas por cômodo e residir em área urbanizada) e apenas com renda (menores idades se relacionam com menor renda). No serviço público, houve significância para a variável local de pré-natal com o modelo (pré-natal no serviço público se relaciona com menor número de anos de estudo materno, menor renda, menor número de pessoas por cômodo e residir em área urbanizada) e somente com renda (pré-natal no serviço público se relaciona com menor renda). Ainda, no serviço público, a variável local de parto se associa com renda (parto no serviço público se relaciona com menor renda) e, no serviço privado, tempo de espera com anos de estudo materno (menor tempo de espera se relaciona com menor número de anos de estudo).

Esta análise nos mostra que a variável renda é a que mais amplamente se associa com as variáveis nutricionais e assistenciais.

O grupo materno-infantil (coortes de gestante/recém-nascidos e crianças) se caracterizou, neste estudo, pela similaridade de determinadas variáveis,

podendo compor uma única coorte para análise das ações de impacto de saúde junto à população infantil. No entanto, os indicadores de impacto só foram significativamente diferentes para as gestantes quanto ao tipo de parto e de alojamento, considerados indicadores de processo para as crianças.

Por outro lado, pelas semelhanças das características entre as coortes de recém-nascidos e crianças, pode-se agrupá-las em uma coorte, chamada infantil, com o intuito de melhorar a casuística. Neste sentido, todas as variáveis, comuns às duas coortes e que apresentaram diferença estatística significativa entre os usuários dos dois serviços nas coortes originais, foram analisadas. Os resultados mostram que a maioria das variáveis é significativamente diferente entre a população infantil usuária do serviço público e do privado (Quadro 4).

Quadro 4 - Distribuição das variáveis significativas, em análise simplificada, para os tipos de serviço de saúde utilizados pelo grupo materno-infantil, Campinas, 1992/93/94.

Variável	teste	p
ocupação materna fora do lar	$\chi^2 = 1,84$	0,175
anos de estudo materno	$t_{(108)} = 2,42$	0,017 *
localização da moradia	$\chi^2 = 20,49$	0,000006 *
número de pessoas por cômodo	$t_{(108)} = 2,06$	0,042 *
renda per capita	$t_{(105)} = 2,20$	0,030 *
classe social	$\chi^2 = 0,18$	0,674
local de pré-natal (rede básica)	exato de Fisher	< 0,00000001 *
local de pré-natal (público)	$\chi^2 = 43,73$	< 0,00000001 *
local de parto (HU)	exato de Fisher	0,00000009 *
local de parto (Maternidade de Campinas)	$\chi^2 = 0,64$	0,424
tipo de parto	$\chi^2 = 3,69$	0,055
tipo de alojamento	$\chi^2 = 19,67$	0,000009 *
perda de peso na alta hospitalar	$t_{(101)} = 2,20$	0,030 *
idade de introdução de água	$t_{(103)} = 2,11$	0,037 *
idade de introdução de frutas	$t_{(88)} = 3,83$	0,0002 *
percentil de altura para os meninos com 1 ano de idade	exato de Fisher	0,039 *
local da primeira consulta de puericultura (rede básica)	$\chi^2 = 38,73$	0,00000001 *
local da primeira consulta de puericultura (público)	$\chi^2 = 70,72$	0,00000001 *
idade na primeira consulta de puericultura	$t_{(107)} = 2,22$	0,028 *
número de serviços de saúde usados	$t_{(106)} = 4,24$	0,000005 *
número de consultas realizadas	$t_{(108)} = 1,78$	0,077
espera	$t_{(108)} = 5,27$	0,00000007 *
nota	$t_{(108)} = 3,74$	0,0003 *
reclamação quanto à espera	$\chi^2 = 3,27$	0,071

* Diferença significativa.

5.3. AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Os resultados mostram que as características sociais e nutricionais são próprias das populações estudadas, podendo definir o tipo de serviço de saúde a ser utilizado. A análise pelo "odds-ratio" (razão dos odds) nos permite dizer qual a chance de uma determinada população usar um ou outro tipo de serviço de saúde (Quadros 5 e 6).

Quadro 5 - Distribuição das variáveis sociais e nutricionais significativas, em análise simplificada, conforme "odds-ratio" (OR), intervalo de confiança (IC) para os tipos de serviço de saúde utilizados pelas gestantes e recém-nascidos, Campinas, 1992/93/94.

Variável	Critério	OR	IC
ocupação fora do lar	não	3,95	1,11 - 14,48
anos de estudo	até 4 anos	10,23	1,20 - 226,41
localização da moradia	favela	9,95	1,82 - 71,54
renda per capita	até 1 SM	15,00	2,71 - 109,12
classe social	proletariado	6,33	0,92 - 53,79
estado nutricional pré-gestacional	não desnutrida	6,18	1,32 - 31,13
	não obesa	1,42	0,28 - 6,99
ganho de peso na gestação	< 200 g/semana	3,13	0,67 - 16,34
consumo de frutas	baixo	7,91	2,02 - 32,99
idade de introdução de frutas	> 2 m	3,57	0,47 - 32,82
	> 3 m	3,25	0,77 - 14,40
	> 4 m	5,95	0,61 - 141,95
percentil de altura para os meninos	< 10	8,40	0,58 - 255,14

A chance de uma gestante utilizar o serviço público é quase 4 vezes maior para aquelas que não trabalham fora do lar, 10 vezes maior para as que estudaram até a quarta série do primeiro grau, 10 vezes maior para as que moram na favela, 15 vezes maior para as que pertencem a famílias que ganham até um salário mínimo mensal per capita, cerca de 6 vezes maior para aquelas pertencentes ao proletariado, 6 vezes maior para as não desnutridas pré-gestacional, cerca de 1.5 vezes maior para as não obesas pré-gestacional, 3 vezes maior para as que ganham menos de 200 gramas por semana de gestação, 8 vezes maior para as que têm baixo consumo de frutas durante a gestação. Para seu filho, a chance de utilizar o serviço público é quase 4 vezes maior para os que recebem fruta após os dois meses de idade, 3 vezes para os

que a recebem após 3m, 6 vezes maior para a introdução de fruta na dieta após os 4 meses de idade e 8.5 vezes maior para os meninos que completam 1 ano de idade com altura abaixo do percentil 10, Novamente, a variável renda se explicita como a mais significativa.

Quadro 6 - Distribuição das variáveis sociais e nutricionais significativas, em análise simplificada, conforme "odds-ratio" (OR), intervalo de confiança (IC) para os tipos de serviço de saúde utilizados pelas crianças, Campinas, 1992/93.

Variável	Critério	OR	IC
anos de estudo	até 4 anos	4,08	0,91 - 20,87
localização da moradia	favela	8,85	1,95 - 43,97
renda per capita	até 1 SM	10,98	2,75 - 47,16
número de pessoas por cômodo	> 1	5,58	1,41 - 23,36
perda de peso na alta hospitalar	< 1 g% ao dia	2,53	0,41 - 19,77
	< 2 g% ao dia	1,38	0,40 - 4,81
	< 3 g% ao dia	2,75	0,79 - 9,77
	< 4 g% ao dia	3,50	0,76 - 17,10
idade de introdução de água	> 3 dias	1,90	0,57 - 6,37
	> 7 dias	2,03	0,59 - 7,12
	> 15 dias	2,59	0,69 - 10,16
	> 30 dias	4,32	0,95 - 22,24
	> 60 dias	5,79	0,64 - 132,97
idade de introdução de frutas	> 2 meses	1,61	0,22 - 11,60
	> 3 meses	10,00	2,10 - 54,21

Para as crianças, observa-se que a chance do uso do serviço público é cerca de 4 vezes maior para aquelas cujas mães estudaram até a quarta série do primeiro grau, quase 9 vezes maior para as que residem na favela, aproximadamente 11 vezes maior para as que pertencem a famílias que ganham até 1 salário mínimo mensal per capita, aproximadamente 6 vezes maior para as que moram em casas com mais de 1 pessoa por cômodo, 2,5, 1,4, 2,8 e 3,5 vezes maior para as que perdem, respectivamente, menos de 1, 2, 3 e 4 g% ao dia de peso na alta hospitalar em relação ao peso ao nascer, 1,9, 2,0, 2,6, 4,3 e 5,8 vezes maior para as que recebem água após 3, 7, 15, 30 e 60 dias de vida respectivamente, 1,6 vezes maior para as que recebem fruta após 2 meses de idade e 10 vezes maior para as que a recebem após os 3 meses. Aqui, também, a variável renda, é bastante significativa.

As variáveis assistenciais, em geral, pela sua independência das sociais, podem ser consideradas características próprias dos serviços estudados. (Quadros 7 e 8).

Quadro 7 - Distribuição das variáveis assistenciais significativas, em análise simplificada, conforme "odds-ratio" (OR), intervalo de confiança (IC) para os tipos de serviços de saúde utilizados pelas gestantes e recém-nascidos, Campinas, 1992/93/94.

Variável	Critério	OR	IC
idade gestacional ao início do pré-natal	> 10 semanas	3,49	0,91 - 13,67
tempo de espera gestante	mais de 15	11,89	2,72 - 56,60
	mais de 30	14,29	2,53 - 105,66
nota dada ao serviço gestante	até 7,5	5,00	0,89 - 36,59
local de parto	serviço público	42,75	4,47 - 1015,67
tipo de parto recém-nascido	não cesárea	3,90	0,90 - 18,06
tipo de alojamento recém-nascido	conjunto	4,64	1,16 - 19,51
local da primeira consulta recém-nascido	serviço público	486,00	22,28 - 67351,30
número de serviços usados recém-nascido	mais de 1	17,11	1,63 - 428,32
	mais de 2	3,73	0,56 - 30,87
idade na primeira consulta puericultura	mais de 15 dias	4,29	1,06 - 18,21
número de consultas recém-nascido	até 8	7,64	1,19 - 62,32
	até 12	2,85	0,53 - 16,20
tempo de espera recém-nascido	mais de 15	6,32	1,42 - 30,28
	mais de 30	8,24	1,66 - 46,49
reclamação quanto à espera	sim	4,89	1,22 - 21,19

No serviço público, em contraposição às gestantes usuárias do serviço privado, a chance de uma gestante iniciar o pré-natal após a décima semana de gestação é 3,5 vezes maior, de aguardar mais de 15 minutos para a consulta é 12 vezes maior, de aguardar mais de 30 minutos é 14 vezes maior e de avaliar o serviço com nota abaixo de 7,5 é 5 vezes maior. Para a criança usuária do serviço público a chance do parto ter ocorrido no serviço público é quase 43 vezes maior, do parto não ter sido cesárea é 3,9 vezes maior, do alojamento ter sido conjunto é 4,6 vezes maior, da primeira consulta ter sido no serviço público é 486 vezes maior, de usar mais de 1 serviço de saúde é 17 vezes maior, mais de 2 serviços é quase 4 vezes maior, de iniciar a puericultura com mais de 15 dias é 4 vezes maior, de realizar até 8 consultas é quase 8 vezes maior, até 12 é quase três vezes maior, de aguardar mais de 15 minutos para a consulta é 6 vezes maior e mais de 30 minutos é 8 vezes maior, de reclamar quanto à espera é cerca de 4,9 vezes maior.

Quadro 8 - Distribuição das variáveis assistenciais significativas, em análise simplificada, conforme "odds-ratio" (OR), intervalo de confiança (IC) para os tipos de serviços de saúde utilizados pelas crianças, Campinas, 1992/93.

Variável	Critério	OR	IC
local de pré-natal	público	57,78	8,07 - 494,42
local de parto	serviço público	8,65	1,95 - 43,97
tipo de alojamento	conjunto	9,67	2,57 - 38,62
local da primeira puericultura	rede básica	13,50	3,22 - 62,16
número de serviços usados	mais de 1	2,33	0,62 - 8,97
	mais de 2	6,00	1,02 - 45,40
tempo de espera	mais de 15	12,80	3,11 - 57,05
	mais de 30	10,27	2,28 - 52,81
nota dada ao serviço	até 7,5	14,00	1,66 - 308,83
reclamação quanto à espera	sim	3,80	1,04 - 14,63

A chance de os usuários do serviço público, em oposição aos do privado, terem realizado o pré-natal no serviço público é quase 58 vezes maior, o parto no serviço público é aproximadamente 9 vezes maior, ter ficado em alojamento conjunto é quase 10 vezes maior, de realizar a primeira consulta de puericultura na rede básica de saúde é 13,5 vezes maior, de usar mais de 1 serviço de saúde é 2,3 vezes maior, de usar mais de 2 é 6 vezes maior, de esperar mais de 15 minutos para a consulta é 13 vezes maior, de esperar mais de 30 minutos é 10 vezes maior e de avaliar o serviço com nota menor que 7,5 é 14 vezes maior, de reclamar quanto à espera é de 3,8 vezes maior.

Realizar o pré-natal no serviço público é fator de proteção contra o parto cesárea (2 vezes mais que no privado) e a favor do alojamento conjunto (quase 2 vezes mais que no privado), conforme mostra o Quadro 9.

Quadro 9 - Distribuição das variáveis assistenciais de impacto, significativas em análise simplificada, conforme risco relativo (RR), intervalo de confiança (IC) para os tipos de serviços de saúde utilizados pelas gestantes, Campinas, 1992/93.

Variável	Critério	RR	IC
tipo de parto	não cesárea	2,05	1,36 - 3,08
tipo de alojamento	conjunto	1,71	1,06 - 2,77

No entanto, as variáveis assistenciais são características dos serviços de saúde, não dependendo das sociais e nutricionais, podendo serem utilizadas para avaliar, diretamente, os serviços de saúde em populações semelhantes à estudada. Assim, tendo como marcadores os indicadores de processo, local do pré-natal, idade gestacional ao início do pré-natal, local do parto, tipo do parto,

tipo do alojamento, número de consultas de puericultura, idade na primeira consulta de puericultura, local da primeira consulta de puericultura, tempo de espera, nota dada ao serviço e número de serviços de saúde usados pela criança, e os indicadores de resultado, tipo de parto e tipo de alojamento para a gestante, podemos inferir que no serviço público há maior aderência em todos os níveis de atenção à saúde materno-infantil (pré-natal, parto e puericultura), fator que não deve ser menosprezado no planejamento das ações integradas, ainda bastante problemático, principalmente no que concerne à referência e contra-referência. Especificamente quanto à qualidade da assistência prestada os dados apontam para o início tardio do pré-natal e da puericultura, alto tempo de espera, reclamação quanto à espera, baixa avaliação (satisfação?) pelo usuário e alto número de serviços utilizados pela criança, todos relacionados com a precária infraestrutura da rede básica de saúde, que não tem pessoal suficiente para garantir o atendimento de alta qualidade. Quanto ao baixo número de consultas, comparativamente ao privado, a questão está associada também à infraestrutura, a mãe sabe que não há médicos, ela automedica, ela resolve. No serviço privado, por sua vez, verifica-se que as ações são principalmente de caráter administrativo, facilitando na prática a vida do corpo técnico do hospital ao se preferir o parto cesárea e o não alojamento conjunto. de modo a aumentar o lucro sobre a assistência ao parto, com intervenção cirúrgica (menor tempo de assistência no trabalho de parto e "maior" no pós-operatório) e centralização dos cuidados do recém-nascido.

6. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A maior parte da população estudada utiliza serviços públicos de saúde: 67% das gestantes, 60% dos recém-nascidos e 61% das crianças, o que mostra a característica SUS-dependente da população residente no Jardim Campos Eliseos. Este fato, por si só, reforça a necessidade de implementar o atendimento público, a fim de atender, pelo menos, de 60 a 70% da população residente em bairros periféricos próximos ao centro de Campinas (São Paulo, Brasil).

Tendo como exemplo o Centro de Saúde local, onde cerca de 20% da população da sua área de cobertura é atendida, fica claro que a questão da universalização do atendimento está longe de ser alcançada. O direito à saúde não é tão fácil de ser obtido. Às vezes, com um pouco de sorte, necessita-se percorrer 2 ou 3 lugares para obtenção de atendimento. O não acesso é definido a priori. A população SUS-dependente utiliza vários serviços públicos (outros centros de saúde, ambulatorios de especialidades e hospitais) para lograr ser atendida. A aderência, no centro de saúde local, é garantida a uma parcela pequena da população, que tem os seus retornos agendados, não necessitando chegar de madrugada para conseguir uma consulta médica. Novos agendamentos? Em 2 a 3 meses.

O perfil epidemiológico da população residente no Jardim Campos Eliseos é praticamente o mesmo para os usuários do sistema público e do privado. O que determina, de fato, a utilização de um tipo ou outro de serviço de saúde é a renda, embora as populações difiram, também, quanto a anos de estudo materno e localização da moradia.

Atualmente, com as mudanças ocorridas ao nível mundial, muitos autores têm se questionado sobre a propriedade de manter a classe social, como fator discriminante em estudos populacionais. Segundo KURTZ (1992) *"...o conflito básico da modernidade não é aquele entre "trabalho" e "não trabalho", como sempre supôs o marxismo ingênuo do movimento operário e da luta de classes, mas sim aquele entre o conteúdo social e a forma não social, inconsciente, do próprio trabalho"*. Para GORZ (1992), *"...a análise tradicional de classes já não pode solucionar a questão relativa ao "sujeito" que decidirá o conflito básico e levará à prática a transformação social"*. Na área da saúde, FONSECA & BERTOLOZZI (1993) referem que *"...avaliar as condições de saúde-doença da clientela, do ponto de vista da saúde coletiva, significa buscar a expressão individual ou singular das condições gerais do processo*

de reprodução social. Assim, o homem, como ser histórico, deve ser considerado nas três dimensões: a estrutural: (processos gerais da sociedade), a particular (processos de cada grupo social) e a singular (processos individuais). No Brasil, a renda representa claramente o conteúdo social e a forma não social do trabalho (processos gerais da sociedade), a valoração da mais valia é determinada pelo teor social da atividade desenvolvida. Neste trabalho, o critério classe social, proposto por BARROS (1986), não discriminou as populações estudadas, mas tomando a população como objeto de análise, e não a classe social, conforme cita POSSAS (1989), pode-se discriminar outros indicadores para melhor representá-la. Foi o que fizemos, e a renda foi a variável social que melhor representou as diferenças entre as populações estudadas com corte em um salário mínimo, como proposto há muito tempo para estudar desnutrição. Quanto aos processos de cada grupo social, a análise se deu ao nível dos serviços de saúde, e aos processos individuais, ao nível epidemiológico.

Socialmente, a população usuária do serviço público caracteriza-se por apresentar menor renda familiar mensal per capita, ter menor número de anos de estudo e residir na favela, o que vem ao encontro da hipótese, inicialmente, formulada, que considera esta população SUS-dependente.

Quanto às características nutricionais, ao contrário da nossa hipótese, as gestantes usuárias do serviço privado iniciam a gravidez desnutridas, mas ganham mais peso durante a gestação do que as do público. Apesar da compensação do ganho de peso durante a gestação, coloco em dúvida o peso pré-gestacional recordado pelas gestantes. Hoje em dia, a valorização do físico, da magreza feminina, tem alcançado primeiramente as mulheres com atividade fora do lar, casos das usuárias do serviço privado, que podem, de fato, chegar à desnutrição pré-gestacional ou valorizar o peso pré-casamento e não o pré-última-gestação. BEREZOWSKI et al (1989) encontraram para o segundo e terceiro trimestres de gestação, respectivamente, ganho de peso de 401 e 436g por semana, valores maiores que os encontrados, em média, neste trabalho para o segundo (229g no público e 289g no privado) e terceiro (356g no público e 457 no privado) trimestres de gestação, embora nossos dados estejam de acordo com outros autores, ainda segundo BEREZOWSKI et al (1989).

Por outro lado, as crianças, usuárias do serviço privado, apresentam maior perda de peso por ocasião da alta hospitalar ao nascer (cujos 10% fisiológicos, histórica e intransigentemente reproduzidos nos discursos médicos, não chegam a 4%, considerando a recomendação de dois dias de internação), possivelmente pela deficiência de alojamento conjunto, o que sem dúvida propicia o aleitamento materno mais precoce, na medida em que o alojamento

conjunto não só garante o contato físico entre a mãe e o bebê, mas também estimula o aleitamento materno (CÁsar et al, 1981; CARVALHO & THOMSON, 1987; HARDY et al, 1987). Entretanto, este estímulo não tem garantido um maior tempo de aleitamento materno para as crianças, já que não se obteve diferença significativa para este item nos serviços estudados, que diferem quanto à existência do alojamento conjunto. Acredito que um outro ponto importante do alojamento conjunto não esteja sendo cumprido: ministrar orientação adequada, o que demanda mais pessoal qualificado. As crianças nascidas mais recentemente (coorte de recém-nascidos) não apresentam diferença significativa para perda de peso (de novo, contra os 10%), entre os serviços público e privado, provavelmente devido ao aumento do alojamento conjunto no setor privado, apesar de manter a diferença, uma vez que para as Unidades Médico Assistenciais Integrantes do Sistema de Informação Hospitalares do SUS (SIH/SUS) são solicitadas o cumprimento quanto às Normas Básicas de Alojamento Conjunto (Diário Oficial, n167, 1 de setembro de 1993).

Os recém-nascidos, meninos, usuários do serviço público, concluem o primeiro ano de vida com déficit estatural. Os dados obtidos não apontam diferenças significativas quanto à altura das meninas e peso dos dois sexos, embora a curva do NCHS subestime o peso ao nascer e superestime a velocidade de incremento de peso, comparativamente à população estudada, já que nossa população nasce com peso acima da curva de referência e tende, com o tempo, a se aproximar da curva do NCHS, ficando abaixo ao final do primeiro ano de vida. Quanto à altura, nossas crianças encontram-se abaixo da curva de referência desde o nascimento, apesar do Brasil apresentar a melhor situação nutricional entre países da África, Ásia, América Latina e Oceania, segundo dados de 1980 a 1992 (ONÍS et al, 1993).

No que se refere à alimentação observa-se que o primeiro item a ser eliminado (ou o último a ser incluído) da dieta são as frutas, tanto para gestantes quanto para crianças. No geral, não se observa grandes diferenças quanto ao comportamento alimentar das populações estudadas, não há deficiência energética significativa entre os usuários dos diferentes serviços. Apesar das gestantes apresentarem deficiência energética em 36,9% dos casos do serviço privado e 27,9% do público, elas ganham peso adequadamente, de acordo com o modelo ajustado, e seus bebês nascem com pesos adequados. Aqui, convém lembrar a dificuldade de se obter dados fidedignos em inquéritos alimentares (MARR & HEADY, 1986; BORRELI, 1990). Não se trata apenas da omissão de dados, em poucos casos (creio eu), mas do treinamento do entrevistador em obter estes dados, da abstração necessária para reproduzir as medidas caseiras

e transformá-las em gramas, da memória de cada um em lembrar o que comeu nas últimas 24 horas. Fora isto, a possível superestimação das recomendações nutricionais, tanto ao nível quantitativo como qualitativo (frequência de ingestão de alimentos por grupos), deve ser questionada, já que os dados apontam, também, para altas proporções de baixo consumo de leite, alimentos energéticos e reguladores.

Quanto ao peso ao nascer, nossos dados mostram baixa prevalência de baixo peso (2,1 % para a coorte de recém-nascidos e 3,2% para a coorte de crianças), porém alta de peso deficiente (33,3% para a coorte de recém-nascidos e 27,4% para a coorte de crianças). Segundo o estudo de PUFFER & SERRANO (1987), no final da década de 60 e início de 70, a menor prevalência de baixo peso foi 3,6% e de peso deficiente 11,6%, ambos na Suécia. No Brasil, estes autores obtiveram aproximadamente 10% de baixo peso e 25% de peso deficiente em Ribeirão Preto (São Paulo) e 15% e 30%, respectivamente, no Recife (Pernambuco). Outro estudo realizado por SILVA et al (1991), dez anos mais tarde, mostra que não houve uma redução significativa na prevalência de baixo peso (7,5%) e de peso deficiente (21,1%) na cidade de Ribeirão Preto. MONTEIRO (1979), estudando o peso de crianças nascidas em 1976 na cidade de São Paulo, encontrou 8,9% de baixo peso nas maternidades privadas e 12,1% nas públicas. Diferença não encontrada significativamente neste trabalho para os serviços público e privado.

Assim, a hipótese de precária situação antropométrica e alimentar para os usuários do serviço público é parcialmente verdadeira, mas não há diferença para aleitamento materno. As mães referem a introdução precoce de alimentos sob a orientação dos pediatras. Afinal são as mesmas escolas que formam para o setor privado e para o público. A necessidade de intervir no currículo (e talvez no discurso e prática dos professores) das escolas da área de saúde é fundamental para a reversão do quadro de desmame precoce, além de prover treinamento e reciclagem adequados aos trabalhadores do setor saúde. Trabalho desenvolvido por MELO et al (1988), na cidade do Rio de Janeiro em 1985, mostra que a assistência pré-natal e pós-natal, quanto ao incentivo ao aleitamento materno, foi deficiente e a assistência ao parto foi regular, sendo pior o desempenho nos serviços universitários. Ainda, é mais fácil, para aqueles que não tiveram a prática de aleitar, recomendar a mamadeira ao primeiro sinal de dificuldade.

As mães referem como causa de desmame a redução da quantidade de leite. Entre 15 e 30 dias de idade do bebê, isto é real. Aparentemente, as mamas diminuem de tamanho devido ao fato do bebê sugar maior volume, mas suficiente para o seu crescimento e desenvolvimento. A "dor" da descida do leite

desaparece, as mamas já não ficam tão arredondadas, há um ajuste fisiológico neste período, que é o de maior risco de desmame e é quando os pediatras recomendam uma mamadeira para complementar a alimentação. Ai sim, começa a redução do leite. Outras causas citadas como motivo de desmame se referem ao total desconhecimento sobre a amamentação (problemas com as mamas), que deveria ser assunto obrigatório de consulta/reunião no pré-natal. As causas se relacionam à diminuição do leite, problemas com as mamas e rejeição por parte da criança, principalmente. O trabalho materno vem a seguir. Apenas uma mãe refere ter cansado de amamentar; para as demais os problemas são externos a ela: é o leite, é a mama, é a criança, é o médico. As mulheres não introjetaram a amamentação como um ato íntimo, pessoal, seu!, mas como uma imposição do discurso sanitário: "leite materno é o melhor alimento para o bebê." Na verdade, esta simplificação, do motivo pelo qual parou de amamentar antes de 6 meses de idade do bebê, se refere ao chamado "motivo final" por RÉA & CUKIER (1988). A pergunta feita a cada visita e de diferentes formas, auxiliou a entender que a diminuição do leite está relacionada a outros problemas (choro do bebê, problema com as mamas, interferência de terceiros, rejeição por parte do bebê ou da mãe), as "causas associadas", segundo as mesmas autoras.

Em Campinas, alguns trabalhos mostram um aumento das medianas de aleitamento. MARTINS FILHO & SANGED (1986) encontraram mediana de aleitamento materno de 1 mês e 20 dias em 1976 e 6,5 meses em 1980 e 1984, no ambulatório de Pediatria da UNICAMP. MOURA et al (1989) obtiveram mediana de amamentação exclusiva de 2 meses, em usuários de um centro de saúde escola da PUCCAMP, no ano de 1988. MONTEIRO et al (1989), estudando uma amostra de crianças do município de São Paulo, em 1984 e 1985, referem "*...um movimento de retorno recente à prática de amamentação*" ao encontrarem mediana de aleitamento total de aproximadamente 3,6 meses e exclusivo de 2,1 meses. Os dados, encontrados neste trabalho, mostram medianas mais altas de aleitamento total, embora tenha havido uma redução drástica, em cerca de um ano, das crianças (9,8 meses) para os recém-nascidos (5 meses) no serviço público, mas um ligeiro aumento no tempo de amamentação exclusiva nos dois tipos de serviços de saúde estudados. Me parece que a tendência ao aumento do aleitamento é real, mas depende das políticas locais de saúde, já que neste período houve mudança de governo e se agravou a situação da saúde, com a falta de incentivos e de pessoal qualificado.

Assistencialmente, os dados apontam para a precariedade do serviço público no que se refere aos indicadores do processo de atenção à saúde, ligados à estrutura, como início tardio do pré-natal e da puericultura, menor

número de consultas de puericultura, maior número de serviços de saúde usados pela criança, maior tempo de espera e, conseqüentemente, menor nota e mais reclamação quanto à espera. Para o serviço privado, a precariedade se situa ao nível dos resultados, como tipo de parto e falta de alojamento conjunto para a gestante. Em parte, os dados estão de acordo com as hipóteses para o processo de assistência, mas não para a semelhança de marcadores de avaliação de serviços de saúde

As gestantes apresentaram um número suficiente de consultas no pré-natal (7,8 no público e 7,9 no privado), segundo a recomendação internacional de 5 consultas por gestação (TANAKA et al, 1989). No entanto, as usuárias do serviço público iniciaram mais tardiamente o pré-natal, não por relapso das mesmas, que procuram o serviço assim que têm dúvidas sobre a possibilidade da concepção, mas sim pela histórica falta de ginecologista na rede básica de saúde, o que leva estas gestantes a agendarem suas consultas para quando houver vaga. Apesar do agendamento, em muitos centros de saúde não há marcação de hora ou cumprimento do horário marcado, gerando um alto tempo de espera também no dia da consulta e, conseqüentemente menor nota (entendida, por mim, como satisfação com o serviço).

A porcentagem de cesarianas é alta nos dois tipos de serviços (43% e 47% no público e 80% e 68% no privado, respectivamente para as coortes de recém-nascidos e de crianças), sendo que os motivos relatados para a intervenção cirúrgica, na maioria das vezes não são indicativos para tal procedimento. Observa-se que a prevalência de cesáreas diminuiu de um ano (aproximadamente) para o outro, sendo que a proporção das mesmas é muito maior no serviço privado do que no público.

Quanto às crianças não se encontrou diferença na idade de início de puericultura, nem na concentração de consultas por criança, porém, para os recém-nascidos houve diferença significativa para idade de início da puericultura, mas não na concentração de consultas (embora menor na coorte de recém-nascidos, 8,4, do que na de crianças, 10,3, para o serviço público). Estes dados nos levam a pensar na piora do atendimento na rede básica em pequeno espaço de tempo. É fato que a implantação de uma nova política, iniciada em 1989, se manteve até o final da gestão municipal anterior, que apesar de interromper os investimentos no setor saúde não conseguiu alterar o processo de assistência em vigor. Afinal, uma nova consciência sanitária se formara (CAMPOS, 1991). Porém, com o tempo e a mudança de governo, o que se percebeu foi a falta de investimento na rede básica, a saída de muitos profissionais e o não preenchimento das vagas, fatos que levaram, sem dúvida alguma à piora do atendimento. Devido à precariedade da rede em atender as

crianças, as mães procuram vários serviços até conseguir uma consulta (média de 2,2 para as crianças e 2,4 para os recém-nascidos no serviço público), não criando a aderência necessária para um trabalho de alta qualidade por não serem atendidas no centro de saúde mais próximo de suas casas quando precisam. Aqui, também, quando são atendidas precisam esperar mais tempo e a insatisfação fica transparente com a baixa nota dada ao serviço de saúde, cujos motivos se relacionam principalmente com a espera.

A falta de prioridade governamental para a área da saúde tem comprometido a qualidade de atendimento, principalmente pela precária estrutura da rede de serviços básicos que leva a mãe a procurar diferentes unidades de serviço, sendo atendida cada vez por um médico diferente, e é refletida na avaliação dos serviços públicos. E aqui, retomamos as questões iniciais.

- Qual o impacto das ações dos serviços junto à população?

Infelizmente, o impacto é negativo quanto ao tempo de aleitamento materno, causa de desmame e idade de introdução de alimentos na dieta das crianças nos dois tipos de serviço, e quanto ao tipo de parto, tipo de alojamento e perda de peso na alta hospitalar do recém-nascido para a criança do serviço privado. De um modo geral, os demais dados obtidos, maturidade gestacional, imunização no primeiro ano de vida, morbidade referida, abortamento, internação e óbito, comparados com a literatura, mostram um impacto positivo, que pode ser atribuído, em grande parte, à melhora da assistência à saúde nos últimos anos. Afinal, a luta não tem sido em vão.

- Qual o comprometimento dos serviços de saúde com a atenção integral à saúde?

Neste ponto, lembro o motivo de criação dos berçários nas maternidades, que teve o objetivo de garantir o espaço físico do pediatra, limitando a interferência do obstetra (LOYOLA, 1983) e que, de fato, a puericultura conseguiu consolidar sua pretensão de controlar cientificamente todos os momentos da vida de uma criança, mas do ponto de vista do controle social, mantendo-se atrasada, para LOYOLA (1983), em mais de 50 anos no que se refere à dietética infantil; hoje, eu diria, em mais de 60 anos. Um outro fator preocupante é a alta prevalência (21,7%) de gestantes adolescentes, cuja incidência vem aumentando nos últimos tempos (SILVA, 1984), acarretando novos riscos e a necessidade de um planejamento que dê conta de atender integralmente esta gestante e não apenas o seu útero. A necessidade do trabalho multiprofissional se faz presente em todos os momentos da atenção à

saúde, também neste. Por outro lado, a falta de aderência ao serviço compromete irrevogavelmente a atenção integral.

- Qual a oferta de serviços de saúde que atende às necessidades da população?

As reclamações, tanto no serviço público como no privado, são relacionadas especialmente com a consulta médica: "o médico não conversa", "o médico não dá a atenção necessária", "o médico tem pressa", "a consulta é rápida", "o médico não orienta direito", "o médico é desinteressado", "o médico não dá medicação", "o médico não resolve o problema". O que se quer é um serviço de saúde que considere o cliente como cidadão, que atenda suas necessidades e expectativas, que oriente direito e fuja da mediocridade da reprodução social, também imposta na consulta médica. Esta conclusão é reforçada pelas observações, quanto ao atendimento em geral, de falta de atenção e má atenção por parte dos funcionários, muita gente, muita espera, falta de médico, falta de espaço e serviço distante do local de moradia. Aqui, é o princípio da regionalização que se compromete.

WARE (1978) e SOMMERS (1983) têm proposto o uso de questionários com uma escala de qualificação para questões referentes à satisfação do consumidor com o serviço de saúde, reclamações e sugestões. Neste trabalho, a técnica da entrevista semi-estruturada (para algumas questões abertas), o preparo dos entrevistadores e a metodologia de estudo longitudinal garantiram uma melhor compreensão das idéias que a população tem sobre a questão da saúde, sem desviar para "...uma fórmula positivista de perceber o 'normal'", segundo MINAYO (1992), e sem questões definidas a priori.

- Qual a participação popular nos serviços de saúde?

Segundo SMEKE (1992) *"...a questão do avanço, do aprofundamento e do amadurecimento de um projeto de Reforma Sanitária no Brasil, passa inevitavelmente pela articulação entre as propostas, as práticas e seus agentes e a clientela organizada ou não"*, o que vem sendo trabalhado desde o início dos anos 80 pela equipe de saúde local junto à população residente no Jardim Campos Eliseos. Para minha surpresa, nenhuma das famílias estudadas participava ou tinha conhecimento mais profundo sobre a existência do Conselho Local de Saúde (CLS), um dos mais combativos do município. Creio que, ainda, estamos apenas no trabalho com a parcela organizada. No primeiro semestre de 1992, num trabalho desenvolvido com o objetivo de contribuir para a consolidação do SUS, especificamente na unidade básica local de saúde, os usuários, membros e colaboradores do CLS, citaram, como problemas de saúde, "a violência", "o alcoolismo", "as drogas", "a hipertensão arterial", "a

fome", "a bronquite", "o derrame", "o nervosismo" e "a formação escolar acrítica" tendo como explicação "a violência na televisão e na própria família", "a desunião da família", "a desvalorização das pessoas", "o desespero", "a descrença", "o desemprego", "os baixos salários", "o nervoso", "a crise econômica" e "a desestruturação da sociedade, tendo como exemplo o próprio governo" (MOURA, 1992). A explicação é clara e profunda. A população tem ciência dos seus problemas e de suas origens, mas ainda é muito tímida para lutar por uma nova hegemonia na área da saúde.

As falas das gestantes e mães do "por que não foi à consulta?" refletem, claramente, esta questão. Muitas referem não ter ido porque sabiam que a unidade de saúde estava fechada, umas por não gostar da médica, porque o centro de saúde mudou para longe, porque o centro de saúde está sempre lotado e não marca hora, outras foram e não havia médico para atendê-las. Várias deixaram de ir devido a chuva, outro compromisso, falta de transporte, esquecimento, indisposição e criança estar bem. No primeiro bloco, nota-se um certo conformismo com a situação. Não se falou em direitos, em exigências, apenas se esperou pela próxima consulta. No segundo bloco, percebe-se, em parte, um pouco da representação social sobre a questão da saúde: muitas mães só levam a criança à consulta, mesmo marcada, se ela estiver doente. Mas quando ela fica doente não há garantia de atendimento na unidade básica local. É indispensável rever os critérios de atendimento em puericultura, na medida em que os critérios usados nos serviços não refletem a realidade epidemiológica atual, nem as necessidades de atenção desta população. O modelo tecno-assistencial precisa ser revisto, como propõe MERHY et al (1991).

Os dados obtidos são importantes para a compreensão da situação epidemiológica e assistencial da população materno-infantil, residente no Jardim Campos Eliseos. Atualmente, em regiões como a estudada não há diferenças bruscas quanto ao estado de saúde da população. Apesar do sempre crescente arrocho salarial, o aumento da cobertura de saneamento básico, da cobertura de imunização contra determinadas doenças infantis e do acesso aos serviços de saúde (ainda que não suficientes) têm colaborado para a melhoria do estado de saúde de populações como a estudada (BUCK & BULL, 1986; MONTEIRO & BENÍCIO, 1989).

O planejamento em saúde deve ser competente tecnicamente, na construção e incorporação de modelos epidemiológicos, que propiciem a apreensão das mudanças ocorridas. Não se trata simplesmente de redefinir grupos de risco, mas de perceber as alterações epidemiológicas (que contemplam obrigatoriamente as sociais), que exigem um outro tipo de atenção à saúde.

A proposta inicial de considerar a epidemiologia (enquanto conjunto de condições socialmente determinadas) como subsídio indispensável para o planejamento e o planejamento (enquanto discussão do poder de "classes" - público e privado) como instrumental necessário à reforma sanitária tem como objetivo a busca da garantia de acesso e equidade conforme demanda da população em relação à saúde (enquanto direito de cidadania). Assim, passamos à última questão:

- Qual a qualidade dos serviços de saúde?

Os marcadores encontrados para avaliar os serviços de saúde foram idade da primeira consulta no pré-natal e na puericultura, tempo de espera, satisfação com o atendimento (nota e reclamação quanto à espera) e número de serviços utilizados pela criança quanto ao processo de assistência à saúde, tipo de parto e tipo de alojamento quanto aos resultados das ações de saúde.

Retomando os componentes básicos, citados por Donabedian: estrutura, processo e resultado, verificamos que os indicadores de processo no serviço público refletem a má qualidade da estrutura dos mesmos. Com um pouco de vontade política, este quadro poderia ser revertido a favor do atendimento público, conforme consta na última Constituição brasileira, e, de longe, o serviço público suplantaria em qualidade o privado, na medida em que este último apresenta indicadores ruins de resultado, que refletem não apenas sua estrutura, mas também o processo, que se expressa na medicina de grupo como uma atividade lucrativa.

Para DOESSEL & MARSHALL (1985), CLEARY & McNEIL (1988), LOHR (1988), SCALLY et al (1988) e ZASTOWNY et al (1989), de um modo geral, a satisfação do usuário, enquanto "output", é um "input" para os serviços de saúde, que devem ser avaliados de acordo com as características demográficas e assistenciais da população, onde a relação profissional-usuário deve ser considerada como um item fundamental na satisfação do consumidor, buscando a melhoria e permitindo a monitorização da qualidade da assistência à saúde. Porém, *"...o processo de avaliação não possui um modelo perfeito, já suficientemente testado e aplicável de maneira universal. É preciso avançar gradativamente, construindo para cada um dos níveis do sistema, o modelo de avaliação que oriente e facilite a tomada de decisões"* (ACURCIO et al, 1991). O modelo desenvolvido, neste estudo, se mostrou apropriado quanto à avaliação na ótica do consumidor, possibilitando, a cada visita, novas revelações e complementação das anteriores, além de chamar a atenção do sujeito para o uso dos serviços de saúde, entre outras coisas.

Finalizando, sugiro a adoção destes marcadores para monitorar a qualidade da atenção à saúde em populações semelhantes à estudada e o enriquecimento com dados dos serviços, sempre que possível, sem perder de vista a necessidade de incorporação de variáveis sociais (renda, por exemplo) e nutricionais (ganho de peso e consumo de frutas na gestação e idade de introdução de alimentos para as crianças) na busca de um modelo epidemiológico de proteção à saúde, que sirva tanto para o acompanhamento individual como para a avaliação de populações ou serviços.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRASCO. Plano diretor para o desenvolvimento da epidemiologia no Brasil. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1989. 40p.
- ACURCIO, F.A.; CHERCHIGLIA, M.L. & SANTOS, M.A. Avaliação de qualidade de serviços de saúde. *Revista Saúde em Debate*, Londrina, v.34, n.33, p.50-53, dezembro, 1991.
- ALEGRIA, F.V.L.; SCHOR, N. & SIQUEIRA, A.A.F. Gravidez na adolescência: estudo comparativo. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.23, n.6, p.473-477, dezembro, 1989.
- ALMEIDA FILHO, N. & ROUQUAYROL, M.Z. Introdução à epidemiologia moderna. Salvador/Rio de Janeiro: APCE/ ABRASCO, 1990. 223p.
- AROUCA, S. A Reforma Sanitária brasileira. *Tema*, Rio de Janeiro, v.6, n.11, p.2-4, novembro, 1988.
- BARROS FILHO, A.A.; MOURA, E.C.; SPALLETTA, C.L.; TEODORO, C.S.R. & BIAGGI, N. Alimentação de crianças menores de dois anos de idade. In: XXVIII Congresso Brasileiro de Pediatria, 1993, Salvador, BA. *Annals...Salvador*, 1993. r.17.
- BARROS, F.C.; VICTORA, C.G.; GRANZOTO, J.A.; VAUGHMAN, J.P. & LEMOS JÚNIOR, A.V. Saúde perinatal em Pelotas, RS, Brasil: fatores sociais e biológicos. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.18, n.4, p.301-312, agosto, 1984.
- _____; _____. VAUGHAN, J.P & ESTANISLAU, H.J. Bajo peso al nacer en el municipio de Pelotas, Brasil: factores de riesgo. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. Washington, v.102, n.6, p.541-554, junio, 1987.
- BARROS, M.B.A. A utilização do conceito de classe social nos estudos dos perfis epidemiológicos: uma proposta. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.20, n.4, p.269-273, agosto, 1986.
- BATISTA FILHO, M. & SHIRAIWA, T. Indicadores de saúde para um sistema de vigilância nutricional. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.105-116, janeiro/março, 1989.
- BEGHIN, I.; CAP, M. & DUJARDIN, B. Guia para evaluar el estado de nutricion. Washington: OMS, 1988. (publicación científica nº 515).

- BENÍCIO, M.H.D'A.; MONTEIRO, C.A.; SOUZA, J.M.P.; CASTILHO, E.A. & LAMONICA, I.M.R. Análise multivariada de fatores de risco para o baixo peso ao nascer em nascidos vivos do município de São Paulo, SP (Brasil). *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.19, n.4, p.311-320, agosto, 1985.
- BEREZOWSKI, A.; CUNHA, S.P.; MAUAD FILHO, F.; SÁ, M.F.S.; DUARTE, G. & FREITAS JÚNIOR, A.H. Evolução do peso durante a gravidez em grávidas normais. *Jornal Brasileiro de Ginecologia*. v.99, n.1/2, p.51-54, janeiro-fevereiro, 1989.
- BORRELI, R. Collection of food intake data: a reappraisal of criteria for judging the methods. *British Journal of Nutrition*. London, v.63, n.3, p.411-417, may, 1990.
- BOSI, M.L.M. *A face oculta da nutrição: ciência e ideologia*. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo/UFRJ, 1988. 220p.
- BOTOMÉ, S.P. & SANTOS, E.V. Ensino na área da saúde: o problema do objeto de trabalho. *Ciência e Cultura*. São Paulo, v.36, n.6, p.910-923, junho, 1984.
- BUCK, C. & BULL, S. Preventable causes of death versus infant mortality as an indicator of the quality of health services. *International Journal of Health Services*. v.16, n.4, p.553-563, 1986.
- CAMPOS, F.E. *Resolutividade: uma aproximação à avaliação qualitativa dos serviços de saúde*. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 1988. 264p. Doutorado (Tese em Saúde Pública) Escola Nacional de Saúde Pública.
- CAMPOS, G.W.S. Considerações sobre o processo de administração e gerência de serviços de saúde. In: _____; MERHY, E.E. & NUNES, E.D. *Planejamento sem normas*. São Paulo: Hucitec, 1989. p.9-31.
- _____. Diretrizes operacionais para implantação do Sistema Único de Saúde de Campinas/abril de 1990. *Saúde em Debate*. Londrina, v.33, n.29, p.18-23, junho, 1990.
- _____. Reflexões sobre uma experiência de gestão de sistema local de saúde: o caso de Campinas/SP, 1989. In: _____. *A saúde pública e a defesa da vida*. São Paulo: Hucitec, 1991. p.139-152.
- CARNEIRO, H.J.A.; OLIVEIRA, F.C. & CARVALHO, L.C.N. O hábito de fumar na gestante e suas repercussões no concepto. *Revista Med.Universidade Fedederal do Ceará*, Fortaleza, v.25, n.1/2, p.49-54, 1987.

- CÁSAR, C.M.; RIBEIRO, C.D.; DAMAZO, M.G.C. & SILVA, T.A. O sistema de alojamento conjunto para recém-nascido e mãe. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília. v.34, p.48-54, 1981.
- CARVALHO, A.B.R. & THOMSON, Z. Alojamento conjunto: análise da opinião de puérperas, Londrina - PR. *Revista de Pediatria*. São Paulo. v.9, p.124-128, 1987.
- CESAR, C.L.G. Fatores de risco associados à mortalidade infantil em duas áreas da região metropolitana de São Paulo (Brasil), 1984-1985. Proposta de instrumentos preditivos. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, v.24, n.4, p.300-310, agosto, 1990.
- CLEARY, P.D. & McNEIL, B.J. Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry*. Chicago, v.25, n.1, p.25-36, spring, 1988.
- COHN, A.; NUNES, E.; JACOBI, P.R. & KARSCH, U.S. *A saúde como direito e como serviço*. São Paulo: Cortez, 1991. 164 p.
- COSTA, M.C.N.; MENEZES, G.M.S.; ICHIHARA, M.Y.T.; LIMA, M.E.C.; ANJOS, C.F.D.; BOUREAU, A.B.; DIAS, C.R. & SILVA, G.A.P. Avaliação de centros de saúde em Salvador - 1980. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v.11, n.1, p.7-17, janeiro/março, 1984.
- DEMLO, L.K. Assuring quality of health care. *Evaluation and the health professions*. v.6, n.2, p.161-196, june, 1983.
- DOESSEL, D.P. & MARSHALL, J.V. A rehabilitation of health outcome in quality assessment. *Social Science and Medicine*. Great Britain, v.21, n.12, p.1319-1328, december, 1985
- DONABEDIAN, A. Continuity and change in the quest for quality. *Clinical Performance and Quality Health Care*. v.1, n.1, p.9-16, january/march, 1993.
- _____. Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, New York, v.44, part 2, n.3, p.166-206, july, 1966.
- _____. Quality assurance in health care: consumer's role. *Quality in Health Care*, London, v.1, p.001-005, 1992a.
- _____. Quality assurance in our health care system. *Quality Assurance and Utilization Review*. v.1, p.161-196, february, 1986.
- _____. The role of outcomes in quality assessment and assurance. *Quality Review Bulletin*. v.18, p.356-360, november, 1992b.

- _____. The seven pillars of quality. *Archives of Pathology and Laboratory Medicine*. Chicago, v.114, n.11, p.1115-1118, november, 1990.
- ENDEF. Tabelas de composição dos alimentos. Rio de Janeiro: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 1977. 201p.
- FAO/OMS/ONU. Necesidades de energia y de proteínas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1985. 220p.
- FÉIX, R. Atenção primária à saúde: conceito, implantação e tendência. In: DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M.I. & GIUGLIANI, E.R.J. *Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990. p.11-5.
- FONSECA, R.M.G.S. & BERTOLOZZI, M.R. Avaliação do cliente em saúde coletiva: em busca da expressão da unidade dialética homem-sociedade. *Saúde em Debate*. Londrina, v.36, n.41, p.24-29, dezembro, 1993.
- GOLDBAUM, M. Epidemiologia em serviços de saúde no Brasil: anotações para debate. *Saúde em Debate*, Londrina, v.35, n.35, p.68-71, julho, 1992.
- GOLDENBERG, P. Repensando a desnutrição como questão social. Campinas: UNICAMP, 1988. 159p.
- _____; TUDISCO, E.S. & SIGULEM, D.M. Desnutrição: amamentação x aleitamento artificial. *Ciência Hoje*, São Paulo, v.1, n.5, p.73-75, março/abril, 1983.
- GORZ, A. A nova agenda. In: BLACKBURN, R (org); MILIBAND, N.R.; HABERMAS, E.J.; ENZO, H.M.; HALLIDAY, F.; HOBBSAWM, E.; JAMESON, R.F. & GORZ, A. *Depois da queda*. São Paulo: Paz e Terra, 1992. p.235-248.
- GOUVEIA, E.L.C Diagnóstico do estado nutricional da população. In: CHAVES, N. *Nutrição básica e aplicada*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1985. p.251-280.
- GUEDES, M.L.S. & GUEDES, J.S. Bioestatística para profissionais da saúde. Rio de Janeiro: Livro Técnico, 1988. 200p.
- GUERI, M.; JUTSUM, P. & SORHAINDO, B. Anthropometric assessment of nutritional status in pregnant women: a reference table of weight-for-height by week of pregnancy. *American Journal of Clinical Nutrition*, Bethesda, v.35, n.1, p.609-616, march, 1982.
- HAMILL, P.V.V.; DRIZD, T.A.; JOHNSON, C.L.; REED, R.B. ROCHE, A.F. NCHS growth charts, 1976. *Monthly Vital Statistics Report*, v.25, n.3, p.1-22, june, 1976.

- HARDY, E.E.; SANDOVAL, L.E.M. & PINOTTI, J.A. Aleitamento materno: um direito da mãe e da criança. *Revista Paulista de Medicina*. v.105, n.2, p.103-107, março-abril, 1987.
- HOLLAND, W.W. Methods. In: _____. *Evaluation of health care*. Oxford: Oxford University, 1983. p.39-81.
- KELSEY, J.L.; THOMPSON, W.D. & EVANS, A.S. *Methods in observacional epidemiology*. New York: Oxford University, 1986. 366p.
- KLEINBAUM, D.G.; KUPPER, L.L. & MORGENSTERN, H. *Epidemiologic research*. New York: Van Nostand Reinhold, 1982. 529p.
- KREBS-SMITH, S.M. & CLARK, L.D. Validation of a nutrition adequacy score for use with women and children. *Journal American Dietetic Association*. Chicago, v.89, n.6, p.775-780, june, 1989.
- KURTZ, R. *O colapso da modernização*. São Paulo: Paz e Terra, 1992 p.43-44.
- LAURENTI, R.; BUCHALLA, C.M. & COSTA JÚNIOR, M.L. Estudo da morbidade e da mortalidade perinatal em maternidades. I. Descrição do projeto e resultados gerais. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.18, n.6, p.436-447, dezembro, 1984.
- LILIENFELD, A.M. & LILIENFELD, D.E. *Fundamentos de epidemiologia*. México: Addison-Wesley Iberoamericana, 1987. 341p.
- LIPPI, U.G.; ANDRADE, A.S.; BERTAGNON, J.R.D. & MELO, E. Fatores obstétricos associados ao baixo peso ao nascer. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, v.23, n.5, p.382-387, outubro, 1989.
- _____; SEGRE, C.A.M.; ANDRADE, A.S.; COSTA, H.P.F. & MELLO, E. Fumo e gravidez: Influência sobre idade gestacional ao parto e peso ao nascer. *Revista Paulista Pediatria*. São Paulo, v.4, n.12, p.10-5, março, 1986.
- LOFFREDO, L.C.M. & SIMÕES, M.J.S. *Peso ao nascer e padrões de atendimento ao parto em município do Estado de São Paulo, Brasil*, 1986. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, v.24, n.1, p.80-83, fevereiro, 1990.
- LOHR, K.N. Outcome measurements: concepts and questions. *Inquiry*. Chicago, v.25, n.1, p.37-50, spring, 1988.
- LOUREIRO, S.; RIBEIRO, M.D.; SILVEIRA, T.R. SABROZA, P.; VRANJAC, A.; PASTORELO, E.; RIZZI JR., J.B.; GOLDBAUM, M.; BECKER, R. & LIMA, J.T.L. Seminário sobre perspectivas da epidemiologia frente à reorganização dos serviços de saúde. In: ABRASCO. *Estudos de saúde*

- coletiva**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1986. p. 109-27.
- LOYOLA, A. A cultura pueril da puericultura. **Novos Estudos CEBRAP**. Rio de Janeiro, v.2, n.1, p.40-46, abril, 1983.
- MADUREIRA, P.R.; CAPITANI, E.M.D. & CAMPOS, G.W.S. Avaliação da qualidade da atenção à saúde na rede básica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.45-59, janeiro/março, 1989.
- MANLY, B.F.J. **Multivariate statistical methods**, London/New York: Chapman and Hall, 1986. 159p.
- MARTINS FILHO, J. **Contribuição do estudo do aleitamento materno em Campinas**. Volumes I e II. Campinas: Unicamp, 1976. tese (livre docência) Universidade Estadual de Campinas. 260p.
- _____. **Como e porque amamentar**. 2ª ed, São Paulo: Sarvier, 1987. 220p.
- _____ & SANGED, C.A.A. Aleitamento materno: modificação da prevalência da amamentação, na região de Campinas, após oito anos de estímulo contínuo, em nível ambulatorial. **Jornal de Pediatria**. São Paulo, v.62, n.6, p.251-256, 1987.
- MELO, A.C.; FONSECA, A.; SILVA, C.; MARGEM, D.W.; LIBERAL, E.F.; TEICH, E.; LINS, F.E.; ROCHA, H.A.; LINARES, J.C.; REGO, J.D.; FADEL, L.C.; CARVALHO, M.; CARVALHO, M.R.; MARQUES, M.J.V.; MORAES, M.; PEREIRA, O.A.; LAVIAGUERRE, O.; LOPES, P.R.; SANCHEZ, R.N.; CHAVES, R.L.; VILLAUME, S.M. & TAAN FILHO, W. Incentivo ao aleitamento materno no município do Rio de Janeiro: avaliação das condições de eficiência dos serviços. **Jornal de Pediatria**. São Paulo, v.64, n.7, p.283-290, 1988.
- MERHY, E.E.; CECÍLIO, L.C.O. & NOGUEIRA FILHO, R.C. Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde. **Revista Saúde em Debate**. Londrina, v.34, n.33, p.83-89, dezembro, 1991.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 1992. 269p.
- _____. (org). **Raízes da fome**. 2ª.ed.. Petrópolis: Vozes/FASE, 1986. 185p.
- MONTEIRO, C.A. **O peso ao nascer no município de São Paulo: impacto sobre os níveis de mortalidade na infância**. São Paulo, FSP-USP, 1979. 131 p. Doutorado (tese em nutrição). Universidade Estadual de São Paulo.
- _____. **Saúde e nutrição das crianças de São Paulo**. São Paulo: Hucitec/EDUSP, 1988. 165p.

- _____ & BENÍCIO, M.H.D'A. Determinants of infant mortality trends in developing countries - some evidence from São Paulo city. Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene. v.83, p.5-9, 1989.
- _____; ZUÑIGA, H.P.P.; BENÍCIO, M.H.D'A. & RÉA, M.F. Estudo das condições de saúde das crianças do município de São Paulo, SP (Brasil), 1984-1985. III. Aleitamento materno. Revista de Saúde Pública. São Paulo, v.21, n.1, p.13-22, 1987.
- MOTTA, D.G. Você se alimenta bem? Campinas: PUCCAMP, 1990. (folheto educativo).
- MOURA, E.C. Avaliação materno-infantil: determinação de escala de risco nutricional. Campinas: PUCCAMP, 1993a. 31p.
- _____. Caracterização do perfil nutricional da clientela atendida nas unidades básicas de saúde da PUCCAMP. Campinas: PUCCAMP, 1993b. 94p.
- _____. Direito à saúde: o papel de diferentes sujeitos sociais no exercício da cidadania. Campinas: PUCCAMP, 1992. 21p.
- _____; CHACRA, F.C.; ARRUDA, R.P.; TRAPÉ, A.Z.; MOYSÉS, M.A. & MARTINS FILHO, J. Desnutrição: uma questão de saúde? Saúde em Debate. Londrina, v.33, n.30, p.52-58, dezembro, 1990a.
- _____; CORREA, M.; CASTELI, C.G. & MATTAR, S.M.S. Características do aleitamento materno no Centro de Saúde Jardim Novo Campos Elíseos, Campinas, São Paulo. Revista de Nutrição da PUCCAMP. Campinas, v.2, n.1, p.115-24, janeiro/julho, 1989.
- _____; LEONE, A.L.; BENTO, A.L.G.; LEONE, C.A.L.; SOUZA, I.C.; NEVES, J.F.; IMPROTA, M.T.W.; MILIORINI, M.; SORIANO, R. & BIANCHINI, S. Avaliação de um serviço básico de saúde: uma abordagem comunitária. Revista de Nutrição da PUCCAMP, Campinas, v.5, n.2, p.101-120, julho/dezembro, 1992a.
- _____; OLIVEIRA, R.B.; BASTOS, S.H.N.; SILVEIRA, S.F.; BITAR, T.L.C.. Prática de aleitamento materno numa unidade da rede básica de saúde, Campinas/SP. Alimentação e Nutrição, São Paulo, v.11, n.53, p.43-46, 1992b.
- _____; ROSSI, A.V.T.; SANCHES, A.L.; VENDRAMINI, C.M. & FRANÇOZO, T.A. Perfil nutricional de gestantes atendidas no Centro de Saúde Escola Jardim Novo Campos Elíseos da PUCCAMP. Revista de Nutrição da PUCCAMP. Campinas, v.3, n.2, p.113-26, julho/dezembro, 1990b.

- _____; ROMERO, V.S.V. & SANTOS, I.A. Inquérito vacinal na clientela infantil do Centro de Saúde Escola Jardim Campos Eliseos da PUCCAMP. In: III Encontro de Pesquisadores da PUCCAMP, 1991, Campinas, SP. Annals... Campinas, 1991. s.11.
- MULER, M. O matador de bebês. Campinas: CEMICAMP, 1981. 65p.
- O'CONNOR, T.C.F. & CAVANAGH, D. Urgências intraparto. In: CAVANAGH, D.; WOODS, R.E. & O'CONNOR, T.C.F. Emergências em obstetrícia. São Paulo: Harper & Row do Brasil, 1980. p.192-240.
- OLIVEIRA, L.R.; RIZZATO, A.B.P. & MAGALDI, C. Saúde materno-infantil. Visão crítica dos determinantes e dos programas assistenciais. Revista de Saúde Pública. São Paulo, v.17, n.3, p.208-20, junho, 1983.
- OMS/UNICEF. Atención primaria de salud. Ginebra: OMS, 1978. 55p.
- ONÍS, M.; MONTEIRO, C.A.; AKRÉ, J. & CLUGSTON, The worldwide magnitude of protein-energy malnutrition: an overview from the WHO global database on child growth. Bulletin of the World Health Organization. v.71, n.6, p.703-712, 1993.
- ORTIZ, E.R. Enfoque de risco e planejamento de ações de saúde. In: ROUQUAYROL, M.Z. Epidemiologia e saúde. 3ª-ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1988. p.449-461.
- ORTIZ, L.P. Peso ao nascer e mortalidade infantil no município de Mogi das Cruzes, 1980. Informe Demográfico São Paulo, n.8, p.203-23, 1982.
- OSIS, M.D.D.; HARDY, E.; FAÚNDES, A. & ALVES, G. Fatores associados à assistência pré-natal entre mulheres de baixa renda no Estado de São Paulo, Brasil. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v.27, n.1, p.49-53, fevereiro, 1993.
- PELICIONI, M.C.F. & WESTPHAL, M.F. Serviços de saúde: utilização e opinião dos usuários. Revista Paulista de Hospitais. São Paulo, v.39, n.5/8, p.69-75, maio/agosto, 1991.
- PELLEGRINI FILHO, A.; ALMEIDA, C.; SZKLO, F.; VIACAVA, F.; CORDEIRO, H.; NICOLETTI, L.; PACHECO, M.; BUSS, P.M. & GONÇALVES, R.B. Pesquisa em saúde coletiva. In: ABRASCO. Estudos de saúde coletiva. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1986. p. 39-50.
- PHILIPPI, S.T. Estudo e aplicação do enfoque de risco nutricional em crianças de zero a cinco anos de idade em uma comunidade de São Paulo. São Paulo, FSP-USP, 1990. 126p. Doutorado (tese em saúde pública). Universidade de São Paulo.

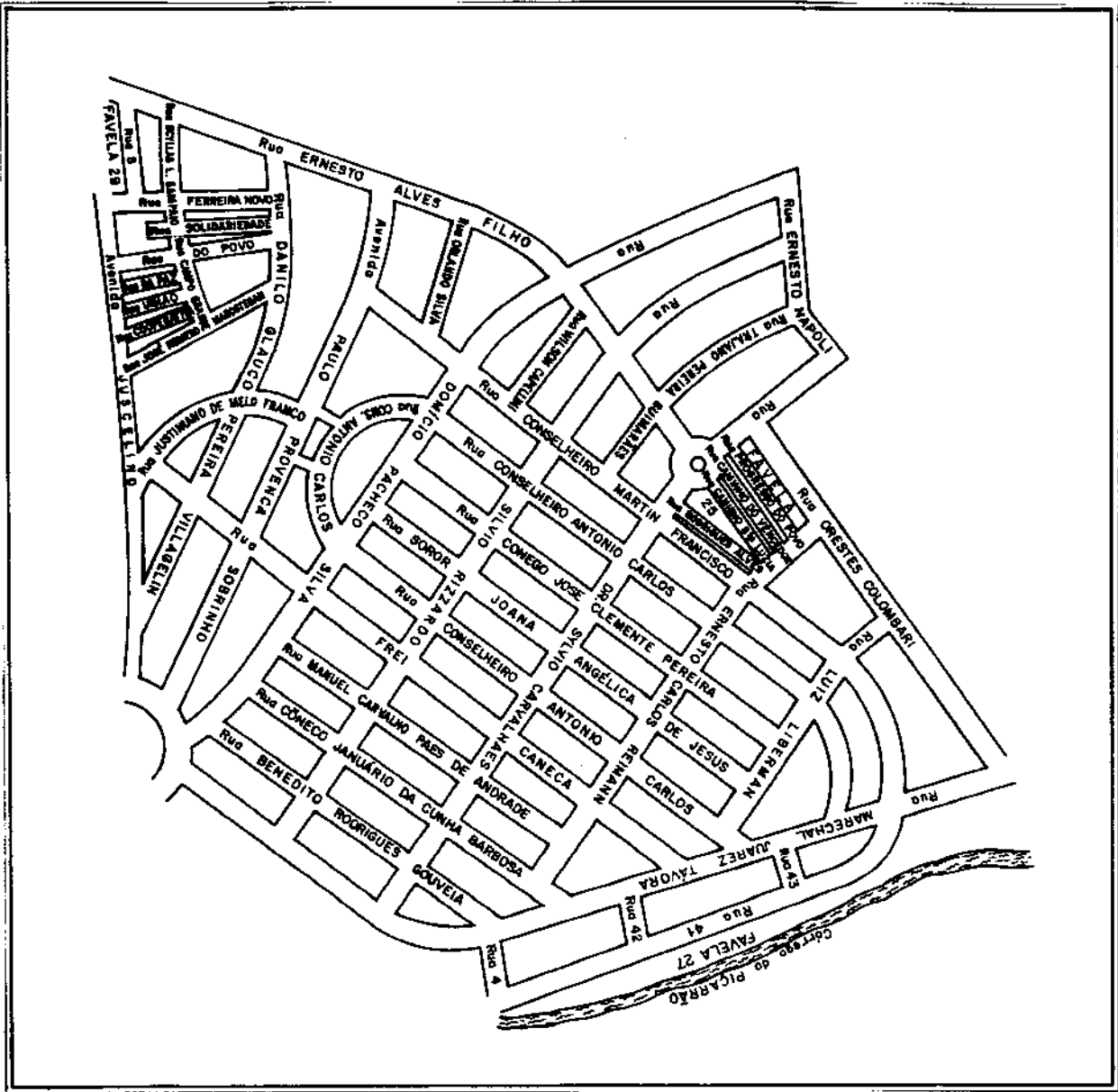
- POSSAS, C. **Epidemiologia e sociedade: heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1989. 271p.
- PUFFER, R.R. & SERRANO, C.V. **Características de la mortalidad en la niñez**. Washington: OPAS/OMS, 1973. (publicación científica nº 262). 490p.
- _____ & _____. **Características del peso al nacer**. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Washington, v.103, n.5, p.496-506, noviembre, 1987.
- RÉA, M. & CUKIER, R. **Razões de desmame e de introdução da mamadeira: uma abordagem alternativa para seu estudo**. Revista de Saúde Pública. São Paulo, v.22, n.3, p.184-191, junho, 1988.
- REZENDE, A.L.M. **Saúde: dialética do pensar e do fazer**. 2ªed. São Paulo: Cortez, 1986. 159p.
- REZENDE, J. & MONTENEGRO, C.A.B. **Idade da gestação e data provável do parto**. In: _____ & _____. **Obstetrícia fundamental**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987. p.113-116.
- RHEE, K.J.; DONABEDIAN, A. & BURNEY, R.E. **Assessing the quality of care in a hospital emergency unit: a framework and its application**. Quality Review Bulletin. v.13, p.4-16, january, 1987.
- RIVERA, F.J.U. **Programação local de saúde, distritos sanitários e enfoque estratégico**. In: _____ (org); MATUS, C. & TESTA, M. **Planejamento e programação em saúde - um enfoque estratégico**. São Paulo: Cortez, 1989. p. 177-202.
- RODRIGUES FILHO, J. **Pesquisa em serviços de saúde: uma necessidade urgente**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.7-16, janeiro/março, 1989.
- ROEMER, M.I. & MONTOYA-AGUILAR, C. **Quality assessment and assurance in primary health care**. Geneva: WHO, 1988.
- ROTHMAN, K.J. **Modern epidemiology**. 2thed. Boston: Little Brown, 1986, 358p.
- RUMEL, D.; COSTA FILHO, D.C.; AIELLO, S.; KOYAMA, S.M. & ROSENBAUM, W. **Acurácia dos indicadores de risco do Programa de Defesa da Vida dos Lactentes em região do Estado de São Paulo, Brasil**. Revista de Saúde Pública. São Paulo, v.26, n.1, p.6-11, fevereiro, 1992.

- SAAD, P.M. Mortalidade infantil por causas no Estado de São Paulo (Brasil) em 1983. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, v.20, n.6, p.481-488, dezembro, 1986.
- SALA, A. A avaliação de programas de saúde. In: SCHRAIBER, L.B. (org); LIMA, A.M.M.; SALA, A.; CASTANHEIRA, E.R.L.; AYRES, J.R.C.M.; NEMES, M.I.B.; GONÇALVES, R.B.M. & TEIXEIRA, R.R. *Programação em saúde hoje*. São Paulo, Hucitec, 1990. p. 117-38.
- SCALLY, G.; WILDE, J. & CORRIGAN, D. Quality assurance - new wine in old bottles. *Public Health*. v.102, p.581-584, 1988.
- SCHRAIBER, L.B. Programação hoje: a força do debate. In: _____ (org); LIMA, A.M.M.; SALA, A.; CASTANHEIRA, E.R.L.; AYRES, J.R.C.M.; NEMES, M.I.B.; GONÇALVES, R.B.M. & TEIXEIRA, R.R. *Programação em saúde hoje*. São Paulo: Hucitec, 1990. p.11-35.
- SILVA, A.A.M.; BARBIERI, M.A.; BETTIOL, H.; BÓ, C.M.R.D.; MUCILLO, G. & GOMES, U.A. Saúde perinatal: baixo peso e classe social. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, v.25, n.2, p.87-95, abril, 1991.
- _____; GOMES, U.A.; BETTIOL, H. BÓ, C.M.R.D.; MUCILLO, G. & BARBIERI, M.A. Associação entre idade, classe social e hábito de fumar maternos com peso ao nascer. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, v.26, n.3, p.150-154, junho, 1992.
- SILVA, J.L.P. Aspectos biológicos e sociais da gravidez na adolescência. *Jornal Brasileiro de Ginecologia*. v.94, n.6, p.227-232, junho, 1984
- SINHA, D.P. Obesity and weight control. The Caribbean Food and Nutrition Institute Quartely. Jamaica, v.23, n.2, p.123-135, 1990.
- SIQUEIRA, A.A.F.; CIARI JR., C.; ALMEIDA, P.A.M.; TANAKA, A.C.d'A.; MONTELONE, P.P.R; ARRUDA, J.J.G. & DELASCIO, D. Influência da altura e ganho de peso materno e da idade gestacional sobre o peso do recém-nascido: estudo de três grupos de gestantes normais. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, v.9, n.3, p.331-42, dezembro, 1975a.
- _____; SANTOS, J.L.F.; SAQUETO, C.G.; LUZ, E.T. & ARAÚJO, M.C.A. Estado nutricional e hábito de fumar maternos, crescimento intra-uterino e pós-natal. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, v.19, n.1, p.37-50, fevereiro, 1985.
- _____; _____ & SILVA, J.F. Relação entre estado nutricional da gestante, fumo durante a gravidez, crescimento fetal e no primeiro ano de vida. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, v.20, n.6, p.421-434, dezembro, 1986.

- _____; TANAKA, A.C.d'A.; CIARI JR, C. & ALMEIDA, P.A.M. A utilização de uma curva ponderal de gestantes normais no diagnóstico de desnutrição intra-uterina. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.9, n.4, p.495-506, dezembro, 1975b.
- _____; _____; SANTANA, R.M. & ALMEIDA, P.A.M. Mortalidade materna no Brasil, 1980. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.18, n.6, p.448-465, dezembro, 1984.
- SMEKE, E.L.M. Descobrimos percursos para a pesquisa em saúde no trato com o movimento social. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.1, n.9, p. 290-308, janeiro-março, 1993.
- _____ & MOURA, E.C. (org). *Projeto de Integração Centro de Saúde Assistência-Escola Jardim Campos Eliseos*. Campinas: PUCCAMP, 1991. 22p.
- SPSS FOR WINDOWS. *Advanced statistics. Release 5*. Chicago: SPSS Incorporation, 1992. 580p.
- SOMMERS, P.A. Participación activa de los consumidores en el sistema de prestación de servicios de salud: una evaluación de la satisfacción de los pacientes. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. Washington, v.94, n.1, p.54-75, enero, 1983
- SOUZA, M.L.R.; TANAKA, A.C.d'A., SIQUEIRA, A.A.F. & SANTANA, R.M. Estudo sobre nascidos vivos em maternidades. I. Peso ao nascer, sexo, tipo de nascimento e filiação previdenciária das mães. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.22, n.6, p.489-493, 1988.
- TANAKA, A.C.d'A.; SIQUEIRA, A.A.F. & BAFILÉ, P.N. Situação de saúde materna e perinatal no estado de São Paulo, Brasil. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, v.23, n.1, p.67-75, 1989.
- TANAKA, O.Y. & ROSENBERG, C.P. Análise da utilização pela clientela de uma unidade ambulatorial da Secretaria da Saúde do Município de São Paulo, SP (Brasil). *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, v.24, n.1, p.60-8, fevereiro, 1990.
- TONEY, S. V.; ARENAS, J.L.G.D. & MINOR, H.O. La medición del estado de salud de la población: una actividad fundamental para los servicios de salud. *Salud Pública de México*, México, v.27, n.2, p.116-123, marzo-abril, 1985.
- UNGER, J.P. & KILLINGSWORTH, J.R. Selective primary health care: a critical review of methods and results. *Social Science and Medicine*. Great Britain, v.22, n.10, p.1001-13, may, 1986.

- VALENTE, F.L.S. (org) **Fome e desnutrição: determinantes sociais**. São Paulo: Cortez, 1986. 107p.
- VALLA, V.V. & SIQUEIRA, S.A.V. O centro municipal de saúde e a participação popular. In: COSTA, N.R.; MINAYO, C.S.; RAMOS, C.L. & STOTZ, E.N. (org) **Demandas populares, políticas públicas e saúde**. Vol I. Petrópolis: Vozes, 1989. p. 91-115.
- VASCONCELOS, M.M. Epidemiologia e planejamento. A perspectiva do planejamento. **Revista Saúde em Debate**. Londrina, V.31, n.23, p.71-78, dezembro, 1988.
- VERAS, F.M.F. Atenção primária em saúde. In: ROUQUAYROL, M.Z. **Epidemiologia e saúde**. 3ª.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1988. p. 439-47.
- VICTORA, C.G.; BARROS, F.C. & VAUGHAN, J.P. **Epidemiologia da desigualdade**. São Paulo: Hucitec, 1988. 187p.
- _____; _____; _____ & TEIXEIRA, A.M.B. Birthweight and infant mortality: a longitudinal study of 5914 brazilian children. **International Journal of Epidemiology**. Great Britain, v.16, n.2, p.239-245, june, 1987.
- VUORI, H. A qualidade da saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**. Londrina, v.3, n.3, p.17-25, fevereiro, 1991.
- WARE, J.E. Effects of acquiescent response set on patient satisfaction ratings. **Medical Care**. Philadelphia, v.16, n.4, p.327-336, april, 1978.
- YUNES, J. Características sócio-econômicas da mortalidade infantil em São Paulo. **Pediatria**. São Paulo, v.5, n.5, p.162-168, outubro, 1983.
- _____; CAMPOS, O. & CARVALHO, V.S.S. Assistência à infância, à adolescência e à maternidade no Brasil. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**. Washington, v.103, n.1, p.33-42, julio, 1987.
- ZASTOWNY, T.R.; ROGHMANN, K.J. & CAFFERATA, G.L. Patient satisfaction and the use of health services. **Medical Care**. Philadelphia, v.27, n.7, p.705-723, july, 1989.

ANEXO I - MAPA DA ÁREA DE ESTUDO



ANEXO II - ORIENTAÇÃO PARA RECENSEAMENTO DA ÁREA

- 1. Iniciar o mapeamento do quarteirão pelo ponto marcado, no sentido anti-horário.**
- 2. Desenhar o quarteirão e cada imóvel, anotando o número e identificando se é domicílio (casa ou prédio), terreno baldio (branco), comércio, indústria, escola, etc.**
- 3. Para os prédios anotar os números dos apartamentos.**
- 4. Para os domicílios, registrar G se houver gestante, C se houver criança com menos de 6 meses de idade e ? se não souber se há gestante ou criança menor de seis meses de idade.**
- 5. Se o imóvel não for domicílio, anotar o que é.**

ANEXO III - CARTA DE CONSENTIMENTO

Campinas, ____ de _____ de 1994

Carta de Consentimento

Eu, _____,
afirmo meu desejo de participar da pesquisa "AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE
SAÚDE: UM DESENHO EPIDEMIOLÓGICO" promovida pelas Faculdades de
Ciências Médicas da UNICAMP e da PUCCAMP.

Os pesquisadores declararam que vão realizar visitas mensais para entrevista,
tomada de peso e altura.

A pesquisa é sobre a utilização de serviços de saúde pela minha família e meu
(ou do meu filho) estado nutricional e alimentar.

Fui informada que posso concordar em participar ou sair da pesquisa em
qualquer momento, que nada vou receber em troca de minha participação, que é
voluntária, e que os dados referentes à minha pessoa serão mantidos em sigilo.

ANEXO IV - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

CERTIFICADO

e

colaboraram com a pesquisa "Avaliação de Serviços de Saúde: um desenho epidemiológico" promovida pelas Faculdades de Ciências Médicas da UNICAMP e da PUCCAMP em 1994/95.

Erly Catarina de Moura
(coordenadora)

ANEXO V - QUESTIONÁRIO PARA GESTANTE

GESTANTE - PRIMEIRA VISITA

Data ____/____/____	Entrevistador _____	Quartirão _____
Endereço: Rua _____		nº _____ casa/apto _____
Formulário nº _____ (não preencher)		

BLOCO 1 - IDENTIFICAÇÃO DA GESTANTE									
Nome da Gestante _____								Nascimento ____/____/____	
Estado civil:	casada			1	Ocupação:	dona de casa			1
	solteira			2		empregada doméstica			2
	viúva			3		vendedora			3
	separada			4		outra _____			
Escolaridade completa: nenhuma 0									
1 2 3 4 5 6 7 8 série									
1 2 3 grau									

BLOCO 2 - COMPOSIÇÃO FAMILIAR (incluir o indivíduo em estudo)				
Nº	Nome	Idade (a/m)	Sexo F/M	Doença (hoje)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
Número de pessoas na família _____				

BLOCO 3 - CONDIÇÕES DE MORADIA

Localização		Posse		Construção	
urbana	1	própria	1	alvenaria	1
favela	2	alugada	2	madeira	2
cortiço	3	cedida	3	tenda	3
outra _____	____	inadida	4	outra _____	____
Água:		Esgoto		Coleta de lixo	
rede pública	1	rede pública	1	regular	1
poço	2	fossa	2	irregular	2
outro _____	____	aberto	3	ausente	3
		outro _____	____	qual o destino do lixo? _____	
encanamento interno: sim 1 não 2		Número cômodos (s/ banheiro) _____			

BLOCO 4 - CLASSE SOCIAL

Nome do chefe da família _____ Profissão (formação) _____

Escolaridade completa: nenhuma | | 0

| | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 | | 7 | | 8 série

| | 1 | | 2 | | 3 grau

Atividade (função) _____

empregador | | 1 → número de empregados _____

empregado | | 2

autônomo | | 3

desempregado | | 4

Renda mensal recebida no mês _____ referente a trabalho do mês _____

chefe da família: Cr\$ _____ ou SM _____

família: Cr\$ _____ ou SM _____ Classe Social _____ (a posteriori)

BLOCO 5 - PARTICIPAÇÃO EM MOVIMENTOS PRÓ-SAÚDE

Sabe se existe algum Movimento pró-Saúde no Bairro? (perguntar sobre Conselho Local de Saúde, Comissão de Saúde) | | Não

| | Sim → Qual? _____

Alguém da família participa de algum grupo ou movimento de saúde? | | Não | | Sim → Quem?

sujeito em estudo | | 1 cônjuge | | 2 filho | | 3

pais/sogros/tios | | 4 irmãos/primos | | 5 outro _____

De qual grupo ou movimento? Conselho Local de Saúde | | 1 Comissão Popular de Saúde | | 2

Conselho Municipal de Saúde | | 3 Movimento Popular de Saúde | | 4

outro _____

Com que frequência? semanal | | 1 quinzenal | | 2 mensal | | 3 bimestral | | 4 eventual | | 5

Em qual a função? coordenador | | 1 membro oficial | | 2 colaborador | | 3 outra _____

Por quê? (registrar com as palavras da entrevistada) _____

BLOCO 6 - USO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE (perguntar o último utilizado)

Qual o serviço de saúde utilizado pela família no último mês?

público estatal		público não estatal		privado convênio		privado particular	
centro de saúde	1	centro de saúde	5	ambulatório	9	ambulatório	13
ambulatório	2	ambulatório	6	consultório	10	consultório	14
pronto socorro	3	pronto socorro	7	pronto socorro	11	pronto socorro	15
hospital	4	hospital	8	hospital	12	hospital	16
						farmácia	17

qual?

quem usou?		por quê?		tratamento recomendado	
sujeito em estudo	1	doença	1	medicamento	1
cônjuge	2	retorno	2	inalação	2
filho	3	vacinação	3	retorno	3
pais/sogros/tios	4	outra _____		encaminhamento	4
irmãos/primos	5			outro _____	
outro _____					

Costuma usar o Centro de Saúde?

Não | | → Por quê? (anotar com as palavras da entrevistada)

Sim			→ Procurou o Centro de Saúde no último mês?		Não									
					Sim → Por quê?									
doença		1	seguimento		2	vacinação		3	outro					
Foi atendida?		Não		Sim → Qual tratamento recomendado?										
medicamento		1	inalação		2	retorno		3	encaminhamento		4	outro		
Tem alguma sugestão para melhorar o atendimento?		Não		Sim → Qual?										
diminuir espera		1	agendar horário		2	outra								

BLOCO 7 - PRÁTICA DE AMAMENTAÇÃO

Quantos filhos teve? _____ Quantos amamentou? _____ Por quê não amamentou todos os filhos ou algum deles?

BLOCO 8 - ESTADO NUTRICIONAL

peso pré-gestacional _____ kg altura _____ cm peso atual _____ kg

BLOCO 9 - MORBIDADE REFERIDA (Queixa)

(questionar explicitamente sobre patologias da gestação: doenças hipertensivas, hemorrágicas, anotar qual)

doença respiratória _____	1	doença hipertensiva _____	2
doença hemorrágica _____	3	outra _____	4

BLOCO 10 - EVOLUÇÃO GESTACIONAL - PRÉ-NATAL (chequear com o cartão de pré-natal)

Data da última menstruação ____/____/____ Data provável de parto ____/____/____

Já ficou grávida antes? | | não | | sim → quantas vezes ____

Já fez a primeira consulta de pré-natal nesta gestação? | | não | | sim → Quando foi? ____/____/____

Onde foi?

Mudou de local? | | não | | sim → Para qual?

C.S.Jardim Campos Eliseos | | 1

C.S.Jardim Campos Eliseos | | 1

Outro Centro de Saúde | | 2

Outro Centro de Saúde | | 2

Convênio | | 3

Convênio | | 3

Médico Particular | | 4

Médico Particular | | 4

Outro ____ | | ____

Outro ____ | | ____

qual? ____

qual? ____

Quantas consultas já fez? ____ Quando é a próxima? ____/____/____

Tem alguma doença? | | não | | sim → qual? ____

Fuma? | | não | | sim → quantos cigarros por dia? ____

Teve algum aborto? | | não | | sim → quantos | | espontâneo | | provocado

Costuma usar drogas? | | não | | sim → qual(is)? ____

Com que frequência? ____

CONSULTAS REALIZADAS (solicitar o cartão de pré-natal e copiar as datas e local de consulta)

(local = CSJCE, outro CS, hospital, convênio, particular)

Data das Consultas	Local das Consultas	Gostou (Sou)	Tempo de espera	Nota (zero a dez)

Por que esta nota?

BLOCO 11 - ALIMENTAÇÃO (frequência Diária Semanal Mensal Eventual). Anotar qual e o número de vezes

SUBGRUPO	FREQUÊNCIA	SUBGRUPO	FREQUÊNCIA	SUBGRUPO	FREQUÊNCIA
Leite		Cereais		Frutas	
Carnes		Raízes		Verduras	
Ovos		Doces		Legumes	
Folhados					
Café		Refrigerantes		Alcoólicas	

Quanto a família consome de Gordura e Óleo por mês? ____

[illegible]

ANEXO VI - QUESTIONÁRIO PARA CRIANÇA

CRIANÇA - PRIMEIRA VISITA (com menos de 6 meses de idade)

Data ____/____/____	Entrevistador _____	Quartirão _____
Endereço: Rua _____ nº _____		casa/apto _____
Formulário nº _____ (não preencher)		

BLOCO 1 - IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA (chegar com o cartão de nascimento)

Nome da Criança _____				Nascimento ____/____/____								
Sexo Local de Nascimento				Tipo de Parto		Alojamento		idade gestacional				
F		1	Hospital PUCCAMP		1	norma		1	conjunto		1	_____ semanas
M		2	Hospital UNICAMP		2	fórceps		2	berçário		2	termo 1
			Maternidade Campinas		3	cesárea		3	incubadora		3	pré 2
É gêmeo?			Albert Sabin		4				berçário + conjunto		4	pós 3
Sim		1	Coração de Jesus		5							
Não		2	Outro _____		_____							
Se cesária, por quê? _____												
Peso ao Nascer _____ g				Data da alta ____/____/____				Peso de alta _____ g				

BLOCO 2 - IDENTIFICAÇÃO DA MÃE

Nome da Mãe _____				Nascimento ____/____/____												
Estado civil:				Ocupação:												
casada		1		dona de casa		1										
solteira		2		empregada doméstica		2										
viúva		3		vendedora		3										
separada		4		outra _____		_____										
Escolaridade completa: nenhuma 0																
		1		2		3		4		5		6		7		8 série
		1		2		3 grau										

BLOCO 3 - CONDIÇÕES DE MORADIA

Localização				Posse				Construção			
urbana		1		própria		1		alvenaria		1	
favela		2		alugada		2		madeira		2	
cortiço		3		cedida		3		tenda		3	
outra _____		_____		invadida		4		outra _____		_____	
Água:				Esgoto				Coleta de lixo			
rede pública		1		rede pública		1		regular		1	
poço		2		fossa		2		irregular		2	
outro _____		_____		aberto		3		ausente		3	
				outro _____		_____		qual o destino do lixo? _____			
encanamento interno: sim 1 não 2				Número cômodos (s/ banheiro) _____							

BLOCO 4 - COMPOSIÇÃO FAMILIAR (incluir o indivíduo em estudo)				
Nº	Nome	Idade (a/m)	Sexo F/M	Doença (hoje)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				

Número de pessoas na família _____

BLOCO 5 - CLASSE SOCIAL

Nome do chefe da família _____ Profissão (formação) _____

Escolaridade completa: nenhuma | 0
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 série
 | 1 | 2 | 3 grau

Atividade (função) _____

empregador | 1 → número de empregados _____
 empregado | 2
 autônomo | 3
 desempregado | 4

Renda mensal recebida no mês _____ referente a trabalho do mês _____

chefe da família: Cr\$ _____ ou SM _____ familiar: Cr\$ _____ ou SM _____ Classe Social _____ (a posteriori)

BLOCO 6 - PARTICIPAÇÃO EM MOVIMENTOS PRÓ-SAÚDE

Sabe se existe algum Movimento pró-Saúde no Bairro? (perguntar sobre Conselho Local de Saúde, Comissão de Saúde) | Não | Sim → Qual? _____

Alguém da família participa de algum grupo ou movimento de saúde? | Não | Sim → Quem?

sujeito em estudo | 1 pais | 2 tios | 3
 avós | 4 irmãos/primos | 5 outro _____

De qual grupo ou movimento? Conselho Local de Saúde | 1 Comissão Popular de Saúde | 2
 Conselho Municipal de Saúde | 3 Movimento Popular de Saúde | 4
 outro _____

Com que frequência? semanal | 1 quinzenal | 2 mensal | 3 bimestral | 4 eventual | 5

Em qual a função? coordenador | 1 membro oficial | 2 colaborador | 3 outra _____

Por quê? (registrar com as palavras da entrevistada) _____

BLOCO 7 - SERVIÇOS DE SAÚDE (*perguntar o último utilizado*)

Qual o serviço de saúde utilizado pela família no último mês?

público estatal		público não estatal		privado convênio		privado particular	
centro de saúde	1	centro de saúde	5	ambulatório	9	ambulatório	13
ambulatório	2	ambulatório	6	consultório	10	consultório	14
pronto socorro	3	pronto socorro	7	pronto socorro	11	pronto socorro	15
hospital	4	hospital	8	hospital	12	hospital	16
						farmácia	17

qual? _____

quem usou?		por quê?		tratamento recomendado	
sujeito em estudo	1	doença	1	medicamento	1
pais	2	retorno	2	inalação	2
tios	3	vacinação	3	retorno	3
avós	4	outra _____	_____	encaminhamento	4
irmãos/primos	5			outro _____	_____
outro _____	_____				

Costuma usar o Centro de Saúde?

Não | | → Por quê? (*anotar com as palavras da entrevistada*)

Sim | | → Procurou o Centro de Saúde no último mês? | | Não

| | Sim → Por quê? _____

doença | | 1 seguimento | | 2 vacinação | | 3 outro _____ | | _____

Foi atendida? | | Não

| | Sim → Qual tratamento recomendado?

medicamento | | 1 inalação | | 2 retorno | | 3 encaminhamento | | 4 outro _____ | | _____

Tem alguma sugestão para melhorar o atendimento? | | Não

| | Sim → Qual?

diminuir espera | | 1 agendar horário | | 2 outra _____ | | _____

BLOCO 8 - PUERICULTURA (*checar com o cartão de puericultura*)

Já fez a primeira consulta de puericultura? | | não | | sim → Quando foi? ____/____/____

Onde foi? Mudou de local? | | não | | sim → Para qual?

C.S.Jardim Campos Eliseos | | 1 C.S.Jardim Campos Eliseos | | 1

Outro Centro de Saúde | | 2 Outro Centro de Saúde | | 2

Convênio | | 3 Convênio | | 3

Médico Particular | | 4 Médico Particular | | 4

Outro _____ | | _____ Outro _____ | | _____

qual? _____ qual? _____

Quantas consultas já fez? _____ Quando é a próxima? ____/____/____

A criança tem alguma doença? | | não | | sim → qual? _____ | | _____

[illegible]

BLOCO 8 - VACINAÇÃO (copiar a data da carteira de vacinação)			
DPT	Antipólio	BCG	Antisarampo

BLOCO 10 - ESTADO NUTRICIONAL

peso atual _____ kg estatura _____ cm

BLOCO 11 - MORBIDADE REFERIDA (Queixa)

(questionar explicitamente sobre patologias da infância: doenças respiratórias, diarreia, anemia)

doença respiratória _____			1	diarreia _____			2
anemia _____			3	outra _____			4

A criança foi hospitalizada neste mês? Não | | Sim | | → onde? _____
por quê? _____

BLOCO 12 - ALIMENTAÇÃO

Está amamentando? Sim | | Não | | → Quando parou? _____ Por que parou de amamentar?

(anotar com as palavras da mãe) _____

Que outro alimento você está dando, além de leite materno?			
Qual?	Desde quando?	Por quê?	Quem orientou?
água			
chá			
suco			
leite de vaca			
leite em pó			
papa de frutas			
papa/sopa/comidinha			
outro			

BLOCO 13 - PRÁTICA DE AMAMENTAÇÃO (fora este bebê)

Quantos filhos teve? ____ Quantos amamentou? ____ Por que não amamentou todos os filhos ou algum deles?

ANEXO VII - DISQUETE COM BANCO DE DADOS