

Izabela Rocha Dutra

**ACESSO E UTILIZAÇÃO AOS SERVIÇOS DE
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PELA
POPULAÇÃO URBANA NO MUNICÍPIO DE
JEQUITINHONHA, MINAS GERAIS**

Belo Horizonte - MG

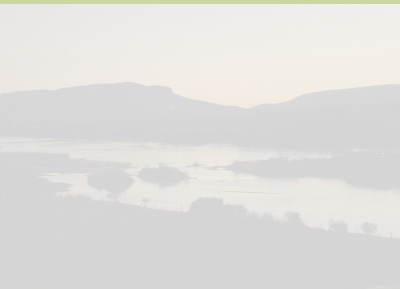
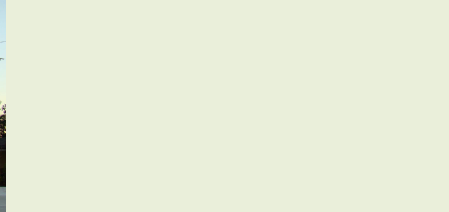
Escola de Enfermagem da UFMG

2009

Izabela Rocha Dutra



ACESSO E UTILIZAÇÃO AOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PELA POPULAÇÃO URBANA NO MUNICÍPIO DE JEQUITINHONHA, MINAS GERAIS



Belo Horizonte - MG
Escola de Enfermagem da UFMG
2009



Izabela Rocha Dutra

**ACESSO E UTILIZAÇÃO AOS SERVIÇOS DE
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PELA POPULAÇÃO
URBANA NO MUNICÍPIO DE JEQUITINHONHA,
MINAS GERAIS**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado da
Escola de Enfermagem da Universidade Federal de
Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do
título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Andréa Gazzinelli

Belo Horizonte - MG
Escola de Enfermagem da UFMG
2009

Dutra, Izabela Rocha.

D978a Acesso e utilização aos serviços de atenção primária à saúde pela população urbana no município de Jequitinhonha, Minas Gerais [manuscrito]. / Izabela Rocha Dutra. -- Belo Horizonte: 2009. 122 f.: il.

Orientadora: Andréa Gazzinelli.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem.

Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Acesso aos Serviços de Saúde. 2. Atenção Primária à Saúde/utilização. 3. População Urbana. 4. Fatores Socioeconômicos. 5. Dissertações Acadêmicas. I. Gazzinelli, Andréa. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WA 380

Este trabalho é vinculado ao Núcleo de Pesquisa e Estudos em Saúde Coletiva (NUPESC) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais e financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG).



Universidade Federal de Minas Gerais
Escola de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação

Dissertação intitulada "*Acesso e utilização aos serviços de Atenção Primária à saúde pela população urbana no município de Jequitinhonha, Minas Gerais*", de autoria da mestrandia Izabela Rocha Dutra, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Prof.^a Dr.^a Andréa Gazzinelli
EMI / EEUFMG - Orientadora

Prof.^a Dr.^a Maria do Carmo Gullaci Guimarães Caccia Bava
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto / USP

Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana
Escola de Enfermagem / UFMG

Prof.^a Dr.^a Cláudia Maria de Mattos Penna
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem / UFMG

Belo Horizonte, 03 de Novembro de 2009



*Aos meus pais, pilares da minha existência,
fonte inesgotável de amor e paz.*

Dedicatória

O fruto mais saboroso colhido ao final de uma longa jornada é o sentimento de gratidão. Ter a quem agradecer é reconhecer a generosidade das pessoas que participam de nossa vida, e ao mesmo admitir que não se faz nada efetivamente sozinho.

*À **Deus**, por nunca me deixar desistir, mesmo em face das maiores dificuldades, e mesmo quando muitas vezes o coloquei em prova...*

*À minha orientadora **Prof.^a Dr.^a Andréa Gazzinelli**, por ter me aberto as portas da Universidade sem mesmo me conhecer. Sua orientação científica, criteriosa e crítica além de importantes e permanentes conhecimentos transmitidos durante todo o processo de construção deste trabalho, me permitiram trilhar por um crescimento profissional. Muito obrigada!*

*Ao **Prof. Dr. Dener Carlos Reis** pela disponibilidade, atenção, compreensão, apoio e principalmente por sábias palavras durante toda minha trajetória e construção deste trabalho.*

*Ao **Prof. Dr. Jorge Gustavo Velásquez Meléndez** que ao procurado me permitiu espaços para discussão de questões relevantes e importantes aqui desenvolvidas.*

*Às **Prof.^a Ieda de Paulo e Anézia Madeira** pela contribuição em vários momentos de reflexão, incentivo e apoio constante desde minha inserção na Escola de Enfermagem.*

*As verdadeiras amigas **Márcia Christina e Tércia Maria**, que tiveram a paciência de me ouvir, ler, sugerir, comentar horas a fio, oferecendo experiência, carinho, incentivo e amizade. Foi com vocês que compartilhei os momentos de dificuldade e felicidade durante toda a execução deste trabalho.*

*As amigas **Marina Morato e Luciana Alves** embora não mais presentes no grupo de pesquisa, me acolheram, ensinaram e participaram de forma amorosa de todo o processo de minha inserção na Escola de Enfermagem e neste grupo de pesquisa.*



Agradecimentos

Ao colega **Leonardo Matoso**, sempre tão disponível e disposto a ajudar. Seus ensinamentos e conselhos dentro do grupo de pesquisa me ajudaram a passar por tudo de forma mais leve. Obrigada Matoso.

Aos colegas do grupo de pesquisa **Ed Wilson, Humberto Quites, Kellen Rosa, Leonardo Matoso, Livia Errico, Márcia Christina, Mônica Canhestro, Tércia Maria e Débora Assunção** (miguça). Aprendemos muito, tivemos momentos de aventura, rimos, choramos, passamos raiva, dividimos medos e angústias. Carrego comigo a certeza de que tudo valeu à pena... Obrigada a todos.

Aos bolsistas de Iniciação Científica, **Izabela Tavares, Luíza Valgas e Marcelo Ruas** (em especial) pelo auxílio na coleta dos dados além de momentos de descontração e desabafo... Foi ótimo viajar com vocês.

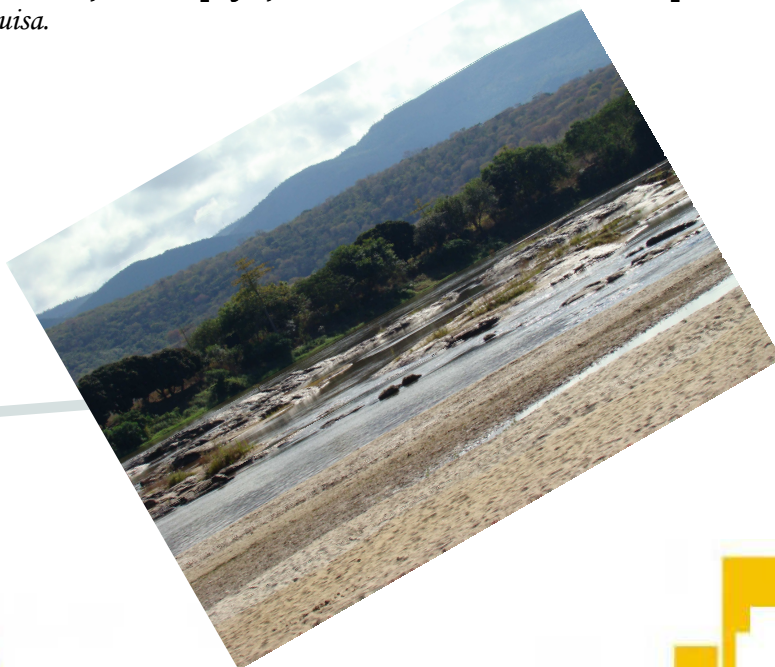
As alunas do internato **Laila e Natália** pelo apoio, disponibilidade e responsabilidade na coleta de dados. Vocês foram incríveis.

Aos motoristas **Luís, André e Gilvan**, pela descontração, responsabilidade e segurança no longo percurso até Jequitinhonha, além de valiosos auxílios nas atividades desenvolvidas.

Aos **moradores e profissionais do município de Jequitinhonha**, que gentilmente abriram as portas de suas casas e ambiente de trabalho. Vocês foram as peças fundamentais para a construção e realização deste trabalho.

À **Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais - FAPEMIG**, pelo incentivo financeiro a esta pesquisa.

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES**, pela bolsa de pesquisa.



Agradecimentos

À vocês minha **família** que fizeram de tudo para ajudar, o maior mérito foi terem me agüentado carinhosamente por tanto tempo nessa estranha condição de “presença-ausente”, quando a gente permanece em casa, mas absolutamente indisponível para os outros, absorta num trabalho que parece ser eterno. Eterna é a gratidão por vocês tão queridos.

A meu **pai, Paulo César**, sem dúvida o meu maior exemplo. Sou a continuidade do seu brilho e reflexo de todas as suas admiráveis virtudes. Sei que se desdobrou em esforços para me oferecer o melhor exemplo de vida, caráter, honestidade e respeito. Gostaria muito que estivesse presente para compartilhar comigo deste momento tão especial e único em minha vida. É a você quem eu devo tudo o que sou profissionalmente, pois foi quem me incentivou à vida acadêmica. Sinta-se orgulhoso, afinal, eu consegui... E é apenas o começo de uma grande trajetória. Da sua existência permanecem as boas lembranças, as lições, os conselhos, o exemplo de pessoa e de vida, e a convicção de que o amor transcende o tempo. Esteja onde estiver, saiba que eu o amo muito e para a saudade... Faltam palavras!

A minha **mãe Tânia**, sinônimo de força e garra, ensinando-me sempre seguir em frente, a traçar os melhores caminhos com os melhores valores, segurando minha mão nos momentos de angústia e revelando-me por meio de gestos delicados os passos a serem seguidos para eu chegar até aqui. Obrigada pelas palavras de estímulo, confiança e pelas orações que ajudaram a me sustentar nessa trajetória. Não posso deixar de agradecer todo o apoio financeiro... A vida de estudante não é fácil e sem sua ajuda não teria sido possível. Amo você!

Aos meus **irmãos Leonardo (Leo) e Leticia (preta)**, obrigada pela atenção e carinho dispensados a todo o momento. Agradeço também pelos momentos de paciência e quando me proporcionaram o desabafo. Pela minha ausência peço perdão. Agradeço a Deus por me proporcionar a felicidade de ser irmã de vocês.

Ao **Vinicius (vida)**, meu grande amor, parceiro, paciente e perseverante com meus momentos de abnegação e nervosismo, incansável na força que sempre me deu na minha vida pessoal e profissional. Desculpe-me meu amor, nunca pensei que eu seria tão ausente... Você foi e é maravilhoso. Obrigada por me colocar para cima nos momentos de fraqueza. Aprendo com você a cada dia o sentido do verdadeiro amor. Amo você minha vida.

Aos meus **tios Ken e Wal**, expresso aqui o meu agradecimento de uma forma muito especial, por todos os conhecimentos transmitidos, pelo profissionalismo na construção da minha vida acadêmica, mas principalmente pela grande amizade, apoio e amor incondicional.

E por fim, aos que torceram por mim, aos que me influenciaram positivamente ao longo da minha vida, aos que contribuíram direta ou indiretamente, com incentivo, sugestões, esclarecimentos, e pela partilha de experiências que enriqueceram este estudo e colaboraram para a sua realização e até mesmo por aqueles não citados aqui, obrigada por tudo.



Agradecimentos

Eu sou da terra do Jequitinhonha,
de homens fortes e corajosos, melindrosos na arte de viver.

Eu sou da terra de lavradores e lavadeiras,
do Riacho da Fortaleza, Terra Rubinho do Vale.

Eu sou da onde cantam os tambores, a dança do fanado.

Da terra do Congado, da Taquara Banda do povo suado
de Deus João do povo do Rosário.

Eu sou da terra de homens de garra,
de casas de pau-a-pique, das noites de lua cheia,
de poesia e cantoria.

Eu sou do mundo das águas,
da rua São José, do largo do Amparo, da praça da Matriz.

Sou da terra de feiticeiros, da garapa e rapadura,
das lendas de onças pintadas, dos causos à beira da fogueira,
das Vesperatas e poetas do muro.

Eu sou da terra do Bom Sucesso,
das folias de Reis, das cordas que falam
das roupas de crochê, do artesanato de barro.

Eu sou mineiro, das calças amarradas com imbirá,
das mãos calejadas pela labuta da vida,
do pó da poeira, do Vale da vida...
"do verde, verso e viola".

Branco di Fátima



RESUMO

DUTRA, I. R. **Acesso e utilização aos serviços de Atenção Primária à Saúde pela população urbana no município de Jequitinhonha, Minas Gerais.** 2009. 122 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

Acredita-se que a avaliação do acesso e utilização dos serviços de Atenção Primária à Saúde possa gerar informações visando o fortalecimento e a eficiência operacional dos serviços de atenção à saúde, e a consolidação das diretrizes de universalização, equidade e integralidade propostas pelo Sistema Único de Saúde. Este estudo teve como objetivo avaliar os fatores relacionados ao acesso e utilização dos serviços de saúde por 1235 indivíduos da área urbana, no município Jequitinhonha, Minas Gerais. A coleta de dados foi feita através de questionários sobre dados demográficos, socioeconômicos e sobre o acesso e a utilização dos serviços de Atenção Primária à Saúde. Foram também realizadas entrevistas com os profissionais de saúde e gestores locais. Nossos resultados mostraram que, frente a problemas de saúde, habitualmente, os indivíduos, em sua maioria, acessam as Unidades Básicas de Saúde. Em outros casos, preferem acessar o hospital, se automedicar ou utilizar chás caseiros. Nos últimos 12 meses anteriores à pesquisa, grande parte dos indivíduos que acessaram os serviços de saúde o fez para consultas com o profissional de saúde. Dentre os que aguardavam a realização de exames e consultas especializadas, a espera variou entre 1 a 3 meses ou mais. A presença de sintomas nos últimos 30 dias que antecederam a pesquisa ocorreu em metade dos participantes e parte teve suas atividades habituais restritas. A utilização dos serviços de saúde neste mesmo período foi realizada por um pouco menos da metade dos entrevistados sendo a maioria mulheres, além de indivíduos com idade maior ou igual a 60 anos, com menor escolaridade e aposentados ou não trabalhadores. Os motivos que determinaram essa utilização foram a presença de sintomas ou doença, além do controle de doenças crônicas. A escolha do serviço foi motivada por cadastro na unidade e proximidade desta do domicílio. Com a procura, em geral, os indivíduos receberam atendimento e medicação gratuitamente, gastaram cerca de 30 minutos no deslocamento e para serem atendidos. Apenas uma pequena parcela dos entrevistados não foi atendida no primeiro momento que buscou atendimento, sendo os motivos a ausência de vagas para o atendimento, a falta do profissional de saúde e de medicação. Apesar disso, os participantes avaliaram como muito bom e bom o serviço recebido ainda que sugerissem melhorias para os serviços de saúde da localidade. Para os indivíduos que não utilizaram os serviços de saúde nos últimos 30 dias antecedentes ao estudo, os motivos compreendem a não necessidade, a prática de automedicação e o uso de chás caseiros. Os resultados deste estudo demonstraram que o serviço de Atenção Primária à Saúde no município de Jequitinhonha não se constitui um problema para a maioria dos entrevistados. Porém é necessário aprofundar o conhecimento sobre alguns aspectos que envolvem o sistema de saúde neste município visto que os achados apontam para a existência de obstáculos organizacionais que podem dificultar o acesso e utilização dos serviços pelas pessoas. Além disso, ficou evidenciada a necessidade de criar mecanismos para modificar o perfil de utilização das unidades de referência para a Atenção Primária à Saúde, consolidando-as como porta de entrada do sistema. Ademais, a insatisfação do usuário quanto à espera por consultas e exames especializados, prejudicou a continuidade da atenção à saúde e indicou a necessidade de estudos mais detalhados que integrem e aprofundem questões relacionadas ao acesso e utilização, assim como a resolutividade, satisfação e qualidade dos serviços de média e alta complexidade.

Palavras-chave: Acesso em saúde. Utilização dos serviços de saúde. Serviços de Atenção Primária à Saúde. População urbana.

ABSTRACT

DUTRA, I. R. **Access and use to the services of Primary Attention the Health in urban population in the municipal district of Jequitinhonha, Minas Gerais.** 2009. 122 f. Dissertation (Master in Health and Nursing) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais [Nursing School, Federal University of Minas Gerais], Belo Horizonte, 2009.

It is believed that the evaluation of the access and use of the services of Primary Attention to Health can generate information that will lead to the invigoration and the operational efficiency of the services of attention to the health, and the consolidation of the guidelines, and integrality proposed by Health System. This study had the objective to evaluate the factors related to the access and use of the health services in 1235 individuals of the urban area, in the District of Jequitinhonha, Minas Gerais. The collection of data was made through questionnaires on demographics, socioeconomic status and with regards to the access and the use of the services of Primary Attention to Health. We also performed interviews with the health professionals and local managers. Our results showed that upon the appearance of health problems, the majority of the individuals seek access the Basic Units of Health. In other cases, they prefer to access the hospital, use self-medication or to use home-made teas. In the last 12 months previous to the research, most the individuals accessed the health services to consult with health professionals. Among the ones whom awaited the results of exams and specialized consultations, the waiting time varied among 1 to 3 months or more. The presence of symptoms in the last 30 days that preceded the research happened in half the participants and some of them had their habitual activities restricted. The use of the health services in this same period was less used by a few of the interviewees, half being women and older individuals (equal or more than 60 years of age), with less education and retired or unemployed. The reasons that determined that use were the presence of symptoms or disease, and the control of chronic diseases. The choice to seek the service was motivated by having registered in the health unit, and its proximity to patients' home. With the search, in general, the individuals received free service and medication, they spent about 30 minutes from home until their assistance. A small portion of the interviewees was not assisted in the first moment that looked for service, with the absence of vacancies for the service, the lack of health professional and of medication as the main reasons. In spite of that, the participants evaluated as very good and good the received service although they suggested improvements for the services of health. For the individuals that didn't use the services of health in the last 30 days preceding the study, the reasons were the lack of need, self-medication and the use of home-made teas. The results of this study demonstrated that the service of Primary Attention in Health in the district of Jequitinhonha is not a problem for most of the interviewees. However it is necessary to deepen the knowledge on some aspects that involve the system of health in this district, leading to discoveries for the existing organizational obstacles that can hinder the access and use of the services for the people. Besides, the need to create mechanisms to modify the profile of use of the units of reference for the primary attention to the health, was detected, consolidating them as the main access to the system. Furthermore, the user's dissatisfaction as for the wait for consultations and specialized exams, harmed the continuity of the attention to the health and indicated the need of more detailed studies than integrate and deepen subjects related to the access and use, as well as the resolute satisfaction and quality of the average services and high complexity.

Key-words: Access in health. Use of the services of health. Services of Primary Attention to the Health. Urban population.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	- Mapa ilustrativo de Jequitinhonha, Minas Gerais	34
Figura 2	- Fontes de manutenção de renda para as famílias em Jequitinhonha, Minas Gerais, 2009.....	35
Figura 3	- Hospital São Miguel em Jequitinhonha, Minas Gerais, 2009.....	37
Figura 4	- Centro de Atenção Psicossocial Dr. Evandro Cunha Melo em Jequitinhonha, Minas Gerais, 2009.....	38
Figura 5	- Centro Viva Vida em Jequitinhonha, Minas Gerais, 2009.....	39
Figura 6	- Unidade Básica de Saúde - PSF Aldeia em Jequitinhonha, Minas Gerais, 2009.....	40
Figura 7	- Unidade Básica de Saúde - PSF Santo Antônio em Jequitinhonha, Minas Gerais, 2009.....	41
Figura 8	- Unidade Básica de Saúde - PSF São José em Jequitinhonha, Minas Gerais, 2009.....	42
Figura 9	- Unidade Básica de Saúde - PSF Centro em Jequitinhonha, Minas Gerais, 2009.....	43
Figura 10	- Unidade Básica de Saúde - PSF Aldeia em Jequitinhonha, Minas Gerais, 2009.....	44

LISTA DE TABELAS

1	- Distribuição da população do estudo de acordo com as variáveis demográficas e socioeconômicas. Jequitinhonha, Minas Gerais, 2009 (n = 1.235).....	54
2	- Distribuição da população do estudo de acordo com o acesso aos serviços de saúde, nos últimos 12 meses que antecederam a pesquisa. Jequitinhonha, Minas Gerais, 2009 (n = 1.235).....	57
3	- Freqüência, <i>odds ratio</i> (OR) e intervalo de confiança (IC 95%) dos fatores demográficos e socioeconômicos em relação ao acesso aos serviços de saúde (internação hospitalar) nos últimos 12 meses antecedentes a pesquisa. Jequitinhonha, Minas Gerais, 2009 (n = 1.235).....	59
4	- Freqüência, <i>odds ratio</i> (OR) e intervalo de confiança (IC 95%) dos fatores demográficos e socioeconômicos em relação ao acesso aos serviços de saúde (consulta com profissional de saúde) nos últimos 12 meses antecedentes a pesquisa. Jequitinhonha, Minas Gerais, 2009 (n = 1.235)..	60
5	- Freqüência, <i>odds ratio</i> (OR) e intervalo de confiança (IC 95%) dos fatores demográficos e socioeconômicos em relação ao acesso aos serviços de saúde (espera por exame e/ou consulta especializada) nos últimos 12 meses antecedentes a pesquisa. Jequitinhonha, Minas Gerais, 2009 (n = 211).....	61
6	- Freqüência, <i>odds ratio</i> (OR) e intervalo de confiança (IC 95%) das condições de saúde em relação ao acesso aos serviços de saúde (internação hospitalar) nos últimos 12 meses antecedentes a pesquisa. Jequitinhonha, Minas Gerais, 2009 (n = 1.235).....	62
7	- Freqüência, <i>odds ratio</i> (OR) e intervalo de confiança (IC 95%) das condições de saúde em relação ao acesso aos serviços de saúde (consulta com profissional de saúde) nos últimos 12 meses antecedentes a pesquisa. Jequitinhonha, Minas Gerais, 2009 (n = 1.235).....	63
8	- Freqüência, <i>odds ratio</i> (OR) e intervalo de confiança (IC 95%) das condições de saúde em relação ao acesso aos serviços de saúde (espera por exame e/ou consulta especializada) nos últimos 12 meses antecedentes a pesquisa. Jequitinhonha, Minas Gerais, 2009 (n = 211).....	64
9	- Modelo final de regressão logística múltipla tendo como variável dependente o acesso aos serviços de saúde (internação hospitalar) nos últimos 12 meses. Jequitinhonha, Minas Gerais, 2009 (n = 1.235).....	66
10	- Modelo final de regressão logística múltipla tendo como variável dependente o acesso aos serviços de saúde (consulta com profissional de saúde) nos últimos 12 meses. Jequitinhonha, Minas Gerais, 2009 (n = 1.235).....	67

11	- Modelo final de regressão logística múltipla tendo como variável dependente o acesso aos serviços de saúde (aguardando exame e/ou consulta especializada) nos últimos 12 meses. Jequitinhonha, Minas Gerais, 2009 (n = 211).....	68
12	- Distribuição da população do estudo de acordo com a primeira utilização dos serviços de saúde, nos últimos 30 dias que antecederam a pesquisa. Jequitinhonha, Minas Gerais, 2009 (n = 606).....	69
13	- Distribuição da população do estudo de acordo com a última utilização dos serviços de saúde, nos últimos 30 dias que antecederam a pesquisa. Jequitinhonha, Minas Gerais, 2009 (n = 606).....	70
14	- Distribuição da população do estudo de acordo com os fatores sociais. Jequitinhonha, Minas Gerais, 2009 (n = 606).....	72
15	- Frequência, <i>odds ratio</i> (OR) e intervalo de confiança (IC 95%) dos fatores demográficos e socioeconômicos e das condições de moradia em relação à utilização dos serviços de saúde nos últimos 30 dias antecedentes a pesquisa. Jequitinhonha, Minas Gerais, 2009 (n = 1.235).....	74
16	- Frequência, <i>odds ratio</i> (OR) e intervalo de confiança (IC 95%) das condições de saúde em relação à utilização dos serviços de saúde nos últimos 30 dias antecedentes a pesquisa. Jequitinhonha, Minas Gerais, 2009.....	75
17	- Modelo final de regressão logística múltipla da utilização dos serviços de saúde nos últimos 30 dias. Jequitinhonha, Minas Gerais, 2009 (n = 606)...	77

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	-	Agente Comunitário de Saúde
AIVD	-	Atividades Instrumentais de Vida Diária
AMBAJ	-	Associação dos Municípios do Baixo Jequitinhonha
APS	-	Atenção Primária em Saúde
AVD	-	Atividades de Vida Diária
CAPS	-	Centro de Atenção Psicossocial
CEMIG	-	Companhia Energética de Minas Gerais
CEO	-	Centro de Especialidade Odontológica
COPASA	-	Companhia de Água e Saneamento de Minas Gerais
CTI	-	Centro de Tratamento Intensivo
DHS	-	<i>Demographic and Health Survey</i>
ECG	-	Eletrocardiograma
ESF	-	Equipe de Saúde da Família
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	-	Intervalo de Confiança
IDENE	-	Instituto de Desenvolvimento do Norte e Nordeste de Minas Gerais
IDH	-	Índice de Desenvolvimento Humano
MS	-	Ministério da Saúde
OMS	-	Organização Mundial da Saúde
PAB	-	Piso de Atenção Básica
PACS	-	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PDA	-	<i>Personal Digital Assistant</i>
PNAD	-	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNUD	-	Programa das Nações Unidas Para o Desenvolvimento
PSF	-	Programa Saúde da Família
SIAB	-	Sistema de Informação da Atenção Básica
SPSS	-	<i>Statistical Package for Social Science</i>
SUS	-	Sistema Único de Saúde
TFD	-	Tratamento Fora do Domicílio
UBS	-	Unidade Básica de Saúde
UTI	-	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	19
1.1	Acesso e utilização aos serviços de Atenção Primária à Saúde: barreiras e oportunidades.....	20
2	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	24
2.1	Serviços de Atenção Primária à Saúde.....	25
2.2	Equidade nos serviços de saúde.....	28
3	OBJETIVOS	31
3.1	Geral.....	32
3.2	Específicos.....	32
4	CASUÍSTICA E MÉTODOS	33
4.1	Local do estudo.....	34
4.1.1	Organização do sistema de serviços de saúde.....	36
4.1.1.1	Unidade Básica de Saúde - PSF Aldeia.....	39
4.1.1.2	Unidade Básica de Saúde - PSF Santo Antônio.....	40
4.1.1.3	Unidade Básica de Saúde - PSF São José.....	41
4.1.1.4	Unidade Básica de Saúde - PSF Centro.....	42
4.1.1.5	Policlínica Municipal - PSF Dr. Arnaldo de Carvalho e PSF Jequitinhonha.....	43
4.2	População do estudo.....	44
4.3	Perdas do estudo.....	45
4.4	Coleta de dados.....	45
4.4.1	Questionário demográfico e socioeconômico.....	46
4.4.2	Questionários sobre dados de acesso e utilização dos serviços de Atenção Primária à Saúde.....	46
4.5	Variáveis do estudo.....	47
4.5.1	Variáveis dependentes.....	47
4.5.2	Variáveis independentes.....	49
4.6	Análise dos dados.....	51
4.7	Aspectos éticos.....	51

5	RESULTADOS	53
5.1	Descrição dos sujeitos do estudo.....	54
5.2	Descrição das condições de saúde dos sujeitos do estudo.....	55
5.3	Acesso aos serviços de saúde.....	56
5.3.1	Características do acesso aos serviços de saúde.....	56
5.3.2	Análise bivariada dos fatores relacionados ao acesso aos serviços de saúde nos últimos 12 meses que antecederam a entrevista.....	57
5.3.3	Análise multivariada do acesso aos serviços de saúde.....	64
5.4	Utilização dos serviços de saúde.....	68
5.4.1	Características da utilização dos serviços de saúde.....	68
5.4.2	Fatores sociais envolvidos no acesso e na utilização dos serviços de saúde.....	72
5.4.3	Análise bivariada dos fatores relacionados à utilização dos serviços de saúde.....	73
5.4.4	Análise multivariada da utilização dos serviços de saúde.....	76
6	DISCUSSÃO	78
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	95
	REFERÊNCIAS	99
	APÊNDICES	109
	ANEXO	121



Introdução

1 INTRODUÇÃO

1.1 Acesso e utilização aos serviços de Atenção Primária à Saúde: barreiras e oportunidades

Minimizar as desigualdades existentes no acesso e na utilização dos serviços de saúde deve ser o objetivo principal de toda política pública. Porém, para avaliar o acesso e a utilização dos serviços de Atenção Primária à Saúde, deve-se compreender a diferença existente entre os termos acesso e utilização, pois tratam-se de termos polissêmicos e que merecem uma discussão sobre seus significados. Ademais, de acordo com Travassos e Martins (2004), conceituar acesso é extremamente difícil e complexo visto que muitas vezes é um termo empregado de maneira imprecisa em relação ao uso dos serviços de saúde, diferindo inclusive no tempo e no contexto em que é abordado.

Acesso é definido como a liberdade ou capacidade de obter ou fazer uso de alguma coisa. Neste estudo, o acesso em saúde, representa as dificuldades ou facilidades que viabilizam a entrada de cada usuário ou paciente dentro da rede de serviços quando necessário e/ou para obter tratamento desejado, em seus diferentes níveis de complexidade e de atendimento estando, portanto, intrinsecamente ligado às características da oferta e disponibilidade de recursos (ALMEIDA *et al.*, 2003).

Diversos estudos corroboram com essa afirmação ao considerar que acesso diz respeito à remoção de barreiras físicas, financeiras e outras em busca da satisfação de uma necessidade de saúde junto ao recebimento de cuidados subseqüentes, ou seja, utilização dos serviços de saúde disponíveis de forma fácil e segura (RAMOS; LIMA, 2003; KUMAR, 2004; TRAVASSOS; MARTINS, 2004; TRAVASSOS; VIACAVA, 2007). Ainda nesse contexto, o acesso pode, também, ser definido como “o uso oportuno de serviços pessoais de saúde para alcançar os melhores resultados possíveis em saúde” implicando, assim, que o mesmo só teria importância com a efetividade nos serviços (STARFIELD, 2002), ou seja, o acesso é a característica da oferta de serviços importante para explicação do padrão de utilização de serviços de saúde (DONABEDIAN, 1973; TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

O acesso aos serviços de saúde é um conceito tratado de formas distintas por vários autores, sendo que muitas vezes, não determina exatamente sua relação com o uso dos serviços de saúde. A terminologia empregada também é variável. Alguns autores utilizam acesso como o substantivo acessibilidade, ou seja, qualidade do que é acessível (DONABEDIAN, 1973; HOUAISS, 2001), enquanto outros preferem utilizá-lo como o ato de ingressar (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Ainda, têm aqueles que utilizam ambos os conceitos para indicar o grau de facilidade com que os indivíduos têm acesso aos serviços de saúde (DONABEDIAN, 1980, 2003; ASSIS; VILLA; NASCIMENTO, 2003; TRAVASSOS; MARTINS, 2004). De qualquer forma, apesar das discordâncias na terminologia e na abrangência do conceito acesso, prevalece a idéia de que o mesmo refere-se a uma dimensão do desempenho dos sistemas de saúde associada à oferta. Contudo, neste trabalho, acesso e acessibilidade serão tratados como o ato de ingressar.

Vale ressaltar outro conceito - o de utilização, muitas vezes confundido com o de acesso aos serviços de saúde. A utilização dos serviços de saúde pode ser uma medida de acesso, e apesar do acesso ser um importante determinante da utilização, o uso efetivo dos serviços de saúde resulta de uma multiplicidade de fatores (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Além disso, a utilização dos serviços de saúde representa a interação do comportamento do indivíduo que procura cuidados e do profissional de atenção à saúde, ou seja, o centro de funcionamento dos sistemas de saúde. Significa todo o contato direto dos clientes com o serviço, como consultas médicas e hospitalizações, ou indireto como a realização de exames preventivos e diagnósticos (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Sabe-se que os fatores individuais como a necessidade de saúde dos indivíduos e suas características demográficas, socioeconômicas, culturais dentre outras, além dos fatores que envolvem os prestadores dos serviços de saúde e os fatores envolvidos na organização desses serviços, são determinantes da utilização dos serviços de saúde. Geralmente, os serviços são mais utilizados pelas populações urbanas, mulheres, crianças e idosos, pelos mais ricos e escolarizados, e por detentores de planos de saúde (PINHEIRO *et al.*, 2002; ASSIS; VILLA; NASCIMENTO, 2003; TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Estudos apontam que a qualidade de vida, o nível de conhecimento dos indivíduos sobre a saúde e sobre a rede de serviços são fatores também relacionados à intensidade e ao modo de

utilização dos serviços de saúde (ZUCCHI; DEL NERO; MALIK, 2000; TRAVASSOS; MARTINS, 2004; GOLDBAUM *et al.*, 2005; TRAVASSOS; VIACAVA, 2007).

Ainda entre os determinantes da utilização dos serviços de saúde está incluída a necessidade de saúde resultante da percepção do estado mórbido, sua gravidade e urgência, ou condições diagnosticadas por profissionais de saúde (ZUCCHI; DEL NERO; MALIK, 2000; TRAVASSOS; MARTINS, 2004; GOLDBAUM *et al.*, 2005). Além disso, também é importante analisar o motivo e a frequência da utilização, a busca oportuna ou tardia, os procedimentos preventivos, assistenciais, laboratoriais ou terapêuticos envolvidos (GOLDBAUM *et al.*, 2005). Contudo, as desigualdades no uso de serviços de saúde refletem não somente as desigualdades individuais, mas também as diferenças de comportamento dos indivíduos em relação à doença e às características da oferta de serviços que cada sociedade disponibiliza para o indivíduo (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Estudos recentes têm identificado que o acesso e a utilização de serviços de saúde no Brasil são adequados. Apesar disso, o desempenho e a qualidade dos cuidados de saúde oferecidos à população são pouco conhecidos. Alguns estudos disponíveis sugerem que, mesmo com uma elevada cobertura de ações programáticas, a Atenção Básica à Saúde apresenta sérios problemas de qualidade na gestão e no cuidado da população. Esta qualidade depende, em parte, dos processos tecnológicos de diagnóstico e terapêutico que variam de acordo com as particularidades dos serviços de saúde disponíveis em cada região, estado e município (ALEIXO, 2002; ALMEIDA *et al.*, 2002; GOLDBAUM *et al.*, 2005).

Sabe-se que a falta ou dificuldade de acesso aos serviços locais de qualidade pode comprometer o desempenho funcional do indivíduo e sua qualidade de vida, o que justifica sua avaliação. O acesso a consultas especializadas, aos exames complementares e tratamentos, especialmente medicamentoso, parece ser mais problemático no Sistema Único de Saúde (SUS) do que nos serviços de saúde privados, porém é menos conhecido, tornando sua avaliação desejável. Ao avaliar os serviços de saúde, os critérios devem possibilitar a distinção entre demanda individual, acesso e utilização dos cuidados em saúde (STARFIELD, 2002).

Diante do exposto, pode-se afirmar não haver um conceito único referente ao acesso e à utilização dos serviços de saúde, embora seja comum entre os países com sistemas públicos de saúde. O que se observa, em geral, é que os sistemas públicos, implantados para promover o acesso à população independente do nível

de atenção e complexidade do cuidado, têm dificuldade em solucionar os problemas de equidade e integralidade no cuidado da população.

Nesse contexto, nota-se que a intervenção efetiva em saúde necessita de uma abordagem integral dos problemas. A clínica, por si só, não pode dar todas as respostas para as várias dimensões dos problemas de saúde dos usuários. Esses problemas hoje transcendem, na sua maioria, a questão individual. Torna-se, portanto, fundamental a associação de ações coletivas, que possibilitem identificar os problemas de saúde na abrangência de determinada área populacional. Somente assim será factível buscar respostas reais e concretas para alterar positivamente o quadro de saúde do grupo populacional para o qual se direcionam as ações praticadas no sistema.

Acredita-se, portanto, que esse estudo possa gerar informações capazes de contribuir para a melhoria do acesso e da utilização dos serviços públicos de saúde, visando o fortalecimento e a eficiência operacional dos serviços de atenção à saúde, e a consolidação das diretrizes de universalização, equidade e integralidade propostas pelo SUS em área urbana.



Revisão bibliográfica

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 Serviços de Atenção Primária à Saúde

Desde a década de 50, nos países desenvolvidos, reconheceu-se a necessidade de realização de estudos que tivessem como objetivo específico a avaliação dos serviços de saúde. Esse, por sua vez, foi avaliado tanto na sua perspectiva interna (assistência desenvolvida e seus efeitos sobre a saúde dos indivíduos atendidos), quanto na externa (desenvolvimento e participação na conformação dos sistemas de saúde e seu impacto sobre a saúde da população) (NOVAES, 2004).

A saúde constitui-se em um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. Esta por sua vez, apresenta como um de seus pilares a universalidade da atenção que implica, necessariamente, na formulação de um modelo social ético e equânime, norteado pela inclusão social e solidariedade humana, e que possibilite ao usuário a assistência às suas necessidades de saúde (ASSIS; VILLA; NASCIMENTO, 2003).

As iniquidades observadas no campo da saúde em vários países, aliadas aos crescentes custos da atenção à saúde em todo o mundo e ao surgimento de diversas experiências de cuidados primários, fizeram com que a Organização Mundial da Saúde (OMS) fomentasse, na década de setenta, o debate em torno de alternativas viáveis para a ampliação dos cuidados à saúde a todos os que não possuíam alguma forma de assistência. Na ocasião, discutia-se a dificuldade em garantir o acesso amplo e irrestrito aos serviços médicos, haja vista que essa ação geraria custos impraticáveis aos sistemas nacionais de saúde. Procurou-se, assim, discutir os meios capazes de cumprir o objetivo da extensão dos cuidados à saúde, bem como as experiências alternativas de cuidados primários existentes naquela época (SILVA; FILHO, 2000).

Devido a essa diretriz, nos anos de 1977 e 1978, ocorreram, em todo o mundo, várias reuniões sobre a Atenção Primária em Saúde (APS). Esses encontros forneceram subsídios diretos para uma futura Conferência Internacional sobre

Atenção Primária à Saúde, cuja realização já havia sido incentivada pela Organização Mundial da Saúde, que indicava a necessidade de celebração de um evento de caráter internacional com o objetivo de intercambiar idéias e experiências sobre a melhoria da APS, bem como sobre a organização e o suporte a uma assistência sanitária completa e eficaz para toda a população (OMS, 1978). Como resultado, definiu-se o conceito de Atenção Primária à Saúde da seguinte forma:

Atenção Primária à Saúde é a assistência sanitária essencial baseada em métodos e tecnologias práticos, cientificamente fundados e socialmente aceitáveis, acessível a todos os indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar em todas e em cada uma das etapas de seu desenvolvimento, em um espírito de auto-responsabilidade e autodeterminação. A Atenção Primária é parte integrante tanto do sistema nacional de saúde, do qual constitui a função central e o núcleo principal, como do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde e leva, na medida do possível, a atenção da saúde aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham. Constitui o primeiro elemento de um processo permanente de assistência sanitária (OMS, 1978).

As rápidas transformações experimentadas nas sociedades e as mudanças no perfil epidemiológico ampliaram os desafios a serem vencidos e levaram os gestores dos serviços de saúde de todo o mundo a reestruturarem a organização e o funcionamento desses serviços a partir da década de 80. Nesse contexto, o SUS foi criado pela Constituição de 1988 e regulamentado em 1990, constituindo um conjunto de ações e de serviços de saúde prestados por instituições estaduais e municipais ou por instituições privadas contratadas. Teve como objetivo, organizar um sistema público de saúde de forma descentralizada, regionalizada e hierarquizada, nos diferentes níveis de complexidade tecnológica, visando garantir o acesso integral da população a todos os níveis de atenção à saúde.

Na década de 90, paralelamente à criação do SUS, ocorreram diferentes iniciativas na área da saúde com o objetivo de atuar sobre os diversos pontos que medeiam os caminhos possíveis entre o conhecimento e a saúde, reconhecendo que as articulações entre eles não se dão de forma natural ou automática. Neste contexto, produziram-se, conhecimentos e tecnologias a fim de contribuir para melhores decisões políticas, econômicas, técnicas e de gestão, necessárias à criação de melhorias em todos os níveis de atenção à saúde e com certo privilégio para a atuação nos sistemas e serviços de saúde (NOVAES, 2004).

O avanço do processo de descentralização do setor saúde tem como eixo a proposta de reorganização da Atenção Básica. Essa expressão foi escolhida pelo Ministério da Saúde (MS) para abranger todas as iniciativas situadas no primeiro nível de atenção à saúde e voltadas para a promoção da saúde, tratamento de agravos, prevenção e reabilitação induzindo, assim, a uma maior organização ou reorganização da porta de entrada dos serviços (BODSTEIN, 2002).

Entre as estratégias de fortalecimento da Atenção Básica adotadas pelo MS, destaca-se a introdução do Piso de Atenção Básica (PAB), que altera a lógica de repasse financeiro, dissociando a produção do faturamento. Essa lógica de repasse financeiro por serviços prestados desestimulavam a adoção de medidas preventivas e de promoção a saúde, já que os procedimentos mais simples recebiam repasse menor (BODSTEIN, 2002). Outras medidas foram adotadas paralelamente à introdução do PAB, como o incentivo às ações de Vigilância Sanitária e a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) constatando um aumento da cobertura dos serviços de APS. Ademais, o PSF contribuiu para o fortalecimento da organização dos demais níveis de complexidade, inclusive possibilitando, ao nível básico, maior incorporação tecnológica e capacidade resolutiva (ASSIS *et al.*, 2008).

Ainda, em 2006 foi aprovado a Política Nacional de Atenção Básica. Esta estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o PSF que foi tido como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2006).

A Política Nacional de Atenção Básica foi criada considerando a necessidade de revisar e adequar as normas nacionais ao atual momento do desenvolvimento da Atenção Básica no Brasil; a expansão do PSF que se consolidou como a estratégia prioritária para reorganização da Atenção Básica no Brasil; os princípios e as diretrizes propostos nos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, entre as esferas de governo na consolidação do SUS, que inclui a desfragmentação do financiamento da Atenção Básica; dentre outros (BRASIL, 2006). A Atenção Básica de acordo com a Portaria n. 648, de 28 de março de 2006:

Caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a

responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006).

Contudo, essas medidas tiveram, entre seus objetivos prioritários, a necessidade de maior inclusão e equidade na assistência além de esforços conjuntos para proporcionar uma saúde melhor. Essas ações são desempenhadas por aqueles que buscam, na prática da Atenção Primária, um novo fazer em saúde, que tenha impacto e relevância sociais.

2.2 Equidade nos serviços de saúde

No Brasil, a sociedade apresenta importantes desigualdades sendo que as maiores encontram-se na área da saúde. Para a OMS, desde a década de 70, reduzir estas desigualdades de acesso relacionadas à oferta de serviços básicos de saúde nos países em desenvolvimento constitui uma meta prioritária do plano “Saúde para todos no ano 2000” (SILVA; FILHO, 2000). Para O’Donnell (2007), evidências comprovam que o acesso efetivo aos cuidados primários é um dos problemas relacionados à saúde em países em desenvolvimento onde ainda são altas as taxas de morbi-mortalidade por problemas para os quais existem soluções eficazes. Além disso, a intensa desigualdade social e de renda observadas nos países em desenvolvimento, se expressa, fatalmente, no padrão de saúde e doença da população, que se diferencia entre os segmentos sociais e conforme a questão de saúde analisada.

Obter um sistema de saúde equitativo e eficiente é objetivo de vários países. Apesar do interesse da comunidade internacional pelo tema iniquidade na saúde ter aumentado nos últimos anos, ainda existe uma escassez de trabalhos relacionados a ele. O discurso a respeito da equidade permanece geral e amplo, apresentando avaliações e proposições diferenciadas entre diversos autores.

Para Travassos *et al.* (2000), não existe um conceito único para equidade uma vez que ela é reflexo dos valores predominantes em cada sociedade e em cada momento histórico, ou seja, diferentes teorias sobre equidade apontam diferentes

formas de organização dos sistemas de saúde. Para Almeida (2000) duas importantes dimensões que devem ser consideradas na abordagem da equidade em saúde: as desigualdades nas condições de vida e saúde e as desigualdades no acesso e consumo de serviços de saúde.

Essa discussão sobre equidade em saúde tem sido tratada pela maioria dos países como igualdade de oportunidade e tratamento na utilização de serviços de saúde. Assim, indivíduos de iguais necessidades, independentemente de sua condição social e econômica, devem ter a mesma oportunidade de utilizar serviços de saúde e receber cuidados médicos adequados (SILVA; FILHO, 2000; LUCCHESI *et al.*, 2002). Ressalta-se, ainda, que essa abordagem é conceituada como equidade horizontal também entendida como equidade intra-necessidades em que as ações são universais e não consideram as desigualdades prévias vivenciadas pelo indivíduo na procura por atendimento em saúde. Por outro lado existe também a equidade vertical, cujo tratamento é desigual para os indivíduos que apresentam necessidades diferentes (TEIXEIRA, 2000).

Ainda neste contexto, para Wright (1998), Campino *et al.* (1999) e Sisson (2007) o termo equidade tem sido empregado como um conceito normativo, uma questão de valor, estando associada ao conceito de justiça social, ou seja, diferenças consideradas injustas, além de desnecessárias e evitáveis, entre as pessoas ou grupos sociais.

Quando aplicada à saúde, a equidade tem sido tradicionalmente relacionada com a redução de iniquidades. Esta última refere-se às diferenças de oportunidades de utilização dos serviços de saúde comprometendo o processo saúde-doença da população. De qualquer forma, a equidade não necessita ser exclusivamente um modo de reduzir as desigualdades. Esse conceito pode estar associado à pobreza, desde que seja argumentado que é injusto permitir que determinadas pessoas continuem vivendo com recursos escassos quando a quantidade adequada está disponível para a sociedade mais rica.

Saber quando a iniquidade é injusta ou não também é importante. É possível imaginar uma situação marcada por desigualdades na saúde que não seja necessariamente injusta, ou seja, algumas das disparidades entre indivíduos ou grupos são consideradas naturais. Algumas desigualdades em saúde, contudo, não decorrem de fatores biológicos, mas de diferenças sociais. Essas, por sua vez, contrariam os princípios de justiça distributiva e podem ser definidas como

iniquidades em saúde. Portanto, palavras equidade e igualdade não são sinônimas e necessitam ser cuidadosamente diferenciadas uma da outra (ALMEIDA, 2000; DUARTE, 2000).

Em função da relativa efetividade das ações de saúde, a igualdade no uso de serviços de saúde é condição importante, porém não suficiente para diminuir as desigualdades existentes entre os grupos sociais no adoecer e no morrer (FLEURY, 2002). Além disso, os diversos grupos sociais apresentam demanda diferenciada aos serviços de saúde, em termos de volume e de tipo de problema. Essas diferenças precisam ser consideradas na programação da oferta de serviços quando se busca construir um sistema de saúde mais equânime (SISSON, 2007).

Ainda, a dimensão social das desigualdades no uso de serviços de saúde reflete o caráter seletivo da estrutura do sistema de saúde, pois a organização local e distribuição espacial desses serviços impactam diretamente no perfil de desigualdades entre os grupos sociais. Além disso, avaliar as desigualdades no uso dos serviços básicos de saúde implica, também, em extrapolar os estudos de demanda para alcançar também os indivíduos fora do sistema, identificar possíveis focos de exclusão e compensar as diferenças existentes (TRAVASSOS, 1997).

Por fim, a discussão sobre equidade é indispensável quando se busca determinantes das desigualdades em saúde, seja para formulação de políticas e prioridades, a fim de diminuir o impacto dos diferenciais sociais em saúde e elaborar instrumentos e indicadores para o monitoramento dos processos de reforma dos sistemas de saúde (SENNA, 2002). Nesse espaço se encaixa a proposta do SUS de apresentar-se de modo regionalizado.



Objetivos

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Avaliar o acesso e a utilização dos Serviços de Atenção Primária à Saúde em área urbana do município de Jequitinhonha, Minas Gerais.

3.2 Específicos

- Avaliar os fatores demográficos, sociais, econômicos, geográficos e dos serviços relacionados ao acesso e a utilização dos serviços de Atenção Primária à Saúde;
- Identificar fatores que levaram a não utilização de serviços de saúde no local do estudo.



Pesquisa e métodos

4 CASUÍSTICA E MÉTODOS

4.1 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido na área urbana do município de Jequitinhonha situado no Nordeste do Estado de Minas Gerais, Vale do Jequitinhonha e faz parte, juntamente com outros municípios, da Associação dos Municípios do Baixo Jequitinhonha (AMBAJ). O município fica localizado a 685 km de Belo Horizonte, às margens do rio Jequitinhonha (FIG. 1).



FIGURA 1 - Mapa ilustrativo de Jequitinhonha, Minas Gerais

De acordo com o Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2008, o município possui uma área territorial de 3.518 km² e uma população de 24.194 habitantes, sendo 16.837 na zona urbana e 7.357 na zona rural. Essa grande extensão territorial é considerada um fator dificultador para a organização dos serviços de saúde nesta localidade.

A taxa de analfabetismo da população adulta (25 anos ou mais) varia de 30,0 a 39,9% (INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO DO NORTE E NORDESTE DE MINAS GERAIS - IDENE, 2008) e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) municipal é de 0,668 (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO - PNUD, 2000), considerado de médio desenvolvimento (IDH entre 0,5 e 0,8).

As principais fontes de manutenção e renda das famílias são a pecuária de corte, a agricultura de subsistência e o comércio local (FIG. 2). Alguns moradores também recebem auxílio financeiro de programas de transferência de renda do governo federal, tais como o Programa Bolsa Família. Jequitinhonha possui uma

ampla e rica cultura, contando com poetas, músicos e artesãos com grandes habilidades artísticas (FIG. 2). As festas mais famosas são carnaval, aniversário da cidade e as tradicionais festas juninas.



FIGURA 2 - Fontes de manutenção de renda para as famílias em Jequitinhonha, Minas Gerais, 2009

Fonte: Acervo de fotos do grupo de pesquisa.

De acordo com os dados do IBGE (2004), o município possui infra-estrutura de água e esgoto. A rede geral de abastecimento de água da Companhia de Água e Saneamento de Minas Gerais (COPASA) supre aproximadamente 98,0% dos domicílios, sendo que o restante da população utiliza poço, nascente ou casa de vizinhos. Os domicílios que possuem banheiro ou sanitário alcançam 75,0% do total e destes cerca de 39,0% estão ligados à rede de esgotamento sanitário. Não havendo sistema de esgoto sanitário no local o destino dos dejetos é feito em fossas ou a céu aberto. A coleta de lixo atende a 73,8% da população. A maioria da população possui energia elétrica fornecida pela Companhia Energética de Minas Gerais (CEMIG).

4.1.1 Organização do sistema de serviços de saúde

O serviço de Atenção Básica em saúde na zona urbana do município de Jequitinhonha atende uma população adstrita de aproximadamente 16.079 pessoas. É composto por quatro unidades de saúde, denominadas: Aldeia, Santo Antônio, São José e Unidade Básica de Saúde (UBS) Centro, sendo este último considerado referência do município para as consultas com especialistas. O atendimento por estes médicos pode ser semanal, quinzenal ou mensal, dependendo da especialidade.

Em cada um desses centros de saúde trabalha uma equipe de Saúde da Família (ESF) composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS) cujo número varia de acordo com a quantidade de domicílios cadastrados em seu PSF. Ressalta-se que todos os centros de saúde na zona urbana estão localizados estrategicamente próximos dos domicílios da área de abrangência, distantes não mais do que trinta minutos de caminhada.

No município há uma grande rotatividade de profissionais médicos e algumas equipes de PSF ficam, periodicamente, sem a cobertura deste profissional. Com isso, até que novas contratações sejam efetivadas, os médicos da região se organizam para que o PSF não fique descoberto.

O município conta, ainda, com a Policlínica Municipal Dr. Arnaldo de Carvalho, também conhecida como Alvorada, onde estão alocadas duas equipes de Saúde da Família. Na Policlínica estão centralizados os medicamentos para distribuição aos usuários de todos os centros de saúde, visto que nestes são ofertados apenas medicamentos para Hipertensão e Diabetes. Distribui, ainda, vacinas para algumas unidades de saúde e é referência para consultas de ginecologia e cardiologia, esterilização e incineração de materiais e medicamentos.

Nas unidades de saúde normalmente os serviços não trabalham com o agendamento dos atendimentos a serem realizados. Quando isto ocorre, essa marcação é realizada pelos ACS durante as visitas domiciliares ou pelo auxiliar de enfermagem, sendo que todas são realizadas para um mesmo horário. Além disso, o atendimento da demanda e dos agendamentos ocorre após triagem dos pacientes pela equipe de enfermagem, de acordo com o critério de classificação de risco.

Por haver apenas um pediatra, um cardiologista e um ginecologista no

município, estes se organizam para atender a cada uma das unidades uma vez na semana. Ainda neste contexto, para aquelas unidades de saúde que não recebem a visita dos profissionais ginecologista e cardiologista, os usuários são direcionados para as unidades de referência, como a UBS Centro e a Policlínica. Os atendimentos clínicos realizados pelos médicos do PSF ocorrem em média cerca de três a quatro vezes por semana. Esses atendimentos compreendem além da consulta clínica previamente agendada, atendimento da demanda espontânea, visita domiciliar, pré-natal, controle de doença crônica, dentre outros.

As consultas de enfermagem acontecem de quatro a cinco vezes por semana e incluem pré-natal, prevenção do câncer cérvico-uterino e puericultura. Nas unidades são também realizados outros procedimentos como curativos, controle de hipertensão e do diabetes, dentre outros. Semanalmente são realizadas visitas domiciliares, pesagem de crianças cadastradas no Programa Bolsa Família, grupos operativos de hipertensos e atividades físicas com o fisioterapeuta e nutricionista.

O Município possui um serviço básico de laboratório e de diagnóstico. O Hospital São Miguel (FIG. 3) é a referência hospitalar e de urgência do município e fornece atendimentos nas emergências pediátricas, obstétricas, psiquiátricas, clínicas, traumato-ortopédicas e cirúrgicas. É o único serviço que oferece leitos para internação, porém não dispõe de serviços relacionados aos cuidados intensivos como Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e Centro de Tratamento Intensivo (CTI).



FIGURA 3 - Hospital São Miguel em Jequitinhonha, Minas Gerais, 2009

Fonte: Acervo de fotos do grupo de pesquisa.

O município conta, ainda, com um serviço direcionado aos portadores de sofrimento mental. O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Dr. Evandro Cunha Melo (FIG. 4) possui quatro consultórios, uma farmácia, duas salas de terapia em grupo, um refeitório, além do serviço de hospital-dia. Funciona de segundas a sextas-feiras das 7 às 17 horas. Os profissionais atuantes nesta unidade são um enfermeiro, um psiquiatra, um médico clínico com formação em saúde mental, um psicólogo, um assistente social, um terapeuta ocupacional, além de dois técnicos de enfermagem e dois cuidadores. No CAPS são desenvolvidas ações como grupos de teatro e oficinas de artesanato direcionados à reabilitação dos pacientes.



FIGURA 4 - Centro de Atenção Psicossocial Dr. Evandro Cunha Melo em Jequitinhonha, Minas Gerais, 2009

Fonte: Acervo de fotos do grupo de pesquisa.

No que se refere à atenção odontológica, o Centro de Especialidade Odontológica (CEO) é unidade de referência destinada ao atendimento bucal especializado no âmbito do SUS. Dentre as atividades realizadas estão o diagnóstico e detecção do câncer bucal, periodontia especializada, cirurgia oral, endodontia e atendimento aos portadores de necessidades especiais. O Centro está localizado na Policlínica municipal.

Em se tratando de Atenção Secundária, o município oferece gratuitamente no sistema local de saúde as seguintes especialidades: ginecologia, pediatria, cardiologia, ortopedia, psiquiatria, urologia, fonoaudiologia e neurologia. As demais são referenciadas a outros municípios. Já os exames especializados, como mamografia e ultrassonografia, são realizados no município de Pedra Azul localizado a 160 km da sede do município. Para determinadas internações, existe um convênio intermunicipal que encaminha os usuários para um município de referência que é

Teófilo Otoni, situado a 250 km de Jequitinhonha. Os serviços de média e alta complexidade não ofertados no município são encaminhados para Belo Horizonte, capital do Estado.

Atualmente, está em construção o Centro de Referência Viva Vida (FIG. 5), a mais nova unidade de saúde do município que irá oferecer atendimento nas diversas especialidades médicas, inclusive as de média complexidade. A construção deste centro objetiva a promoção da saúde através de ações de prevenção, diagnóstico precoce e de recuperação de doenças e agravos de forma adequada e humanizada. Ademais, esse serviço será caracterizado como ponto de atenção de média complexidade que atua de maneira integrada à Atenção Primária. Espera-se que com a implantação deste Centro ocorra uma redução da sobrecarga de algumas unidades de saúde, como da Policlínica e a Unidade Básica de Saúde Centro uma vez que todos os atendimentos com médico especialista do município, assim como o CEO, serão redirecionados para a nova unidade.



FIGURA 5 - Centro Viva Vida em Jequitinhonha, Minas Gerais, 2009
Fonte: Acervo de fotos do grupo de pesquisa.

4.1.1.1 Unidade Básica de Saúde - PSF Aldeia

A Unidade Básica de Saúde - PSF Aldeia (FIG. 6) possui uma recepção / sala de espera, um consultório médico e um ginecológico que é utilizado como consultório de enfermagem, uma sala de curativo, uma de medicação, usada uma vez por semana como sala de vacina (fornecida pela Policlínica) e banheiros para os funcionários e usuários, além de uma cozinha. Por falta de espaço, algumas atividades de promoção à saúde são desenvolvidas no poliesportivo próximo ao

serviço. O Centro de Saúde não possui dentista sendo os pacientes encaminhados para o serviço de referência que é a Policlínica.



FIGURA 6 - Unidade Básica de Saúde - PSF Aldeia em Jequitinhonha, Minas Gerais, 2009

Fonte: Acervo de fotos do grupo de pesquisa.

4.1.1.2 Unidade Básica de Saúde - PSF Santo Antônio

A construção Unidade Básica de Saúde - PSF Santo Antônio (FIG. 7) é nova e sua planta física favorece uma melhor distribuição dos profissionais e das atividades a serem desenvolvidas. Este Centro de Saúde possui uma recepção / sala de espera, um consultório odontológico, dois consultórios médicos e um ginecológico também utilizado como consultório de enfermagem, uma sala de curativo, uma de imunização, uma de observação, uma de esterilização, além de uma farmácia, banheiros para funcionários e usuários e copa / cozinha. Apesar da boa distribuição estrutural, a unidade não possui espaço destinado às atividades de promoção à saúde sendo estas, portanto, desenvolvidas na quadra poliesportiva e na igreja, próximos ao serviço.



FIGURA 7 - Unidade Básica de Saúde - PSF Santo Antônio em Jequitinhonha, Minas Gerais, 2009
Fonte: Acervo de fotos do grupo de pesquisa.

4.1.1.3 Unidade Básica de Saúde - PSF São José

Por se tratar de uma construção antiga e a mesma ter sido erguida para o funcionamento de uma creche, a Unidade Básica de Saúde - PSF São José (FIG. 8) não possui área física adequada para a realização das atividades propostas pelas Unidades Básicas de Saúde. O espaço é pequeno, composto por uma recepção / sala de espera, um consultório médico e de enfermagem que utilizam em horários alternados previamente agendados, uma sala de curativo, um corredor adaptado para sala de inalação, uma sala de reuniões, um consultório odontológico, uma copa / cozinha e banheiros, para funcionários e usuários. O posto não possui sala de vacina, sendo necessário que os usuários se desloquem para a Policlínica ou a Unidade de Saúde do Centro para obter o serviço. Por falta de espaço, as atividades de promoção à saúde são desenvolvidas na quadra poliesportiva e na igreja, próximos ao serviço, porém essas atividades não são agendadas e acontecem de acordo com a demanda do serviço.



FIGURA 8 - Unidade Básica de Saúde - PSF São José em Jequitinhonha, Minas Gerais, 2009
Fonte: Acervo de fotos do grupo de pesquisa.

4.1.1.4 Unidade Básica de Saúde - PSF Centro

Esta Unidade Básica de Saúde (FIG. 9) se localiza na parte central do município e em frente ao hospital favorecendo a procura por atendimento. Possui uma recepção / sala de espera, três consultórios sendo um para o médico, um para o nutricionista e fonoaudiólogo e o terceiro para os médicos especialistas quando estão em atendimento. Quando os especialistas não estão na unidade, o consultório é utilizado pelo enfermeiro. A unidade possui também uma sala de curativo, uma para vacinação, uma para usuários, além de uma cozinha e uma copa. Por falta de espaço, algumas atividades de promoção à saúde são desenvolvidas na igreja e no poliesportivo próximo ao serviço.

Além do auxiliar de enfermagem que compõe a ESF, outros dois profissionais com a mesma formação trabalham na Unidade de Saúde Centro e ficam encarregados da vacinação, mensuração de pressão arterial além de serviços internos na unidade. Segundo o enfermeiro, o atendimento da demanda espontânea é pequeno visto que a população cadastrada, em sua maioria, possui plano de saúde, o que minimiza a procura pela Unidade Básica de Saúde. Vale ressaltar que esta unidade é referência para consultas especializadas de neurologia, ortopedia, urologia e fonoaudiologia. Para os atendimentos odontológicos os usuários devem utilizar a Policlínica.



FIGURA 9 - Unidade Básica de Saúde - PSF Centro em Jequitinhonha, Minas Gerais, 2009

Fonte: Acervo de fotos do grupo de pesquisa.

4.1.1.5 Policlínica Municipal - PSF Dr. Arnaldo de Carvalho e PSF Jequitinhonha

Apesar de a unidade (FIG. 10) possuir um grande espaço, o mesmo não é distribuído adequadamente, visto que diversos médicos especialistas e duas equipes de Saúde da Família atendem no local. Na Policlínica existe uma recepção / sala de espera salvo para os pacientes da odontologia que utilizam uma sala de recepção própria, uma sala para marcação de consultas e um consultório odontológico que atende os usuários do PSF e os pertencentes ao programa CEO. Existem, ainda, dois consultórios médicos, um para cada ESF, um consultório destinado à pediatria que é utilizado pela ginecologista ou pelo enfermeiro na ausência do pediatra. Para este último, também é disponibilizada a sala de eletrocardiograma (ECG), pois não existe na unidade sala específica para as consultas de enfermagem.

A unidade possui também uma sala de reuniões, uma para inalação, uma para medicação, uma de vacinação, uma de curativo ligada ao expurgo e uma para esterilização. A unidade conta com banheiros para funcionários e usuários. A unidade também possui uma sala destinada ao arquivo morto, uma farmácia que abastece todos os demais centros de saúde do município, além de uma cozinha conjugada com uma copa. Apesar do tamanho da estrutura, para algumas atividades de promoção à saúde são utilizados os espaços da igreja, da creche (que não está em funcionamento) e do poliesportivo próximo ao serviço.

Vale ressaltar que nesta unidade além dos dois auxiliares de enfermagem que compõem as ESF, outro profissional com a mesma formação trabalha na unidade de saúde sendo responsável pela vacinação, mensuração da pressão arterial, realização de ECG além de serviços internos na unidade. Além disso, esta unidade é referência para o fornecimento de medicamentos, consulta com o cardiologista, serviço odontológico (CEO), funcionamento do Programa Viva Vida que inclui o atendimento ginecológico além da esterilização e incineração de materiais e medicamentos.



FIGURA 10 - Unidade Básica de Saúde - PSF Alveia em Jequitinhonha, Minas Gerais, 2009
Fonte: Acervo de fotos do grupo de pesquisa.

4.2 População do estudo

A população do estudo da região urbana do município de Jequitinhonha foi definida em três etapas. Primeiramente foi realizado o levantamento dos domicílios cadastrados por centro de saúde. Essas informações foram disponibilizadas pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), ressaltando-se que apenas um morador por domicílio sorteado no momento da realização do questionário (amostragem aleatória simples) participou do estudo.

A partir deste levantamento foi realizada, na segunda etapa, uma amostragem probabilística estratificada proporcional da população cadastrada considerando o intervalo de confiança (IC) de 95% obtendo um número mínimo de indivíduos em cada estrato, ou seja, centro de saúde. Ponderando as possíveis perdas, uma amostra superior à necessária foi selecionada para este estudo. Por

fim, foram incluídos no estudo os indivíduos que preenchiem os critérios de inclusão listados para a terceira etapa:

- Residir em um dos domicílios selecionados na segunda etapa, ainda que fosse preciso voltar ao domicílio para a realização da entrevista em um momento posterior;
- Residir na área de abrangência do PSF por pelo menos um ano;
- Encontrar-se na faixa etária igual ou maior que 18 anos;
- Não possuir demência pré-existente e/ou problemas mentais;
- Concordar em participar do estudo.

Considerando os critérios de inclusão acima descritos a população do estudo foi composta por um total de 1.235 indivíduos.

4.3 Perdas do estudo

Inicialmente de acordo com o cadastro, a amostra inicial foi de 1.450 domicílios / indivíduos. Houve uma perda de 215 (14,82%) domicílios / indivíduos da seguinte forma: 4 (1,86%) por falecimento, 4 (1,86%) por ser morador na região há menos de um ano, 7 (3,25%) por serem portadores de doença mental, 24 (11,16%) por terem recusado a participar do estudo, 26 (12,09%) por terem mudado para outra região e por fim 138 (64,18%) por ser domicílio sem morador (casa vazia), domicílio não encontrado ou que se tornou comércio. Esta perda não inferiu no total de entrevistas planejadas para os setores dentro de um mesmo estrato visto que, como dito anteriormente um número maior de participantes foi selecionado prevendo possíveis perdas.

4.4 Coleta de dados

Os dados foram coletados durante visita domiciliar por alunos de graduação e pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, previamente treinados e portando o equipamento de *Personal Digital Assistant* - PDA (Modelo *Dell-Axim X50*) que permitiu, ainda na área de estudo, a transferência imediata dos dados coletados para um banco de conferência. Assim,

pôde ser feita uma avaliação preliminar dos dados e identificação de erros ou informações em branco, possibilitando o retorno imediato aos domicílios para correção ou verificação das incoerências.

4.4.1 Questionário demográfico e socioeconômico

O questionário demográfico (APÊNDICE A) incluiu nome, sexo do entrevistado e dos demais moradores da casa com idade igual ou acima de 18 anos, data e local de nascimento, escolaridade do entrevistado e do chefe da família no caso deste não ter sido o sorteado para participar do estudo. O questionário socioeconômico continha informações sobre renda familiar, ocupação do entrevistado e do chefe da família, número total de pessoas e de cômodos na casa, número de pessoas com idade igual ou acima de 18 anos na casa, recebimento de apoio financeiro do governo, condições de moradia (tipo de piso, parede e telhado), suprimento de água, presença ou não de banheiro e posse de bens (eletrodomésticos e veículos motorizados).

4.4.2 Questionários sobre dados de acesso e utilização dos serviços de Atenção Primária à Saúde

As questões incluídas nesse questionário foram elaboradas tendo como referência os dados utilizados na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD (IBGE, 2003), com pequenas adaptações para este estudo. A coleta sistemática e com periodicidade definida de informações contidas no PNAD constitui-se em um importante instrumento utilizado várias vezes no Brasil e em diversos países desenvolvidos (PAMUK *et al.*, 1998) para obtenção de dados de base populacional sobre necessidades de saúde e acesso e utilização de serviços.

O objetivo do questionário (APÊNDICE B) foi de obter informações sobre as barreiras e dificuldades enfrentadas no acesso e na utilização dos serviços de saúde; a presença de sintomas, a restrição de atividades e procura por serviço de saúde no mês anterior à data da entrevista; a autopercepção do entrevistado quanto ao seu estado de saúde e necessidade de atendimento relacionado à própria saúde; a presença de doenças crônicas; a satisfação do usuário quanto ao atendimento

recebido; a participação do usuário em grupos comunitários, religiosos e outros e a percepção quanto à necessidade de melhorias no serviço de saúde ofertado.

4.5 Variáveis do estudo

4.5.1 Variáveis dependentes

- **Acesso aos serviços de saúde:** Para os dados referentes ao acesso aos serviços de saúde, foi considerado um tempo recordatório de 12 meses. Os fatores relacionados são: internação nos últimos 12 meses que antecederam a pesquisa (não; sim); consulta com o profissional de saúde - médico e/ou enfermeiro nos últimos 12 meses (não; sim); espera pela consulta com especialista e/ou exames especializado (não; sim).

Durante a coleta dos dados verificou-se a necessidade de incluir informações sobre a realização de consultas e exames de média complexidade no município em decorrência da dificuldade relatada pelos entrevistados. Foram inseridas, portanto, as questões: espera por consulta com especialista e/ou exames especializado (não; sim); tempo de espera para consulta e/ou exames especializado (1-2 meses; ≥ 3 meses).

Foi investigada também a característica do acesso através das variáveis: procura do serviço de uso regular (posto de saúde; consultório médico particular; ambulatório hospitalar; dentre outros); número de internações nos últimos 12 meses (1 vez; ≥ 2 vezes); principal atendimento recebido durante a internação (tratamento clínico; parto; cirurgia; dentre outros); número de consultas com o profissional de saúde nos últimos meses (não consultou; 1-3 vezes; ≥ 4 vezes). Também foram avaliados os fatores sociais relacionados ao acesso e assim como para a utilização dos serviços de saúde.

- **Utilização dos serviços de saúde:** Avaliada pela resposta positiva à pergunta “*Você utilizou os serviços de saúde nos últimos 30 dias?*”

Foi considerado como utilização a resposta afirmativa do usuário à pergunta sobre ter sido atendido no serviço de saúde nos últimos 30 dias anteriores à realização desta pesquisa. A não utilização foi referida aos que não procuraram serviços ou que procuraram, porém não foram atendidos no período de realização da pesquisa. O uso do tempo recordatório de 30 dias foi utilizado neste estudo por considerar que um período maior provavelmente traria problemas de memória. Além disso, sabe-se que estudos de utilização de serviços de saúde devem se restringir a períodos recordatórios entre 15 e 30 dias (MARTINS, 2006; FERNANDES, 2008).

Foram investigadas também as características dessa utilização por meio do motivo principal pela procura de atendimento relacionado à saúde (pré-natal; medicação; sintoma; dentre outros); número de vezes que procurou o serviço de saúde (1 vez; ≥ 2 vezes); primeiro local procurado para atendimento (posto de saúde; consultório médico particular; ambulatório hospitalar; dentre outros); principal motivo de atendimento à primeira procura (sintomas; controle de doenças crônicas; dentre outros); motivos de escolha de procura pelo serviço (indicação; cadastro; dentre outros); recebeu atendimento à primeira procura por serviços de saúde (não; sim); motivo do não atendimento à primeira procura (ausência de vagas; falta de profissionais; filas grandes; longas esperas; dentre outras); nova procura por atendimento relacionado à própria saúde (não; sim); último local procurado para atendimento (posto de saúde; consultório médico particular; ambulatório hospitalar; dentre outros); motivos de escolha de procura pelo serviço (indicação; já estar cadastrado; dentre outros); recebeu atendimento à última procura por serviços de saúde (não; sim); motivo do não atendimento à última procura (ausência de vagas; falta de profissionais; filas grandes; longas esperas; dentre outras); atendimento pago (não; sim); valor pago pelo atendimento (até R\$100,00; \geq R\$101,00); medicamento receitado durante o atendimento (não; sim); medicamento recebido gratuitamente (não; sim); valor pago pelo medicamento receitado (até R\$15,00; R\$16,00 - R\$35,00; \geq R\$36,00); tempo despendido à espera de atendimento (até 30 minutos; ≥ 31 minutos); meio de transporte utilizado no deslocamento até o serviço de saúde (carro; bicicleta; a pé; dentre outros); tempo gasto no deslocamento até o serviço de saúde (até 30 minutos; ≥ 31 minutos); qualidade do atendimento recebido (muito bom; bom; regular; ruim).

As características da não procura pelo serviço de saúde foram avaliadas pela dicotomia (não; sim) das variáveis: não houve necessidade; distância geográfica; atendimento do serviço demorado; falta de profissionais no serviço; falta de vagas para atendimento; automedicação; uso de medicação caseira; dentre outros.

A frequência com que os indivíduos ajudam uns aos outros na busca pelos serviços de saúde foi avaliada por: necessitou de ajuda para o acesso e utilização aos serviços de saúde (não; sim); tipo de ajuda (providenciando transporte; como acompanhante; pagando o tratamento; dentre outros); participação em grupos comunitários (não; sim; já participo); sugestões para melhoria do local de moradia e dos serviços de saúde (rede de esgoto; mais médicos especialistas; facilidade de exames especializados; dentre outros).

4.5.2 Variáveis independentes

- **Demográficas:** Sexo (feminino; masculino); faixa etária (18-29; 30-39; 40-49; 50-59; \geq 60 anos); ocupação (aposentado; assalariado; não trabalha - estudantes / desempregados / do lar); escolaridade (analfabeto; 1-4; 5-8; \geq 9 anos de estudo); área de moradia (Aldeia; São José; Santo Antônio; Centro ou Alvorada);
- **Socioeconômica:** Renda familiar em renda *per capita* (até R\$465,00; \geq R\$466,00); suporte financeiro de programa de transferência de renda do Governo Federal - Cesta Básica, Bolsa Família, Bolsa Escola e outras (não; sim); posse de bens eletrodomésticos não sendo avaliado o peso econômico dos mesmos (TV; geladeira; rádio; DVD; máquina de lavar roupas; tanquinho; liquidificador), todas binárias: sim ou não que foram posteriormente agrupados em até 4 itens / \geq 5 itens; possuir bicicleta (não; sim); moto (não; sim) e carro (não; sim).

A classificação do nível socioeconômico foi realizada de acordo com os escores do *Health, Nutrition, and Population / Poverty Thematic Group of the World Bank* (GWATKIN *et al.*, 2007). Entre os instrumentos utilizados, destaca-se o

Demographic and Health Survey (DHS) que avalia a condição socioeconômica das famílias incluindo questões sobre a posse de alguns eletrodomésticos como televisão, geladeira e rádio, posse de carro, tipo de água utilizada na casa e tipo de banheiro. Para cada resposta obtida, o próprio instrumento apresenta um escore específico como, por exemplo, possuir eletricidade: o escore para a resposta sim é de 0,032 e para não é de -0,389. A soma destes permite classificar as famílias conforme a condição socioeconômica de acordo com os seguintes pontos de corte: muitíssimo pobre (< -0,77258), muito pobre (-0,77258 a -0,51780), pobre (-0,51780 a -0,22324), média (-0,22324 a -0,52588) e rica (> 0,52588). Os escores totais das famílias dos participantes do estudo ficaram entre o 3º e 4º escores, ou seja, pobre e classe média.

Importante destacar que as variáveis que compõem a classificação do nível socioeconômico foram utilizadas separadamente apenas na análise descritivas dos dados.

- **Fatores relacionados ao ambiente de moradia:** Número de cômodos na casa (até 5; ≥ 6); número de pessoas por cômodo em percentil (0,04-0,50; $\geq 0,51$); tipo de construção da casa (parede: tijolo, adobe ou outros; piso: cimento, cerâmica ou outros; telhado: telha, amianto); utilização de água da COPASA (não; sim); possuir caixa d'água (não; sim); possuir banheiro em casa (não; sim); possuir chuveiro (não; sim); possuir tanque (não; sim); possuir torneira (não; sim); tipo de fogão (lenha; gás; ambos);
- **Condições de saúde:** Autopercepção do estado de saúde (muito bom; bom; ruim); restrição de atividades nos últimos 30 dias por motivo de saúde (não; sim); presença de doença crônica (não; sim); tipo de doença crônica (hipertensão; diabetes; artrite ou reumatismo; dentre outros); possuir plano de saúde (não; sim); valor pago pelo plano de saúde (até R\$50,00; \geq R\$51,00).

Vale destacar que as variáveis “presença de sintomas” e “restrição de atividades habituais nos últimos 30 dias” foram avaliadas apenas para a variável dependente “utilização dos serviços de saúde”.

4.6 Análise dos dados

Com a finalidade de identificar os fatores relacionados ao acesso e a utilização dos serviços por parte dos participantes do estudo, os dados quantitativos foram analisados utilizando-se o Programa *Statistical Package for Social Science* - SPSS versão 15.0. Foi realizada uma caracterização da população estudada por meio de distribuição das frequências de sexo, faixa etária, condições socioeconômicas e de moradia. Diferenças nas proporções foram avaliadas utilizando-se o teste estatístico Qui-quadrado de Pearson. O *odds ratio* com o intervalo de confiança de 95% foi utilizado como medida de associação nos modelos univariados.

Para avaliar a relação existente entre as variáveis respostas e as covariáveis consideradas no estudo, utilizou-se o ajuste de modelos de regressão logística dicotômica. Sendo assim, para cada uma das respostas de interesse, ajustou-se um modelo logístico. Como critério de seleção das covariáveis que seriam incluídas no modelo múltiplo, considerou-se as que obtiveram $p < 0,20$ em pelo menos uma das categorias nos modelos univariados.

Para os desfechos acesso e utilização dos serviços de saúde, depois de selecionadas, as variáveis entraram no modelo de regressão obtido pelo método *Stepwise Backward Wald* e aquelas que perdiam sua significância foram excluídas. Para ambos os desfechos, assumiu-se como nível de significância estatística o valor $p < 0,05$ para a definição do modelo final. O teste de Hosmer e Lemeshow foi utilizado para verificar o ajuste final do modelo.

4.7 Aspectos éticos

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais sob parecer nº ETIC 333/06 (ANEXO A). Os participantes foram informados em linguagem apropriada sobre os objetivos da pesquisa, o anonimato e a participação voluntária. Cada participante assinou o

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C e D). Os entrevistados analfabetos tiveram suas impressões digitais coletadas junto à assinatura de uma testemunha, conforme previsto na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996).



Resultados

5 RESULTADOS

5.1 Descrição dos sujeitos do estudo

A população de estudo constou de 1.235 indivíduos, sendo que a maioria (n = 306) pertencia à área de abrangência da Policlínica e a minoria à UBS Aldeia (n = 209). Os participantes eram predominantemente do sexo feminino (64,0%) com 60 anos ou mais e idade média de 48,4 anos (DP = ± 18,67) (TAB. 1).

Em geral os participantes eram assalariados (45,3%), com nível de escolaridade de até 4 anos de estudo. Ao utilizar a classificação da condição socioeconômica do *World Bank*, percebemos que a maior parte dos indivíduos pertencia à classe média. Esse fato pôde ser evidenciado pela posse de um maior número de eletrodomésticos nos domicílios, uso de água da COPASA, presença de eletricidade, dentre outros sendo que alguns estão descritos na Tabela 1.

Entretanto, apesar dos entrevistados pertencerem à classe média, quando avaliamos as condições socioeconômicas apenas pela renda familiar *per capita* observamos que a maior parte dos indivíduos recebe menos que um salário mínimo (88,0%). Ressalta-se ainda, o fato de que 32,1% dos entrevistados são beneficiados pelo Programa Bolsa Família (TAB. 1).

TABELA 1
Distribuição da população do estudo de acordo com as variáveis demográficas e socioeconômicas. Jequitinhonha, Minas Gerais, 2009 (n = 1.235).

Variáveis	n	%
(Continua)		
Centros de Saúde		
Policlínica	306	24,8
Aldeia	209	16,9
Santo Antônio	243	19,7
São José	229	18,5
UBS Centro	248	20,1
Sexo		
Masculino	444	36,0
Feminino	791	64,0
Faixa etária (anos)		
18 - 29	242	19,6
30 - 39	213	17,2
40 - 49	204	16,5
50 - 59	213	17,2
≥ 60	363	29,4

Variáveis	n	(Conclusão)
		%
Escolaridade^b		
Analfabeto	339	27,4
1 - 4	353	28,6
5 - 8	274	22,2
≥ 9	269	21,8
Ocupação		
Aposentado	312	25,3
Assalariado	560	45,3
Não trabalha	363	29,4
Renda familiar per capita^e		
≤ R\$ 465,00	1087	88,0
≥ R\$ 466,00	148	12,0
Auxílio Governo		
Não	727	58,9
Sim	508	41,1
Recebe Bolsa Família - sim	397	32,1
Carro - sim	127	10,3
Motocicleta - sim	123	10,0
Bicicleta - sim	573	46,4
Posse de eletrodomésticos		
Até 4 itens	564	45,7
≥ 5 itens	671	54,3
Classificação Socioeconômica^c		
Pobre	505	40,9
Média	730	59,1

Nota: ^b Escolaridade em anos de estudo; ^e Salário mínimo vigente em 2009;
^c Classificação do nível socioeconômico; UBS - Unidade Básica de Saúde.

5.2 Descrição das condições de saúde dos sujeitos do estudo

A autopercepção da saúde tem sido muito utilizada em pesquisas que visam estabelecer o estado de saúde do indivíduo. Apesar da sua natureza subjetiva, estudos têm demonstrado que a percepção sobre a saúde apresenta boa confiabilidade e é uma medida válida para avaliar o estado de saúde das pessoas. A principal vantagem é que esta avaliação associa-se fortemente com o estado real ou objetivo de saúde das pessoas, sugerindo que a autopercepção da saúde pode ser utilizada como uma “*proxy*” das avaliações objetivas de saúde. Além disso, por ser considerada um forte preditor de saúde e mortalidade, a mesma tem sido utilizada para estimar a expectativa de vida saudável.

Contudo, apesar de os indivíduos deste estudo, em sua maioria, terem relatado um bom estado de saúde (47,5%), a presença de doença crônica foi informada por 50,4% dos participantes, sendo elas principalmente a hipertensão (70,7%) e as lombalgias (20,9%). Foi comum, também, o relato de sintomas (50,0%) além da restrição das atividades habituais (19,9%) nos últimos 30 dias que antecederam a entrevista.

5.3 Acesso aos serviços de saúde

Como relatado anteriormente, os fatores relacionados ao acesso aos serviços de saúde foram coletados com o tempo recordatório de 12 meses que antecederam a pesquisa.

5.3.1 Características do acesso aos serviços de saúde

Nossos resultados mostraram que todos os indivíduos referiram ter um serviço de saúde que acessam regularmente, sendo as unidades básicas os majoritariamente referidos pela população (83,2%) embora a procura pelo hospital também tenha sido bastante citada (59,6%). Além disso, práticas comuns, como uso de medicação caseira (61,3%), práticas de “curandeiro” (10,4%) e automedicação (48,4%) também foram relatadas como uso regular para resolver seus problemas de saúde.

Apesar do uso destas práticas comuns realizadas pelos entrevistados, mais da metade dos participantes (61,8%) declarou ter consultado algum profissional de saúde por no mínimo 3 vezes durante todo o ano além de que 16,0% foram internados para a solução do problema de saúde. Os principais motivos relatados para a internação no último ano foram tratamento clínico (54,3%), parto (22,8%) e cirurgia (17,3%) (TAB. 2).

Ressalta-se que 60,3% dos indivíduos relataram que esperam meses para consultar com especialista e/ou realizar algum tipo de exame especializado. Em determinadas situações esta espera pode chegar a mais de 3 meses (39,7%). Deve-se lembrar que, neste caso assim como algumas internações e serviços de média e alta complexidade o paciente, em geral é encaminhado a outro município através do Tratamento Fora do Domicílio (TFD) (TAB. 2).

TABELA 2
Distribuição da população do estudo de acordo com o acesso aos serviços de saúde, nos últimos 12 meses que antecederam a pesquisa. Jequitinhonha, Minas Gerais, 2009 (n = 1.235).

Variáveis	n	%
Número de internações ^{n = 198}		
1 vez	154	77,8
≥ 2 vezes	44	22,2
Principal atendimento ^{d n = 198}		
Tratamento clínico	107	54,3
Cirurgia	45	22,8
Parto	34	17,3
Consulta profissional de saúde		
Não	174	14,1
Sim	1061	85,9
Número de consultas		
1 - 2 vezes	405	38,2
≥ 3 vezes	656	61,8
Espera por exames - consultas especializadas ^{n = 211}		
Não	153	72,5
Sim	58	27,5
Tempo de espera ^{n = 211}		
1 - 2 meses	35	60,3
≥ 3 meses	23	39,7
Serviço ou práticas de uso regular ^d		
Posto de Saúde - sim	1028	83,2
Medicação caseira - sim	757	61,3
Hospital - sim	736	59,6
Automedicação - sim	598	48,4
Farmácia - sim	503	40,7
ACS - sim	431	34,9
Policlínica - sim	387	31,3
Consultório particular - sim	216	17,5
Curandeiro - sim	129	10,4

Nota: ^d As outras opções menos citadas não foram inseridas na tabela; ^{n = 198} Número de indivíduos incluídos nesta análise; ^{n = 211} Número de indivíduos incluídos nesta análise; ACS - Agente Comunitário de Saúde.

5.3.2 Análise bivariada dos fatores relacionados ao acesso aos serviços de saúde nos últimos 12 meses que antecederam a entrevista

Nossos resultados mostraram que a localização dos centros de saúde não foi um obstáculo ao acesso aos serviços, visto que não houve relação estatisticamente significativa entre a distância dos mesmos e os domicílios dos participantes. Vale ressaltar que apenas os indivíduos pertencentes ao PSF Centro e

São José responderam as perguntas referentes ao tempo de espera por consultas e/ou exames especializados.

Em relação ao gênero, nossos dados mostraram que as mulheres acessaram mais o serviço hospitalar para internação do que os homens (OR = 1,47; IC 95%: 1,04 - 2,08) (TAB. 3). O mesmo aconteceu na procura por consultas médicas (OR = 0,35; IC 95%: 0,25 - 0,49) (TAB. 4) e espera por exames e/ou consultas especializadas, porém este último em maior proporção (OR = 2,47; IC 95%: 1,10 - 5,68) (TAB. 5), sendo ambas as diferenças altamente significativas.

A idade apresentou-se diversa no acesso aos serviços de saúde. Ao avaliarmos internação, verificamos que ocorreu principalmente entre os indivíduos com idade maior ou igual a 60 anos (OR = 1,68; IC 95%: 1,00 - 2,84) (TAB. 3). O mesmo não aconteceu na busca por consulta com profissionais de saúde que foi maior entre os indivíduos um pouco mais novos (50 a 59 anos) que, quando comparados com os jovens (18 - 29 anos) apresentaram uma diferença estatisticamente significativa (OR = 0,44; IC 95%: 0,25 - 0,79) (TAB. 4). Quanto à espera por consultas e/ou exames especializados, não foi encontrada associação significativa (TAB. 5).

A escolaridade dos indivíduos não interferiu no acesso aos serviços de saúde, visto que não houve associação significativa entre os dados. Em contrapartida, ao analisarmos a ocupação dos participantes, percebemos que os assalariados acessaram menos o serviço de internação (OR = 0,51; IC 95%: 0,35 - 0,76) (TAB. 3) além de terem consultado menos com profissionais de saúde (OR = 0,48; IC 95%: 0,31 - 0,76) (TAB. 4). Da mesma forma a espera por exames e/ou consultas especializadas foi menor entre os assalariados, mas a diferença não foi significativa (OR = 0,59; IC 95%: 0,27 - 1,28) (TAB. 5).

Vale ressaltar que os indivíduos da classe média acessaram os serviços de saúde com mais frequência apesar de não ter sido encontrada significância estatística (TAB. 3-5). Porém, quando avaliamos apenas a renda familiar *per capita* percebemos que os indivíduos que referiam uma renda mensal menor ou igual a R\$465,00 consultaram o profissional de saúde com maior frequência (TAB. 4). No caso das variáveis internação e espera por consulta e/ou exame especializado o acesso foi maior entre os indivíduos que relataram melhor renda (\geq R\$466,00) (TAB. 3 e 5).

TABELA 3

Frequência, *odds ratio* (OR) e intervalo de confiança (IC 95%) dos fatores demográficos e socioeconômicos em relação ao acesso aos serviços de saúde (internação hospitalar) nos últimos 12 meses antecedentes a pesquisa. Jequitinhonha, Minas Gerais, 2009 (n = 1.235).

Variáveis	Acesso			
	Internação hospitalar		OR	IC 95%
	Não n (%)	Sim n (%)		
Centros de Saúde				
UBS Centro	207 (20,0)	41 (20,7)	1,10	0,64 - 1,87
Policlínica	257 (24,8)	49 (24,7)	1,05	0,65 - 1,76
Aldeia	177 (17,1)	32 (16,2)	1,00	-
São José	190 (18,3)	39 (19,7)	1,14	0,66 - 1,95
Santo Antônio	206 (19,9)	37 (18,7)	0,99	0,58 - 1,71
Sexo				
Masculino	387 (37,3)	57 (28,8)	1,00	-
Feminino	650 (62,7)	141 (71,2)	1,47 *	1,04 - 2,08
Faixa etária (anos)				
18 - 29	203 (19,6)	39 (19,7)	1,38	0,78 - 2,45
30 - 39	177 (17,1)	36 (18,2)	1,46	0,81 - 2,62
40 - 49	179 (17,3)	25 (12,6)	1,00	-
50 - 59	184 (17,7)	29 (14,6)	1,13	0,61 - 20,8
≥ 60	294 (28,4)	69 (34,8)	1,68 *	1,00 - 2,84
Escolaridade ^b				
Analfabeto	277 (26,7)	62 (31,3)	1,23	0,78 - 1,94
1 - 4	296 (28,5)	57 (28,8)	1,07	0,68 - 1,70
5 - 8	236 (22,8)	38 (19,2)	0,89	0,54 - 1,47
≥ 9	226 (22,0)	41 (20,7)	1,00	-
Ocupação				
Aposentado	245 (23,6)	67 (33,8)	1,00	-
Assalariado	491 (47,3)	69 (34,8)	0,51 **	0,35 - 0,76
Não trabalha	301 (29,0)	62 (31,3)	0,75	0,50 - 1,13
Tipo de moradia				
Própria	814 (78,5)	152 (76,8)	0,91	0,62 - 1,32
Não própria	223 (21,5)	46 (23,2)	1,00	-
Motocicleta				
Não	933 (90,0)	179 (90,4)	1,05	0,61 - 1,82
Sim	104 (10,0)	19 (9,6)	1,00	-
Bicicleta				
Não	554 (53,4)	108 (54,5)	1,05	0,76 - 1,44
Sim	483 (46,6)	90 (45,5)	1,00	-
Renda familiar per capita ^e				
≤ R\$ 465,00	910 (87,8)	177 (89,4)	0,85	0,51 - 1,42
≥ R\$ 466,00	127 (12,2)	21 (10,6)	1,00	-
Auxílio Governo				
Não	612 (59,0)	115 (58,1)	0,96	0,70 - 1,33
Sim	425 (41,0)	83 (41,9)	1,00	-
Classificação Socioeconômica ^c				
Pobre	425 (41,0)	80 (40,4)	1,00	-
Média	612 (59,0)	118 (59,6)	1,02	0,74 - 1,41

Nota: * $p \leq 0,001$; ** $p < 0,05$ (Teste Qui-quadrado de Pearson); ^b Escolaridade em anos de estudo; ^e Salário mínimo vigente em 2009; ^c Classificação do nível socioeconômico; OR - *Odds Ratio*; IC 95% - Intervalo de Confiança de 95%; UBS - Unidade Básica de Saúde.

TABELA 4
 Frequência, *odds ratio* (OR) e intervalo de confiança (IC 95%) dos fatores demográficos e socioeconômicos em relação ao acesso aos serviços de saúde (consulta com profissional de saúde) nos últimos 12 meses antecedentes a pesquisa. Jequitinhonha, Minas Gerais, 2009 (n = 1.235).

Variáveis	Acesso			
	Consulta com profissional de saúde		OR	IC 95%
	Não n (%)	Sim n (%)		
Centros de Saúde				
UBS Centro	31 (17,8)	217 (20,5)	0,99	0,56 - 1,74
Policlínica	44 (25,3)	262 (24,7)	0,84	0,49 - 1,42
Aldeia	36 (20,7)	173 (16,3)	0,68	1,39 - 1,18
São José	33 (19,0)	196 (18,5)	0,84	0,48 - 1,47
Santo Antônio	30 (17,2)	213 (20,1)	1,00	-
Sexo				
Masculino	101 (58,0)	343 (32,3)	0,35 *	0,25 - 0,49
Feminino	73 (42,0)	718 (67,7)	1,00	-
Faixa etária (anos)				
18 - 29	48 (27,6)	194 (18,3)	0,44 **	0,25 - 0,79
30 - 39	27 (15,5)	186 (17,5)	0,75	0,39 - 1,44
40 - 49	30 (17,2)	174 (16,4)	0,63	0,34 - 1,19
50 - 59	21 (12,1)	192 (18,1)	1,00	-
≥ 60	48 (27,6)	315 (29,7)	0,72	0,40 - 1,27
Escolaridade ^b				
Analfabeto	39 (22,4)	300 (28,3)	1,11	0,66 - 1,87
1 - 4	56 (32,2)	297 (28,0)	0,77	0,47 - 1,24
5 - 8	45 (25,9)	229 (21,6)	0,74	0,44 - 1,22
≥ 9	34 (19,5)	235 (22,1)	1,00	-
Ocupação				
Aposentado	31 (17,8)	281 (26,5)	1,00	-
Assalariado	104 (59,8)	456 (43,0)	0,48 **	0,31 - 0,76
Não trabalha	39 (22,4)	324 (30,5)	0,92	0,54 - 1,55
Tipo de moradia				
Própria	143 (82,2)	823 (77,6)	0,75	0,48 - 1,15
Não própria	31 (17,8)	238 (22,4)	1,00	-
Motocicleta				
Não	152 (87,4)	960 (90,5)	1,38	0,82 - 2,30
Sim	22 (12,6)	101 (9,5)	1,00	-
Bicicleta				
Não	93 (53,4)	569 (53,6)	1,01	0,72 - 1,41
Sim	81 (46,6)	492 (46,4)	1,00	-
Renda familiar per capita ^e				
≤ R\$ 465,00	155 (89,1)	932 (87,8)	1,13	0,66 - 1,95
≥ R\$ 466,00	19 (10,9)	129 (12,2)	1,00	-
Auxílio Governo				
Não	99 (56,9)	628 (59,2)	1,10	0,78 - 1,54
Sim	75 (43,1)	433 (40,8)	1,00	-
Classificação Socioeconômica ^c				
Pobre	72 (41,4)	433 (40,8)	1,00	-
Média	102 (58,6)	628 (59,2)	1,02	0,73 - 1,44

Nota: * p≤0,001; ** p<0,05 (Teste Qui-quadrado de Pearson); ^b Escolaridade em anos de estudo; ^e Salário mínimo vigente em 2009; ^c Classificação do nível socioeconômico; OR - *Odds Ratio*; IC 95% - Intervalo de Confiança de 95%; UBS - Unidade Básica de Saúde

TABELA 5

Freqüência, *odds ratio* (OR) e intervalo de confiança (IC 95%) dos fatores demográficos e socioeconômicos em relação ao acesso aos serviços de saúde (espera por exame e/ou consulta especializada) nos últimos 12 meses antecedentes a pesquisa. Jequitinhonha, Minas Gerais, 2009 (n = 211).

Variáveis	Acesso			
	Espera por exame e/ou consulta especializada			
	Não n (%)	Sim n (%)	OR	IC 95%
Centros de Saúde				
UBS Centro	97 (63,4)	42 (7,4)	1,52	0,75 - 3,11
Policlínica	-	-	-	-
Aldeia	-	-	-	-
São José	56 (36,6)	16 (27,6)	1,00	-
Santo Antônio	-	-	-	-
Sexo				
Masculino	52 (34,0)	10 (17,2)	1,00	-
Feminino	101 (66,0)	48 (82,8)	2,47 *	1,10 - 5,68
Faixa etária (anos)				
18 - 29	21 (13,7)	7 (12,1)	1,00	-
30 - 39	30 (19,6)	3 (5,2)	0,30 #	0,05 - 1,52
40 - 49	27 (17,6)	7 (12,1)	0,78	0,20 - 2,98
50 - 59	27 (17,6)	16 (27,6)	1,78	0,55 - 5,85
≥ 60	48 (31,4)	25 (43,1)	1,56	0,53 - 4,70
Escolaridade ^b				
Analfabeto	19 (12,4)	8 (13,8)	1,00	-
1 - 4	44 (28,8)	19 (32,8)	1,03	0,35 - 3,09
5 - 8	45 (29,4)	13 (22,4)	0,69	0,22 - 2,17
≥ 9	45 (29,4)	18 (31,0)	0,95	0,32 - 2,87
Ocupação				
Aposentado	40 (26,1)	19 (32,8)	1,00	-
Assalariado	82 (53,6)	23 (39,7)	0,54	0,27 - 1,28
Não trabalha	31 (20,3)	16 (27,6)	1,09	0,44 - 2,65
Tipo de moradia				
Própria	111 (72,5)	49 (84,5)	2,06	0,88 - 4,95
Não própria	42 (27,5)	9 (15,5)	1,00	-
Motocicleta				
Não	123 (80,4)	48 (82,8)	1,17	0,50 - 2,79
Sim	30 (19,6)	10 (17,2)	1,00	-
Bicicleta				
Não	83 (54,2)	35 (60,3)	1,28	0,66 - 2,49
Sim	70 (45,8)	23 (39,7)	1,00	-
Renda familiar per capita ^e				
≤ R\$ 465,00	106 (69,3)	37 (63,8)	1,00	-
≥ R\$ 466,00	47 (30,7)	21 (36,2)	1,28	0,64 - 2,53
Auxílio Governo				
Não	123 (80,4)	50 (86,2)	1,52	0,61 - 3,89
Sim	30 (19,6)	8 (13,8)	1,00	-
Classificação Socioeconômica ^c				
Pobre	39 (25,5)	15 (25,9)	1,00	-
Média	102 (58,6)	628 (59,2)	1,02	0,47 - 2,08

Nota: * p≤0,001; # Teste Exato de Fisher (célula com valor < 5); ^b Escolaridade em anos de estudo; ^e Salário mínimo vigente em 2009; ^c Classificação do nível socioeconômico; OR - *Odds Ratio*; IC 95% - Intervalo de Confiança de 95%; UBS - Unidade Básica de Saúde.

No que se refere a percepção do próprio estado de saúde, os resultados mostraram que quanto melhor for esta percepção, menos os indivíduos acessaram os serviços sendo esta diferença significativa em todos os serviços avaliados (TAB. 6-8).

TABELA 6
 Frequência, *odds ratio* (OR) e intervalo de confiança (IC 95%) das condições de saúde em relação ao acesso aos serviços de saúde (internação hospitalar) nos últimos 12 meses antecedentes a pesquisa. Jequitinhonha, Minas Gerais, 2009 (n = 1.235).

Variáveis	Acesso Internação hospitalar			
	Não n (%)	Sim n (%)	OR	IC 95%
Autopercepção estado de saúde				
Muito bom	224 (21,6)	27 (13,6)	0,43 *	0,26 - 0,70
Bom	503 (48,5)	84 (42,4)	0,60 *	0,42 - 0,84
Ruim	310 (29,9)	87 (43,9)	1,00	-
Doenças crônicas				
Não	534 (51,5)	78 (39,4)	0,06 *	0,01 - 0,10
Sim	53 (48,5)	120 (60,6)	1,00	-
Tipo doença crônica^{a d}				
<i>Hipertensão</i>				
Não	146 (28,1)	42 (34,7)	1,00	-
Sim	374 (71,9)	79 (65,3)	0,73	0,47 - 1,14
<i>Lombalgias</i>				
Não	404 (77,7)	103 (85,1)	1,64	0,93 - 2,93
Sim	116 (22,3)	18 (14,9)	1,00	-
<i>Doença do coração</i>				
Não	478 (91,9)	103 (85,1)	0,50 **	0,27 - 0,95
Sim	42 (8,1)	18 (14,9)	1,00	-

Nota: * $p \leq 0,001$; ** $p < 0,05$ (Teste Qui-quadrado de Pearson); ^a Mais de uma resposta por indivíduo; ^d As outras opções menos citadas não foram inseridas na tabela; OR - *Odds Ratio*; IC 95% - Intervalo de Confiança de 95%.

Como era de se esperar os indivíduos que relataram ser portador de doença crônica em geral procuraram os serviços de saúde mais frequentemente do que os não portadores, sendo essas diferenças significativas (TAB. 6-8). Porém ao avaliarmos separadamente cada uma das doenças crônicas mais citadas pelos entrevistados como hipertensão, lombalgias e doença do coração a presença destas nem sempre, esteve relacionada a um maior acesso a estes serviços (TAB. 6-8).

TABELA 7

Freqüência, *odds ratio* (OR) e intervalo de confiança (IC 95%) das condições de saúde em relação ao acesso aos serviços de saúde (consulta com profissional de saúde) nos últimos 12 meses antecedentes a pesquisa. Jequitinhonha, Minas Gerais, 2009 (n = 1.235).

Variáveis	Acesso			
	Consulta com profissional de saúde		OR	IC 95%
	Não n (%)	Sim n (%)		
Autopercepção estado de saúde				
Muito bom	52 (29,9)	199 (18,8)	0,37 *	0,23 - 0,60
Bom	87 (50,0)	500 (47,1)	0,56 **	0,36 - 0,86
Ruim	35 (20,1)	362 (34,1)	1,00	-
Doenças crônicas				
Não	126 (72,4)	486 (45,8)	0,32 *	0,22 - 0,47
Sim	48 (27,6)	575 (54,2)	1,00	-
Tipo doença crônica ^{a d}				
<i>Hipertensão</i>				
Não	30 (55,6)	159 (26,9)	0,29 **	0,16 - 0,54
Sim	24 (44,4)	429 (73,1)	1,00	-
<i>Lombalgias</i>				
Não	42 (77,2)	465 (79,2)	1,09	0,53 - 2,22
Sim	12 (22,2)	122 (20,8)	1,00	-
<i>Doença do coração</i>				
Não	50 (92,6)	531 (90,5)	0,76 [#]	0,22 - 2,30
Sim	4 (7,4)	56 (9,5)	1,00	-

Nota: * $p \leq 0,001$; ** $p < 0,05$ (Teste Qui-quadrado de Pearson); [#] Teste Exato de Fisher (célula com valor < 5); ^a Mais de uma resposta por indivíduo; ^d As outras opções menos citadas não foram inseridas na tabela; OR - *Odds Ratio*; IC 95% - Intervalo de Confiança de 95%.

TABELA 8
 Frequência, *odds ratio* (OR) e intervalo de confiança (IC 95%) das condições de saúde em relação ao acesso aos serviços de saúde (espera por exame e/ou consulta especializada) nos últimos 12 meses antecedentes a pesquisa. Jequitinhonha, Minas Gerais, 2009 (n = 211).

Variáveis	Acesso			
	Espera por exame e/ou consulta especializada			
	Não n (%)	Sim n (%)	OR	IC 95%
Autopercepção estado de saúde				
Muito bom	35 (22,9)	8 (13,8)	0,37 **	0,13 - 1,03
Bom	84 (54,9)	29 (50,0)	0,56	0,27 - 1,18
Ruim	34 (22,2)	21 (36,2)	1,00	-
Doenças crônicas				
Não	75 (49,0)	18 (31,0)	1,00	-
Sim	78 (51,0)	40 (69,0)	2,14 **	1,08 - 4,27
Tipo doença crônica^{a d}				
<i>Hipertensão</i>				
Não	39 (41,9)	19 (44,2)	1,00	-
Sim	54 (58,1)	24 (55,8)	0,91	0,41 - 2,02
<i>Lombalgias</i>				
Não	82 (88,2)	27 (62,8)	0,23 *	0,09 - 0,59
Sim	11 (11,8)	16 (37,2)	1,00	-
<i>Doença do coração</i>				
Não	85 (91,4)	36 (83,7)	0,48	0,15 - 1,62
Sim	8 (8,6)	7 (16,3)	1,00	-

Nota: * $p \leq 0,001$; ** $p < 0,05$ (Teste Qui-quadrado de Pearson); ^a Mais de uma resposta por indivíduo; ^d As outras opções menos citadas não foram inseridas na tabela; OR - *Odds Ratio*; IC 95% - Intervalo de Confiança de 95%.

5.3.3 Análise multivariada do acesso aos serviços de saúde

A regressão logística multivariada foi utilizada para determinar o efeito independente da associação entre as covariáveis e o acesso aos serviços de saúde nos últimos 12 meses. Foram incluídas no modelo as covariáveis que apresentaram um nível de significância de $p < 0,20$ na análise bivariada.

Para a construção do modelo final do acesso aos serviços de saúde, os fatores avaliados foram, a consulta com profissional de saúde, internação hospitalar e espera por consultas e exames especializados. O período recordatório como já mencionado foi relativo aos últimos 12 meses que antecederam a pesquisa.

Foram incluídas as covariáveis para internação (sexo, ocupação, autopercepção do estado de saúde, presença de doenças crônicas, presença de hipertensão e doenças do coração), para consulta com profissional de saúde (sexo,

idade, escolaridade, ocupação, renda familiar *per capita*, plano de saúde, autopercepção do estado de saúde, presença de doença crônica e presença de hipertensão) e enfim para espera por consultas e/ou exames especializados (sexo, idade, ocupação, autopercepção do estado de saúde, presença de doença crônica e presença de lombalgias).

Embora a presença de doenças crônicas não apresentasse associação significativa com internação hospitalar após o ajuste dos dados, ao avaliarmos separadamente a hipertensão arterial, percebemos que os indivíduos acometidos por essa doença crônica apresentaram menor acesso a este serviço sendo essa relação estatisticamente significativa (OR = 0,61; IC 95%: 0,36 - 0,86). Em contrapartida, estão os indivíduos portadores de doença do coração que acessaram mais frequentemente esse serviço. Essa diferença mostrou-se significativa mesmo após o ajuste dos dados (TAB. 9).

Quando comparados com os indivíduos aposentados, os assalariados (OR = 0,57; IC 95%: 0,36 - 0,94) mantiveram um menor acesso aos serviços de internação. O mesmo ocorreu ao analisarmos os indivíduos que não trabalhavam (OR = 0,48; IC 95%: 0,28 - 0,84) (TAB. 9).

TABELA 9
 Modelo final de regressão logística múltipla tendo como variável dependente o acesso aos serviços de saúde (internação hospitalar) nos últimos 12 meses. Jequitinhonha, Minas Gerais, 2009 (n = 1.235).

Variáveis	OR (IC 95%)	p-valor
Ocupação		
Aposentado	1,00	-
Assalariado	0,57 (0,36 - 0,93)	0,02
Não trabalha	0,48 (0,28 - 0,84)	0,01
Autopercepção estado de saúde		
Muito bom	0,84 (0,40 - 1,76)	0,65
Bom	0,56 (0,28 - 0,84)	0,00
Ruim	1,00	-
Hipertensão arterial		
Não	1,00	-
Sim	0,61 (0,36 - 0,86)	0,02
Doença do coração		
Não	0,51 (0,28 - 0,93)	0,02
Sim	1,00	-

Nota: Teste de Hosmer e Lemeshow: $p=0,882$; OR - Odds Ratio; IC 95% - Intervalo de Confiança de 95%.

No que se refere a consultas com profissionais de saúde, após o ajuste do modelo, nem todas as covariáveis incluídas na análise mantiveram associação com o acesso aos serviços de saúde analisados. Esta associação esteve presente entre as covariáveis sexo, faixa etária, presença de doença crônica e hipertensão arterial (TAB. 10).

Nossos dados mostraram que os homens acessaram menos os serviços de saúde em busca de consultas com profissionais (OR = 0,34; IC 95%: 0,19 - 0,63). Como era esperado, ainda estão incluídos entre os indivíduos que procuraram menos pelo profissional de saúde, os que relataram ausência de doenças crônicas (OR = 0,21; IC 95%: 0,06 - 0,66) e aqueles não portadores de hipertensão arterial (OR = 0,31; IC 95%: 0,16 - 0,58) (TAB. 10).

Da mesma forma, quando comparados com os indivíduos mais jovens (18 - 29 anos) os participantes com idade entre 30 - 59 anos acessaram os serviços mais frequentemente, sendo estas diferenças estatisticamente significativas. Ademais os indivíduos que mais acessaram o serviço para atendimento profissional foram aqueles com idade entre 40 - 49 anos (OR = 5,21; IC 95%: 1,47 - 18,44).

TABELA 10

Modelo final de regressão logística múltipla tendo como variável dependente o acesso aos serviços de saúde (consulta com profissional de saúde) nos últimos 12 meses. Jequitinhonha, Minas Gerais, 2009 (n = 1.235).

Variáveis	OR (IC 95%)	p-valor
Sexo		
Masculino	0,34 (0,19 - 0,63)	0,00
Feminino	1,00	-
Faixa etária (anos)		
18 - 29	1,00	-
30 - 39	3,69 (1,03 - 13,16)	0,04
40 - 49	5,21 (1,47 - 18,44)	0,01
50 - 59	2,96 (1,08 - 8,10)	0,03
≥ 60	1,50 (0,64 - 3,51)	0,34
Presença de doença crônica		
Não	0,21 (0,06 - 0,66)	0,00
Sim	1,00	-
Hipertensão		
Não	0,31 (0,16 - 0,58)	0,00
Sim	1,00	-

Nota: Teste de Hosmer e Lemeshow: p=0,689; OR - Odds Ratio; IC 95% - Intervalo de Confiança de 95%.

Nossos dados mostraram que apenas as variáveis autopercepção do estado de saúde e a presença de lombalgias mantiveram associação com a espera por consultas e/ou exames especializados após o ajuste do modelo. Quando comparamos as pessoas que autodeclararam possuir uma saúde ruim com as que a qualificaram como boa, percebemos uma menor espera no acesso a serviços de consultas e/ou exames especializados para este último grupo (OR = 0,28; IC 95%: 0,11 - 0,71). Essa diferença apresentou-se significativa após o ajuste dos dados (TAB. 11). Da mesma forma, por se tratar de uma doença crônica que necessite de cuidados especializados, a lombalgia foi um fator predisponente no acesso a este serviço (TAB. 11).

TABELA 11

Modelo final de regressão logística múltipla tendo como variável dependente o acesso aos serviços de saúde (aguardando exame e/ou consulta especializada) nos últimos 12 meses. Jequitinhonha, Minas Gerais, 2009 (n = 211).

Variáveis	OR (IC 95%)	p-valor
Autopercepção estado de saúde		
Muito bom	0,46 (0,2 - 1,81)	0,27
Bom	0,28 (0,11 - 0,71)	0,00
Ruim	1,00	-
Lombalgias		
Não	0,15 (0,05 - 0,41)	0,00
Sim	1,00	-

Nota: Teste de Hosmer e Lemeshow: p=0,830; OR - Odds Ratio; IC 95% - Intervalo de Confiança de 95%.

5.4 Utilização dos serviços de saúde

5.4.1 Características da utilização dos serviços de saúde

Foram incluídos nessa análise apenas os indivíduos que relataram atendimento pelos serviços de saúde nos últimos 30 dias anteriores à realização da entrevista, que representou 49,1% (n = 606) da população. Na maioria dos casos, os participantes procuraram pelos serviços apenas uma vez (68,2%), sendo que a procura foi principalmente por terem apresentado algum sintoma ou doença (39,6%), para controle das doenças crônicas (22,8%) ou para a solicitação de medicamentos (8,3%) (TAB. 12).

Os serviços mais procurados foram os centros de saúde da área de abrangência do morador (61,4%). Os motivos que levaram os participantes a procurarem por atendimento nestas unidades foi o fato de estarem cadastrados nesses serviços (55,3%) e residirem próximo a eles (28,4%). Ressaltamos que 12,4% dos indivíduos não utilizaram os serviços por terem seus problemas de saúde resolvidos pelos ACS por ocasião de visita domiciliar (TAB. 12).

Em geral os indivíduos foram atendidos na primeira vez que procuraram os serviços de saúde (89,9%). Os principais motivos relatados pelos que não foram atendidos foram a ausência de profissionais de saúde no local (45,9%) e de fichas para atendimento médico (41,0%). A falta de medicação no posto de saúde também foi mencionada como uma das causas para o não atendimento (18,0%) pelo fato

destas unidades, salvo a Policlínica fornecerem medicamentos apenas para hipertensão e diabetes (TAB. 12).

TABELA 12
Distribuição da população do estudo de acordo com a primeira utilização dos serviços de saúde, nos últimos 30 dias que antecederam a pesquisa. Jequitinhonha, Minas Gerais, 2009 (n = 606).

Variáveis	n	%
Número de procura por serviço de saúde		
1 vez	413	68,2
≥ 2 vezes	193	31,8
Principal motivo de procura ^{a d}		
Sintoma ou doença	240	39,6
Controle de doenças crônicas	138	22,8
Medicação	50	8,3
Primeiro local de procura ^d		
Posto de Saúde	372	61,4
ACS	75	12,4
Hospital	63	10,4
Farmácia	24	4,0
Procurou por ^{a d}		
Decisão própria - sim	140	23,1
Próximo a casa - sim	172	28,4
Cadastro - sim	335	55,3
Atendimento domiciliar / ACS - sim	73	12,0
Atendido na primeira procura		
Não	61	10,1
Sim	545	89,9
Motivos não atendimento ^{a d}		
Profissional não atendendo - sim	28	45,9
Não haver vaga (fichas) - sim	25	41,0
Falta de medicamento na farmácia - sim	11	18,0

Nota: ^a Mais de uma resposta por indivíduo; ^d As outras opções menos citadas não foram inseridas na tabela; ACS - Agente Comunitário de Saúde.

Como já dito anteriormente, a resolutividade dos serviços é adequada, pois os usuários relataram ter seu problema de saúde resolvido na primeira procura pelo centro de saúde, sendo que apenas 25,4% retornaram ao serviço pelo mesmo motivo. Este retorno pode ter sido por motivo de não atendimento anterior, para buscar medicamento, ou para reavaliação clínica (TAB. 13).

TABELA 13
Distribuição da população do estudo de acordo com a última utilização dos serviços de saúde, nos últimos 30 dias que antecederam a pesquisa. Jequitinhonha, Minas Gerais, 2009 (n = 606).

Variáveis	n	%
Voltou a procurar [†]		
Não	454	74,6
1 vez	98	16,2
≥ 2 vezes	56	9,2
Último local de procura ^d		
Posto de Saúde	80	51,9
Hospital	20	13,0
Farmácia	17	11,0
Procurou por ^{a d}		
Cadastro - sim	68	44,2
Decisão própria - sim	46	29,9
Próximo a casa - sim	43	27,9
Pagou pelo atendimento - sim	53	8,7
Receitado medicamento - sim	421	69,5
Recebimento gratuito		
Não	175	41,6
Sim	222	52,7
Em parte	24	5,7
Comprou medicamento		
Não	21	10,6
Sim	178	89,4
Tempo de espera pela consulta		
Menos 30 minutos	370	61,3
Mais 30 minutos	161	26,7
Atendimento domiciliar / ACS	73	12,1
Transporte utilizado ^d		
A pé	290	48,0
Ônibus	138	22,8
Não houve deslocamento / visita domiciliar	73	12,1
Tempo de deslocamento		
Menos 30 minutos	328	54,3
Mais 30 minutos	203	33,6
Atendimento domiciliar / ACS	73	12,1
Qualidade do atendimento		
Muito bom	401	53,7
Bom	287	38,4
Ruim	59	7,9
Melhorias no serviço ^{a d}		
Ampliar médicos no centro de saúde - sim	538	43,6
Ampliar médicos especialistas - sim	474	38,4
Ampliar médicos no hospital - sim	369	29,9
Facilidade exames especializados - sim	233	18,9
Ampliar fornecimento de medicação - sim	180	14,6
Melhorias na infra-estrutura dos centros de saúde - sim	174	14,1
Profissionais mais cordiais - sim	170	13,8
Tempo médico ser ampliado - sim	136	11,0
Unidade de saúde mais próxima de casa - sim	74	6,0
Satisfeito - sim	224	18,1

Nota: [†] Voltou a procurar o serviço de saúde pelo mesmo motivo; ^d As outras opções menos citadas não foram inseridas na tabela; ^a Mais de uma resposta por indivíduo; ACS - Agente Comunitário de Saúde.

Assim como na primeira busca por atendimento aqueles que necessitaram voltar ao serviço de saúde pelo mesmo motivo, o fizeram, em sua maioria, por mais uma vez (16,2%). O que levou os participantes a procurarem por atendimento especificamente nos centros de saúde foi principalmente pelo fato de estarem cadastrados nos serviços (44,2%). Ressalta-se que houve uma procura maior pela farmácia para consulta ou compra de medicamentos (11,0%) (TAB. 13).

Os serviços de saúde de Jequitinhonha são predominantemente públicos e a maior parte dos indivíduos foi atendido e receberam medicamentos gratuitamente por meio do SUS. Apesar disso, um elevado percentual de indivíduos (89,4%) necessitou comprar os medicamentos prescritos por não ter conseguido recebê-los gratuitamente, seja pela falta da medicação ou por ela não fazer parte da lista de medicamentos fornecidos pelo Ministério da Saúde. Por outro lado, apenas um pequeno número de indivíduos pagou pela consulta médica (8,7%) (TAB. 13).

Em geral o tempo de espera para o atendimento foi curto e em 61,3% dos casos não ultrapassou aos 30 minutos assim como o tempo gasto para o deslocamento do indivíduo do seu domicílio até o serviço de saúde. Este pequeno tempo no deslocamento é reflexo da distribuição das unidades de saúde dentro do município que estão localizadas estrategicamente próximas dos domicílios, não sendo necessário transporte para chegar a eles. Quando é necessário o tratamento fora do município, seja para a realização de consultas e/ou exames especializados não fornecidos pelo município, o ônibus é utilizado para transporte destes pacientes em alternância com a ambulância (TAB. 13).

Quanto aos serviços recebidos, os participantes fizeram uma avaliação positiva, ou seja, muito bom (53,7%) e bom (38,4%) (TAB. 13). Mesmo assim, foi mencionada a necessidade de melhorias principalmente um maior número de médicos nos centros de saúde e no hospital, ampliação do número de médicos especialistas e maior agilidade na realização de exames especializados, dentre outras (FIG. 13).

Dentre os que não procuraram o serviço de saúde nos últimos 30 dias antecedentes à pesquisa (50,9%), o principal motivo apontado foi o fato de não ter havido necessidade (65,0%). Em geral, os indivíduos preferem a automedicação (21,9%) e fazem uso de medicação caseira ou chás (10,2%). Outros fatores foram mencionados como, indisponibilidade de vagas (3,8%) e demora no atendimento (3,7%) além da falta de profissionais (3,3%).

5.4.2 Fatores sociais envolvidos no acesso e na utilização dos serviços de saúde

Sabe-se que o nível de solidariedade dos indivíduos constitui um aspecto essencial para o acesso e a utilização dos serviços de saúde de uma comunidade. Sua avaliação foi feita por meio da frequência com que os indivíduos ajudam uns aos outros na busca pelos serviços de saúde. As ações mais citadas no intuito de acessar e utilizar os serviços de saúde foi como acompanhante do usuário ou providenciando transporte. Apenas 1,1% dos entrevistados relataram participar de grupos comunitários para discutir as melhorias nos serviços de saúde. Porém, a maioria dos informantes afirmaram que aceitariam participar destes grupos caso fossem convidados (TAB. 14).

TABELA 14
Distribuição da população do estudo de acordo com os fatores sociais.
Jequitinhonha, Minas Gerais, 2009 (n = 606).

Variáveis	n	%
Auxílio no acesso ou utilização		
Não	685	55,5
Sim	550	44,5
Tipo de ajuda ^{a d}		
Como acompanhante - sim	349	63,5
Providenciando transporte - sim	320	58,2
Identificando o serviço - sim	115	20,9
Pagando o tratamento - sim	78	14,2
Pagando o transporte - sim	68	12,4
Participação comunitária		
Não	260	21,1
Sim	962	77,9
Já participo	13	1,1

Nota: ^a Mais de uma resposta por indivíduo; ^d As outras opções menos citadas não foram inseridas na tabela.

5.4.3. Análise bivariada dos fatores relacionados à utilização dos serviços de saúde

Neste estudo considerou-se utilização o atendimento do usuário nos serviços de saúde nos últimos 30 dias anteriores à realização da entrevista (n = 1.235). A não utilização foi referida por aqueles que não procuraram pelos serviços neste período de referência ou, se procuraram, não foram atendidos. Nossos resultados mostraram que 49,1% da população relataram atendimento referente à própria saúde. Essa utilização foi maior na Policlínica Alvorada e menor na UBS Aldeia (TAB. 15).

As mulheres utilizaram mais os serviços de saúde em busca de atendimento (OR = 1,55; IC 95%: 1,22 - 1,97). Como se sabe, os indivíduos mais velhos apresentam maiores acometimentos por morbidades o que justifica maior utilização dos serviços de saúde. Nossos resultados mostraram que os participantes de 18 a 49 anos foram os que menos utilizaram os serviços de saúde, principalmente entre aqueles com idade entre 30 - 39 anos (OR = 0,55; IC 95%: 0,36 - 0,82) (TAB. 15).

Em relação a escolaridade a menor utilização ocorreu entre os indivíduos mais estudados. Esta relação pôde ser percebida nos indivíduos que possuem entre 5 a 8 anos de estudo (OR = 0,50; IC 95%: 0,36 - 0,70), e acima de 9 anos de estudo (OR = 0,47; IC 95: 0,33 - 0,65) (TAB. 15).

O fato dos indivíduos assalariados trabalharem em sua maioria durante o horário de funcionamento dos serviços de saúde pode justificar a menor utilização dos serviços quando comparados com os indivíduos aposentados (OR = 0,48; IC 95%: 0,36 - 0,64). Em contrapartida, estão os indivíduos que não trabalham que utilizaram mais os serviços de saúde (OR = 1,71; IC 95%: 1,25 - 2,36) (TAB. 15).

No que se refere a condição socioeconômica do indivíduo, observamos que não houve associação estatisticamente significativa entre aqueles que utilizaram e não utilizaram os serviços de saúde. Mas, ao avaliarmos a renda familiar *per capita* esta sim, foi determinante para essa utilização. Nossos resultados mostraram que os indivíduos que relataram receber uma renda inferior a um salário mínimo apresentaram maiores chances de utilização quando comparados com os indivíduos que fazem parte do grupo que possui maior renda (TAB. 15).

TABELA 15
 Frequência, *odds ratio* (OR) e intervalo de confiança (IC 95%) dos fatores demográficos e socioeconômicos e das condições de moradia em relação à utilização dos serviços de saúde nos últimos 30 dias antecedentes a pesquisa. Jequitinhonha, Minas Gerais, 2009 (n = 1.235).

Variáveis	Utilização			
	Não n (%)	Sim n (%)	OR	IC 95%
Centros de Saúde				
UBS Centro	151 (24,0)	97 (16,0)	0,48 *	0,33 - 0,70
Policlínica	147 (23,4)	159 (26,2)	0,81	0,57 - 1,15
Aldeia	117 (18,6)	92 (15,2)	0,59 **	0,40 - 0,87
São José	110 (17,5)	119 (19,6)	0,81	0,55 - 1,18
Santo Antônio	104 (16,5)	139 (22,9)	1,00	-
Tipo de moradia				
Própria	504 (80,1)	462 (76,2)	0,80	0,60 - 1,05
Não própria	80 (12,7)	84 (13,9)	1,00	-
Sexo				
Masculino	257 (40,9)	187 (30,9)	1,00	-
Feminino	372 (59,1)	419 (69,1)	1,55 *	1,22 - 1,97
Faixa etária (anos)				
18 - 29	140 (22,3)	102 (16,8)	0,56 **	0,38 - 0,83
30 - 39	125 (19,9)	88 (14,5)	0,55 *	0,36 - 0,82
40 - 49	118 (18,8)	86 (14,2)	0,56 **	0,38 - 0,85
50 - 59	93 (14,8)	120 (34,7)	1,00	-
≥ 60	153 (24,3)	210 (34,7)	1,06	0,74 - 1,52
Escolaridade ^b				
Analfabeto	139 (22,1)	200 (33,0)	1,00	-
1 - 4	170 (27,0)	183 (30,2)	1,04	0,77 - 1,40
5 - 8	159 (25,3)	115 (19,0)	0,50 *	0,36 - 0,70
≥ 9	161 (25,6)	108 (17,8)	0,47 *	0,33 - 0,65
Ocupação				
Aposentado	121 (19,2)	191 (31,5)	1,00	-
Assalariado	319 (50,7)	241 (39,8)	0,48 *	0,36 - 0,64
Não trabalha	189 (30,0)	174 (28,7)	1,71 *	1,25 - 2,36
Renda familiar per capita ^e				
≤ R\$ 465,00	542 (86,2)	545 (89,9)	1,43 **	1,00 - 2,06
≥ R\$ 466,00	87 (13,8)	61 (10,1)	1,00	-
Auxílio Governo				
Não	372 (59,1)	355 (58,6)	1,02	0,81 - 1,29
Sim	257 (40,9)	251 (41,4)	1,00	-
Motocicleta				
Não	563 (86,5)	549 (90,6)	1,13	0,76 - 1,67
Sim	66 (10,5)	57 (9,4)	1,00	-
Bicicleta				
Não	319 (50,7)	343 (56,6)	1,27 **	1,01 - 1,60
Sim	310 (49,3)	263 (43,4)	1,00	-
Classificação Socioeconômica ^c				
Pobre	245 (30,9)	260 (42,9)	1,00	-
Média	384 (61,0)	346 (57,1)	0,85	0,67 - 1,07

Nota: * $p \leq 0,001$; ** $p < 0,05$ (Teste Qui-quadrado de Pearson); ^b Escolaridade em anos de estudo; ^e Salário mínimo vigente em 2009; ^c Classificação do nível socioeconômico; OR - *Odds Ratio*; IC 95% - Intervalo de Confiança de 95%; UBS - Unidade Básica de Saúde.

Interessante notar que os indivíduos que avaliaram seu estado de saúde como ruim utilizaram mais os serviços de saúde. Portanto, os indivíduos que possuíam uma percepção muito boa do seu estado de saúde foram quem menos utilizaram os serviços sendo essa relação estatisticamente significativa (OR = 0,25; IC 95%: 0,17 - 0,35) (TAB. 16).

Outro fator que favoreceu a utilização dos serviços nos últimos 30 dias foi à presença de doença crônica. Foi observado que os indivíduos que relataram não possuir qualquer tipo de doença crônica apresentaram apenas 0,32 (OR = 0,32; IC 95%: 0,25 - 0,41) vezes a chance de utilização dos serviços de saúde quando comparados com os indivíduos acometidos por qualquer tipo de doença crônica. Por exemplo, as pessoas que utilizaram o serviço de saúde eram principalmente aquelas portadoras de hipertensão arterial (OR = 2,65; IC 95%: 1,84 - 3,83) (TAB. 16).

Ainda neste contexto, a maior utilização também esteve entre aqueles indivíduos que apresentaram sintomas e restrição das atividades habituais nos últimos 30 dias anteriores a entrevista. Ambos os resultados apresentaram relações estatisticamente significativas (TAB. 16).

TABELA 16
 Freqüência, *odds ratio* (OR) e intervalo de confiança (IC 95%) das condições de saúde em relação à utilização dos serviços de saúde nos últimos 30 dias antecedentes a pesquisa. Jequitinhonha, Minas Gerais, 2009.

(Continua)

Variáveis	Utilização			
	Não	Sim	OR	IC 95%
Autopercepção estado de saúde				
Muito bom	179 (28,5)	72 (11,9)	0,25 **	0,17 - 0,35
Bom	299 (47,5)	288 (47,5)	0,59 **	0,45 - 0,77
Ruim	151 (24,0)	246 (40,6)	1,00	-
Presença de doença crônica				
Não	397 (63,1)	215 (35,5)	0,32 *	0,25 - 0,41
Sim	232 (36,9)	391 (64,5)	1,00	-
Tipo doença crônica ^{a d}				
Hipertensão				
Não	103 (42,0)	85 (21,5)	1,00	-
Sim	142 (58,0)	311 (78,5)	2,65 *	1,84 - 3,83
Presença de sintomas ^g				
Não	409 (65,0)	209 (34,5)	0,28 *	0,22 - 0,36
Sim	220 (35,0)	397 (65,5)	1,00	-

Variáveis	Utilização			
	Não	Sim	OR	IC 95%
Restrição de atividades^g				
Não	557 (88,6)	432 (71,3)	0,32 *	0,23 - 0,44
Sim	72 (11,4)	174 (28,7)	1,00	-

(Conclusão)

Nota: * $p \leq 0,001$; ** $p < 0,05$ (Teste Qui-quadrado de Pearson); ^a Mais de uma resposta por indivíduo; ^d As outras opções menos citadas não foram inseridas na tabela; ^g Nos últimos 30 dias que antecederam a pesquisa; OR - *Odds Ratio*; IC 95% - Intervalo de Confiança de 95%.

5.4.4 Análise multivariada da utilização dos serviços de saúde

A regressão logística multivariada foi utilizada para determinar o efeito independente da associação entre as covariáveis e a utilização dos serviços de saúde nos últimos 30 dias. Foram incluídas no modelo as covariáveis que apresentaram um nível de significância de $p < 0,20$ na análise univariada.

Para a construção do modelo final da utilização dos serviços de saúde nos últimos 30 dias, foram incluídas as covariáveis faixa etária, sexo, escolaridade, ocupação, renda mensal *per capita*, condição socioeconômica, autopercepção do estado de saúde, presença de doença crônica, presença de hipertensão arterial, presença de lombalgias, presença de doença do coração, presença de sintoma nos últimos 30 dias que antecederam a pesquisa e restrição de atividades habituais durante este mesmo período.

Após ajuste do modelo, percebemos que quanto menor a escolaridade dos indivíduos, maior a chance de utilização dos serviços de saúde. O que está de certa forma relacionado com o fato dos indivíduos mais velhos, portadores de doença crônica e os que relataram presença de sintomas nos últimos 30 dias são os que mais frequentemente utilizam os serviços (TAB. 17).

TABELA 17
Modelo final de regressão logística múltipla da utilização dos serviços de saúde nos últimos 30 dias. Jequitinhonha, Minas Gerais, 2009 (n = 606).

Variáveis	OR (IC 95%)	p-valor
Escolaridade ^b		
Analfabeto	1,00	-
1 - 4	0,74 (0,48 - 1,11)	0,15
5 - 8	0,55 (0,33 - 0,91)	0,02
≥ 9	0,44 (0,26 - 0,74)	0,00
Presença de sintomas ^g		
Não	1,00	-
Sim	2,46 (1,74 - 3,48)	0,00
Hipertensão arterial		
Não	1,00	-
Sim	2,44 (1,68 - 3,54)	0,00
Lombalgias		
Não	1,00	-
Sim	1,72 (1,14 - 2,61)	0,00

Nota: Teste de Hosmer e Lemeshow: p=0,799; ^b Escolaridade em anos de estudo; ^g Nos últimos 30 dias que antecederam a entrevista; OR - Odds Ratio; IC 95% - Intervalo de Confiança de 95%.



Discussão

6 DISCUSSÃO

O presente estudo investigou determinantes do acesso e da utilização dos serviços de saúde em indivíduos residentes em área urbana do município de Jequitinhonha. Permitiu, também, identificar a forma como são utilizados os diferentes tipos de serviços de saúde oferecidos, além de obter informações inerentes aos usuários.

Os resultados aqui apresentados evidenciam a importância dos estudos de base populacional, pois permitem uma melhor aproximação com a realidade de saúde de uma determinada população. Permitiu, ainda, a avaliação de múltiplos fatores que interferem e que determinam as características de acesso e utilização dos serviços.

De acordo com Fernandes (2008), o sistema de saúde possui duas metas principais: a otimização da saúde da população e a minimização das disparidades entre subgrupos populacionais, de modo que determinados grupos não estejam em desvantagem em relação ao acesso aos serviços de saúde. Sugere, ainda, que os serviços de saúde sejam direcionados para a proteção e promoção de saúde, centrados na qualidade, incluindo a relação custo-efetividade, a cobertura universal, o acesso equitativo, além de serem embasados por valores de dignidade humana, equidade, solidariedade e ética profissional (STARFIELD, 2002).

A maioria dos serviços referidos pelos entrevistados como acesso habitual de atenção à saúde está localizada no próprio município. Estes foram os postos de saúde e o hospital. Dentre os serviços ofertados no âmbito hospitalar está a internação. Em geral entre os indivíduos internados a frequência foi de apenas uma vez, sendo os principais motivos, tratamentos clínicos, cirurgia e parto, dados também encontrados em outros estudos (CASTRO; TRAVASSOS; CARVALHO, 2002; PEIXOTO *et al.*, 2004; CASTRO, 2006).

Nossos resultados assim mostraram que as mulheres acessaram mais os serviços de internação (OR = 1,47; IC 95%: 1,04 - 2,08). Este dado apesar de não ter se mantido significativo após o ajuste do modelo mostra que essa maior probabilidade de internação das mulheres pode estar relacionada às diferenças de morbidade por sexo e conseqüentemente de necessidade e de atendimentos referentes à própria saúde como discutido em outros estudos (NEWBOLD; EYLES;

BIRCH, 1995; CASTRO; TRAVASSOS; CARVALHO, 2002; PINHEIRO *et al.*, 2002; TRAVASSOS; VIACAVA, 2007).

Da mesma forma que entre as mulheres, os indivíduos com idade maior ou igual a 60 anos acessaram mais os serviços de internação quando comparados aos indivíduos mais jovens (OR = 1,68; IC 95%: 1,00 - 2,84). Dados estes que não mantiveram significância após o ajuste do modelo. Como se sabe, os indivíduos mais velhos tendem a buscar mais por atendimentos relacionados à própria saúde pela maior ocorrência de doenças.

Ao avaliarmos a ocupação dos participantes os resultados mostraram que entre os aposentados o acesso ao serviço de internação foi maior quando comparados aos outros indivíduos, o que mostra a coerência com a faixa etária dos participantes que apresentaram maior acesso ao serviço de internação. Estes são justamente os indivíduos mais velhos, o que corrobora com o descrito na literatura quanto à necessidade de maiores cuidados referente à própria saúde por parte dos indivíduos mais velhos como já referido (COSTA; FACCHINI, 1997; PINHEIRO; TRAVASSOS, 1999; MENDOZA-SASSI; BÉRIA, 2001; SAÉZ, 2003).

A autopercepção do estado de saúde também favoreceu o acesso à internação hospitalar pelos indivíduos participantes do estudo. Por exemplo, os indivíduos que relataram um estado de saúde bom internaram menos (OR_{ajustado} = 0,56; IC 95%: 0,28 - 0,84). Neste mesmo contexto ao compararmos os portadores de doença crônica com os que não possuíam agravos crônicos percebemos que estes últimos internaram menos (OR = 0,06; IC 95%: 0,01 - 0,10). Apesar da significância não ter-se mantido após o ajuste do modelo, esses dados mostraram que o fato de ser portador de doenças crônicas torna o indivíduo mais predisponente para internação, fato já discutido em outros estudos (RAMOS; SIMÕES; ALBERT, 2001; ALMEIDA *et al.*, 2002; VERAS, 2002; ESTRELLA *et al.*, 2009). Da mesma forma, mesmo após o ajuste do modelo, os portadores de doença do coração acessaram mais o serviço de internação hospitalar quando comparados aos indivíduos não doentes, sendo essa relação estatisticamente significativa.

Em contrapartida, já os indivíduos hipertensos tiveram menor acesso a esses serviços sendo essa relação estatisticamente significativa (OR_{ajustado} = 0,61; IC 95%: 0,36 - 0,86). Este fato pode ser explicado devido ao controle de doenças crônicas estarem entre os motivos mais citados entre os entrevistados ao buscarem pelo atendimento nas Unidades Básicas de Saúde.

Nossos resultados apontaram uma grande parcela de indivíduos que procuram por profissionais de saúde. Aproximadamente 86,0% dos entrevistados afirmaram ter consultado com estes profissionais nos últimos 12 meses. Esta consulta em sua maioria foi realizada por mais de duas vezes (61,8%). Este resultado apresentou uma concentração maior de consultas do que a preconizada no Brasil, que refere a duas consultas por habitante/ano (COSTA; FACCHINI, 1997; CAPILHEIRA; SANTOS, 2006). Entretanto, Travassos e Viacava (2007) referenciam esse número de consultas como possivelmente continuidade do cuidado prestado, ou seja, aos cuidados subseqüentes que, em sua maioria, são necessários entre os idosos e portadores de doenças crônicas que, neste estudo, representam a maior parte dos indivíduos.

As diferenças de morbidades relacionadas ao sexo e a necessidade de busca por atendimento relacionado à própria saúde possivelmente fez com que os homens permanecessem acessando menos este serviço. Estes resultados também foram encontrados em diversos estudos (COSTA; FACCHINI, 1997; TRAVASSOS *et al.*, 2002; MENDOZA-SASSI; BÉRIA; BARROS, 2003; SAÉZ, 2003; CAPILHEIRA; SANTOS, 2006).

O mesmo pôde ser evidenciado com relação a faixa etária e a presença de doença crônica. Os indivíduos mais novos consultaram menos com os profissionais de saúde quando comparados aos outros indivíduos mais velhos, assim como os não portadores de doença crônica sendo ambas as diferenças estatisticamente significativas mesmo após o ajuste final do modelo, dados também encontrados em outros estudos (COSTA; FACCHINI, 1997; TRAVASSOS *et al.*, 2002; MENDOZA-SASSI; BÉRIA; BARROS, 2003; SAÉZ, 2003; CAPILHEIRA; SANTOS, 2006).

Ainda com relação à presença de doença crônica como era esperado já que o controle de doenças crônicas aparece como um dos principais motivos de acesso aos serviços de saúde, encontramos associação significativa entre a presença de hipertensão arterial e consultas com profissionais de saúde, assim como em outros estudos (COSTA; FACCHINI, 1997; TRAVASSOS *et al.*, 2002; MENDOZA-SASSI; BÉRIA; BARROS, 2003; SAÉZ, 2003; CAPILHEIRA; SANTOS, 2006). Em geral a procura por serviços de saúde em busca de atendimento profissional ocorre majoritariamente quando há presença de sintoma ou algum sinal de doença, ou seja, é mais curativo do que preventivo. Em nosso estudo, a autopercepção do estado de saúde dos indivíduos não manteve relação com consultas com profissionais de

saúde após o ajuste dos dados apesar de ter sido encontrada associação na análise bivariada. De modo geral, os estudos têm mostrado que os indivíduos que percebem seu estado de saúde como ruim acessam mais os serviços de saúde para atendimento com esses profissionais (TRAVASSOS *et al.*, 2002; MENDOZA-SASSI; BÉRIA; BARROS, 2003).

No que se refere ao nível socioeconômico sabe-se que os indivíduos pertencentes à classe média e com renda familiar *per capita* mais elevada, possuem maior probabilidade de atendimento pelos profissionais de saúde (COSTA; FACCHINI, 1997; BÓS; BÓS, 2004). Portanto, podemos afirmar com os nossos resultados que não há evidência de iniquidade em Jequitinhonha no que se refere à saúde visto que não houve relação estatisticamente significativa entre renda familiar *per capita*, classificação socioeconômica e acesso a consultas com profissionais de saúde. Resultados semelhantes foram também descritos por Mendoza-Sassi, Béria e Barros (2003) e Travassos *et al.* (2002).

Ainda no contexto de iniquidade nos acessos aos serviços de saúde, estudos de base populacional, têm evidenciado que esta pode ser evidenciada, também, pela escolaridade dos indivíduos (COSTA; FACCHINI, 1997; MENDOZA-SASSI; BÉRIA; BARROS, 2003; SAÉZ, 2003; BÓS; BÓS, 2004; RIBEIRO *et al.*, 2006; RODRIGUES *et al.*, 2009). No entanto, mesmo após o ajuste dos dados nossos resultados não mostraram associação significativa entre escolaridade e consultas com profissionais de saúde assim como no estudo de Capilheira e Santos (2006) afirmando a presença de equidade em saúde.

Nossos resultados mostraram dificuldades evidenciadas pela demora em obter encaminhamentos ou realização de exames e/ou consultas especializadas. Em aproximadamente 40,0% dos casos foi superior a três meses, refletindo na qualidade dos serviços especializados ofertados pelo município. De acordo com Travassos e Viacava (2007), este acesso limitado a esses serviços resultam em agravamento desnecessário do estado de saúde.

Vale ressaltar que mesmo não mantendo significância após o ajuste do modelo, as mulheres esperaram mais por este serviço (OR = 2,47; IC 95%: 1,10 - 5,68). Era esperado este fato tendo em vista que as mulheres também apresentaram maior acesso aos serviços de internação hospitalar e consulta com profissionais de saúde. Da mesma forma aqueles que perceberam seu estado de saúde como ruim

também esperaram mais por esse serviço sendo essa relação estatisticamente significativa mesmo após o ajuste dos dados.

Tendo em vista que assim como as mulheres, os informantes portadores de doença crônica em geral acessaram mais os serviços de consultas médicas e internação é de se esperar que também esperassem mais por consulta e/ou exames especializados (OR = 2,14; IC 95%: 1,08 - 4,27). Um exemplo disso é quando analisamos os indivíduos que relataram presença de lombalgias, estes apresentaram maior chance de espera por este serviço quando comparados com os não portadores dessa doença crônica, sendo essa diferença estatisticamente significativa mesmo após o ajuste dos dados. De fato, de acordo com a literatura as lombalgias necessitam de intervenções terapêuticas, através dos cuidados dos profissionais de saúde ou dos especializados em reabilitação profissional, no intuito de reduzir ou eliminar a incapacidade (MAENO; TAKAHASHI; LIMA, 2009).

Os indivíduos quando acessam os serviços de saúde tem uma expectativa de serem atendidos nas suas necessidades. Isso significa que eles esperam utilizar estes serviços de alguma forma. De acordo com O'Donnell (2007) a utilização dos serviços de saúde é determinada, em parte, por aspectos relacionados ao sistema ou serviços de saúde e também, por aspectos relacionados ao indivíduo ou comunidade.

Assim como no acesso, o sistema público de saúde foi apontado como o mais procurado nos últimos 30 dias anteriores à pesquisa em qualquer dos dois contatos (primeira e última vez), compartilhando dos resultados de outros estudos (MARTINS, 2006; CAMPOS, 2007). Estudos também mostraram que a Atenção Básica deve se responsabilizar por 80,0% dos problemas de saúde da população de referência e resolver 95,0% deles (FACCHINI *et al.*, 2006; MARTINS, 2006; CAMPOS, 2007; SCOCHI *et al.*, 2008).

Portanto, assim como Travassos e Viacava (2007), os principais serviços de saúde utilizados pela população do nosso estudo foram os centros de saúde e os hospitais. Esse padrão possivelmente reflete a oferta de serviços disponível a essa população à época do estudo, polarizada entre serviços de baixa densidade tecnológica e o hospital, o que reflete a carência de serviços especializados e baixa adequação dos cuidados prestados.

Assim como no acesso, as mulheres utilizaram mais os serviços de saúde (OR = 1,55; IC 95%: 1,22 - 1,97), confirmando os resultados encontrados em

estudos desenvolvidos em vários países (COSTA; FACCHINI, 1997; TRAVASSOS *et al.*, 2002; MENDOZA-SASSI; BÉRIA; BARROS, 2003; SAÉZ, 2003; PARSLOW *et al.*, 2004).

Mesmo não apresentando relação estatisticamente significativa após o ajuste dos dados, é relevante discutir a questão de gênero com a assistência a saúde, pois homens e mulheres apresentam características diferenciadas tanto biológicas, quanto de exposição ao risco de adoecer e socioculturais. Ademais homens e mulheres expressam e percebem o estado de saúde e a presença de doenças de forma diferenciada, o que influencia nas suas decisões de procurar por atendimento (TRAVASSOS *et al.*, 2002). Outra justificativa para essa maior utilização feminina é o receio dos homens em admitir precisar de cuidados médicos, simplesmente por razões referentes ao comportamento machista (KASSOUF, 2005; TAVARES; GUIDETTI; SAÚDE, 2008).

Outro fator que também apresentou predisposição à utilização dos serviços de saúde foi a faixa etária. A utilização foi maior entre os indivíduos mais velhos. O fato destes indivíduos apresentarem maiores chances de utilização dos serviços pode ser justificado pela percepção do estado de saúde que sofre mudanças em função de transformações nas condições biológicas que ocorre ao longo da vida, além da deterioração das condições fisiológicas, e da variação do perfil de morbidade (FOLLAND; GOODMAN; STANO, 2001; MENDOZA-SASSI; BÉRIA, 2001; PINTO; SORANZ, 2004). Portanto, nossos dados confirmam a idéia de maior utilização entre indivíduos nos extremos da cadeia etária, pela maior ocorrência de doenças e maior necessidade de prevenção nessas faixas de idade, em comparação com o restante da população (COSTA; FACCHINI, 1997; PINHEIRO; TRAVASSOS, 1999; MENDOZA-SASSI; BÉRIA, 2001; SAÉZ, 2003).

O que se percebe ao avaliarmos a escolaridade é a redução progressiva do uso dos serviços à medida que a escolaridade dos indivíduos aumenta. A justificativa para tal fato talvez seja o maior conhecimento sobre os problemas de saúde e como evitá-los. Este conhecimento refere-se a uma boa alimentação, exercícios físicos, dentre outros, melhorando a qualidade de vida do indivíduo e minimizando a busca por serviços relacionados à própria saúde (NORONHA; ANDRADE, 2001; VIACAVA *et al.*, 2001; KASSOUF, 2005).

Os dados socioeconômicos também representam um fator importante na utilização dos serviços, além de determinar a equidade em saúde (COSTA;

FACCHINI, 1997; MENDOZA-SASSI; BÉRIA, 2001; TRAVASSOS *et al.*, 2002). Dentre os fatores socioeconômicos estudados estão a ocupação, a renda familiar *per capita* e a classificação socioeconômica do indivíduo.

Quanto a ocupação, os assalariados quando comparados com os aposentados utilizaram menos os serviços de saúde (OR = 0,48; IC 95%: 0,36 - 0,64). Uma razão pode ser talvez porque os indivíduos assalariados além trabalharem no horário de funcionamento das unidades de saúde, pertenciam na maioria das vezes a faixa etária mais jovem que normalmente procuram os serviços de saúde com menos frequência. Em contrapartida os indivíduos que não trabalham utilizaram mais os serviços de saúde (OR = 1,71; IC 95%: 1,25 - 2,36), dados também encontrados por Goldbaum *et al.* (2005). Uma possível justificativa para essa maior utilização pode estar o perfil dos indivíduos do grupo que não trabalha que é formado principalmente por estudantes, que são anteriormente indivíduos mais jovens que pertencem ao extremo da cadeia etária já discutida acima, donas de casa, no caso mulheres que também apresentam relação com o uso dos serviços de saúde e desempregados que estando em casa também apresentam maiores chances de utilização devido à maior disponibilidade ao uso dos serviços.

Nossos resultados apontaram que apesar de ser considerado por vários pesquisadores um fator impactante nas condições de saúde dos indivíduos a renda familiar *per capita* mensal não manteve associação significativa após o ajuste dos dados. Apesar disso, vale a pena ressaltar que, os indivíduos que relataram ter menor rendimento familiar mensal *per capita* utilizaram mais os serviços de saúde (OR = 1,43; IC 95%: 1,00 - 2,06). No entanto, este resultado diferencia-se dos apresentados na literatura que mencionam uma maior utilização entre as pessoas com maior rendimento mensal (COSTA; FACCHINI, 1997; PINHEIRO; TRAVASSOS, 1999; TRAVASSOS *et al.*, 2000; NERI; SOARES, 2002; LIMA-COSTA; FIRMO; UCHOA, 2004).

Diversas justificativas são encontradas para justificar tal resultado. Dentre elas está o fato de que os indivíduos com menor rendimento mensal tendem a ter uma menor expectativa de vida, a permanecer mais dias de suas vidas vitimados por moléstias e sofrer limitações relevantes de suas atividades habituais (COSTA; FACCHINI, 1997; PINHEIRO; TRAVASSOS, 1999; TRAVASSOS *et al.*, 2000; NERI; SOARES, 2002; LIMA-COSTA; FIRMO; UCHOA, 2004). No entanto é importante lembrar que essa informação (renda familiar *per capita*), mesmo que coletada,

poderia estar subestimada, pois o entrevistado pode não ter relatado todo o recebimento mensal do domicílio (ROOS; SHAPIRO, 1981). Outra justificativa é a escolaridade que atua diretamente sobre a saúde dos indivíduos (SIQUEIRA-BATISTA; SCHRAMM, 2005). A população pobre é composta em sua maioria por analfabetos ou com baixa escolaridade implicando, na maioria das vezes, no desconhecimento dos mecanismos de adoecimento e formas de prevenção. O fato dos indivíduos com menor renda familiar *per capita* e com menor escolaridade apresentarem maior utilização dos serviços de saúde implica em maior acesso a esses serviços contribuindo para equidade em saúde (BÓS; BÓS, 2004).

Portanto, nossos resultados indicaram que não há desigualdade social na utilização dos serviços. A maior igualdade social está representada por taxas de utilização superior entre os participantes de piores condições financeiras (neste estudo representado por renda familiar *per capita* inferior ou igual a R\$465,00) e dentre aqueles pertencentes ao grupo socioeconômico pobre. Pôde-se inferir, pelos resultados deste estudo, que a política de saúde dessa região conseguiu incluir um maior número de pessoas de baixa renda ao não diminuir a utilização dos serviços de saúde nesse grupo.

A utilização aos serviços de saúde refere-se a qualquer motivo ou tipo de serviço prestado - preventivo ou curativo. O conhecimento dos possíveis fatores associados à utilização dos serviços tem sido focado no estado de saúde do indivíduo que, por sua vez, tem um papel fundamental para explicar a procura por atendimento relacionado à própria saúde. Nesse sentido, nossos resultados assim como no estudo realizado por Mendoza-Sassi, Béria e Barros (2003), demonstraram que os participantes que referiram um estado de saúde muito bom (OR = 0,25; IC 95%: 0,17 - 0,35) utilizaram menos os serviços de saúde quando comparados aos que afirmaram possuir um estado de saúde ruim.

Entretanto, para Kassouf (2005) a autopercepção do estado de saúde pode ser considerada endógena, visto que o melhor estado de saúde do indivíduo pode reduzir a sua procura por atendimento ou, o fato do indivíduo procurar mais vezes por atendimento médico, pode elevar o seu estado de saúde. Além disso, esta autopercepção do estado de saúde pode ser influenciada por fatores demográficos e socioeconômicos, pela presença de doenças crônicas, pela capacidade funcional (atividades de vida diária - AVD, atividades instrumentais de vida diária - AIVD) e pela presença de morbidade (BARON-EPEL; KAPLAN, 2001; DACHS, 2002;

MARCELLINI *et al.*, 2002; SEN, 2002; BAILIS; SEGALL; CHIPPERFIELD, 2003; ALVES, 2004; LIMA-COSTA; FIRMO; UCHOA, 2004).

A necessidade em saúde determinada pela morbidade referida também é considerada um determinante de utilização aos serviços assim como a presença de sintomas, dias restringidos de atividades habituais e o número de enfermidades crônicas. Esta necessidade aqui discutida pode ser concebida como qualquer distúrbio da saúde e do bem-estar, tanto do ponto de vista do paciente como do profissional, que possa acarretar demanda ao sistema de saúde por prevenção, cura ou reabilitação (SAÉZ, 2003).

Nossos resultados apontaram para a associação significativa entre a presença de pelo menos uma doença crônica com a utilização dos serviços de saúde. Porém, apesar da morbidade referida implicar no aumento da probabilidade do indivíduo em utilizar os serviços de saúde, corroborando com dados de outros estudos (SAÉZ, 2003; ALVES, 2004), parte destes (36,9%) não buscou por atendimento no último mês anterior a pesquisa. Este evento pode ser justificado pelo fato de que estando em tratamento e possivelmente com as doenças controladas, os indivíduos podem se considerar saudáveis (OMS, 2003; ALVES, 2004).

As doenças crônicas que determinaram a utilização dos serviços de saúde foram a hipertensão arterial ($OR_{ajustado} = 2,44$; IC 95%: 1,68 - 3,54) e a lombalgia ($OR_{ajustado} = 1,72$; IC 95%: 1,14 - 2,61). Este achado sustenta a existência de associação positiva entre uso dos serviços de saúde e a presença de problemas relacionados à própria saúde, como as morbidades auto-referidas, discutidas em vários estudos (COSTA; FACCHINI, 1997; TRAVASSOS *et al.*, 2000; MENDOZA-SASSI; BÉRIA, 2001; ALVES, 2004). Evidencia-se, portanto, a importância de tratamentos preventivos e de melhoria da qualidade de vida que busquem o estado de saúde adequado da população e redução da demanda por serviços de saúde (COSTA; FACCHINI, 1997; MENDOZA-SASSI; BÉRIA, 2001; SAÉZ, 2003; KASSOUF, 2005).

Nossos dados mostraram, assim como no estudo de Kolk *et al.* (2002), que outros fatores preponderantes às visitas aos serviços de saúde são a presença de sintoma e a restrição de atividades habituais nos últimos 30 dias anteriores a entrevista. Os indivíduos que relataram presença de sintomas ($OR_{ajustado} = 2,46$; IC 95%: 0,25 - 0,74) e restrição de atividades habituais utilizaram mais os serviços de saúde.

Esta demanda pelos serviços de saúde do município decorrente fundamentalmente de condições relacionadas à presença de sintomas (39,6%) e controle de doenças crônicas (22,8%), também foram descritas em outros estudos (SILVA; FILHO, 2000; TRAVASSOS; VIACAVA, 2007). Estes afirmam a idéia de que as ações curativas representam a maior porcentagem das utilizações quando comparados com as ações preventivas. Além do mais revelam a persistência do modelo assistencial dominante, centrado no atendimento médico-hospitalar, curativo, e na demanda espontânea dos serviços (RAMOS; LIMA, 2003; SCHIMITH; LIMA, 2004).

Ao descrever a utilização dos serviços, também percebemos que o fato de o indivíduo ser cadastrado no serviço foi o motivo que, isoladamente, se associou à maior proporção de escolhas por parte dos usuários em ambos os contatos, na procura por serviços de saúde. Essa maior utilização dos serviços de referência foi descrita também por diversos autores (FACCHINI *et al.*, 2006; MARTINS, 2006; TRAVASSOS; OLIVEIRA; VIACAVA, 2006; CAMPOS, 2007; FERNANDES, 2008; SCOCHI *et al.*, 2008) e está de acordo com o preconizado pelo PSF. Além disso, a proximidade da residência do centro de saúde também foi descrita nos estudos de Traverso-Yépez e Morais (2004) e Martins (2006) como a escolha do local a ser buscado em caso de necessidades de saúde muitas vezes não pela qualidade do serviço prestado, e sim, pela proximidade de sua residência.

Sabe-se que após a implantação do PSF as pessoas mudaram seu comportamento e passaram a procurar menos os hospitais e os serviços de urgência. Porém, pôde-se perceber uma parcela de indivíduos que ainda optam por esses serviços em busca de atendimento referente à própria saúde, ou como primeiro local procurado em caso de necessidades de saúde, nos casos de encaminhamento profissional de saúde ou em horário em que a Atenção Básica não estava disponível.

A visita domiciliar corresponde a uma das principais atividades do ACS e é através dela que o profissional efetua o cadastramento e acompanhamento das famílias, trabalho educativo, orientações de promoção da saúde e prevenção de doenças, marcação de consultas e até mesmo o encaminhamento para a unidade de saúde, quando julgar necessário. Sendo assim, a mesma apareceu entre as opções de auxílio em busca de cuidados relacionados à própria saúde.

A atuação do ACS possibilita a construção de um elo entre o indivíduo e os serviços de saúde, contribuindo para uma menor procura e utilização sem que essa conduta signifique necessariamente diminuição no acesso ou desassistência. As necessidades nestes casos podem estar sendo atendidas via ACS, sem que para isso o indivíduo tenha que se deslocar até a unidade de saúde (SILVA; DALMASO, 2002; GOLDBAUM *et al.*, 2005; SLALINSKI; SCOCHI; MATHIAS, 2006). O fato do atendimento domiciliar e as visitas do profissional ACS terem aparecido como um dos motivos relatados pelos usuários pode ser justificado pela atividade mensal (visita domiciliar) realizada por este profissional, ou até mesmo pela busca deste em uma necessidade de saúde por parte dos usuários.

Nossos dados apontaram que uma pequena parcela dos entrevistados relatou não ter conseguido atendimento na primeira busca por serviço de saúde. Os impedimentos mais citados para essa ocorrência foram a falta de profissional atendendo, a falta de fichas, e de medicamentos na farmácia. Vale destacar que algumas respostas, como por exemplo, serviço incompatível com as necessidades, filas grandes e serviço ou equipamento não disponível, apesar de apresentarem um percentual pouco expressivo, representaram obstáculos ligados à organização dos serviços de saúde ofertados.

A falta de profissional no serviço pode ser justificada tanto pela não permanência nos serviços, principalmente o profissional médico, o que faz com que algumas equipes de saúde da família fiquem descobertas, quando pela falta de alguns especialistas no município, favorecendo o aumento do número de indivíduos não atendidos. Já a falta de vagas e a ocorrência de filas em busca de atendimento podem ser reflexo dos serviços prestados semanal ou até mesmo mensal dos profissionais especialistas, além da falta de agendamento para consultas diárias pela maioria das ESF.

Apesar de assim como descrito por Ramos e Lima (2003), as ESF do município adotarem o método de atendimento da demanda espontânea, algumas trabalham com a marcação de todos os usuários para um mesmo horário. Após a triagem pelo enfermeiro ou técnico de enfermagem, o usuário pode ou não ser atendido, repassando sua vaga para outro usuário. Este fato parece apontar para uma polarização na dinâmica do atendimento, em que o usuário ou consegue o atendimento imediato ou tem este serviço postergado (MARTINS, 2006). Portanto, parece haver por parte das unidades básicas, dificuldades de responder a demanda

assistencial, fato também encontrado na literatura (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999; RAMOS; LIMA, 2003; FORTES; SPINETTI, 2004; SCHIMITH; LIMA, 2004). Além disso, o atendimento da demanda espontânea tende a prejudicar o atendimento integral ao paciente e à comunidade, não havendo, em regra, um impacto positivo sobre o nível de saúde da população, além da sobrecarga do profissional que atua nesse atendimento (PAIM, 2003).

Segundo alguns autores, o agendamento prévio da consulta humaniza a assistência, facilita o acesso efetivamente e prioriza casos de risco ou grupos específicos que devem ser atendidos por determinados programas, permitindo assim alterar o modelo exclusivo do pronto atendimento. Ademais, auxilia as equipes de saúde a atender melhor à demanda assistencial propiciando uma maior vinculação com a população adstrita, assim como a responsabilização com as necessidades de saúde dos usuários (PAIM, 2003; RAMOS; LIMA, 2003; FORTES; SPINETTI, 2004; LIMA-COSTA; FIRMO; UCHOA, 2004).

Existem no município duas unidades (Policlínica e UBS Centro) que por dificuldades de capacitação de profissionais para determinadas especificidades, além de dificuldades estruturais dos demais centros de saúde oferecem serviços de referência, como especialidades médicas, odontologia, vacina, ECG, dispensação de medicamento, esterilização de materiais, dentre outros. Contudo, além destes serviços, estas unidades oferecem atendimento médico nas clínicas básicas. Sendo assim, a sobrecarga de atividades ofertadas por estas unidades possivelmente dificulta o acesso e a utilização dos usuários visto que, além da população adscrita, estas unidades recebem os usuários pertencentes a outros centros de saúde. Este fato talvez reflita na falta de medicamentos, de serviços a serem prestados, de equipamentos, dentre outros.

Nesse sentido, pode-se dizer que o município necessita de uma infraestrutura mais adequada para atender às necessidades de saúde dos moradores, visto que estes se deslocam entre as unidades de saúde em busca de atendimento não ofertado em sua unidade de referência o que dificulta ainda mais os aspectos organizacionais do acesso. Sabe-se, também, que este fato descontenta os profissionais que trabalham nestas unidades de saúde.

Contudo, o SUS orienta-se por princípios constitucionais que garantem a universalidade no acesso aos serviços de saúde. Entretanto, fatores da oferta moldam o desenho do sistema em cada localidade, dando-lhe características

particulares (TRAVASSOS; OLIVEIRA; VIACAVA, 2006). Neste sentido, os relatos dos usuários, convergem à dificuldade na continuidade da assistência, levando os usuários a procurar outros serviços para a realização de procedimentos e/ou consultas que são de responsabilidade de cada PSF, comprometendo a integralidade e longitudinalidade de atenção à saúde. Tais achados indicam que as insuficiências e as deficiências dos serviços públicos do município limitam a sua escolha por parte da população.

A resolutividade dos serviços pode ser avaliada por dois aspectos. O primeiro, do próprio serviço, quanto à capacidade de atender à sua demanda e de encaminhar os casos que necessitam de atendimento mais especializado e, o segundo, dentro do sistema de saúde, que se estende desde a consulta inicial do usuário no serviço de Atenção Primária à Saúde até a solução de seu problema em outros níveis de atenção à saúde (TURRINI; LEBRÃO; CESAR, 2008).

Reunindo-se os diferentes enfoques, é possível dizer que a resolutividade envolve aspectos relativos à demanda, à satisfação do cliente, às tecnologias dos serviços de saúde, à existência de um sistema de referência preestabelecido, à acessibilidade dos serviços, à formação dos recursos humanos, às necessidades de saúde da população, à adesão ao tratamento, aos aspectos culturais e socioeconômicos da clientela, entre outros (GENTIL; LEAL; SCARPI, 2003; KUMAR, 2004; LIU *et al.*, 2005; GERHARDT, 2006; HETZEL *et al.*, 2007; O'DONNELL, 2007). Neste sentido, nossos dados mostraram que a resolutividade dos serviços de saúde da localidade é adequada visto que a maioria dos entrevistados foi atendida na primeira vez que procuraram pelo serviço de saúde (74,6%).

É importante mencionar que os medicamentos foram receitados para a maioria dos entrevistados que procurou o serviço de saúde no último mês que antecedeu a entrevista. Esta elevada prescrição de medicamentos esteve de acordo com outros estudos que revelam elevado índice de prescrição de medicamentos resultante da consulta médica (HALAL *et al.*, 1994; LEYVA-FLORES *et al.*, 1998).

Em geral, os indivíduos receberam gratuitamente os medicamentos, mas, ainda assim, um elevado percentual dos indivíduos (89,4%) necessitou comprá-los. Seja por não ter conseguido no centro de saúde ou por estes não estar na lista de medicamentos fornecidos pelo SUS. Não obstante é importante ressaltar que 10,6% dos entrevistados, não tiveram condições de comprar os medicamentos, impossibilitando a continuidade da assistência.

Tais situações trazem implicações na qualidade e resolutividade do atendimento, no que diz respeito à oferta de medicamentos aos usuários que, por sua condição sócio-econômica, podem não ter como arcar com os custos da compra. Ademais, a obtenção de medicamentos gratuitamente é descrito em diferentes estudos como reflexo da organização dos serviços e dos recursos disponíveis para fornecê-los à população (LEMME; NORONHA; RESENDE, 1991; SOUSA, 1996). Portanto, o não fornecimento de medicamento pode provocar insatisfação tardia, o que levará o paciente a considerar o seu problema não resolvido. Este fato pode incentivá-lo a procurar outra unidade, enfatizando a idéia de Martins (2006) que retrata a busca por outro ponto de assistência que poderá ser mais tarde buscado como porta de entrada no sistema visto que a unidade de referência no momento não está disponível para atender tal demanda.

O tempo de espera na recepção dos serviços buscados mostrou que a maioria dos usuários referiu ser rapidamente atendidos. Vale ressaltar que este tempo de espera diz respeito a consultas e procedimentos nas Unidades Básicas de Saúde, além de consultas no hospital. Ao se tratar de consultas e exames especializados o mesmo não ocorreu, visto que como dito anteriormente os indivíduos aguardam até um tempo superior a três meses para conseguir tal atendimento. É importante observar que um tempo de espera excessivo pode causar implicações desfavoráveis com repercussões na qualidade de vida do paciente (LAWRENTSCHUK; HEWITT; PRITCHARD, 2003).

Os serviços de saúde buscados pela população mostraram-se próximos dos domicílios dos entrevistados, visto que a maioria declarou o tempo inferior a 30 minutos para realizar o deslocamento até a unidade de saúde. Nossos resultados corroboram com outros estudos em que, para a maioria dos entrevistados, o deslocamento de sua residência até o serviço de saúde foi considerado fácil (STARFIELD, 2002; RAMOS; LIMA, 2003). Isto se deve ao fato de que o processo de territorialização com adscrição da clientela favorece uma maior proximidade da unidade de saúde à residência das famílias, permitindo um menor tempo de deslocamento. Entretanto, um tempo superior a 30 minutos de deslocamento também foi citado por parte dos usuários. Este fato pode ser justificado pelo serviço buscado visto que a construção do Posto de Saúde Aldeia é o mais distante para os usuários.

Em geral os usuários que participaram do nosso estudo estão de certa forma satisfeitos com o serviço de saúde da localidade, uma vez que a maioria declarou como muito bom o serviço recebido, mesmo com a falta de profissionais médicos, especialistas e de alguns serviços. É importante que os trabalhadores de saúde observem e considerem a satisfação dos usuários e sua opinião sobre a necessidade de oferta de outras atividades na unidade de saúde já que essa aceitabilidade dos serviços contribui para sua maior utilização (SCOCHI *et al.*, 2008).

Entretanto, vale ressaltar que alguns pesquisadores têm buscado compreender a alta satisfação dos usuários apontando inconsistências teóricas no conceito de satisfação e relacionando aspectos metodológicos. Este elevado percentual de satisfação merece algumas considerações diante da reconhecida precariedade de alguns serviços, bem como das diversas manifestações de insatisfação e menções de necessárias melhorias no serviço encontradas em falas dos usuários e dos profissionais atuante. É possível que esses resultados favoráveis se relacionem com outros fatores decorrentes do receio por parte do usuário de perder o direito ao serviço, mesmo ele sendo precário, assim como questões políticas, ou ainda pelo modesto nível de exigência da população de baixa renda em relação à qualidade dos serviços (LEMME; NORONHA; RESENDE, 1991).

Esse tipo de resultado pode também estar relacionado com a metodologia empregada para a obtenção da informação, com o tipo de entrevistador e com a maneira pela qual as perguntas são formuladas (MINAYO, 2008). Outra explicação está no fato dos usuários responderem aquilo que o profissional de saúde ou entrevistador espera ouvir, podendo ocorrer o que se chama de viés de cortesia podendo influenciar nas respostas dos usuários e sobreestimar o nível de satisfação (FALEIROS *et al.*, 2005; FERNANDES, 2008).

A demanda dos indivíduos por melhorias foram todas voltadas para o aspecto organizacional fato percebido em outro estudo (COSTA; FACCHINI, 1997). A partir dos resultados encontrados podem-se definir prioridades administrativas para a provisão de infra-estrutura para o atendimento adequado à população. Finalmente foram analisados os motivos da não procura. Embora exista grande oferta de serviços de saúde na localidade, existe alguns problemas nessa oferta devido aos diversos fatores envolvidos na não procura por atendimento.

Nossos dados mostraram que houve pessoas que não procuraram os serviços por diferentes motivos. Starfield (2002) relata que a procura ou não pelos

serviços de saúde é atribuída a vários tipos de problemas. Têm alguns casos, a gravidade da morbidade é tão pequena que não chega a gerar demanda por serviços de saúde e a resolução ocorre por automedicação, uso de medicação caseira ou busca por recursos proporcionados por pessoas mais experientes da comunidade. Outro ponto importante é que entre as pessoas que afirmaram não haver necessidade de buscar atendimento à saúde podem estar incluídas pessoas que do ponto de vista clínico e médico deveriam fazê-lo.

Dentre as limitações deste estudo está o uso do questionário. O recordatório referente ao acesso de serviços de saúde durante os últimos 12 meses anteriores o início da pesquisa pode ter limitado a nossa análise. Além disso, apenas ao final da coleta de dados foi possível identificar as longas esperas por consultas e/ou exames especializados. Foram então incluídas questões referentes à média e alta complexidade, porém não foi possível fazer essa avaliação com todos os participantes.

Nossos resultados foram importantes para sinalizar os aspectos que se apresentaram como dificultadores do acesso e utilização da população aos serviços de Atenção Primária à Saúde, assim como os serviços de média e alta complexidade. Este cenário argumenta a favor da continuidade do estudo na região referente aos dados de média e alta complexidade.



Considerações finais

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo mostraram a complexidade em se estudar o sistema de saúde na zona rural do município de Jequitinhonha que engloba informações relacionadas ao modelo assistencial, a cobertura, ao acesso, à utilização e equidade dos serviços prestados.

A análise aqui apresentada evidenciou que o serviço de Atenção Primária em Saúde no município de Jequitinhonha não foi considerado como um problema para a maioria dos entrevistados. O estudo deixou claro, também que os problemas de acesso e utilização dos serviços de saúde não se esgotam na análise de fatores individuais, mas também no que se refere ao serviço e os obstáculos organizacionais e administrativos.

Ainda assim, pode-se dizer que ficou evidenciada a necessidade de reorganizar a atenção à saúde da população do município de Jequitinhonha. A redução das barreiras organizacionais e administrativas com adequação desta às necessidades e às características da população faz-se imperiosa para alterar as limitações de acesso e utilização dos serviços de saúde por esta população. Além disso, faz-se necessário a melhoria da infra-estrutura de algumas unidades básicas assim como a capacitação dos profissionais de saúde atuantes, além de contar com o apoio de equipe multiprofissional quando o atendimento especializado é necessário.

Foi possível perceber através deste estudo a predominância do atendimento curativo em detrimento do preventivo. As ações de promoção da saúde desenvolvidas no município ainda são desenvolvidas de modo tímido. Para se atender o indivíduo de forma humanizada e individualizada, pautadas na promoção da saúde, na integralidade e nos preceitos do SUS, não se pode dissociar o contexto educativo e cultural no qual ele se insere. Assim, a prática profissional deve estar sempre permeada de reflexões para que se possa transformá-la gerando mudanças.

Acredita-se que as mudanças, principalmente nos modos de produzir saúde, iniciam na formação dos profissionais, com a inserção da importância dos princípios do SUS nas práticas assistenciais e na mudança das relações entre equipe de saúde e o usuário, permeada numa relação cidadã e humanizada.

Dessas reflexões depreendem a necessidade de preparar profissionais que sejam capazes não só de executar técnicas de trabalho, mas que sejam críticos de sua prática e dotados de competência e conhecimentos que possibilitem a compreensão do trabalho em saúde, com autonomia e capacidade de resolver problemas, e principalmente comprometidos com a ética e com a transformação da realidade da saúde do indivíduo.

Os resultados desta pesquisa também apontaram para uma utilização de outra unidade que não a de referência como fonte regular de atenção à saúde ao longo do tempo, visto que é necessária a migração entre os serviços de saúde prestados a comunidade em busca de atendimento que pode não ser ofertado na unidade adstrita. Portanto, ficou evidenciada, a necessidade de criar mecanismos para modificar o perfil de utilização das unidades de referência para a Atenção Primária à Saúde, consolidando-as como porta de entrada do sistema.

As longas esperas por consultas e exames especializados, além da insatisfação dos usuários quanto essa questão, prejudicou a continuidade da atenção à saúde e indicou a necessidade de estudos mais detalhados que integrem e aprofundem questões relacionadas ao acesso e utilização, assim como a resolutividade, satisfação e qualidade dos serviços de média e alta complexidade. Esses aspectos põem em relevo a complexidade organizativa do sistema de saúde no Brasil, na qual o sistema público deve garantir a extensão de cobertura de serviços básicos e especializados para a população e também a cobertura em procedimentos de alta complexidade.

Medidas gerenciais como a criação do Centro Viva Vida tem procurado atenuar as dificuldades de acesso e utilização a que estão submetidos os usuários do serviço, buscando o aperfeiçoamento do trabalho. Isso demonstra uma fase de transição, na tentativa de melhor atender às necessidades da população.

Contudo, este estudo pode ser considerado como importante fonte de informação para os gestores e serviços de saúde planejarem um atendimento diferenciado. Investigações sobre o acesso e utilização do sistema público de saúde podem desvelar situações que contribuirão na formulação de ações e políticas públicas, fortalecendo os Conselhos Gestores e melhorando as condições de saúde e de vida da população. Espera-se que o município desenvolva iniciativas voltadas para a organização e oferta dos serviços, principalmente no que diz respeito à

reorientação da própria demanda espontânea em algumas unidades de saúde assim como na oferta de atendimentos voltados para a média e alta complexidade.



Referências

REFERÊNCIAS

ALEIXO, J. L. M. A Atenção Primária à Saúde e o Programa de Saúde da Família: perspectivas de desenvolvimento no início do terceiro milênio. **Revista Mineira de Saúde Pública**, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 2-16, Jan./Jun. 2002.

ALMEIDA, C. *et al.* **Projeto:** desenvolvimento de metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro (PRO-ADESS). Relatório Final. Rio de Janeiro: PRO-ADESS, 2003. 258 p.

ALMEIDA, C. M. Saúde e equidade nas reformas contemporâneas. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 54, p. 6-21, Jan./Abr. 2000.

ALMEIDA, M. F. de *et al.* Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4. p. 743-756, 2002.

ALVES, L. C. **Determinantes da auto-percepção de saúde dos idosos do município de São Paulo.** 2004. 89 f. Dissertação (Mestrado em Demografia) - Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.

ASSIS, M. M. A. *et al.* Oferta de serviços na Atenção Primária à Saúde em um município da Bahia. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, Minas Gerais, v. 11, n. 2, p. 152-162, Abr./Jun. 2008.

ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S.; NASCIMENTO, M. A. A. do. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 815-823, 2003.

BAILIS, D. S.; SEGALL, A.; CHIPPERFIELD, J. G. Two views of self-rated general health status. **Social Science and Medicine**, Oxford, v. 56, n. 2, p. 203-217, Jan. 2003.

BARON-EPEL, O.; KAPLAN, G. General subjective health status or age-related subjective health status: does it make a difference? **Social Science and Medicine**, Oxford, v. 53, n. 10, p. 1373-1381, Nov. 2001.

BODSTEIN, R. C. A. Atenção Básica na agenda da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 401-429, 2002.

BÓS, A. M. G.; BÓS, A. J. G. Determinantes na escolha entre atendimento de saúde privada e pública por idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 113-120, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Informe epidemiológico do SUS**, Brasília, ano V, n. 2, Abr./Jun. 1996. Suplemento 3.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 648 de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2006.

CAMPINO, A. C. C. *et al.* **Poverty and equity in health in Latin America and Caribbean**: results of country-case studies from Brazil, Equator, Guatemala, Jamaica, Mexico and Peru. Washington: World Bank, United Nations Development Programme, Pan American Health Organization, 1999.

CAMPOS, G. W. S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 301-306, Mar./Apr. 2007.

CAPILHEIRA, M. F.; SANTOS, I. S. dos. Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 436-443, 2006.

CASTRO, M. S. M. de. Desigualdades sociais no uso de internações hospitalares no Brasil: o que mudou entre 1998 e 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 987-998, Out./Dez. 2006.

CASTRO, M. S. M. de; TRAVASSOS, C.; CARVALHO, M. S. Fatores associados às internações hospitalares no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 795-811, 2002.

COSTA, J. S. D. da; FACCHINI, L. A. Utilização de serviços ambulatoriais em Pelotas: onde a população consulta e com que frequência. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 360-369, Aug. 1997.

DACHS, J. N. W. Using household surveys and other information sources to study health equity in Latin America and the Caribbean. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 11, n. 5/6, p. 413-417, May/June 2002.

DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration**. Cambridge: Harvard University Press, 1973. 649 p.

DONABEDIAN, A. **The definition of quality and approaches to its assessment**: explorations in quality assessment and monitoring. Chicago: Health Administration Press, 1980. 178 p. v. 1.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford University Press, 2003. 200 p.

DUARTE, C. M. R. Equidade na legislação: um princípio do sistema de saúde brasileiro? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 443-463, 2000.

ESTRELLA, K. *et al.* Detecção do risco para internação hospitalar em população idosa: um estudo a partir da porta de entrada no sistema de saúde suplementar. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 507-512, Mar. 2009.

FACCHINI, L. A. *et al.* Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 669-681, 2006.

FALEIROS, J. J. *et al.* Avaliação do impacto de um programa de puericultura na promoção da amamentação exclusiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 482-489, Mar./Abr. 2005.

FERNANDES, L. C. L. **Utilização dos serviços de saúde por uma população coberta pela Estratégia Saúde da Família**. 2008. 135 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2008.

FLEURY, S. Governabilidade e cidadania para a equidade em saúde. In: FORO INTERAMERICANO DE LIDERAZGO DE SALUD, 3., 2002, Buenos Aires. **FORO...** Buenos Aires: 2002. Disponível em: <<http://www.equidadeensalud.org>>. Acesso em: 13 Jan. 2009.

FOLLAND, S.; GOODMAN, A. C.; STANO, M. The production of health. In: _____. **The economics of health and health care**. 3. ed. Upper Saddle River: Prentice Hall, 2001. cap. 5, p. 97-140.

FORTES, P. A. C.; SPINETTI, S. R. O agente comunitário de saúde e a privacidade das informações dos usuários. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1328-1333, Set./Out. 2004.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, Abr./Jun. 1999.

GENTIL, R. M.; LEAL, S. M. R.; SCARPI, M. J. Avaliação da resolutividade e da satisfação da clientela de um serviço de referência secundária em oftalmologia da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**, São Paulo, v. 66, n. 2, p. 159-165, Mar./Abr. 2003.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2449-2463, Nov. 2006.

GOLDBAUM, M. *et al.* Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo Programa Saúde da Família (Qualis) no município de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 90-99, Fev. 2005.

GWATKIN, D. R. *et al.* **Socio-economic differences in health, nutrition, and population: Brazil 1996**. Country reports on HNP and poverty. Washington: The World Bank, 2007. 81 p. Disponível em: <<http://siteresources.worldbank.org/INTPAH/Resources/400378-1178119743396/brazil.pdf>>. Acesso em: 25 Jan. 2009.

HALAL, I. S. *et al.* Avaliação da qualidade de assistência primária à saúde em localidade urbana da região sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 131-136, 1994.

HETZEL, M. W. *et al.* Understanding and improving access to prompt and effective malaria treatment and care in rural Tanzania: the ACCESS Programme. **Malaria Journal**, London, v. 6, n. 83, 15 p., Jun. 2007.

HOUAISS, A. **Minidicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001. 256 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Dados do município de Jequitinhonha**. 2004. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 1 Jan. 2009.

_____. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD / 2003. **Acesso e utilização de serviços de saúde**. Rio de Janeiro: IBGE, 2005. 169 p.

INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO DO NORTE E NORDESTE DE MINAS GERAIS - IDENE. **Dados dos municípios do Vale do Jequitinhonha e Mucuri, com indicação do IDH**. 2008. Disponível em: <www.idene.mg.gov.br>. Acesso em: 1 Fev. 2009.

KASSOUF, A. L. Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil. **Revista de Economia e Sociologia Rural**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 1, p. 29-44, Jan./Mar. 2005.

KOLK, A. M. *et al.* Predicting medically unexplained physical symptoms and health care utilization. A symptom-perception approach. **Journal of Psychosomatic Research**, Oxford, v. 52, n. 1, p. 35-44, Jan. 2002.

KUMAR, N. Changing geographic access to and locational efficiency of health services in two Indian districts between 1981 and 1996. **Social Science and Medicine**, Oxford, v. 58, n. 10, p. 2045-2067, May 2004.

LAWRENTSCHUK, N.; HEWITT, P. M.; PRITCHARD, M. G. Elective laparoscopic cholecystectomy: implications of prolonged waiting times for surgery. **ANZ Journal of Surgery**, Carlton, v. 73, n. 11, p. 890-893, Nov. 2003.

LEMME, A. C.; NORONHA, G.; RESENDE, J. B. A satisfação do usuário em Hospital Universitário. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 41-46, Feb. 1991.

LEYVA-FLORES, R. *et al.* Prescripción, acceso y gasto en medicamentos entre usuarios de servicios de salud en México. **Salud Pública de México**, México, v. 40, n. 1, p. 24-31, Ene./Feb. 1998.

LIMA-COSTA, M. F.; FIRMO, J. O. A.; UCHOA, E. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: Projeto Bambuí. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 6, p. 827-834, 2004.

LIU, Z. C. *et al.* In-depth interviews on late stage schistosomiasis patients about factors related to prevention and treatment in the rural areas. **Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi**, China, v. 26, n. 1, p. 14-17, Jan. 2005.

LUCCHESI, P. *et al.* **Processo alocativo e redução de desigualdades regionais: equidade na gestão do Sistema Único de Saúde - Relatório final**, out/2001. Brasília: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2002. 72 p.

MAENO, M.; TAKAHASHI, M. A. C.; LIMA, M. A. G. Reabilitação profissional como política de inclusão social. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 53-58, 2009.

MARCELLINI, F. *et al.* Health perception of elderly people: the results of a longitudinal study. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, Ancona, v. 35, p. 181-189, 2002. *Supplementum* 8.

MARTINS, G. P. **Avaliação dos serviços de Atenção Primária à Saúde no município de Uberaba: acessibilidade, utilização e longitudinalidade da atenção**. 2006. 151 f. Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

MENDOZA-SASSI, R.; BÉRIA, J. U. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 819-832, Jul./Ago. 2001.

MENDOZA-SASSI, R.; BÉRIA, J. U.; BARROS, A. J. D. Fatores associados à utilização de serviços ambulatoriais: estudos de base populacional. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 372-378, 2003.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 2008. 407 p.

NERI, M.; SOARES, W. Desigualdade social e saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 77-87, 2002. Suplemento.

NEWBOLD, K. B.; EYLES, J.; BIRCH, S. Equity in health care: methodological contributions to the analysis of hospital utilization within Canada. **Social Science and Medicine**, New York, v. 40, n. 9, p. 1181-1192, May 1995.

NORONHA, K. V. M. S.; ANDRADE, M. V. Desigualdades sociais em saúde: evidências empíricas sobre o caso brasileiro. **Revista Econômica do Nordeste**, Fortaleza, v. 32, n. especial, p. 877-897, Nov. 2001.

NOVAES, H. M. D. Pesquisa em, sobre e para os serviços de saúde: panorama internacional e questões para a pesquisa em saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 147-173, 2004. Suplemento 2.

O'DONNELL, O. Access to health care in developing countries: breaking down demand side barriers. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.12, p. 2820-2834, Dec. 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. Declaração de Alma-Ata. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE,

1978, URSS. **Conferências...** URSS: OMS, 1978. 3 p. Disponível em: <<http://www.opas.org.br>>. Acesso em: 25 Jan. 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: CIF**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2003.

PAIM, J. S. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. de. **Epidemiologia e Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 567-586.

PAMUK, E. *et al.* **Health, United States, 1998: socioeconomic status and health chartbook**. Maryland: National Center for Health Statistics, 1998. 226 p.

PARSLOW, R. *et al.* Gender differences in factors affecting use of health services: an analysis of a community study of middle-aged and older Australians. **Social Science and Medicine**, Oxford, v. 59, n. 10, p. 2121-2129, 2004.

PEIXOTO, S. V. *et al.* Custo das internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 13, n. 4, p. 239-246, Dez. 2004.

PINHEIRO, R. S. *et al.* Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 687-707, 2002.

PINHEIRO, R. S.; TRAVASSOS, C. Estudo da desigualdade na utilização de serviços de saúde por idosos em três regiões da cidade do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 487-496, Jul. 1999.

PINTO, L. F.; SORANZ, D. R. Planos privados de assistência à saúde: cobertura populacional no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 85-98, 2004.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO - PNUD. **Atlas de desenvolvimento humano: estimativas de fecundidade por região e estado**. Brasília: 2000.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma Unidade de Saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-34, Jan./Fev. 2003.

RAMOS, L. R.; SIMÕES, E. J.; ALBERT, M. S. Dependence in activities of daily living and cognitive impairment strongly predicted mortality in older urban residents in Brazil: a 2-year follow-up. **Journal of the American Geriatrics Society**, New York, v. 49, n. 9, p. 1168-1175, 2001.

RIBEIRO, M. C. S. A. *et al.* Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde por usuários e não-usuários do SUS - PNAD 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 1011-1022, Out./Dez. 2006.

RODRIGUES, M. A. P. *et al.* Uso de serviços básicos de saúde por idosos portadores de condições crônicas, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 604-612, Ago. 2009.

ROOS, N. P.; SHAPIRO, E. The Manitoba longitudinal study on aging: preliminary findings on health care utilization by the elderly. **Medical Care**, Philadelphia, v. 19, n. 6, p. 644-657, Jun. 1981.

SAÉZ, M. Condicionantes en la utilización de los servicios de atención primaria: evidencias empíricas e inconsistencias metodológicas. **Gaceta Sanitaria**, Barcelona, v. 17, n. 5, p. 412-419, 2003.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1487-1494, Nov./Dez. 2004.

SCOCHI, M. J. *et al.* Capacitação das equipes locais como estratégia para a institucionalização da avaliação em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 183-192, 2008. Suplemento 1.

SEN, A. Health: perception versus observation. **British Medical Journal**, London, v. 324, n. 7342, p. 860-861, Apr. 2002.

SENNA, M. C. M. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 203-211, 2002. Suplemento.

SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. **Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. 240 p.

SILVA, L. M. V.; FILHO, N. A. **Distinção, diferença, desigualdade, iniquidade e a saúde: uma análise semântica.** Salvador: 2000. Mimeografado.

SIQUEIRA-BATISTA, R.; SCHRAMM, F. R. A saúde entre a iniquidade e a justiça: contribuições da igualdade complexa de Amartya Sen. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 129-142, 2005.

SISSON, M. C. Considerações sobre o Programa de Saúde da Família e a promoção de maior equidade na política de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 85-91, Set./Dez. 2007.

SLALINSKI, L. M.; SCOCHI, M. J.; MATHIAS, T. A. F. A utilização do método Altadir de planejamento popular em atividades de estágio curricular. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 5, n. 1, p. 75-81, Jan./Abr. 2006.

SOUSA, A. I. **A satisfação da população com os serviços locais de saúde: município de Itacarambi, MG.** 1996. 209 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1996.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

TAVARES, D. M. S.; GUIDETTI, G. E. C. B.; SAÚDE, M. I. B. M. Características sócio-demográficas, condições de saúde e utilização de serviços de saúde por idosos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 10, n. 2, p. 299-309, 2008.

TEIXEIRA, C. F. Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 11., 2000, Brasília. **Conferências...** Brasília: Ministério da Saúde, 2000. p. 261-281.

TRAVASSOS, C. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 325-330, Apr./June 1997.

TRAVASSOS, C. *et al.* Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 133-149, 2000.

TRAVASSOS, C. *et al.* Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 11, n. 5-6, p. 365-373, May/June 2002.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização dos serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 190-198, 2004. Suplemento 2.

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

TRAVASSOS, C.; VIACAVAL, F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2490-2502, Out. 2007.

TRAVERSO-YÉPEZ, M.; MORAIS, N. A. de. Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 80-88, Jan./Fev. 2004.

TURRINI, R. N. T.; LEBRÃO, M. L.; CESAR, C. L. G. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 663-674, Mar. 2008.

VERAS, R. P. (Org.). **Terceira idade: gestão contemporânea em saúde.** Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002.

VIACAVAL, F. *et al.* **Gênero e utilização de serviços de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 2001. Mimeografado.

WRIGHT, E. O. Rethinking, once again, the concept of class structure. In: WRIGHT, E. O. *et al.* **The Debate on Classes**. London: Verso, 1998. p. 269-348.

ZUCCHI, P.; DEL NERO, C.; MALIK, A. M. Gastos em saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 9, n. 1/2, p. 127-150, Jan./Dez. 2000.



Apêndices

APÊNDICE A - Questionário demográfico e socioeconômico

(Continua)

QUESTIONÁRIO DEMOGRÁFICO E SOCIOECONÔMICO JEQUITINHONHA							
1. Data da entrevista: ____/____/____							
2. Nome completo do entrevistado: _____							
3. Número de identificação do entrevistado: _____							
3.1 Preencher os dados: data de nascimento, nível educacional e ocupação para o chefe da família quando este não for o entrevistado							
Sexo	Relação de parentesco com o chefe da família	Data de nascimento	Local de nascimento	Nível educacional	Ocupação	Número de moradores acima de 18 anos	Sexo dos moradores com idade acima de 18 anos
4. Número de pessoas que vivem na casa: _____							
5. Esta casa é: 1. Própria () 2. Alugada () 3. Empréstada () 4. Outros ()							
6. Número de cômodos na casa: _____							
7. Tipo de fogão: 1. Lenha () 2. Gás () 3. Ambos ()							
8. Como é feita a iluminação de sua casa?							
1. Lâmpada a óleo diesel	()	4. Vela	()				
2. Lâmpada à querosene	()	5. Eletricidade	()				
3. Lâmpada a gás	()	6. Não possui	()				
9. Fontes de água:							
1. Canalizada - rio ou córrego	()	6. Cisterna	()				
2. Rio	()	7. Poço artesiano	()				
3. Canalizada - nascente ou barragem	()	8. COPASA	()				
4. Chuva	()	9. Outras	()				
5. Córrego	()						
10. Você possui:							
1. Carro	()	8. Geladeira	()				
2. Moto	()	9. Som	()				
3. Máquina de lavar	()	10. Rádio	()				
4. TV	()	11. Tanquinho	()				
5. VCR	()	12. Liquidificador	()				
6. DVD	()	13. Batedeira	()				
7. Bicicleta	()	14. Outros bens	()				

(Continua)

11. Possui caixa d'água? 0. Não possui () 1. Aberta () 2. Fechada ()

12. Possui banheiro em casa? 0. Não possui () 1. Dentro () 2. Fora ()

13. Qual o destino das excretas?

1. Mato	()
2. Fossa seca	()
3. Esgoto	()
4. Fossa	()

14. Possui chuveiro em casa? 0. Não possui () 1. Frio () 2. Quente ()

15. Qual a fonte de água dessa torneira?

1. Não possui torneira	()	5. Rio	()
2. Nascente / barragem canalizada	()	6. Córrego / rio canalizado	()
3. Cisterna	()	7. COPASA	()
4. Córrego	()	8. Outros	()

16. Possui tanque em casa? 0. Não () 1. Sim ()

17. Qual renda mensal? R\$ _____

18. Possui terras? 0. Não () 1. Sim ()

18.1. Se sim, qual o tamanho dessas terras? _____

19. Vende algum tipo de produto agrícola? 0. Não () 1. Sim ()

19.1. Se sim, quanto arrecada por mês com a venda desses produtos? R\$ _____

20. Algum parente envia dinheiro para a família? 0. Não () 1. Sim ()

20.1. Se sim, quanto é enviado anualmente: R\$ _____

21. Recebe cesta básica? 0. Não () 1. Sim ()

22. Recebe algum auxílio financeiro do Governo Federal, Estadual ou Municipal?

1. "Bolsa Escola"	()	4. "PETI"	()
2. "Bolsa Família"	()	5. "Vale Gás"	()
3. "Fome Zero"	()	6. Não recebe bolsa	()

22.1 Se sim, qual o valor mensal desse auxílio? R\$ _____

(Conclusão)

QUESTÕES DE 23 A 26, APENAS OBSERVAÇÃO DO ENTREVISTADOR

23. Tipo de piso:

1. Terra batida	()	4. Cerâmica	()
2. Cimento	()	5. Outros	()
3. Madeira	()		

24. Tipo de parede:

1. Pau-a-pique	()	4. Adobe	()
2. Madeira	()	5. Outros	()
3. Tijolo	()		

25. Tipo de telhado:

1. Palha	()	3. Telha	()
2. Amianto	()	4. Outros	()

APÊNDICE B - Questionário sobre dados de acesso e utilização dos serviços de Atenção Primária à Saúde

(Continua)

QUESTIONÁRIO DE ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE JEQUITINHONHA

1. Possui plano de saúde privado: 0. Não () 1. Sim ()

2. Qual o valor da mensalidade: R\$ _____

3. Qual a abrangência do plano:

Consultas médicas	()	Farmácia	()
Exames complementares	()	Vacina	()
Internações	()	Não se aplica	()

4. Quando está doente ou precisando de atendimento em saúde, costuma procurar algum serviço de saúde? 0. Não () 1. Sim ()

5. Qual o serviço procurado?

Posto de Saúde	()	Consultório particular - outro município	()
Consultório particular	()	Ambulatório hospitalar - outro município	()
Ambulatório hospitalar	()	Pronto socorro / Emergência - outro município	()
Pronto socorro / Emergência	()	Farmácia - outro município	()
Agente Comunitário de Saúde	()	Atendimento domiciliar	()
Farmácia	()	Medicação caseira	()
Posto de Saúde - outro município	()	Curandeiro	()
Automedicação	()	Outros	()
Não se aplica	()		

6. Você já recebeu ajuda de vizinho e/ou conhecido no acesso e/ou utilização dos serviços de saúde? 0. Não () 1. Sim ()

7. Qual a ajuda recebida?

Ajuda para identificar o serviço	()	Ajuda como acompanhante	()
Ajuda pagando o tratamento	()	Ajuda com hospedagem	()
Ajuda providenciando transporte	()	Outro tipo de ajuda	()
Ajuda pagando transporte	()	Não se aplica	()

8. De um modo geral, como você considera o seu estado de saúde?

1. Muito bom	()	4. Ruim	()
2. Bom	()	5. Muito ruim	()
3. Regular	()	99. Não se aplica	()

9. Algum médico já disse que você possui alguma doença crônica? 0. Não () 1. Sim ()

10. Qual doença crônica?

Câncer	()	Doença do coração	()
Coluna ou costas	()	Acamado	()
Hipertensão arterial	()	Outra doença	()
Insuficiência renal crônica	()	Cirrose	()
Tuberculose	()	Não se aplica	()
Depressão	()		

(Continua)

QUESTIONÁRIO DE ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE JEQUITINHONHA

11. Nos últimos 12 meses quantas vezes você consultou o profissional de saúde? _____

12. Você já esteve internado no último ano (pelo menos 1 noite de hospitalização)?

0. Não () 1. Sim ()

13. Número de vezes que ficou internado no último ano? _____

14. Qual o principal atendimento em saúde que recebeu quando esteve internado pela última vez nos últimos 12 meses?

Tratamento clínico	()	Exame e/ou <i>check up</i>	()
Parto normal	()	Tratamento psiquiátrico	()
Parto cesáreo	()	Outra doença	()
Cirurgia	()	Não se aplica	()

15. Você está aguardando consulta e /ou exame com especialista? 0. Não () 1. Sim ()

16. Se sim, qual o tempo de espera em meses? _____

17. Você apresentou algum sintoma nos últimos 30 dias? 0. Não () 1. Sim ()

18. Nesses últimos 30 dias deixou de realizar quaisquer atividades habituais por motivos de saúde?

0. Não () 1. Sim ()

19. Nos últimos 30 dias procurou ou recebeu algum serviço profissional de saúde para atendimento relacionado à sua própria saúde? 0. Não () 1. Sim ()

20. Quais serviços ou atendimentos utilizados ou recebidos nos últimos 30 dias?

Posto de Saúde	()	Posto de Saúde - outro município	()
Hospital privado - PA	()	Hospital privado PA - outro município	()
Hospital privado - Internação	()	Hospital privado Internação - outro município	()
Hospital SUS - PA	()	Hospital SUS PA - outro município	()
Hospital SUS - Internação	()	Hospital SUS Internação - outro município	()
Farmácia privada para compra de medicamento	()	Farmácia privada para compra de medicamento - outro município	()
Farmácia SUS para compra de medicamento	()	Farmácia SUS para compra de medicamento - outro município	()
Laboratório privado	()	Laboratório privado - outro município	()
Laboratório SUS	()	Laboratório SUS - outro município	()
Exame especializado SUS	()	Atendimento domiciliar	()
Exame especializado privado	()	Atendimento domiciliar - outro município	()
Consultório particular	()	Consultório particular - outro município	()
Outro	()	Não se aplica	()

21. Quais os motivos de procura ou recebimento de serviço ou atendimento em saúde nos últimos 30 dias:

Sintomas	()	Somente atestado	()
Retorno	()	Parto	()
Vacinação	()	Medicação	()
Controle de doenças crônicas	()	Acidente ou lesão	()
Preventivo e exame das mamas	()	Reabilitação	()
Grupo educativo	()	Outros motivos	()
Pré-natal	()	Não se aplica motivo	()

(Continua)

QUESTIONÁRIO DE ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE JEQUITINHONHA

22. Por que procurou ou recebeu esse serviço ou atendimento em saúde? _____

23. Pagou pelo serviço ou atendimento? 0. Não () 1. Sim () 99. Não se aplica

24. Qual o valor pagou? R\$ _____

25. Quantas vezes procurou ou recebeu o serviço ou atendimento em saúde por esse mesmo motivo nos últimos 30 dias? _____

26. Quando procurou foi atendido?

1. Sempre	()	4. Nunca	()
2. Às vezes	()	99. Não se aplica (não procurou o serviço de saúde)	()
3. Raramente	()		

27. Se às vezes, raramente ou nunca, qual o motivo do não atendimento ou oferta do serviço da última vez que isso aconteceu?

Não conseguiu vaga / senha	()	Falta de medicamento na farmácia	()
Profissional não estava atendendo	()	Local procurado fechado	()
Não tinha o serviço procurado	()	Equipe não cordial	()
Serviço ou equipamento não estava funcionando	()	Greve no serviço	()
Não podia pagar	()	Outro motivo	()
Filas grandes	()	Não se aplica	()
Esperou muito e desistiu	()		

28. Nesse atendimento ou oferta do serviço foi receitada ou mantida alguma receita para algum medicamento? 0. Não () 1. Sim () 99. Não se aplica ()

29. Recebeu o (s) medicamento (s) gratuitamente, exceto amostra grátis?

0. Não () 1. Sim () 2. Em parte () 99. Não se aplica ()

30. Se não, ou em parte, você comprou o (s) medicamento (s)?

0. Não () 1. Sim () 99. Não se aplica ()

31. Quanto pagou pelo medicamento comprado? R\$ _____

32. Quanto tempo você aguardou para ser atendido?

1. Menos de 30 minutos	()	4. De 2 horas a 3 horas	()
2. De 31 minutos a 60 minutos	()	5. Mais de 3 horas	()
3. De 1 hora a 1 hora e 59 minutos	()	99. Não se aplica	()

33. Qual a forma de transporte utilização para se deslocar aos serviços de saúde?

1. Ônibus	()	7. Motocicleta	()
2. Veículo particular	()	8. Ambulância	()
3. Carona / transporte escolar	()	9. Táxi	()
4. A pé	()	10. Outros meios	()
5. Bicicleta	()	99. Não se aplica	()
6. Animal	()		

34. Qual o tempo que você demorou para chegar ao serviço?

1. Menos de 30 minutos	()	4. De 2 horas a 3 horas	()
2. De 31 minutos a 60 minutos	()	5. Mais de 3 horas	()
3. De 1 hora a 1 hora e 59 minutos	()	99. Não se aplica	()

(Conclusão)

QUESTIONÁRIO DE ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE JEQUITINHONHA

35. Você teve algum tipo de gasto com esse deslocamento?

0. Não () 1. Sim () 99. Não se aplica

36. Qual o valor do gasto com esse deslocamento? R\$ _____

37. Considera que o serviço prestado ou atendimento em saúde recebido foi?

1. Muito bom	()	4. Ruim	()
2. Bom	()	5. Muito ruim	()
3. Regular	()	99. Não se aplica	()

38. Nos últimos 30 dias, por qual motivo não procurou ou recebeu o serviço de saúde?

Não houve necessidade	()	Falta de profissionais	()
Não tinha dinheiro	()	Faltam vagas	()
Distância geográfica	()	Equipamento quebrado	()
Dificuldade de transporte	()	Serviço fechado	()
Horário incompatível	()	Filas grandes	()
Atendimento demorado	()	Auto medicação	()
Não tinha quem o acompanhasse	()	Medicação caseira	()
Serviço não compatível com suas necessidades	()	Outros (curandeiro, centro espírita, bezendeira.....)	()
Profissionais não cordiais	()	Não se aplica	()
Greve no serviço de saúde	()		

39. Quais os pontos importantes que os gestores municipais poderiam considerar para melhorar o serviço público de saúde?

Ter mais médicos no Centro de Saúde	()	Ampliar a cota de exames laboratoriais	()
Ter mais médicos no hospital	()	Rede de esgoto	()
Ter mais médicos especialistas	()	Profissionais de saúde mais cordiais	()
Ter mais enfermeiro no hospital	()	Visitas domiciliares	()
Ter mais enfermeiro no Centro de Saúde	()	Postos de saúde mais próximos de casa	()
Ter mais Agente Comunitário de Saúde	()	Melhorias na infra-estrutura do posto ou hospital	()
Ter laboratório no Centro de Saúde	()	Melhorias na distribuição de recursos da saúde	()
Prefeitura oferecer transporte até o Centro de Saúde	()	Ampliar fornecimento de medicamentos	()
Facilitar a realização de exames especializados e de alto custo	()	Satisfeito com o serviço de saúde - não há melhora a ser feita	()
Médico morar na localidade	()	Não sabe	()
Tempo de atendimento médico no Centro de Saúde ser ampliado	()		

40. Se você fosse convidado para participar de reuniões comunitárias para acompanhar melhorias nos serviços de saúde, você gostaria de participar?

0. Não () 1. Sim () 2. Já participo

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a população



**Universidade Federal de Minas Gerais
Escola de Enfermagem**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA A POPULAÇÃO

Avaliação do Acesso aos Serviços de Atenção Primária à Saúde em População Urbana e Rural no Município de Jequitinhonha, Minas Gerais

Esta pesquisa é sobre o acesso das pessoas aos serviços públicos de saúde em São Pedro e Jequitinhonha, Minas Gerais. O acesso aos serviços de saúde é quando uma pessoa obtém de forma adequada o atendimento necessário a sua saúde. Você está sendo convidado a participar deste estudo porque mora em uma das localidades que participam desse estudo. Só farão parte do trabalho aqueles que concordarem em participar.

PORQUE ESTE ESTUDO ESTÁ SENDO FEITO?

O objetivo deste estudo é avaliar como vocês acessam e utilizam os serviços de saúde. Este estudo pretende contribuir na melhoria do acesso e da qualidade dos serviços públicos de saúde.

O QUE SERÁ FEITO NESTE ESTUDO?

Caso concordem em participar deste estudo será pedido a você que sua casa seja mapeada, que nos autorize coletar dados do seu prontuário, que respondam a questionário, participem de discussões em grupo.

QUAIS OS BENEFÍCIOS DESTE ESTUDO PARA A POPULAÇÃO?

Esperamos que as informações obtidas com os dados deste trabalho possam ajudar no planejamento e nas ações de saúde do seu município além de poder contribuir para outras populações que também utilizam os serviços públicos de saúde.

COMO SERÁ GARANTIDO O ANONIMATO DOS PARTICIPANTES?

Todas as informações obtidas serão mantidas em segredo e só serão fornecidas nos casos exigidos por lei. Cada pessoa terá um número de identificação que será utilizado no estudo ao invés do nome.

QUAIS OS CUSTOS PARA O PACIENTE?

Todos os procedimentos que envolvem a sua participação são gratuitos e não tem nenhum custo para você.

QUAIS SÃO MEUS DIREITOS COMO PARTICIPANTE DESTE ESTUDO?

A participação neste estudo é voluntária. Você pode deixar de participar deste trabalho a qualquer tempo sem que haja perda dos benefícios a que tem direito. Se precisar de maiores informações sobre o trabalho que está sendo realizado nesta comunidade você poderá entrar em contato com a pesquisadora ou com o Comitê de Ética em Pesquisa nos endereços e telefones abaixo. No município, os contatos poderão ser feitos na Secretaria Municipal de Saúde. Caso haja necessidade, você poderá solicitar uma cópia do projeto.

ASSINATURA

Caso você concorde em participar desta pesquisa, você deverá assinar abaixo:

NOME DO PARTICIPANTE:

ASSINATURA:

NOME DA TESTEMUNHA:

ASSINATURA:

DATA: ____/____/____

Andréa Gazzinelli
Pesquisadora responsável

Endereço de contato dos pesquisadores:

Avenida Alfredo Balena, 190, Santa Efigênia
CEP: 30130-100 Belo Horizonte / MG
Tel.: (031) 3409-9860

Endereço de contato do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG):

Avenida Presidente Antônio Carlos, 6627 - Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005
Telefax: (031) 3409-4592. Email: coep@prpq.ufmg.br
CEP: 31270-901 Belo Horizonte / MG

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os profissionais de saúde



**Universidade Federal de Minas Gerais
Escola de Enfermagem**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Avaliação do Acesso aos Serviços de Atenção Primária à Saúde em População Urbana e Rural no Município de Jequitinhonha, Minas Gerais

Meu nome é Andréa Gazzinelli e nós pesquisadores da Universidade Federal de Minas Gerais estamos desenvolvendo um projeto de pesquisa que tem como objetivo avaliar o acesso e a utilização dos serviços de saúde em duas comunidades: uma rural (São Pedro) e outra urbana do município de Jequitinhonha, Minas Gerais. Sua participação é importante, pois certamente contribuirá na identificação das barreiras e oportunidades relacionadas ao acesso à saúde nessas comunidades, podendo assim, resultar em melhorias no planejamento e na assistência à saúde da comunidade.

Vocês participarão de entrevistas semi-estruturadas que será realizada com profissionais de saúde das equipes do Programa Saúde da Família (PSF) que atendem as comunidades de São Pedro e Jequitinhonha, Minas Gerais. Será necessário que os pesquisadores acompanhem e registrem as atividades relacionadas ao atendimento em saúde nos dois Centros de Saúde, além de rever o prontuário dos pacientes no período de um ano que precede o estudo nos dois Centros de Saúde. Todas as informações adquiridas são confidenciais e somente tornará pública nos casos em que for exigido por lei.

Serão feitas, também, entrevistas estruturadas com usuários que buscam os serviços de saúde. O objetivo das entrevistas é obter informações sobre o acesso e a utilização dos serviços de saúde, facilidades e dificuldades para os profissionais de saúde e usuários, os custos para o paciente e o grau de satisfação dos mesmos. As entrevistas serão realizadas nos dois serviços de saúde de cada um dos locais do estudo (zona urbana e rural) em dois momentos, sendo o primeiro antes do início do projeto e o segundo, ao final do mesmo.

Sua participação é voluntária e você poderá deixar o projeto quando desejar. Não haverá nenhum custo para você ou para os pacientes. Você receberá um número de identificação que será utilizado em todo o processo de banco de dados garantindo o anonimato das informações.

Esperamos que os resultados obtidos com este estudo possam trazer benefícios para esta população e para outras que vivem em condições semelhantes bem como para os profissionais da saúde.

Se precisar de maiores informações sobre o trabalho que está sendo realizado nesta comunidade você deverá entrar em contato com os pesquisadores ou com o Comitê de Ética em Pesquisa nos endereços e telefones abaixo. No município, os contatos poderão ser feitos na Secretaria Municipal de Saúde.

ASSINATURA

Caso você concorde em participar desta pesquisa, você deverá assinar abaixo:

NOME DO PARTICIPANTE:

ASSINATURA:

NOME DA TESTEMUNHA:

ASSINATURA:

DATA: ____/____/____

Andréa Gazzinelli
Pesquisadora responsável

Endereço de contato dos pesquisadores:

Avenida Alfredo Balena, 190, Santa Efigênia
CEP: 30130-100 Belo Horizonte / MG
Tel.: (031) 3409-9860

Endereço de contato do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG):

Avenida Presidente Antônio Carlos, 6627 - Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005
Telefax: (031) 3409-4592. Email: coep@prpq.ufmg.br
CEP: 31270-901 Belo Horizonte / MG



Anexo

ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG

Universidade Federal de Minas Gerais
Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - COEP

Parecer nº. ETIC 333/06

Interessada: Profa. Andréa Gazzinelli Corrêa de Oliveira
Departamento Materno Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem-UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP, aprovou *ad referendum*, no dia 10 de novembro de 2006, depois de atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado "**Avaliação do acesso aos serviços de atenção primária à saúde em população urbana e rural no município de Jequitinhonha**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do referido projeto.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.


Profa. Dra. Maria Elena de Lima Perez Garcia
Presidente do COEP/UFMG