

**FATORES ASSOCIADOS À DIFICULDADE DE
ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE INFANTIL EM
SÃO LUÍS/MA E RIBEIRÃO PRETO/SP:
CONTRIBUIÇÕES DA COORTE BRISA**

**SÃO LUÍS, MA
MARÇO – 2016**

MARCELO AUGUSTO FERRAZ RUAS DO AMARAL RODRIGUES

**FATORES ASSOCIADOS À DIFICULDADE DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE
SAÚDE INFANTIL EM SÃO LUÍS/MA E RIBEIRÃO PRETO/SP: contribuições da
coorte BRISA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Maranhão como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves

SÃO LUÍS, MA

MARÇO - 2016

AUGUSTO FERRAZ RUAS A. RODRIGUES, Marcelo

Fatores associados à dificuldade de acesso aos serviços de saúde infantil em São Luís/MA e Ribeirão Preto/SP: contribuições da coorte BRISA / Marcelo Augusto Ferraz Ruas do Amaral Rodrigues – UFMA, São Luís, 2016.

111 f.

Orientadora: Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Maranhão, 2016.

1. Acesso aos Serviços de Saúde. Equidade no Acesso. Saúde da Criança.

CDU 616.053.2:614

**FATORES ASSOCIADOS À DIFICULDADE DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE
SAÚDE INFANTIL EM SÃO LUÍS/MA E RIBEIRÃO PRETO/SP: contribuições da
coorte BRISA**

Marcelo Augusto Ferraz Ruas do Amaral Rodrigues

Dissertação aprovada em 17 de Março de 2016 pela banca examinadora constituída dos seguintes membros:

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves
Orientadora
Universidade Federal do Maranhão

Profa. Dra. Waneska Ferreira Cavalcante de Albuquerque Reis
Examinador externo
Universidade CEUMA

Prof. Dr. Antônio Augusto Moura da Silva
Examinador interno
Universidade Federal do Maranhão

*Aos meus pais e irmãos por todo o incentivo,
carinho e suporte. Vocês são a minha fonte de
inspiração.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, por sempre me acompanhar na trajetória da vida e por dar sentido a tudo.

Aos meus pais, José Rodrigues e Rosely, pela dedicação, carinho e por estarem sempre ao meu lado.

Aos meus irmãos, Aline e Fernando, pelos momentos de descontração e pelas palavras de incentivo.

À professora Maria Teresa Seabra, pelos conhecimentos transmitidos e pela disponibilidade constante.

À Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PGSC) pela oportunidade de formação.

Aos professores do PGSC pelos ensinamentos e pelo auxílio contínuo.

À Secretaria do PGSC pela disponibilidade e presteza em resolver as demandas solicitadas.

Aos meus colegas do PGSC pela convivência e troca de experiências.

À Francelena Sousa, pelos ensinamentos e incentivo. Muito obrigado pelo auxílio dispendido no desenvolvimento do trabalho!

Ao Flávio Rosa pelo suporte na revisão do trabalho.

À Márcia Vilaça pela amizade e companheirismo.

Ao Comitê de Enfermagem do Hospital Sarah de Reabilitação por permitir a realização desse estudo.

À equipe de enfermagem do Programa de Reabilitação Neurológica do Hospital Sarah pelo incentivo e palavras de perseverança.

À Ana Livia, liderança do Programa de Reabilitação Neurológica, pelo apoio e compreensão. Muito obrigado pela força!

Às gestantes que se disponibilizaram em participar do estudo BRISA, trazendo posteriormente suas crianças para a fase de seguimento.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Maranhão (FAPEMA), ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) e ao Programa de Apoio à Núcleos de Excelência (PROCEX), pelo financiamento do estudo.

“A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo.”
(Albert Einstein)

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – O sistema de saúde e sua relação com o acesso	16
Figura 2 – Modelo comportamental de utilização dos serviços de saúde	17
Figura 3 – Estrutura de acesso aos serviços de saúde.....	18
Figura 4 – Dimensões de acesso aos cuidados em saúde	21
Figura 5 – Índice de Desenvolvimento Infantil no Brasil, 1999	24
Figura 6 – Índice de Desenvolvimento Infantil no Brasil, 2004	25
Figura 7 – Fluxograma amostral da coorte de nascimento BRISA e das crianças do seguimento, São Luís, MA, Brasil, 2010-2013	34
Figura 8 – Fluxograma amostral da coorte de nascimento BRISA e das crianças do seguimento, Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2010-2013.....	35
Figura 9 – Estrutura conceitual, hierarquizada, baseada no Modelo Comportamental de Andersen, para análise dos fatores associados à dificuldade de acesso aos serviços de saúde infantil	38

ARTIGO

Figura 1 – Fluxograma amostral da coorte de nascimento BRISA e das crianças do seguimento, São Luís, MA, Brasil, 2010-2013	65
Figura 2 – Fluxograma amostral da coorte de nascimento BRISA e das crianças do seguimento, Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2010-2013.....	66
Figura 3 – Estrutura conceitual, hierarquizada, baseada no Modelo Comportamental de Andersen, para análise dos fatores associados à dificuldade de acesso aos serviços de saúde infantil	67

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Diferença amostral entre os dados do seguimento na coorte de nascimento BRISA, São Luís/MA e Ribeirão Preto/SP, Brasil. 2010-2013.....	40
---	----

ARTIGO

Tabela 1 – Diferença amostral entre os dados do seguimento na coorte de nascimento BRISA, São Luís/MA e Ribeirão Preto/SP, Brasil. 2010-2013.....	68
Tabela 2 – Características da amostra/população na coorte de nascimento BRISA, segundo fatores predisponentes, facilitadores e de necessidade, São Luís/MA e Ribeirão Preto/SP. 2010-2013.....	69
Tabela 3 – Dificuldade de acesso aos serviços de saúde infantil segundo fatores predisponentes, facilitadores e de necessidade, São Luís/MA e Ribeirão Preto/SP – 2010-2013.....	71
Tabela 4 – Análise hierarquizada dos fatores associados à dificuldade de acesso aos serviços de saúde infantil, na coorte de nascimento BRISA, São Luís/MA e Ribeirão Preto/SP, Brasil – 2010 - 2013.....	73

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ABEP – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
- CNPq - Conselho Nacional de Pesquisa/Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico
- Estratégia de Saúde da Família
- ESF – Estratégia Saúde da Família
- FAPEMA - Fundação de Amparo à Pesquisa e Desenvolvimento Científico do Maranhão
- FAPESP - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
- FMRP – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IC – Intervalo de Confiança
- IDI – Índice de Desenvolvimento Infantil
- PNS – Pesquisa Nacional de Saúde
- PROCEX - Programa de Apoio à Núcleos de Excelência
- RP – Razão de Prevalência
- UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância
- USP - Universidade de São Paulo
- HUUFMA - Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão
- SP - São Paulo
- MA - Maranhão
- PBF - Programa Bolsa Família
- BRISA - Coorte Brasil, Ribeirão Preto e São Luís
- TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

AUGUSTO FERRAZ RUAS DO AMARAL RODRIGUES, Marcelo, **Fatores associados à dificuldade de acesso aos serviços de saúde infantil em São Luís/MA e Ribeirão Preto/SP: contribuições da coorte BRISA**, 2016, Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 111p.

RESUMO

Introdução: as iniquidades no acesso aos serviços de saúde têm interferido diretamente nos indicadores de morbimortalidade infantil, além de alterar a dinâmica do sistema de saúde. Apesar da importância do tema, a maior parte dos estudos não analisa detalhadamente os fatores associados às dificuldades de acesso em regiões socioeconômicas distintas. **Objetivo:** analisar os fatores associados à dificuldade de acesso aos serviços de saúde infantil em São Luís/MA e Ribeirão Preto/SP. **Métodos:** estudo de coorte prospectivo do qual participaram 3308 crianças em São Luís e 3128 crianças em Ribeirão Preto, de 13 a 35 meses de idade. Foram estimadas as razões de prevalência (RP) por meio da regressão de Poisson com variância robusta em uma modelagem hierarquizada, baseada na adaptação do Modelo Comportamental de Andersen. **Resultados:** a taxa de dificuldade de acesso em São Luís foi de 29,4%, enquanto que a de Ribeirão Preto foi de 9,0%. Em São Luís, na análise hierarquizada, dificuldade de acesso associou-se às seguintes variáveis: criança do sexo masculino, mais de um irmão no domicílio, baixa escolaridade materna, menor idade da mãe, ter cadastro na Estratégia de Saúde da Família (ESF), presença de morbidade e pior percepção do estado de saúde. Em Ribeirão Preto, a dificuldade de acesso foi associada ao maior número de irmãos no domicílio, maior escolaridade materna, classe econômica mais baixa e ter cadastro na ESF. **Conclusões:** as desigualdades sociais no acesso à saúde foram mais prevalentes em São Luís. Os fatores predisponentes demográficos e de necessidade em saúde foram mais expressivos em São Luís, ao passo que os fatores predisponentes de estrutura social e capacitantes o foram em Ribeirão Preto.

Palavras-chave: Acesso aos Serviços de Saúde. Equidade no Acesso. Saúde da Criança.

AUGUSTO FERRAZ RUAS DO AMARAL RODRIGUES, Marcelo, **Factors associated with difficult of access to child's health services at São Luis/MA and Ribeirão Preto/SP: contributions of BRISA's cohort**, 2016, Dissertation (Master of Public Health) – Post-graduate Program of Collective Health, Federal University of Maranhão, São Luís, 111p .

ABSTRACT

Introduction: the inequities in access to health care have directly interfered in infant mortality's indicators and also have changed the dynamic of health's system. Despite the importance of the issue, most studies did not analyses with details the factors associated with the difficulty of access at regions that have different socioeconomic characteristics. **Objective:** analyze the factors associated with the difficulty of access to child's health services at São Luis/MA and Ribeirão Preto/SP. **Methods:** a prospective cohort study which involved 3308 children at São Luís and 3128 children at Ribeirão Preto, 13-35 months old. The prevalence rate (RP) was estimated by the Poisson regression with robust error variance in a hierarchical modeling, based on the adaptation of the Behavioral Model of Andersen. **Results:** the rate of difficult access at São Luís was 29,4%, while at Ribeirão Preto, the rate was 9,0%. At São Luís, the hierarchical analysis showed that the difficult of access was associated with the following variables: male child, more than a brother at home, lower maternal education, lower maternal age, be registered in the Family Health Strategy (ESF), has morbidity and wore perception of health's state. At Ribeirão Preto, the difficulty of access was associated with the highest number of brothers at home, higher maternal education, lower economic class and be registered in the ESF. **Conclusions:** social inequalities in access to health were more prevalent at São Luis. The demographic's predisposing and need factors were more expressive at São Luís, while the social structure's predisposing and the enabling factors were more expressive at Ribeirão Preto.

Keywords: Health Services Accessibility. Equity in Access. Child Health.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	15
2.1	Geral	15
2.2	Específicos	15
3	REFERENCIAL TEÓRICO	16
3.1	Conceito de acesso aos serviços de saúde	16
3.2	Desigualdades geográficas e sociais no acesso/uso dos serviços de saúde infantil no Brasil	23
3.3	As implicações da dificuldade de acesso na saúde infantil e no sistema de saúde	27
4	MATERIAL E MÉTODOS	30
4.1	Delineamento do estudo	30
4.2	Local do estudo	30
<i>4.2.1</i>	<i>São Luís - Maranhão</i>	30
<i>4.2.2</i>	<i>Ribeirão Preto - São Paulo</i>	32
4.3	População do estudo	33
<i>4.3.1</i>	<i>Crerios de inclusao</i>	33
<i>4.3.2</i>	<i>Crerios de noo inclusao</i>	33
4.4	Cálculo amostral e seleçao	33
4.5	Instrumento de coleta de dados	35
4.6	Variáveis do estudo	36
<i>4.6.1</i>	<i>Variável resposta</i>	36
<i>4.6.2</i>	<i>Variáveis explicativas</i>	36
4.7	Modelo conceitual hierarquizado da dificuldade de acesso aos serviços de saúde	37
4.8	Análise estatística e processamento de dados	39
4.9	Aspectos éticos	40
5	RESULTADOS (Artigo)	41
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
	REFERÊNCIAS	76
	ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	83
	ANEXO B – QUESTIONÁRIO DO NASCIMENTO - MÃE	87

ANEXO C – QUESTIONÁRIO DO SEGUIMENTO - CRIANÇA.....	91
ANEXO D – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA -SLZ/MA ..	99
ANEXO E – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA -RP/SP	101
ANEXO F – NORMAS DA REVISTA "CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA"	102

1 INTRODUÇÃO

A permanência das desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde infantil tem sido constantemente apontada na literatura. Apesar dos avanços alcançados, como a territorialização da atenção básica e a ampliação da oferta de serviços (VICTORA, 2011), a cobertura assistencial ainda está distante de atender às reais necessidades da população infantil (BUVINICH et al., 2005).

As crianças residentes nas regiões Norte e Nordeste ainda possuem menores chances de acessar os serviços (TRAVASSOS et al., 2006; JATENE et al., 2008). A carência de profissionais qualificados; a falta de recursos materiais e tecnológicos; além da baixa resolubilidade das ações, principalmente na atenção básica; são algumas das barreiras vivenciadas por essa população (NICOLAU, 2008; VANDERLEI e NAVARRETE, 2013).

Complementarmente, características sociodemográficas, como o fato da criança ser pobre, de não possuir plano de saúde ou de habitar com pais separados, além da baixa escolaridade materna, são apontados como alguns dos fatores que interferem negativamente no acesso aos cuidados em saúde (JATENE et al., 2008; NORO et al., 2008; GOMES et al., 2014).

Neste contexto, o conhecimento acerca dos fatores supracitados tem direcionado a formulação de políticas públicas, além de subsidiar a operacionalização de programas governamentais nos municípios brasileiros.

Apesar da importância do tema, investigações detalhadas dos fatores associados às dificuldades de acesso em diferentes municípios ainda são deficientes e necessárias (TRAVASSOS et al., 2006). A maior parte das pesquisas nacionais ora advém de dados secundários que não enfatizam as particularidades do não acesso no nível municipal (COSTA et al., 1996; TRAVASSOS et al., 2006), ora são realizados em apenas uma localidade específica, não comparando os fatores em cidades com condições socioeconômicas distintas, utilizando um único método de análise estatística (NORO et al., 2008). Ademais, são poucos os estudos que utilizam dados de uma coorte (COSTA et al., 1996).

A relevância de se investigar as dificuldades de acesso e seus fatores associados se sustenta no impacto negativo que este acarreta ao sistema de saúde. A sua ocorrência nos serviços de atenção básica, por exemplo, pode ocasionar a superlotação das unidades de urgência e emergência, além de aumentar as internações por condições sensíveis a cuidados básicos; onerando o sistema de saúde. (KOVACS et cols., 2005; RODRIGUES-BASTOS et al., 2013).

Na saúde infantil, sabe-se que deficiências no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento geram sérios problemas de saúde, uma vez que os primeiros anos de vida são fundamentais para o desenvolvimento mental e físico da criança, pois é nessa fase que ela desenvolve grande parte do seu potencial cognitivo (BRASIL, 2002).

Além disso, indicadores de morbimortalidade infantil apresentam associação com esse desfecho. Um estudo de abordagem qualitativa realizado em Recife/PE, por exemplo, expôs a relação entre a existência de barreiras de acesso e à ocorrência de óbito infantil evitável. Na referida pesquisa, deficiências no acompanhamento da saúde da criança de maior vulnerabilidade social; limitações no atendimento de casos agudos na Unidade de Saúde da Família; além de deficiências técnico-científicas dos profissionais contribuíram para o agravamento do quadro de saúde infantil, até a evolução ao óbito (VANDERLEI e NAVARRETE, 2013).

Diante da relevância do tema, esta pesquisa tem por objetivo identificar e analisar os fatores associados à dificuldade de acesso aos serviços de saúde infantil em duas cidades brasileiras, localizadas em regiões com características sociais e econômicas distintas: São Luís/MA e Ribeirão Preto/SP.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar os fatores associados à dificuldade de acesso aos serviços de saúde por crianças de 15 a 35 meses de idade em São Luís/MA e Ribeirão Preto/SP.

2.2 Específicos

- Estimar a proporção de crianças que não acessaram os serviços de saúde infantil em cada cidade do estudo;
- Identificar os fatores associados à dificuldade de acesso aos serviços de saúde infantil em cada cidade;
- Comparar os fatores associados à dificuldade de acesso aos serviços de saúde infantil nas duas cidades do estudo.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. Conceito de acesso aos serviços de saúde

Conceituar acesso é algo complexo, uma vez que o termo assume características multidimensionais, variando entre os estudiosos da área. Além disso, sofre modificações de acordo com contexto e a época em que é empregado (TRAVASSOS e MARTINS, 2004).

Ao longo dos anos, diversos pesquisadores propuseram modelos de análise do acesso aos serviços de saúde com o intuito de garantir maior equidade e qualidade de vida à população. Um dos autores influentes da área, Ronald Andersen, analisou o termo acesso entre as décadas de 70 a 90, contribuindo significativamente para o entendimento da terminologia e para o estabelecimento de políticas equitativas de saúde.

Na versão inicial do estudo, Andersen e Newman (1973) explicitam em seus pressupostos que o sistema de saúde é constituído por duas dimensões: os recursos (insumos, materiais, equipamentos e recursos humanos) e a organização (maneira como os recursos são coordenados dentro do sistema). O acesso é entendido como um dos elementos da dimensão organização, e contempla as fases de entrada dos indivíduos nos serviços de saúde. Além disso, o termo especifica os requisitos que devem ser cumpridos e os obstáculos que devem ser superados pelos indivíduos antes de receberem algum tipo de assistência (Figura 1).

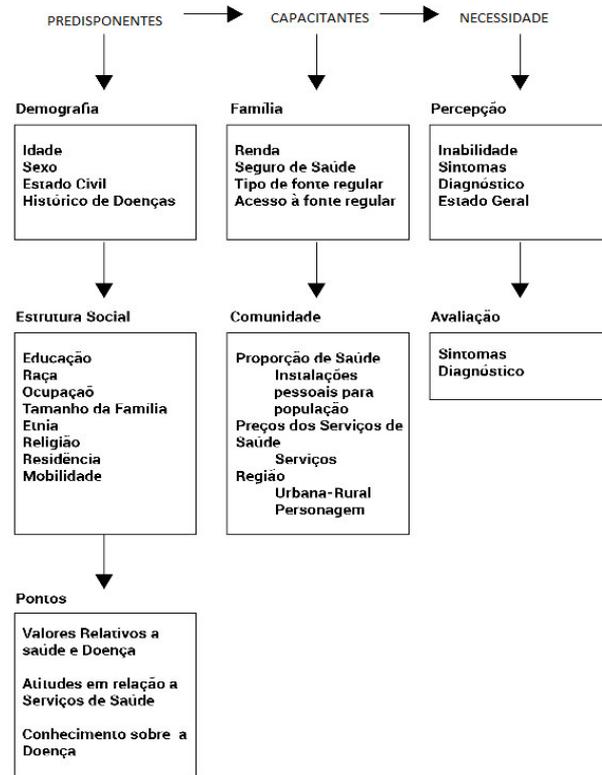
Figura 1: O sistema de saúde e sua relação com o acesso



Fonte: Andersen e Newman (1973)

No referido estudo, o Modelo Comportamental de utilização dos serviços de saúde é desenvolvido (Figura 2). Neste, os fatores individuais, subdivididos em predisponentes, capacitantes e de necessidade em saúde, são mediados pelo acesso e influenciam diretamente a utilização (uso) dos serviços de saúde (ANDERSEN e NEWMAN, 1974; TRAVASSOS e MARTINS, 2004).

Figura 2: Modelo Comportamental de Utilização dos Serviços de Saúde



Fonte: Andersen e Newman (1973)

Os fatores predisponentes se definem como as características relacionadas à predisposição dos indivíduos de utilizarem os serviços de saúde, antes do aparecimento da doença. Abrange dimensões demográficas, de estrutura social, além de crenças e valores. A dimensão demográfica contém variáveis que são biologicamente determinadas, como a idade e o sexo. A estrutura social, por sua vez, inclui variáveis que refletem o status do indivíduo na sociedade, como a escolaridade e o exercício de atividade profissional. As crenças em saúde dizem respeito ao conhecimento do indivíduo sobre o processo saúde-doença e sobre o cuidado médico disponível (ANDERSEN e NEWMAN, 1973; PAVÃO e COELI, 2008).

Os fatores capacitantes são entendidos como os meios disponíveis para os indivíduos acessarem os serviços de saúde. Variáveis econômicas e de estrutura familiar, como a posse de plano de saúde e renda mensal; além de variáveis relacionadas à oferta dos serviços, estão incluídas nesses fatores (ANDERSEN e NEWMAN, 1973; PAVÃO e COELI, 2008).

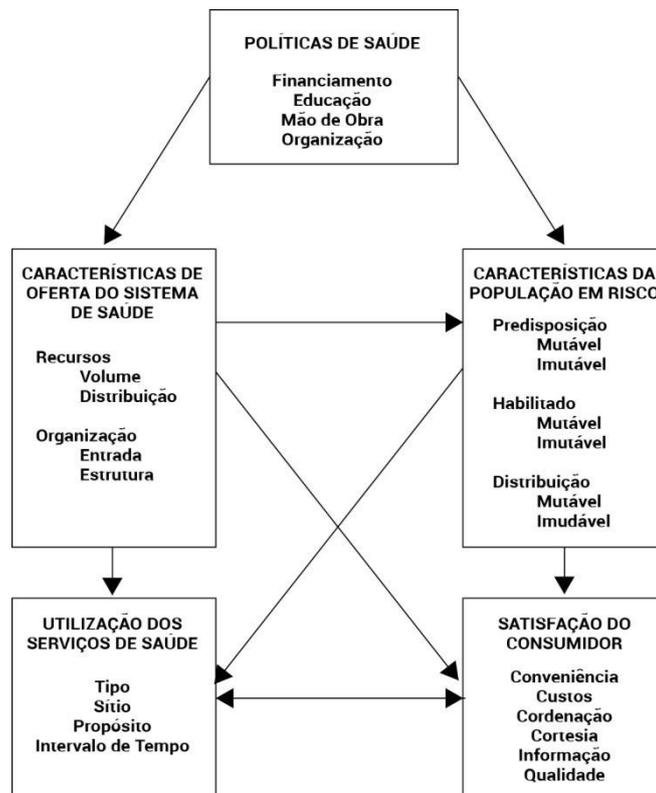
Por fim, os fatores de necessidade em saúde incluem a percepção do estado de saúde pelo indivíduo, além das doenças diagnosticadas pelos profissionais de saúde. Estes fatores representam a causa imediata de procura aos serviços de saúde (ANDERSEN e

NEWMAN, 1973).

Nesta primeira fase do trabalho, Andersen e Newman distinguem os termos acesso e utilização. A utilização (ou uso) assume uma conotação abrangente, influenciada pelo comportamento dos indivíduos, dos determinantes da sociedade e de características do sistema de saúde. Para os autores, a configuração desses componentes varia consideravelmente dependendo das características da unidade de serviço analisada (ambulatórios, hospitais, consultórios dentários) (PAVÃO e COELI, 2008; ANDERSEN e NEWMAN, 1973).

Em uma segunda revisão, Aday e Andersen (1974) ampliam o conceito de acesso, entendendo-o como o agrupamento de aspectos relacionados às políticas de saúde, às características de oferta do sistema de saúde local e às características da população de risco. O acesso passa a incorporar a dimensão de utilização dos serviços de saúde e de satisfação do consumidor (Figura 3).

Figura 3: Estrutura de acesso aos serviços de saúde



Fonte: Aday e Andersen (1974)

A dimensão “Políticas de Saúde” abrange os financiamentos, programas de educação, de mão de obra e saneamento, que se relacionam diretamente com o acesso aos

serviços, uma vez que este deve ser considerado inserido em um contexto político. Nesta dimensão, observa-se a influência do caráter intersetorial das políticas sobre os cuidados ofertados para a população.

A dimensão “Características da oferta do sistema de saúde” inclui elementos relacionados aos recursos e à organização. Os recursos são entendidos como os insumos e a organização dita como o sistema utiliza esses insumos para oferecer assistência para os indivíduos. Essa dimensão é uma revisão do modelo de sistema de saúde descrito anteriormente (Figura 1) (ANDERSEN e NEWMAN, 1973; ADAY e ANDERSEN, 1974).

A dimensão “Características da população em risco” contempla os fatores predisponentes, capacitantes e de necessidade em saúde, abrangendo características biológicas e sociais. Nesta dimensão, o indivíduo passa a ser a unidade de análise. Está implícito no contexto desta dimensão o fato de que certas categorias de pessoas têm mais ou menos acesso aos cuidados de saúde do que outras (ANDERSEN e NEWMAN, 1973; ADAY e ANDERSEN, 1974).

A utilização dos serviços é composta pelos seguintes itens: tipo, local (sítio), propósito e intervalo de tempo. O tipo de utilização refere-se à natureza do serviço procurado (preventivo, curativo ou de reabilitação). O local se refere ao espaço físico onde o atendimento médico é recebido (hospital, unidade básica de saúde, ambulatório). O propósito se relaciona ao motivo que levou o indivíduo a procurar e utilizar o serviço de saúde. O intervalo de tempo, por sua vez, explicita se o indivíduo conseguiu ou não ingressar no serviço de saúde, a quantidade de contatos realizados e de cuidados recebidos em um determinado período de tempo. Para os autores, o padrão de utilização dos serviços pela população é uma medida que pode ser usada para testar a validade preditiva do sistema de saúde através da adoção de indicadores individuais de acesso (ADAY e ANDERSEN, 1974).

A última dimensão, a satisfação do consumidor, remete para as atitudes dos indivíduos em relação à assistência médica recebida. A coordenação do cuidado, os custos envolvidos, a educação demonstrada pelos profissionais de saúde, dentre outros aspectos, influenciam diretamente na satisfação do consumidor e, conseqüentemente, no acesso aos serviços de saúde (ADAY e ANDERSEN, 1974).

Aday e Andersen (1974) explicam que essas dimensões se interagem constantemente. A política de saúde, por exemplo, impacta as características do sistema ao propor um aumento de profissionais de saúde em uma determinada área; ou programas podem ser direcionados a indivíduos com determinadas características de risco. O sistema de oferta, por sua vez, pode afetar diretamente os padrões de utilização e a satisfação dos consumidores

do sistema.

Em sua última revisão, Andersen (1995) revê o Modelo Comportamental de utilização dos serviços de saúde, abordando conceitos como acesso realizado e acesso potencial. O acesso potencial é definido como a presença de fatores capacitantes no uso dos serviços de saúde (ingresso nos serviços de saúde). O acesso realizado é a utilização de fato desses serviços, envolvendo fatores predisponentes, capacitantes, contextuais e de necessidade em saúde (continuidade do cuidado). Assim, o desfecho do Modelo Comportamental (uso dos serviços de saúde) passa a ser entendido como sinônimo de acesso realizado.

Neste último trabalho, Andersen (1995) cita o Modelo emergente de acesso em saúde. O modelo leva em consideração as crenças, as atitudes e os valores dos indivíduos em relação ao processo de saúde/doença. A inclusão dos resultados e *feedbacks* dos status de saúde também são consideradas na nova proposta. São abordados aspectos relacionados ao ambiente externo, às características da população, ao comportamento de saúde, e principalmente, aos resultados alcançados. O uso dos serviços de saúde passa a ser entendido como um atributo do comportamento da saúde.

Conceitos como acesso efetivo e acesso eficiente também são incorporados. De acordo com o autor, o acesso é considerado efetivo quando a satisfação do usuário com o serviço se torna positiva. O acesso eficiente se relaciona ao grau de mudança de saúde do indivíduo, além de sua satisfação, considerando o volume de serviços utilizados (ANDERSEN, 1995; TRAVASSOS e COELHO, 2004).

Alem de Andersen, outros estudiosos elaboraram modelos de acesso em saúde, com base nas teorias já formuladas. Para Levesque et al. (2013), por exemplo, o acesso é entendido como a capacidade do indivíduo em perceber as necessidades em saúde, procurar os serviços e obter os cuidados apropriados à resolução de sua necessidade. Para os autores, o acesso compreende dimensões de oferta (proximidade, aceitabilidade, disponibilidade e instalações, acessibilidade financeira e adequabilidade) e de procura (capacidade do indivíduo em perceber, procurar, alcançar, pagar e se envolver com o serviço de saúde) (Figura 4).

Levesque et al. (2013) explicitam que essas dimensões se interagem, determinando o acesso do indivíduo aos cuidados em saúde:

- *Dimensão proximidade:* caracteriza-se pela forma como a organização de saúde divulga as suas ações para a comunidade, ou seja, como o serviço é percebido pelos indivíduos. Esta dimensão incorpora o grau de capacidade das pessoas em conhecer os serviços existentes.

- *Dimensão aceitabilidade*: representam os fatores culturais e sociais (crenças, valores, autonomia) que determinam a possibilidade de uma comunidade em aceitar os cuidados ofertados pelas organizações de saúde. De acordo com os autores, alguns serviços geram desigualdade dependendo da forma como se organizam, tornando-se aceitáveis ou inaceitáveis.
- *Dimensão disponibilidade e instalações*: compreende aspectos relacionados ao horário de funcionamento das unidades de saúde e aos recursos físicos existentes. A capacidade de alcançar se refere aos meios utilizados pelas pessoas para conseguirem chegar aos serviços (meios de transporte, mobilidade, apoio social e ambiente doméstico).
- *Dimensão acessibilidade financeira*: abrange os custos inerentes à oferta dos cuidados de saúde (diretos, indiretos ou de oportunidade). A capacidade de pagar inclui os meios que os indivíduos possuem em arcar com os custos envolvidos na prestação dos serviços (rendimento, disponibilidade financeira, seguro de saúde).
- *Dimensão adequabilidade*: denota o ajuste entre os serviços e as necessidades de uma comunidade. Esta dimensão avalia se o tratamento dispensado é/foi adequado para a resolução da necessidade de saúde do indivíduo.

Figura 4: Dimensões de acesso aos cuidados em saúde



Fonte: Lopes et al. (2015) *apud* Levesque et al. (2013).

Pesquisadores brasileiros como Giovanella e Fleury (1996), além de Travassos e Castro (2012) também analisaram o conceito de acesso. Para Giovanella e Fleury (1996), o acesso é entendido como categoria central de análise das relações e adequações existentes

entre os usuários e os serviços de saúde. A partir dos conceitos de acesso abordados na literatura, as autoras elaboram quatro modelos de contextualização e abordagem do termo. São eles: modelo economicista, modelo sanitarista-planificador, modelo sanitarista-politicista e modelo das representações sociais.

No modelo economicista o acesso é permeado pela relação entre oferta e demanda, baseado no consumo dos indivíduos e suas disposições ideológicas. Neste modelo, o Estado é capaz de organizar a forma de produção dos cuidados em saúde, além de ajustar a demanda por meio da diferenciação dos grupos populacionais no acesso aos bens e serviços de saúde. No modelo sanitarista-planificador, por sua vez, o acesso é garantido por meio do planejamento do Estado na adequação dos serviços de saúde existentes de acordo com as necessidades de saúde da população (demanda). A concepção de acesso criado por este modelo é vista como “imagem-objeto” pelas autoras, devido às deficiências ainda existentes na articulação de políticas públicas e na integração hierárquica dos serviços (GIOVANELLA e FLEURY, 1996).

O modelo sanitarista-politicista, terceiro enfoque em relação à questão do acesso, aborda a consciência sanitária de que a saúde é um direito de todos, seja do indivíduo, seja da comunidade. O acesso é entendido como uma construção a partir da participação dos indivíduos no sistema e na gestão e controle social. Neste modelo, a população passa a compreender as determinações sociais do processo saúde/doença e os fatores que determinam a organização social da prática médica. O acesso não se circunscreve meramente à entrada do indivíduo aos serviços de saúde, uma vez que passa a ser um direito individual e coletivo, adquirido constitucionalmente, através da conformação de práticas participativas (GIOVANELLA e FLEURY, 1996).

O último modelo, o das representações sociais, infere que o acesso está incluído em uma realidade intersubjetiva e simbólica, não existindo externamente aos sujeitos coletivos e históricos. Este modelo reconhece o poder da vida social nos seus diversos planos e instituições, no qual a simbologia é a base da atenção e do sistema de saúde (GIOVANELLA e FLEURY, 1996).

Travassos e Castro (2012), por sua vez, explicitam em seus pressupostos que o acesso é o grau de facilidade ou dificuldade com que os indivíduos obtêm os cuidados em saúde. As pesquisadoras asseguram que a característica mais influente do acesso é a disponibilidade de serviços, dos equipamentos e dos profissionais. Apesar disso, explicam que a disponibilidade dos recursos por si só não garante o acesso. Barreiras geográficas, financeiras, organizacionais, culturais, dentre outras, expressam características da oferta, que

facilitam ou dificultam a capacidade dos indivíduos de utilizarem os serviços.

As barreiras geográficas se referem às dificuldades que o espaço impõe ao deslocamento dos usuários aos serviços de saúde, como a distância entre o domicílio e a unidade de saúde demandada, além do custo do transporte. As barreiras financeiras representam os obstáculos relacionados aos custos envolvidos, como preço dos serviços de saúde. Relaciona-se diretamente com a renda do indivíduo e da família. As barreiras organizacionais, por sua vez, indicam características da organização dos serviços e do tipo e qualidade dos recursos humanos e tecnológicos disponíveis. Horário de funcionamento das unidades de saúde, o tempo de espera para se consultar, a quantidade de profissionais atuantes, dentre outras características, constituem esta dimensão (TRAVASSOS e CASTRO, 2012).

Por fim, as barreiras informacionais dizem respeito às informações sobre o sistema e os serviços de saúde, além de condutas terapêuticas adotadas. Para as pesquisadoras, informações em saúde impactam na percepção de saúde das pessoas, assim como no seu acesso aos serviços de saúde (TRAVASSOS e CASTRO, 2012).

A relação entre os termos acesso e uso também é discutida por outros autores. Starfield (2002), por exemplo, afirma em seus pressupostos que existem diferenças entre os dois termos. Para a autora, a acessibilidade está relacionada com a estrutura de um sistema ou unidade de saúde que facilita a chegada dos indivíduos a esses serviços. Em contrapartida, o uso é forma como o indivíduo experimenta a assistência prestada nos serviços.

Travassos e Martins (2004), por sua vez, explicitam que o acesso está associado principalmente à oferta de serviços e à entrada do usuário no sistema de saúde. O uso compreende todo o contato direto ou indireto dos indivíduos com o sistema de saúde, seja para a realização de exames diagnósticos, seja para a realização de consultas. Para as pesquisadoras, o uso dos serviços é uma medida de acesso, mas não se explica somente por ele.

3.2. Desigualdades geográficas e sociais no acesso/uso dos serviços de saúde infantil no Brasil

O Sistema Único de Saúde no Brasil (SUS), norteado pelos princípios de integralidade, universalidade e equidade; visa proporcionar o acesso da população infantil aos serviços disponíveis. Apesar dessa premissa, a literatura tem mostrado que crianças residentes em diferentes regiões do território brasileiro têm vivenciado barreiras de acesso.

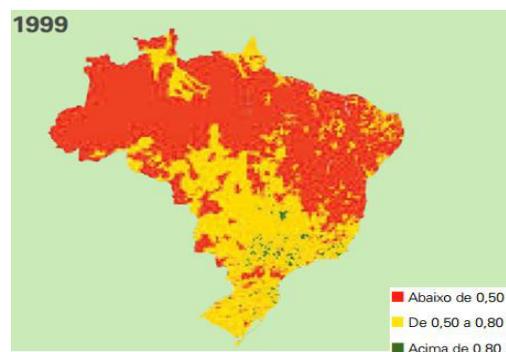
Prado et al. (2007), por exemplo, mostraram que em duas unidades de saúde localizadas na cidade de São Paulo, as mães das crianças necessitaram ir mais vezes para conseguir agendar uma consulta. Foi verificado que o acesso ao medicamento e ao sistema de referência e contra-referência foi mais garantido na unidade que possuía equipes de saúde da família.

Silva e Vieira (2014), por sua vez, em uma análise realizada nas unidades de Pronto Atendimento de Cascavel/Paraná no ano de 2010, revelaram que as crianças vivenciaram barreiras no acesso aos serviços básicos de saúde. Dificuldades de locomoção até o serviço, a distância geográfica entre o domicílio e a unidade básica de saúde, a dificuldade para conseguir uma ficha de atendimento, além da falta de profissionais, foram as principais dificuldades referidas pelos entrevistados.

Cabe salientar que a dificuldade no acesso aos serviços de saúde infantil, ao longo dos anos, tem sido caracterizada por desigualdades regionais e sociais. Na década de 90, por exemplo, o Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF (BUVINISH et al., 2005), por meio do Índice de Desenvolvimento Infantil (IDI)*, mostrou que a maior parte dos municípios da região Norte e Nordeste possuía um desenvolvimento infantil baixo em relação às demais regiões do Brasil (Figura 6) (BUVINICH et al., 2005).

A implementação de ações governamentais como a disseminação de benefícios financeiros para as famílias de baixa renda, avanços no abastecimento de água e de saneamento básico, além da ampliação de programas de saúde, como o Programa Nacional de Imunização e a Estratégia de Saúde da Família, propiciaram uma diminuição das desigualdades existentes (VICTORA et al., 2011).

Figura 5: Índice de Desenvolvimento Infantil no Brasil em 1999

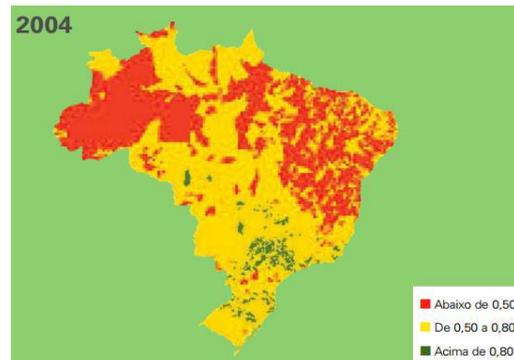


Fonte: Buvinich et al., 2005

***Nota:** Instrumento elaborado para o acompanhamento das desigualdades relacionadas à oferta dos serviços de saúde e educação em todo o território brasileiro com vistas à redução da mortalidade infantil. IDI acima de 0,800 - região com o desenvolvimento infantil elevado; entre 0,500 e 0,799 - desenvolvimento infantil médio e abaixo de 0,500 - desenvolvimento infantil baixo (BUVINISH et al., 2005).

Em 2004, pôde-se verificar uma mudança favorável no desenvolvimento infantil em grande parte do território brasileiro (Figura 7). Apesar das melhorias alcançadas, as desigualdades regionais e sociais relacionadas à oferta e ao acesso aos serviços permaneceram em grande parte do país.

Figura 6: Índice de Desenvolvimento Infantil no Brasil em 2004



Fonte: Buvnich et al., 2005

Estudo desenvolvido por Travassos et al. (2006), cujo objetivo foi o de avaliar as desigualdades sociais e geográficas em saúde, utilizando os dados da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios (PNAD) de 1998 e 2003, evidenciou que o acesso em saúde foi mais efetivo em regiões de melhor desenvolvimento socioeconômico. Os residentes das regiões Sudeste e Sul tiveram mais chances de utilizar os serviços do que os residentes nas demais regiões. Adicionalmente, por meio dos dados, os autores observaram que no período estudado, apesar de uma diminuição das desigualdades sociais em todo o território nacional, as desigualdades geográficas aumentaram. As barreiras de acesso nas regiões Norte e Nordeste continuaram mais prevalentes do que nas regiões Sudeste e Sul.

Complementarmente aos achados do estudo supracitado, a Pesquisa Nacional de Saúde - PNS (BRASIL, 2015) revelou que a taxa de acesso nas regiões Sul e Sudeste foi maior do que nas demais regiões. Das 30,7 milhões de pessoas que procuraram algum atendimento nas duas últimas semanas anteriores à realização da entrevista, 95,3% conseguiram ser atendidas na primeira vez que procuraram o serviço. O percentual de atendimento nas regiões Sudeste e Sul foi de 96,3%, enquanto que nas regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste, os percentuais foram de 93,7%, 93,6% e 93,7%, respectivamente.

No que se refere às desigualdades sociais, apesar de sua redução, a literatura exprime que a população de maior vulnerabilidade social ainda possui menor probabilidade em utilizar os serviços de saúde existentes (TRAVASSOS e CASTRO, 2012). Neri e Soares

(2002), por meio dos dados extraídos da PNAD/1998 evidenciaram que os indivíduos pobres utilizaram menos os serviços de saúde. As chances de procura foram maiores em indivíduos com melhor condição econômica, que possuíam luz elétrica e saneamento básico. Ademais, os motivos de procura pelos serviços entre os mais ricos e os mais pobres mostraram divergências. Enquanto as pessoas com melhor nível socioeconômico procuram os serviços para realizar exames ou verificar as condições de saúde (prevenção), os indivíduos pobres demandaram os serviços apenas quando tiveram alguma piora do seu estado de saúde.

Além disso, de acordo com Travassos e Castro (2012), os indivíduos de maior vulnerabilidade social tendem a procurar as unidades básicas de saúde e os serviços de emergência para a resolução de suas necessidades; enquanto que as pessoas mais ricas buscam os consultórios privados. Os autores afirmam que, embora existam barreiras no acesso, os indivíduos que procuram os serviços de saúde, em sua maioria, conseguem ser atendidos. Assim, as desigualdades sociais são baseadas nas variações sociais relacionadas à procura dos serviços (TRAVASSOS e CASTRO, 2012). Os mais pobres, apesar de necessitarem mais de cuidados em saúde, consomem menos os serviços (NERI e SOARES, 2002).

Complementarmente a este cenário, Silva et al. (1999) estudaram os fatores associados à não realização de consultas por crianças de 3 a 59 meses de idade no município de São Luís/MA. A pesquisa mostrou que na análise não ajustada, as crianças que não possuíam plano de saúde, advindas de famílias com baixa condição socioeconômica e cujo cuidador tinha baixa escolaridade, consultaram menos em relação às outras crianças.

Brasil (2015), através dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde, por sua vez, mostrou que a dificuldade no acesso aos serviços de saúde foi maior entre indivíduos de cor parda e de maior escolaridade do que os indivíduos brancos, com ensino superior completo. Foram relatados os seguintes motivos para o não acesso: ausência de profissionais médicos, falta de vagas e dificuldade financeira para arcar com os custos da consulta.

Adicionalmente, uma pesquisa de base populacional, desenvolvida no estado do Maranhão, com o objetivo de avaliar a utilização dos serviços de saúde bucal e os fatores associados, mostrou que o uso desses serviços foi maior entre crianças filhas de pais com maior escolaridade, cujas mães tinham mais de 35 anos e que pertenciam às classes econômicas A/B (GOMES et al., 2014).

Ademais, Vitolo et al. (2010) avaliaram os fatores sociodemográficos associados à frequência de utilização dos serviços de puericultura na cidade de São Leopoldo/Rio Grande do Sul. A pesquisa mostrou que mais da metade das crianças não foram levadas para consultar regularmente com o profissional de saúde. Fatores como a escolaridade materna baixa, o fato

da mãe não conviver com o companheiro e um número maior de irmãos no domicílio estiveram associados à não realização de consultas. Barreiras como a insatisfação pelo serviço e a dificuldade de encaminhamento da criança, foram referidas pelos entrevistados.

De acordo com Jatene et al. (2008), as iniquidades sociais na saúde infantil permanecem presentes em todas as regiões do Brasil, apesar de ser maior nas regiões Norte e Nordeste. Os grupos mais vulneráveis ainda possuem dificuldades no acesso aos serviços de prevenção, promoção e de recuperação da saúde; além de apresentarem maiores taxas de morbimortalidade. Deficiências nutricionais e de amamentação exclusiva, além de incompletude do cartão vacinal ainda são vivenciados por esses grupos.

Paralelamente às informações citadas, os estudos têm demonstrado que até em regiões de maior desenvolvimento humano, há uma parcela da população infantil que não consegue acessar os serviços. Uma investigação realizada por Silva et al. (2000) no município de Embu/SP observou que as crianças residentes na periferia não eram assistidas pelo programa de saúde local, demonstrando maior heterogeneidade nos acesso aos serviços pelas famílias.

Além disso, Travassos et al. (2006), através da análise intra-regional, mostraram que a desigualdade social no uso dos serviços de saúde foi maior na região Sul, quando comparado às análises intra-regionais de outras regiões. De acordo com os autores, apesar do Sul ter apresentado um nível de acesso aos serviços adequado, esse está concentrado nos grupos mais favorecidos economicamente. Para os autores, políticas para melhorar a distribuição social na região devem ser implementadas.

3.3 As implicações da dificuldade de acesso na saúde infantil e no sistema de saúde

A existência de barreiras no acesso aos serviços de saúde tem sido associada ao agravamento dos indicadores de morbimortalidade, além de alterar a dinâmica do sistema de saúde de uma região. Esta realidade tem influenciado negativamente a saúde infantil, uma vez que o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança, nos primeiros anos de vida, é essencial para a prevenção de doenças, além de permitir o desenvolvimento cognitivo e físico dessa população (BRASIL, 2012a). O acompanhamento regular permite a atuação frente aos desvios de crescimento, além da identificação de crianças de maior vulnerabilidade social por parte dos profissionais de saúde (BRASIL, 2012a).

Oliveira et al. (2011), por exemplo, em uma pesquisa desenvolvida no município de Jordão, no estado do Acre, revelaram que das 429 crianças investigadas, 57,3% tinham o

diagnóstico de anemia e apenas 17,8% apresentavam esquema vacinal atualizado. Do total de crianças, apenas 17,5% realizavam acompanhamento regular em serviços de atenção básica. O referido estudo realçou as deficiências das condições nutricionais das crianças residentes na região, além de mostrar a vulnerabilidade das mesmas em adquirir doenças.

Salienta-se que deficiências no acompanhamento regular podem ocasionar o agravamento das condições clínicas apresentadas pela criança. Vanderlei e Navarrete (2013) abordaram a ocorrência de um caso de óbito infantil decorrente da falta de resolubilidade da Estratégia de Saúde da Família e da dificuldade no atendimento de casos agudos na atenção básica. A falta de profissionais de saúde, além da dificuldade na articulação intersetorial também foram citadas como barreiras de acesso no estudo.

Gabrois et al. (2011), por sua vez, demonstraram fragilidades na linha de cuidado oncológico ao apontar as dificuldades no acesso da população infantil aos serviços de quimioterapia e radioterapia, principalmente nos estados do Maranhão e Piauí. Além disso, deficiências no diagnóstico precoce e no acompanhamento longitudinal dessas crianças foram citados na pesquisa.

Outro ponto a ser mencionado se refere à realização de práticas inapropriadas adotadas pelos pais das crianças frente às dificuldades no acesso aos serviços. Um estudo transversal desenvolvido no Distrito Federal por Santos et al. (2015) mostrou que dos 60 pais entrevistados, 26% optaram pela prática da automedicação da criança. A demora na realização das consultas foi a principal justificativa apresentada para a realização da conduta. Esta prática indevida pode ocasionar consequências danosas à saúde infantil como reações de hipersensibilidade, sangramento do trato digestivo, além de aumentar a dependência e levar à resistência bacteriana (MEDEIROS et al., 2011).

No que se refere à dinâmica do sistema de saúde, as dificuldades de acesso vivenciadas pelas crianças em um nível de atenção, influenciam a procura por outro nível assistencial podendo acarretar a superlotação dos serviços. Furtado et al. (2004) explicitam em seus pressupostos que as dificuldades de acesso facilitado aos cuidados básicos, além do encaminhamento inadequado aos serviços, contribuem para a superlotação e o aumento da demanda nas unidades de emergência. Este cenário sobrecarrega os profissionais de saúde, contribuindo para o estresse no trabalho, além do aumento dos custos hospitalares.

Pesquisa desenvolvida por Kovacs et al. (2005), que teve por objetivo conhecer a acessibilidade às ações básicas entre crianças atendidas em serviços de pronto-socorro em Recife, mostrou que das 383 crianças entrevistadas, 63,5% demandaram cuidados passíveis de serem prestados na atenção básica. Os principais obstáculos referidos foram: dificuldades no

agendamento de consultas, excesso de demanda e falta de médico ou pediatra. A inserção do responsável da criança no mercado de trabalho, a insatisfação com a conduta profissional e a falta de resolubilidade da atenção básica também foram citadas como dificuldades de acesso.

Complementarmente, Batistela et al. (2008) realizaram um estudo que avaliou os motivos pelos quais os responsáveis pelas crianças escolheram o Pronto Socorro do Hospital Universitário de Londrina. Justificativas como a acessibilidade geográfica, o horário de funcionamento das unidades básicas de saúde e a falta de resolubilidade de outros serviços foram mencionadas. De acordo com os autores, ainda há um descrédito nas atividades da atenção básica por parte da população, evidenciando o predomínio do modelo curativo.

Além da procura por atendimentos em serviços de emergência, a falta de resolubilidade em um nível de atenção pode estimular a ocorrência de internações, onerando o sistema de saúde. Caldeira et al. (2011) mostraram que em um município do norte do estado de Minas Gerais, das 365 internações pediátricas avaliadas, 41,4% foram classificadas como internações por condições sensíveis à atenção primária (CSAP).

Adicionalmente, análise desenvolvida por Barreto et al. (2012) apontou que no estado do Piauí, no ano de 2010, 60% das internações hospitalares em menores de 5 anos foram por causas sensíveis à atenção básica. A proporção de afecções perinatais aumentou entre o período de 2000 a 2010, chegando a 25% do total de internações em menores de um ano de idade.

Estes resultados apontam a fragilidade no atendimento aos princípios propostos pelo Sistema Único de Saúde, refletindo a necessidade de revisão das políticas de atendimento integral de saúde da criança em todo o território nacional.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Delineamento do estudo

Trata-se de uma pesquisa de coorte prospectiva, cujos dados fazem parte de um estudo intitulado BRISA (*Brazilian Ribeirão Preto and São Luis Birth Cohort Studies*) desenvolvido pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP/USP). O referido estudo foi financiado pelas seguintes entidades: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico (CNPq), Fundação de Amparo à Pesquisa e Desenvolvimento Científico do Maranhão (FAPEMA), Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) e Programa de Apoio à Núcleos de Excelência (PROCEX).

Para compreender a origem dos dados utilizados e o desenho de estudo nesta dissertação, cabe ressaltar a composição do projeto BRISA, estruturado a partir de dois estudos: a coorte do pré-natal e a coorte do nascimento.

A coorte iniciada no nascimento define-se como um estudo prospectivo, de âmbito populacional, que teve por objetivo estudar o crescimento e o desenvolvimento fetal e infantil nos seus aspectos físicos e psicossociais avaliando características de saúde geral das crianças, as morbidades e os óbitos infantis associados. Os dados iniciais dessa coorte foram coletados no ano de 2010 (condições de nascimento). Posteriormente, no período de abril de 2011 a janeiro de 2013 foram realizadas as entrevistas do primeiro seguimento (segunda etapa da coleta de dados).

Informações adicionais sobre o estudo BRISA podem ser verificadas em outras publicações (SILVA et al., 2015). Nesta dissertação de mestrado, os dados utilizados foram oriundos de entrevistas realizadas com as mães das crianças na coorte populacional do nascimento e no primeiro seguimento.

4.2 Local do Estudo

4.2.1 São Luís – Maranhão

São Luís é a capital do Maranhão, estado localizado na região Nordeste do Brasil. A área territorial corresponde a 834.785 km², sendo que a densidade demográfica em 2010 correspondia a 1.215,69 habitantes por km². Nesse mesmo ano, a população total era

composta de 1.014.837 indivíduos, sendo 30.441 indivíduos do sexo masculino, de 1 a 4 anos de idade, e 29.791 do sexo feminino da mesma faixa etária (BRASIL, 2016a).

Dados do IBGE mostram que em 2003 a incidência de pobreza do município correspondia a 54,83% (BRASIL, 2016a). Apesar das disparidades socioeconômicas existentes, PNUD et al. (2013) apontam o aumento da renda per capita da população ludovicense, a qual cresceu de R\$371,59 em 1991 para R\$ 805,36 em 2010. A porcentagem de indivíduos pobres reduziu de forma significativa no município, de 40,50% em 1991 para 4,53% em 2010.

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), em 2010, era de 0,768, sendo classificado como Desenvolvimento Humano Alto. Através deste dado, observa-se uma evolução do IDHM, que passou de 0,658 em 2000 para 0,768, ocupando em 2010 a 249ª posição em relação aos 5.565 municípios brasileiros (PNUD et al., 2013).

No que concerne à longevidade, à mortalidade e à fecundidade, os dados mostram um aumento na esperança de vida ao nascer, de 65,2 anos em 1991 para 73,8 anos em 2010; a redução da mortalidade de até 1 ano de idade (por mil nascidos vivos) de 49,3 em 1991 para 18,1 em 2010; além da redução da mortalidade de crianças de até 5 anos de idade (por mil nascidos vivos), de 64,5 em 1991 para 19,8 em 2010 (PNUD et al., 2013; BRASIL, 2016a).

No tocante ao perfil e organização dos Serviços de Saúde, o município é subdividido em seis Distritos Sanitários, a saber: Bequimão, Cohab, Coroadinho, Itaquí Bacanga, Tirirical, Vila Esperança. Em 2009 a rede assistencial de saúde era composta por 123 estabelecimentos públicos, 12 filantrópicos, 560 privados e 8 relacionados aos sindicatos, totalizando 703 estabelecimentos (BRASIL, 2009). De acordo com Brasil (2012b), o percentual de indivíduos cobertos pela Estratégia de Saúde da Família e pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde apresentou uma discreta redução, de 63,8% em 2004, para 62,0% em 2010.

O percentual de crianças com o esquema vacinal básico em dia expressou pequeno aumento, de 92% em 2004, para 92,9% em 2009. A taxa de mortalidade infantil por diarreia reduziu de 2,7 em 2004 para 0,8 em 2009 (BRASIL, 2009).

Em 2009 a internação pediátrica representou 12,6% do total de internações, sendo a média de permanência de 9,9 dias. De acordo com Brasil (2009), no referido ano, as doenças do aparelho respiratório e algumas afecções no período perinatal, representaram respectivamente 37,5% e 30,0% do total de internações, por grupo de causas, em indivíduos menores de 1 ano. Para os indivíduos de 1 a 4 anos, a maior parte das internações foi devido a algumas doenças infecciosas e parasitárias, além de doenças do aparelho respiratório, 17,2% e

46,8% respectivamente.

Os dados mostram que no ano de 2008 as afecções originadas no período perinatal representaram 62,7% do total de óbitos em menores de 1 ano de idade. Em crianças de 1 a 4 anos, por sua vez, as doenças do aparelho respiratório, as doenças infecciosas e parasitárias, além das causas externas, exprimiram 54,8% do total de óbitos no referido ano (BRASIL, 2009).

4.2.2 Ribeirão Preto – São Paulo

O município de Ribeirão Preto localiza-se no estado de São Paulo, região Sudeste do Brasil. Em 2010 possuía uma população de 604.682 habitantes, sendo 14.366 indivíduos do sexo masculino, de 1 a 4 anos de idade, e 14.105 indivíduos do sexo feminino com a mesma faixa etária (BRASIL, 2016a).

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal em 2010 era de 0,800, sendo classificado como um município situado na faixa de Desenvolvimento Humano Muito Alto. Em 2010 ocupou a 40ª posição em relação aos 5.565 municípios do Brasil (PNUD et al., 2013).

No tocante à longevidade, mortalidade e fecundidade, os dados demonstram uma evolução. A esperança de vida ao nascer passou de 70,2 anos em 1991 para 75,7 anos em 2010. A mortalidade de indivíduos de até 1 ano de idade (por mil nascidos vivos) reduziu de 22,4 em 1991 para 16,9 em 2010. Da mesma forma, a mortalidade infantil reduziu de 25,4 na década de 90 para 18,9 em 2010 (PNUD et al., 2013).

Em relação à organização dos serviços de saúde, a rede assistencial do município em 2009, era composta por 1166 estabelecimentos, sendo que destes, 125 eram públicos, 8 filantrópicos e 1033 correspondentes ao setor privado (BRASIL, 2009). Atualmente, o município é dividido em 5 distritos, a saber: Central, Leste, Norte, Oeste e Sul.

De acordo com Brasil (2012b), o percentual de indivíduos cobertos pela Estratégia de Saúde da Família e pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde apresentou discreto aumento, de 33,6% em 2004, para 33,7% em 2010.

Do total de internações em menores de 1 ano em 2009, 22,5% estiveram relacionadas a doenças do aparelho respiratório e 54,2% relacionadas a algumas afecções originadas no período perinatal. Na população de 1 a 4 anos de idade, 32,5% das causas de internação estiveram relacionadas a doenças do aparelho respiratório e 13,1% a doenças do aparelho digestivo (BRASIL, 2009).

No que se refere à mortalidade infantil, Brasil (2009) explicita que em 2008, 41,7% dos óbitos de crianças de 1 a 4 anos de idade estiveram relacionados às causas definidas e 25,0% dos óbitos relacionados às neoplasias.

4.3 População de estudo

Participaram do estudo crianças de 13 a 35 meses de idade, residentes em São Luís/MA e Ribeirão Preto/SP.

4.3.1 Critérios de inclusão

Crianças que fizeram parte do seguimento da coorte de nascimento do estudo BRISA, cujas mães assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.3.1 Critérios de não inclusão

Os natimortos e as crianças que não residiam há, no mínimo, três meses em um dos municípios do estudo, não foram incluídos. Além disso, os indivíduos que não responderam a pergunta desfecho, não foram considerados.

4.4 Cálculo amostral e Seleção

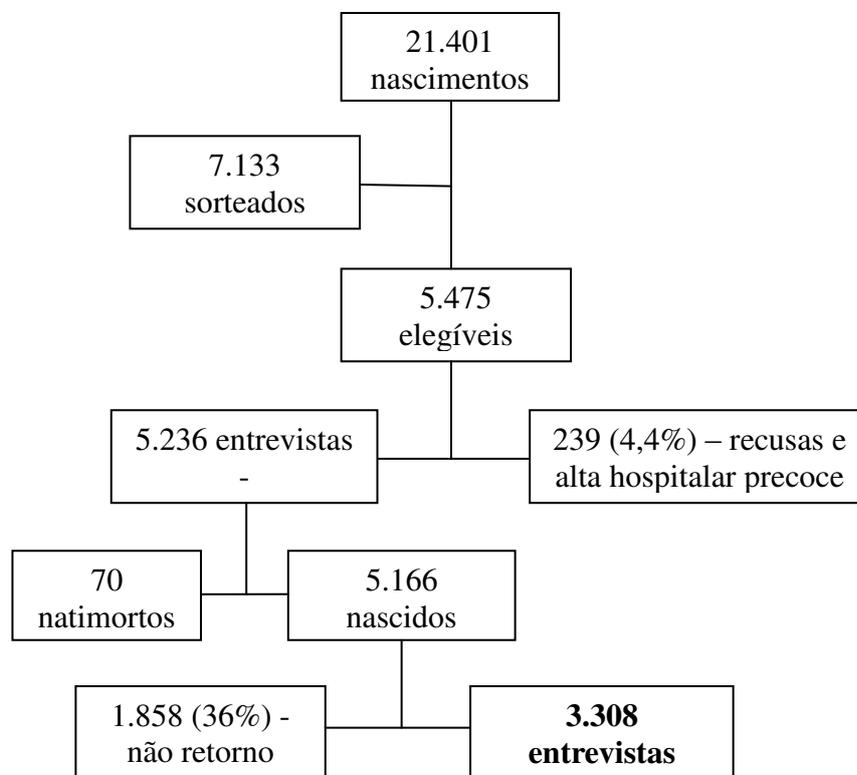
A coorte de nascimento BRISA, em São Luís/MA, incluiu 1/3 do total de nascimentos ocorridos na cidade no ano de 2010. Primeiramente, foram selecionados 10 maternidades e hospitais onde ocorreram mais de 100 partos por ano, o qual representou 94,7% de todos os nascimentos ocorridos no município no referido ano.

A seleção da amostra se sucedeu de maneira sistemática e estratificada proporcionalmente ao número de partos por hospital. Os partos ocorridos em cada unidade eleita foram registrados diariamente (1º de janeiro a 31 de dezembro de 2010), em ordem cronológica de nascimento. No primeiro dia do ano, em cada maternidade, foi sorteado o início casual (1, 2 ou 3), ponto de partida para as entrevistas da etapa do nascimento. As demais puérperas foram selecionadas de forma cumulativa, sempre sendo somado o valor do intervalo de amostragem, definido como três, à posição da última mãe entrevistada. Dos 7.133 nascimentos sorteados, foram entrevistadas 5.166 puérperas, acarretando uma perda de 239

puérperas que recusaram participar da entrevista ou tiveram alta hospitalar precoce, além da ocorrência de 70 natimortos.

As entrevistas do primeiro seguimento, por sua vez, foram realizadas de abril de 2011 a janeiro de 2013. Dos 5.166 nascimentos, foram entrevistadas 3.308 mães, acarretando perda de 36% decorrente da dificuldade de contato com os familiares, além de mudanças desses para outros municípios (Figura 7).

Figura 7: Fluxograma amostral da coorte de nascimento BRISA e das crianças do seguimento, São Luís, MA, Brasil, 2010-2013.



Fonte: Silva et al., 2015

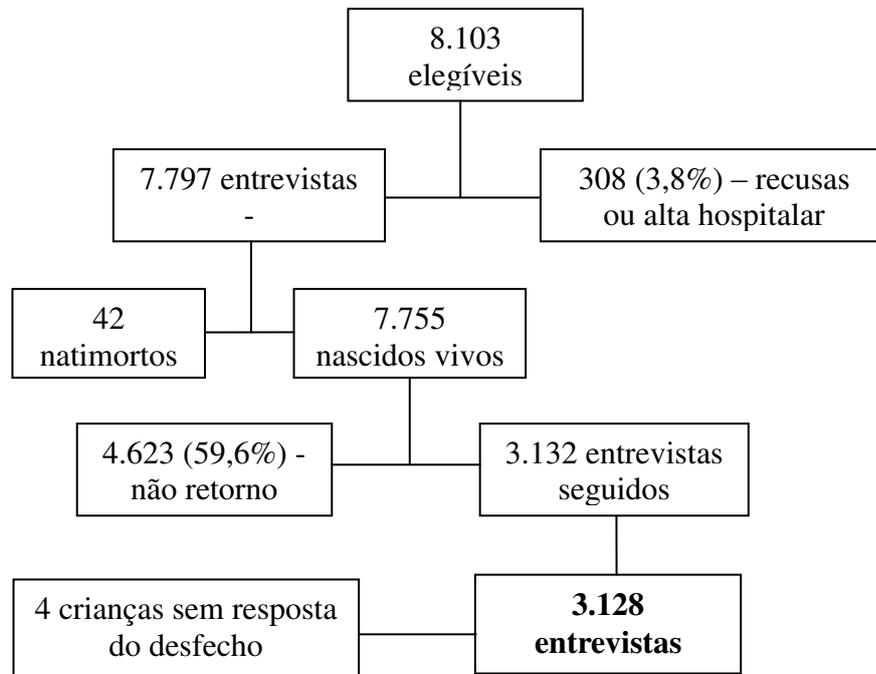
Em Ribeirão Preto o estudo envolveu todos os partos ocorridos no ano de 2010, em oito hospitais e maternidades do município, não sendo necessário o desenvolvimento do cálculo amostral.

Na etapa do nascimento, ocorrida no ano de 2010, dos 8.103 nascimentos foram considerados elegíveis 7.755, acarretando uma perda de 308 indivíduos (3,8%) devido a recusas e alta hospitalar precoce, além de 42 natimortos.

Na etapa do primeiro seguimento, ocorrida entre abril de 2011 a janeiro de 2013, foram entrevistadas 3.132 mães, acarretando uma perda de 59,6% de indivíduos. Desses

quantitativo, após a revisão da variável desfecho, permaneceram elegíveis 3.128 crianças (Figura 8).

Figura 8: Fluxograma amostral da coorte de nascimento BRISA e das crianças do seguimento, Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2010-2013.



Fonte: Autor.

Neste estudo estimou-se que uma amostra mínima de 2.972 crianças teria poder de 90% para identificar razões de prevalência significantes, a partir de 1,2 entre os desfechos e fatores associados. Foi considerada a probabilidade de erro do tipo I de 5%, prevalência esperada de não acesso de 50%, com proporção de 1:1 entre expostos e não expostos. Diante dessas informações, e apesar das perdas apontadas, o quantitativo de indivíduos presentes na etapa do seguimento foi suficiente para responder a pergunta do estudo.

4.5 Instrumentos de coleta de dados

Os dados foram coletados por meio de entrevistas face a face com as mães das crianças, através da utilização de um questionário estruturado impresso contendo perguntas referentes à mãe e à criança. Na etapa do nascimento, as puérperas foram entrevistadas nas primeiras 48 horas da ocorrência do parto (Anexo B – Questionário do Nascimento - Mãe). Na etapa do seguimento, as mães foram contatadas por meio de contato telefônico e visitas

domiciliares, sendo convidadas a comparecer ao centro de pesquisa para a realização da entrevista (Anexo C – Questionário do seguimento – criança).

As entrevistas foram feitas por bolsistas de iniciação científica, de aperfeiçoamento, graduandos e recém graduados, além de outros profissionais que possuíam ensino médio. Todos os entrevistadores receberam treinamento formal, sendo orientados a ler as questões, ao invés de formulá-las à sua própria maneira.

4.6 Variáveis do estudo

4.6.1 Variável resposta

A variável resposta, dificuldade de acesso, foi analisada por meio da seguinte pergunta realizada na etapa do seguimento: “Alguma vez a sra. tentou levar a criança para consultar, hospitalizar ou vacinar e não conseguiu?”. A presença de dificuldade de acesso foi relacionada à resposta positiva da mãe à pergunta.

O termo “dificuldade de acesso” foi definido como a não obtenção dos serviços de saúde pelas crianças, seja pela incapacidade das unidades em atender as necessidades da população infantil, seja pela dificuldade da mãe em encaminhar a criança (ANDERSEN E NEWMAN, 1973; ADAY E ANDERSEN, 1974; ANDERSEN, 1995). Adotou-se o domínio amplo do termo, abrangendo as fases de procura, ingresso (acesso restrito) e continuidade do cuidado no sistema de saúde (uso ou acesso realizado) de acordo com os pressupostos de Andersen (ANDERSEN E NEWMAN, 1973; ADAY E ANDERSEN, 1974; ANDERSEN, 1995).

4.6.2 Variáveis explicativas

As variáveis explicativas compreenderam informações referentes à criança e sua família:

(a) coletadas na etapa do nascimento: sexo da criança (masculino ou feminino), idade da mãe (≥ 35 anos, 20 a 34 anos, <20 anos), escolaridade materna (≥ 12 anos de estudo, 9-11 anos, 5-8anos e de 0-4 anos), cor de pele da mãe autorreferida (branca ou parda/morena ou preta/negra), número de irmãos da criança (0, 1, 2 a 3 ou > 3);

(b) coletadas na etapa do seguimento: atividade remunerada materna (sim ou não), residência com o companheiro (sim ou não), classe econômica familiar - classificada de

acordo com o critério da Associação Brasileira de Estudos e Pesquisas, referente ao ano de 2010 em A/B, C ou D/E (ABEP, 2010), recebimento de benefício governamental pela família (sim ou não), posse de plano de saúde pela criança (sim ou não), cadastro da família na Estratégia de Saúde da Família (sim ou não); percepção de saúde da criança (excelente/muito boa, boa, regular/ruim) e morbidade da criança desde o nascimento (sim ou não).

As variáveis supracitadas não apresentaram colinearidade entre si.

4.7 Modelo conceitual hierarquizado da dificuldade de acesso aos serviços de saúde

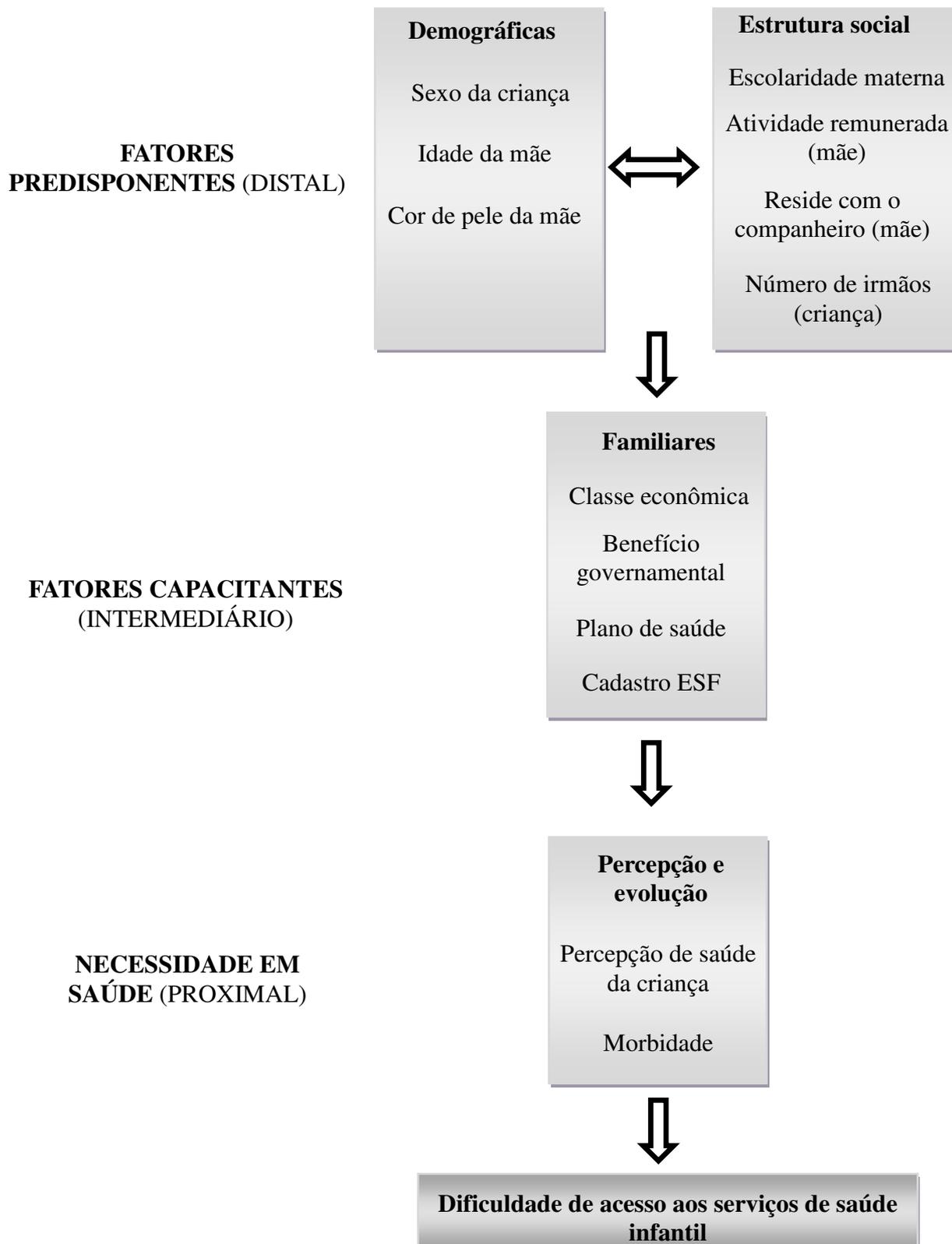
O modelo conceitual hierarquizado considerou as variáveis explicativas agrupadas em fatores predisponentes (nível distal), capacitantes (nível intermediário) e de necessidades de saúde (nível proximal) baseando-se no Modelo Comportamental de Andersen (ANDERSEN e NEWMAN, 1973; ADAY e ANDERSEN, 1974; ANDERSEN, 1995) (Figura 9). De acordo com o teórico, para compreender o comportamento do uso/não uso (acesso realizado ou não acesso) dos serviços de saúde pelos indivíduos, deve-se analisar a inter-relação desses fatores.

Os fatores predisponentes se referem à predisposição ao uso dos serviços pelos indivíduos, mesmo antes de adoecerem. Características demográficas, como o sexo e a situação conjugal; de estrutura social, que refletem a posição do indivíduo na sociedade, como a escolaridade e a realização de atividade laboral; além das crenças e valores do indivíduo acerca da doença e do cuidado recebido, fazem parte dessa dimensão (ADAY e ANDERSEN, 1974; ANDERSEN, 1995). Os fatores capacitantes, por sua vez, abrangem os recursos e meios disponíveis que possibilitam o acesso aos serviços de saúde. Variáveis relacionadas ao indivíduo/família e à oferta dos serviços, como a posse de plano de saúde e a renda mensal, fazem parte dessa dimensão (ADAY e ANDERSEN, 1974; ANDERSEN, 1995).

Por fim, os fatores de necessidade incluem determinantes como a percepção de saúde do indivíduo, além das doenças diagnosticadas pelos profissionais de saúde; representando a causa imediata de procura dos serviços e a adesão ao tratamento proposto (ADAY e ANDERSEN, 1974; PAVÃO e COELI, 2008).

O desfecho do modelo é o uso/não uso dos serviços de saúde, o qual compreende a entrada e o recebimento de cuidados nos diferentes tipos de estabelecimentos em saúde existentes. O teórico explicita em seus pressupostos que o uso/acesso em cada estabelecimento de saúde pode ser explicado por diferentes tipos de fatores (ADAY e ANDERSEN, 1974; PAVÃO e COELI, 2008).

Figura 9: Estrutura conceitual, hierarquizada, baseada no Modelo Comportamental de Andersen (adaptado), para análise dos fatores associados à dificuldade de acesso aos serviços de saúde infantil.



Fonte: Andersen e Newman, 1973; Aday e Andersen, 1974; Andersen, 1995 (adaptado pelo autor).

4.8 Análise estatística e processamento dos dados

A análise dos dados foi feita utilizando-se o software STATA - *Data Analysis and Statistical Software*, versão 12.0. Devido às perdas entre as etapas do nascimento e do seguimento, foram calculadas as probabilidades de seguimento nas duas cidades. Foi adotado o teste Qui-quadrado de Pearson para a verificação da perda diferencial das seguintes variáveis: sexo da criança, número de irmãos da criança, cor de pele da mãe, escolaridade materna e idade materna.

As variáveis que apresentaram significância ($p < 0,05$) foram adicionadas ao fator de ponderação; esse entendido como o inverso da probabilidade de comparecimento. Em São Luís as variáveis que tiveram significância foram: número de irmãos da criança ($p = 0,0060$), cor de pele da mãe ($p = 0,049$) e escolaridade materna ($p < 0,001$). Em Ribeirão Preto, por sua vez, mostraram significância as variáveis: número de irmãos da criança ($p = 0,030$), idade da mãe ($p = 0,003$) e escolaridade materna ($p < 0,001$) (Tabela 1). O modelo de regressão logística foi utilizado para prever a probabilidade de comparecimento para cada criança.

Após esta etapa, foi efetuada a análise descritiva dos dados referentes a cada município, estimando-se as frequências absolutas e relativas - estas últimas ponderadas, por meio da elaboração de tabelas de contingência.

Posteriormente, foi feita a análise multivariada dos dados de cada cidade utilizando a regressão de Poisson com variância robusta (PAGANO, 2004) baseando-se na adaptação do Modelo Comportamental de Andersen (ANDERSEN e NEWMAN, 1973; ADAY e ANDERSEN, 1974; ANDERSEN, 1995) (Figura 3), com o objetivo de estimar as razões de prevalência (RP) e seu respectivo intervalo de confiança (IC).

Ao final de cada nível do modelo, foram consideradas associadas as variáveis que tiveram p valor $< 0,05$ (nível de significância de 5% e IC de 95%). No desenvolvimento das análises, as variáveis que apresentaram p valor $< 0,10$ advindas dos níveis hierárquicos superiores permaneceram no modelo final mesmo com a perda da significância estatística resultante da inclusão de variáveis dos níveis hierárquicos subsequentes.

Tabela 1. Diferença amostral entre os dados do seguimento na coorte de nascimento BRISA, São Luís/MA e Ribeirão Preto/SP, Brasil. 2010-2013.

Variáveis	São Luís/MA		Ribeirão Preto/SP	
	Seguido n (%)	Não seguido n (%)	Seguido n (%)	Não seguido n (%)
Sexo da criança	p¹=0,939		p¹=0,237	
Masculino	1689 (63,6)	968 (36,4)	578 (40,8)	2258 (59,1)
Feminino	1619 (63,5)	932 (36,5)	1553 (39,5)	2375 (60,5)
Número de filhos biológicos	p¹=0,006		p¹=0,030	
0	1646 (64,0)	926 (36,0)	1642 (40,6)	2405 (59,4)
1	1067 (65,4)	564 (34,6)	997 (41,7)	1391 (58,2)
2 a 3	516 (59,5)	351 (40,5)	425 (36,7)	732 (63,2)
>3	79 (55,6)	63 (44,4)	68 (43,6)	88 (56,4)
Idade da mãe	p¹=0,058		p¹=0,003	
>=35 anos	281 (68,0)	132 (32,0)	416 (41,7)	582 (58,3)
20 a 34 anos	2438 (63,5)	1400 (36,5)	2364 (40,7)	3439 (59,2)
< 20 anos	589 (61,3)	372 (38,7)	352 (35,3)	644 (64,7)
Cor de pele	p¹=0,049		p¹=0,089	
Branca	578 (60,1)	383 (39,8)	1867 (41,5)	2633 (58,5)
Parda/Morena	2246 (64,2)	1253 (35,8)	926 (38,8)	1462 (61,2)
Preta/Negra	438 (65,0)	236 (35,0)	298 (40,0)	446 (59,9)
Escolaridade materna	p¹<0,001		p¹<0,001	
>12 anos	464 (59,1)	321 (40,9)	770 (42,9)	1025 (57,1)
9-12 anos	2073 (69,0)	933 (31,0)	1671 (42,4)	2270 (57,6)
5-8 anos	663 (56,8)	505 (43,2)	569 (33,8)	1113 (66,1)
0-4 anos	99 (43,2)	130 (56,8)	118 (36,2)	208 (63,8)

Estimativas significantes estão em negrito, considerando $p < 0,05$;

BRISA: *Brazilian Ribeirão Preto and São Luis Birth Cohort Studies*

ESF: Estratégia Saúde da Família;

¹Teste Qui-quadrado – realizado para verificar se a diferença de entrevistados entre o nascimento e o seguimento foi significativa.

4.9 Aspectos Éticos

A pesquisa atendeu aos critérios da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, vigente no período do estudo. Ademais, foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da UFMA (Anexo D - parecer nº 223/2009) e do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP (Anexo E - ofício nº 4116/2008). As mães que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido).

5 RESULTADOS

ARTIGO

FATORES ASSOCIADOS À DIFICULDADE DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE INFANTIL EM SÃO LUÍS/MA E RIBEIRÃO PRETO/SP: contribuições da coorte BRISA.

(A ser submetido à revista “Cadernos de Saúde Pública” – Qualis A2)

FATORES ASSOCIADOS À DIFICULDADE DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE INFANTIL EM SÃO LUÍS/MA E RIBEIRÃO PRETO/SP: CONTRIBUIÇÕES DA COORTE BRISA.

Marcelo Augusto Ferraz Ruas do Amaral Rodrigues – Especialista - Departamento de Saúde Pública. Universidade Federal do Maranhão.

Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves – Doutora - Departamento de Saúde Pública. Universidade Federal do Maranhão.

Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Departamento de Saúde Pública. Universidade Federal do Maranhão.

Marcelo Augusto Ferraz Ruas do Amaral Rodrigues
Rua Barão de Itapary, nº155, Centro, CEP: 65020-070
São Luís/Maranhão

RESUMO

Introdução: as iniquidades no acesso aos serviços de saúde têm interferido diretamente nos indicadores de morbimortalidade infantil, além de alterar a dinâmica do sistema de saúde. Apesar da importância do tema, a maior parte dos estudos não analisa detalhadamente os fatores associados às dificuldades de acesso em regiões socioeconômicas distintas. **Objetivo:** analisar os fatores associados à dificuldade de acesso aos serviços de saúde infantil em São Luís/MA e Ribeirão Preto/SP. **Métodos:** estudo de coorte prospectivo do qual participaram 3308 crianças em São Luís e 3128 crianças em Ribeirão Preto, de 13 a 35 meses de idade. Foram estimadas as razões de prevalência (RP) por meio da regressão de Poisson com variância robusta em uma modelagem hierarquizada, baseada na adaptação do Modelo Comportamental de Andersen. **Resultados:** a taxa de dificuldade de acesso em São Luís foi de 29,4%, enquanto que a de Ribeirão Preto foi de 9,0%. Em São Luís, na análise hierarquizada, dificuldade de acesso associou-se às seguintes variáveis: criança do sexo masculino, mais de um irmão no domicílio, baixa escolaridade materna, menor idade da mãe, ter cadastro na Estratégia de Saúde da Família (ESF), presença de morbidade e pior percepção do estado de saúde. Em Ribeirão Preto, a dificuldade de acesso foi associada ao maior número de irmãos no domicílio, maior escolaridade materna, classe econômica mais baixa e ter cadastro na ESF. **Conclusões:** as desigualdades sociais no acesso à saúde foram mais prevalentes em São Luis. Os fatores predisponentes demográficos e de necessidade em saúde foram mais expressivos em São Luís, ao passo que os fatores predisponentes de estrutura social e capacitantes o foram em Ribeirão Preto.

Palavras-chave: Acesso aos Serviços de Saúde. Equidade no Acesso. Saúde da Criança.

ABSTRACT

Introduction: the inequities in access to health care have directly interfered in infant mortality's indicators and also have changed the dynamic of health's system. Despite the importance of the issue, most studies did not analyses with details the factors associated with the difficulty of access at regions that have different socioeconomic characteristics.

Objective: analyze the factors associated with the difficulty of access to child's health services at São Luis/MA and Ribeirão Preto/SP. **Methods:** a prospective cohort study which involved 3308 children at São Luís and 3128 children at Ribeirão Preto, 13-35 months old. The prevalence rate (RP) was estimated by the Poisson regression with robust error variance in a hierarchical modeling, based on the adaptation of the Behavioral Model of Andersen.

Results: the rate of difficult access at São Luís was 29,4%, while at Ribeirão Preto, the rate was 9,0%. At São Luís, the hierarchical analysis showed that the difficult of access was associated with the following variables: male child, more than a brother at home, lower maternal education, lower maternal age, be registered in the Family Health Strategy (ESF), has morbidity and wore perception of health's state. At Ribeirão Preto, the difficulty of access was associated with the highest number of brothers at home, higher maternal education, lower economic class and be registered in the ESF. **Conclusions:** social inequalities in access to health were more prevalent at São Luis. The demographic's predisposing and need factors were more expressive at São Luís, while the social structure's predisposing and the enabling factors were more expressive at Ribeirão Preto.

Keywords: Health Services Accessibility. Equity in Access. Child Health.

INTRODUÇÃO

A permanência das desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde infantil tem sido constantemente apontada na literatura. Apesar dos avanços alcançados, como a territorialização da atenção básica e a ampliação da oferta de serviços¹, a cobertura assistencial ainda está distante de atender às reais necessidades da população infantil².

As crianças residentes nas regiões Norte e Nordeste ainda possuem menores chances de acessar os serviços^{3, 4}. A carência de profissionais qualificados; a falta de recursos materiais e tecnológicos; além da baixa resolubilidade das ações, principalmente na atenção básica; são algumas das barreiras vivenciadas por essa população^{5,6}.

Complementarmente, características sociodemográficas, como o fato da criança ser pobre, de não possuir plano de saúde ou de habitar com pais separados, além da baixa escolaridade materna, são apontados como alguns dos fatores que interferem negativamente no acesso aos cuidados em saúde^{4,7,8}.

Neste contexto, o conhecimento acerca dos fatores supracitados tem direcionado a formulação de políticas públicas, além de subsidiar a operacionalização de programas governamentais nos municípios brasileiros.

Apesar da importância do tema, investigações detalhadas dos fatores associados às dificuldades de acesso em diferentes municípios ainda são deficientes e necessárias³. A maior parte das pesquisas nacionais ora advém de dados secundários que não enfatizam as particularidades do não acesso no nível municipal^{3,10}, ora são realizados em apenas uma localidade específica, não comparando os fatores em cidades com condições socioeconômicas distintas, utilizando um único método de análise estatística⁸. Ademais, são poucos os estudos que utilizam dados de uma coorte¹⁰.

A relevância de se investigar as dificuldades de acesso e seus fatores associados se sustenta no impacto negativo que este acarreta ao sistema de saúde. A sua ocorrência nos serviços de atenção básica, por exemplo, pode ocasionar a superlotação das unidades de urgência e emergência, além de aumentar as internações por condições sensíveis a cuidados básicos; onerando o sistema de saúde.^{11,12}

Na saúde infantil, sabe-se que deficiências no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento geram sérios problemas de saúde, uma vez que os primeiros anos de vida são fundamentais para o desenvolvimento mental e físico da criança, pois é nessa fase que ela desenvolve grande parte do seu potencial cognitivo¹³.

Além disso, indicadores de morbimortalidade infantil apresentam associação com

esse desfecho. Um estudo de abordagem qualitativa realizado em Recife/PE, por exemplo, expôs a relação entre a existência de barreiras de acesso e à ocorrência de óbito infantil evitável. Na referida pesquisa, deficiências no acompanhamento da saúde da criança de maior vulnerabilidade social; limitações no atendimento de casos agudos na Unidade de Saúde da Família; além de deficiências técnico-científicas dos profissionais contribuíram para o agravamento do quadro de saúde infantil, até a evolução ao óbito⁵.

Diante da relevância do tema, esta pesquisa tem por objetivo identificar e analisar os fatores associados à dificuldade de acesso aos serviços de saúde infantil em duas cidades brasileiras, localizadas em regiões com características sociais e econômicas distintas: São Luís/MA e Ribeirão Preto/SP.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de coorte prospectiva, do estudo intitulado BRISA (*Brazilian Ribeirão Preto and São Luis Birth Cohort Studies*) desenvolvido pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP/USP)¹⁴.

São Luís é a capital do Maranhão, estado localizado na região Nordeste do Brasil. Em 2010 possuía uma população de 1.014.837 habitantes, sendo 38.195 indivíduos do sexo masculino de 0 a 4 anos de idade e 37.296 indivíduos do sexo feminino com a mesma faixa etária¹⁵. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), em 2010, era de 0,768, sendo classificado como Desenvolvimento Humano alto. Através deste dado, observa-se uma evolução do IDHM, que passou de 0,658 em 2000 para 0,768, ocupando em 2010 a 249ª posição em relação aos 5.565 municípios brasileiros¹⁶.

Ribeirão Preto localiza-se no estado de São Paulo, região Sudeste do Brasil. Em 2010 possuía uma população de 604.682 habitantes, sendo que desta, 14.366 correspondiam a indivíduos do sexo masculino de 1 a 4 anos de idade, e 14.105 indivíduos do sexo feminino com a mesma faixa etária¹⁵. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal em 2010 era de 0,800, sendo classificado como um município situado na faixa de Desenvolvimento Humano muito alto. Em 2010 ocupou a 40ª posição em relação aos 5.565 municípios do Brasil¹⁶.

Participaram do estudo crianças de 13 a 35 meses de idade, residentes em São Luís/MA e Ribeirão Preto/SP, que fizeram parte do seguimento da coorte de nascimento do estudo BRISA. Os natimortos e as crianças que não residiam há, no mínimo, três meses em um dos municípios do estudo, não foram incluídos.

A coorte de nascimento BRISA, em São Luís/MA, incluiu 1/3 do total de nascimentos ocorridos na cidade no ano de 2010. A seleção da amostra foi sistemática e estratificada proporcionalmente ao número de partos por hospital no período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2010. Dos 7.133 nascimentos sorteados, foram entrevistadas 5.166, com perda de 239 puérperas (4,6%) por recusa ou alta hospitalar precoce, além da ocorrência de 70 natimortos.

As entrevistas do primeiro seguimento foram realizadas de abril de 2011 a janeiro de 2013. Dos 5.166 nascimentos planejados, foram entrevistadas 3.308 mães, acarretando perda de 36% decorrente da dificuldade de contato com os familiares, além de mudanças para outros municípios (Figura 1).

Em Ribeirão Preto o estudo envolveu todos os partos ocorridos no ano de 2010, em oito hospitais e maternidades do município, não tendo sido necessário cálculo amostral.

Na etapa do nascimento, ocorrida no ano de 2010, dos 8.103 nascimentos foram considerados 7.755, acarretando perda de 308 indivíduos (3,8%) devido a recusas e alta hospitalar precoce, além de 42 natimortos.

Na etapa do primeiro seguimento, ocorrida entre abril de 2011 a janeiro de 2013, foram entrevistadas 3.132 mães, com perda de 59,6% de indivíduos. Desse quantitativo, após a revisão da variável desfecho, permaneceram elegíveis 3.128 crianças. (Figura 2)

Nesta pesquisa estimou-se amostra mínima de 2.972 crianças com poder de 90% para identificar razões de prevalência significantes, a partir de 1,2 entre o desfecho e fatores associados. Foi considerada a probabilidade de erro do tipo I de 5%, prevalência esperada de não acesso de 50%, com proporção de 1:1 entre expostos e não expostos¹⁷. Diante dessas informações, e apesar das perdas apontadas, o quantitativo de indivíduos presentes na etapa do seguimento foi suficiente para responder a pergunta do estudo.

A variável resposta, dificuldade de acesso, foi analisada por meio da seguinte pergunta realizada na etapa do seguimento: “Alguma vez a sra. tentou levar a criança para consultar, hospitalizar ou vacinar e não conseguiu?”. A presença de dificuldade de acesso foi relacionada à resposta positiva da mãe à pergunta.

O termo “dificuldade de acesso” foi definido como a não obtenção dos serviços de saúde pelas crianças, seja pela incapacidade das unidades em atender as necessidades da população infantil, seja pela dificuldade da mãe em encaminhar a criança^{18,19, 20, 21}. Adotou-se o domínio amplo do termo, abrangendo as fases de procura, ingresso (acesso restrito) e continuidade do cuidado no sistema de saúde (uso ou acesso realizado) de acordo com os pressupostos de Andersen.^{18,19,20,21}

As variáveis explicativas compreenderam informações referentes à criança e sua família: (a) coletadas na etapa do nascimento: sexo da criança (masculino ou feminino), idade da mãe (≥ 35 anos, 20 a 34 anos, < 20 anos), escolaridade materna (≥ 12 anos de estudo, 9-11 anos, 5-8anos e de 0-4 anos), cor de pele da mãe autorreferida (branca ou parda/morena ou preta/negra), número de irmãos da criança (0, 1, 2 a 3 ou > 3); (b) coletadas na etapa do seguimento: atividade remunerada materna (sim ou não), residência com o companheiro (sim ou não); classe econômica familiar (classificada de acordo com o critério da Associação Brasileira de Estudos e Pesquisas, referente ao ano de 2010²² em A/B, C ou D/E), recebimento de benefício governamental pela família (sim ou não), posse de plano de saúde pela criança (sim ou não), cadastro da família na Estratégia de Saúde da Família (sim ou não); percepção de saúde da criança (excelente/muito boa, boa, regular/ruim) e morbidade da criança desde o nascimento (sim ou não). As variáveis supracitadas não apresentaram colinearidade entre si.

O modelo conceitual hierarquizado considerou as variáveis explicativas agrupadas em fatores predisponentes (nível distal), capacitantes (nível intermediário) e de necessidades de saúde (nível proximal) baseando-se no Modelo Comportamental de Andersen^{19,20,21} (Figura 3). De acordo com o teórico, para compreender o comportamento do uso/não uso (acesso realizado ou não acesso) dos serviços de saúde pelos indivíduos, deve-se analisar a inter-relação desses fatores.

Os fatores predisponentes se referem à predisposição ao uso dos serviços pelos indivíduos, mesmo antes de adoecerem. Características demográficas, como o sexo e a situação conjugal; de estrutura social, que refletem a posição do indivíduo na sociedade, como a escolaridade e a realização de atividade laboral; além das crenças e valores do indivíduo acerca da doença e do cuidado recebido, fazem parte dessa dimensão^{20,21}. Os fatores capacitantes, por sua vez, abrangem os recursos e meios disponíveis que possibilitam o acesso aos serviços de saúde. Variáveis relacionadas ao indivíduo/família e à oferta dos serviços, como a posse de plano de saúde e a renda mensal, fazem parte dessa dimensão^{20, 21}.

Por fim, os fatores de necessidade incluem determinantes como a percepção de saúde do indivíduo, além das doenças diagnosticadas pelos profissionais de saúde; representando a causa imediata de procura dos serviços e a adesão ao tratamento proposto^{20,23}.

O desfecho do modelo é o uso/não uso dos serviços de saúde, o qual compreende a entrada e o recebimento de cuidados nos diferentes tipos de estabelecimentos em saúde existentes. O teórico explicita em seus pressupostos que o uso/acesso em cada estabelecimento de saúde pode ser explicado por diferentes tipos de fatores^{20, 23}.

A análise dos dados foi feita utilizando-se o software STATA - *Data Analysis and*

Statistical Software, versão 12.0. Devido às perdas entre as etapas do nascimento e do seguimento, foram calculadas as probabilidades de seguimento nas duas cidades. Foi adotado o teste Qui-quadrado de Pearson para a verificação da perda diferencial das seguintes variáveis: sexo da criança, número de irmãos da criança, cor de pele da mãe, escolaridade materna e idade materna.

As variáveis que apresentaram significância ($p < 0,05$) foram adicionadas ao fator de ponderação; esse entendido como o inverso da probabilidade de comparecimento. Em São Luís as variáveis que tiveram significância foram: número de irmãos da criança ($p = 0,0060$), cor de pele da mãe ($p = 0,049$) e escolaridade materna ($p < 0,001$). Em Ribeirão Preto, por sua vez, mostraram significância as variáveis: número de irmãos da criança ($p = 0,030$), idade da mãe ($p = 0,003$) e escolaridade materna $p < 0,001$ (Tabela 1). O modelo de regressão logística foi utilizado para prever a probabilidade de comparecimento para cada criança.

Após esta etapa, foi efetuada a análise descritiva dos dados referentes à cada município, estimando-se as frequências absolutas e relativas - estas últimas ponderadas, por meio da elaboração de tabelas de contingência (Tabela 2).

Posteriormente, foi feita a análise multivariada dos dados de cada cidade utilizando a regressão de Poisson com variância robusta²⁴ baseando-se na adaptação do Modelo Comportamental de Andersen^{19,20,21} (Figura 3), com o objetivo de estimar as razões de prevalência (RP) e seu respectivo intervalo de confiança (IC).

Ao final de cada nível do modelo, foram consideradas associadas as variáveis que tiveram p valor $< 0,05$ (nível de significância de 5% e IC de 95%). No desenvolvimento das análises, as variáveis que apresentaram p valor $< 0,10$ advindas dos níveis hierárquicos superiores permaneceram no modelo final mesmo com a perda da significância estatística resultante da inclusão de variáveis dos níveis hierárquicos subsequentes.

O estudo atendeu aos critérios da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, vigente no período do estudo. Ademais, foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário/UFMA (parecer nº 223/2009) e do Hospital das Clínicas da FMRP/USP (ofício nº 4116/2008). As mães que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

A amostra em São Luís foi composta majoritariamente por crianças da classe econômica C; que não tinham posse de benefício governamental, plano de saúde ou cadastro

na ESF e que não possuíam morbidade. A maior parte das crianças eram filhas de mães de 20 a 34 anos, que não exerciam atividade remunerada, que residiam com o companheiro, que se autorreferiram como pardas/morenas, e que tinham de 9 a 11 anos de escolaridade (Tabela 2).

Em Ribeirão Preto, a população do estudo foi constituída predominantemente por crianças que não recebiam benefício governamental e não eram cadastradas na ESF. Diferentemente de São Luís, a maior parte das crianças possuía plano de saúde, eram da classe econômica A/B ou C, filhas de mães que exerciam atividade remunerada, cuja cor da pele materna autorreferida era branca. A idade e a escolaridade materna mostraram a mesma característica que em São Luís (Tabela 2).

Em São Luís, 29,4% das crianças que procuraram os serviços de saúde vivenciaram episódios de dificuldades de acesso. A falta de vacina (53,8%), de profissionais médicos (15,8%) e de vagas (13,3%) foram as principais causas referidas de ocorrência do desfecho.

Dificuldades de acesso foram mais prevalentes em crianças do sexo masculino; pertencentes à classe econômica C; que não possuíam plano de saúde, benefício governamental ou cadastro na ESF; filhas de mães de 20 a 34 anos, que não exerciam atividade remunerada, com cor da pele autorreferida como parda/morena e com 9 a 11 anos de estudo (Tabela 3).

Na análise hierarquizada ajustada, no que se refere aos fatores predisponentes, a dificuldade de acesso foi 27% mais prevalente em crianças que possuíam de 2 a 3 irmãos (RP 1,27/ IC95% 1,09-1,49); 1,34 vezes maior quando suas mães tinham de 0 a 4 anos de estudo (RP 1,34/ IC95% 1,005-1,79). Além disso, o desfecho teve maior probabilidade de ocorrer em crianças filhas de mães mais jovens (RP 1,39/ IC95% 1,10-1,76 em mães de 20 a 34 anos e RP 1,58/ IC95% 1,20-2,07 em mães menores de 20 anos de idade). A análise mostrou que as crianças do sexo masculino tiveram maior probabilidade de dificuldade de acesso aos serviços do que crianças do sexo feminino (RP 0,87/ IC95% 0,78-0,97) (Tabela 4).

No que concerne aos fatores capacitantes, na análise hierarquizada, as crianças que não possuíam cadastro na ESF tiveram maior probabilidade de acesso (RP 0,82/ IC95% 0,73-0,93). A percepção da mãe sobre a saúde da criança e a ocorrência de morbidade desde o nascimento foram os dois fatores de necessidade em saúde que se associaram ao desfecho. Foi observado que as crianças cuja saúde foi referida como boa ou regular/ruim tiveram um risco 1,18 vezes e 1,41 vezes maior de dificuldade de acesso, comparado às crianças cuja percepção de saúde foi excelente/muito boa (RP 1,18/ IC95% 1,04-1,34 e RP 1,41/ IC95% 1,21-1,64 respectivamente). Complementarmente, crianças que possuíam alguma morbidade tiveram

36% maior probabilidade de terem dificuldades no acesso (RP 1,36/ IC95% 1,11-1,66) (Tabela 4).

No município de Ribeirão Preto, a proporção de crianças que tiveram dificuldades em acessar os serviços de saúde foi de 9,0%. Os principais motivos referidos foram a falta de profissionais médicos (30,4%) e a falta de vagas (18,1%).

Dificuldade de acesso foi mais prevalente em crianças do sexo feminino; pertencentes à classe econômica C; que não possuíam plano de saúde, benefício governamental ou cadastro na ESF; filhas de mães de 20 a 34 anos, que exerciam atividade remunerada, que se classificaram como brancas e que possuíam de 9 a 11 anos de estudo (Tabela 3).

No modelo hierarquizado, no que se refere aos fatores predisponentes, dificuldade de acesso teve 52% maior probabilidade de ocorrer em crianças que possuíam de 2 a 3 irmãos (RP 1,52/ IC95% 1,09-2,14); 1,79 vezes e 2,11 vezes de ocorrer em crianças cuja escolaridade da mãe era de 5 a 8 anos e de 9 a 11 anos, respectivamente (RP 1,79/ IC95% 1,22-2,62 e RP 2,11/ IC95% 1,33-3,35) (Tabela 4).

No que tange aos fatores predisponentes, a análise ajustada mostrou que dificuldade de acesso teve maior probabilidade de ocorrer em crianças da classe econômica C e D/E (RP 1,42/ IC95% 1,05-1,92 e RP 1,71/ IC95% 1,10-2,65, respectivamente). Assim como em São Luís, crianças que não possuíam cadastro na ESF tiveram maior probabilidade de acesso (RP 0,72 / IC 95% 0,53 – 0,99). Os fatores de necessidade em saúde não apresentaram associação com o desfecho neste município (Tabela 4).

DISCUSSÃO

O estudo mostrou que a proporção de crianças com dificuldade de acesso aos serviços de saúde foi maior em São Luís/MA do que em Ribeirão Preto/SP, reafirmando a permanência das desigualdades regionais apontadas na literatura²⁵.

Em relação às dificuldades de acesso, a falta de vacina foi a barreira mais prevalente em São Luís, enquanto que poucas mães a relataram em Ribeirão Preto. Este achado corrobora os estudos que apontam a permanência do baixo grau de homogeneidade de cobertura vacinal entre os municípios brasileiros^{26, 27}. Adicionalmente, um inquérito domiciliar transversal, de base populacional, realizado em São Luís/MA, mostrou a existência de incompletude vacinal no esquema básico e de múltiplas doses, além de elevados percentuais de atraso vacinal nos cartões de vacinas das crianças²⁸.

Diante do exposto, supõe-se que a falta de vacina em São Luís esteja relacionada à descontinuidade no abastecimento de imunobiológicos nas unidades de saúde²⁷, o que gera maior vulnerabilidade das crianças em adquirir doenças infecciosas²⁹.

A carência de profissionais médicos também foi uma das dificuldades de acesso citada nos dois municípios. Esta informação é explicitada em pesquisas realizadas em São Paulo e Minas Gerais, as quais observaram que dentre as deficiências relacionadas aos programas de saúde, estão a falta de médicos especialistas e a de outros profissionais, principalmente na atenção básica^{30,31}.

De acordo com a literatura, há uma distribuição desigual desses profissionais em todo o território nacional, sendo que os estados da região Sul e Sudeste possuem maior atratividade por concentrar o maior número de vagas de aperfeiçoamento profissional, além de oferecer melhores condições de trabalho^{32, 33}. Enquanto São Paulo possuía uma razão de 2,64 médicos registrados por 1000 habitantes em 2013, o Maranhão possuía uma razão de apenas 0,71³³.

Foi possível verificar que os fatores associados às dificuldades de acesso encontrados neste estudo exprimem a continuidade das desigualdades sociais nos dois municípios pesquisados. As variáveis relacionadas aos fatores predisponentes: sexo da criança, número de irmãos, idade da mãe e escolaridade materna revelaram associação significativa com o desfecho.

No município de São Luís, o estudo mostrou que as crianças do sexo masculino apresentam maior prevalência de dificuldade de acesso em relação às crianças do sexo oposto. Este resultado pode ser explicado baseando-se nas informações de um estudo transversal, que analisou os dados da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios (PNAD-98). No referido trabalho, os meninos apresentaram maior morbidade e tiveram uma pior avaliação do seu estado de saúde pelas mães, resultando em maior procura pelos serviços de saúde³⁴. Complementarmente, os dados do DATA-SUS sinalizam que em São Luís, no ano de 2011, a proporção de óbitos por causas sensíveis e de internações hospitalares foi maior em crianças do sexo masculino, reafirmando a diferença no perfil de morbimortalidade e de cuidados em saúde em relação ao sexo³⁵.

Acredita-se que em São Luís as crianças do sexo masculino tenham procurado mais os serviços de saúde – seja pela percepção da mãe acerca da necessidade de encaminhar a criança ao serviço; seja pelas características no perfil de morbimortalidade – aumentando, dessa forma, as possibilidades de não acesso.

Outro fator associado ao desfecho, encontrado neste estudo, se relaciona à

quantidade de irmãos que residem no domicílio com a criança. Foi observado, tanto em São Luís, quanto em Ribeirão Preto, que as crianças que possuem de dois a três irmãos apresentaram maior dificuldade em acessar os serviços de saúde. Este evento pode ser justificado pela indisponibilidade da mãe em oferecer atenção integral à criança, uma vez que ela divide o seu tempo com as atividades do lar e com a assistência às outras crianças. A ausência de uma rede de suporte social poderia dificultar o encaminhamento dessa criança à unidade de saúde.^{36,37}

Foi constatada, em São Luís, que crianças filhas de mães com idade inferior a 35 anos tiveram maior prevalência de dificuldade de acesso. Este achado pode ser explicado pelo fato de que mulheres que tem filhos mais jovens, na maioria das vezes, pertencem a grupos de maior vulnerabilidade social, caracterizados por condições econômicas e de escolaridade desfavoráveis^{38,39}. Barreiras organizacionais, culturais, geográficas e financeiras existentes, além da disponibilidade reduzida dos serviços de saúde nessas localidades, aumentam as possibilidades de dificuldade de acesso aos serviços por esses grupos.¹⁸

Acredita-se que a variável em questão não tenha apresentado associação em Ribeirão Preto pelo fato do município dispor de condições sociais, econômicas e de oferta de serviços de saúde mais favoráveis do que em São Luís, o que facilitaria o ingresso dos filhos de mães jovens aos serviços de saúde.^{15,16}

Observou-se uma maior prevalência de dificuldade de acesso em crianças filhas de mães com escolaridade de 0-4 anos em São Luís. Este achado é coerente com outros estudos que mostram que o nível de escolaridade materna influencia o acesso das crianças aos serviços.^{8, 36,40}

Salienta-se que a escolaridade é entendida como uma medida de posição social, uma vez que está diretamente relacionada ao poder aquisitivo das famílias⁴¹. Foi observado que a cada ano adicional de estudo, o valor da renda aumenta entre 10 a 19%, dependendo do nível de escolaridade adquirido pelo indivíduo⁴². Ademais, a maior escolaridade está relacionada à aquisição de melhores oportunidades de salários e de empregos⁴³.

Assim, as crianças cujas mães possuem baixa escolaridade, tendem a ser mais pobres e vulneráveis^{41,42}; apresentando menor probabilidade de consumo dos serviços de saúde¹⁸.

Em contrapartida a São Luís, no município de Ribeirão Preto, as crianças filhas de mães que possuem de 5 a 11 anos de estudo foram as que tiveram maior dificuldade em acessar os serviços de saúde. A justificativa para o achado sustenta-se no fato de que o aumento da escolaridade materna, por si só, não garante o acesso das crianças aos serviços de

saúde; se a rede de serviços de uma localidade não estiver organizada para atender às demandas e às expectativas dos usuários⁴⁴.

A cor de pele materna não apresentou associação com desfecho nos dois municípios do estudo, divergindo dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde²⁵, a qual mostrou que a proporção de indivíduos que não conseguiram atendimento na primeira vez de procura foi maior naqueles de cor parda em relação aos de cor branca. Ademais, outros estudos apontam a existência de discriminação racial nas unidades de saúde, principalmente no que tange ao acesso aos serviços.^{45,46}

Deve-se analisar cuidadosamente o resultado divulgado no presente estudo, uma vez que a variável “cor da pele” pode estar sujeita a viés de aferição. Acredita-se que interferências subjetivas no sistema de classificação racial pode ter resultado na ausência de associação desta variável com o desfecho.^{47,48}

Além dos fatores predisponentes, variáveis relacionadas aos fatores capacitantes, como a classe econômica familiar e o cadastro na ESF, apresentaram associação com o desfecho.

No que concerne à classe econômica, foi observado que no município de Ribeirão Preto, as crianças classificadas nas classes econômicas C e D/E apresentaram maior dificuldade em acessar os serviços de saúde; corroborando os dados de outros estudos.^{3,44} Barreiras financeiras como os custos de transporte maximizam as chances de não acesso por essa população¹⁸.

Em São Luís, a classe econômica familiar não mostrou associação com o desfecho. Este resultado sugere que a redução das desigualdades financeiras na região, mediante a implementação de programas governamentais, possa ter influenciado positivamente o acesso das crianças aos serviços de saúde. De acordo com os dados do IBGE, nos últimos anos a renda per capita média do município cresceu 116,73%, passando de R\$ 371,59 em 1991, para R\$ 805,36 em 2010. Complementarmente, a proporção de pessoas pobres reduziu de 40,50% em 1991, para 13,81% em 2010¹⁶.

Outro fator associado que expressa a existência das desigualdades em saúde relaciona-se à ESF. Foi observada maior prevalência de dificuldade de acesso em crianças cadastradas na ESF nos dois municípios, o que gera preocupação, uma vez que o programa é voltado para indivíduos de maior vulnerabilidade socioeconômica⁴⁹.

Admite-se que o referido achado tenha relação com a estrutura e a organização dos serviços de saúde nas cidades do estudo. Em São Luís, por exemplo, entre os anos de 2006 a 2012 a estimativa da população coberta pelo programa diminuiu de 30,95% para

apenas 27,53%, valor considerado insuficiente para assistência da população infantil⁵⁰. Adicionalmente a este dado, o processo de trabalho das equipes ainda se caracteriza por ações curativas, centradas na doença, sendo dada pouca ênfase às ações de promoção e prevenção da saúde. O trabalho ainda é calcado no atendimento da demanda espontânea; atividades educativas e de ação epidemiológica ainda são insuficientes⁶.

Em Ribeirão Preto, por sua vez, deficiências na infraestrutura, nos horários de funcionamento das unidades, além do sistema de agendamento pode ter influenciado negativamente o acesso das crianças aos serviços de saúde⁵¹.

A variável recebimento de benefício governamental não apresentou associação nos dois municípios do estudo. Cabe salientar que um dos requisitos para o recebimento de subsídios, como o Bolsa Família, é o fato das famílias terem que manter em dia o calendário básico de vacinação infantil; além de encaminhar regularmente a criança ao profissional de saúde⁵². Para manter as condicionalidades atualizadas, as mães tendem a procurar mais os serviços de saúde, podendo vivenciar mais situações de dificuldades de acesso^{53, 54}.

Apesar do pressuposto supracitado, no presente estudo, as crianças que recebem o Bolsa Família não apresentaram dificuldades em acessar os serviços. Estudo desenvolvido em São Luís, por exemplo, demonstrou que no município o Bolsa Família abrange as famílias com menor proteção social, reforçando a necessidade de execução das condicionalidades e de ações complementares do programa⁵⁵.

Em relação aos fatores de necessidade em saúde, as variáveis percepção de saúde e morbidade apresentaram associação com o desfecho em São Luís. Este achado sustenta-se no fato de que as crianças que possuem alguma morbidade, ou cuja percepção de saúde é ruim, tendem a procurar mais os serviços de saúde^{25,56}. Dessa forma, podem vivenciar mais episódios de dificuldade de acesso. Este achado é corroborado pela Pesquisa Nacional de Saúde²⁵, que mostrou que 44,5% dos indivíduos de 0-17 anos de idade procuraram por atendimento em saúde por motivo de doença. Complementarmente, um estudo realizado em Fortaleza/Ceará verificou que a maior parte das consultas pediátricas realizadas na atenção básica foi por motivo de doença⁵⁶. Essas informações implicam a necessidade do desenvolvimento de ações de promoção e prevenção nos serviços de saúde.

A variável percepção do estado de saúde ruim, em alguns estudos, mostrou associação significativa entre os baixos níveis de renda e de escolaridade^{57,58}. Conforme explicado anteriormente, essas características influenciam negativamente no acesso das crianças aos cuidados em saúde.

Na cidade de Ribeirão Preto, em compensação, os fatores de necessidade não

apresentaram associação com o desfecho. Este achado sugere que apesar das deficiências de infraestrutura e de processos de trabalho em saúde existentes⁵¹, as crianças doentes estão conseguindo acessar os serviços de saúde quando precisam.

Destacam-se como pontos positivos deste trabalho: ser um estudo longitudinal prospectivo de base populacional, assegurando a validade externa dos resultados; ser um estudo que utilizou apenas um método estatístico para comparar dificuldades de acesso em duas localidades com características socioeconômicas distintas; ser um estudo que utilizou a análise de Poisson com variância robusta, evitando-se a superestimação da razão de prevalência²⁴;

De outro modo, teve como limitação o fato dos dados serem advindos de um estudo mais amplo, que não teve por objetivo avaliar especificamente as dificuldades de acesso aos serviços de saúde infantil. A pergunta utilizada para o desfecho abrange os serviços curativos, de prevenção e promoção e os de reabilitação; não sendo possível averiguar com precisão em qual desses o não acesso ocorreu e quais os fatores associados a cada um desses separadamente. Além disso, não foi possível mensurar a quantidade de vezes que a criança vivenciou a barreira de acesso.

O viés de seleção foi minimizado pela utilização de amostragem probabilística para a seleção dos indivíduos, assim como a realização da ponderação dos dados mediante as perdas de seguimento. Por sua vez, o viés de aferição foi minimizado por meio do treinamento dos avaliadores e aplicação de um questionário padronizado, com perguntas claras. A utilização de modelo hierarquizado teve por objetivo minimizar a ocorrência do viés de confundimento.

Conclui-se que embora as medidas governamentais tenham reduzido gradualmente as desigualdades regionais e socioeconômicas em todo o território brasileiro; através do aumento do número de empregos, além da oferta de subsídios e de investimentos na rede assistencial⁵⁹; os resultados deste estudo exprimem a permanência de desigualdades sociais no acesso aos serviços de saúde infantil em São Luís e em Ribeirão Preto. Os fatores predisponentes demográficos e de necessidade em saúde foram mais expressivos em São Luís, ao passo que os fatores predisponentes de estrutura social e os fatores capacitantes o foram em Ribeirão Preto.

FONTES DE FINANCIAMENTO

O artigo integra o estudo intitulado “Fatores etiológicos do nascimento pré-termo

e consequências dos fatores perinatais na saúde da criança: coortes de nascimento em duas cidades brasileiras” com financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Maranhão (FAPEMA), da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) e do Programa de Apoio à Núcleos de Excelência (PROCEX).

AGRADECIMENTOS

Às gestantes que se disponibilizaram em participar do estudo BRISA, trazendo posteriormente suas crianças para a fase de seguimento.

CONTRIBUIÇÕES

MAFRAR realizou a análise estatística, a interpretação dos achados e a escrita do manuscrito. MTSSBA orientou a didática aplicada na pesquisa, além de contribuir na interpretação dos achados. Os autores leram e aprovaram a versão final do artigo e declaram não ter conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

1. Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. *The Lancet* [Internet]. 2011 Maio [citado 2016 Jan 4];(1):32-46. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo_saude_brasil_2.pdf
2. Buvnich MR, Mello R, Girade HA. Situação da Infância Brasileira 2006. Crianças de até 6 anos: o direito à sobrevivência e ao desenvolvimento [Internet]. Brasília: Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF); 2005. 231p. Disponível em: http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/unicef_sowc/sit_inf_brasil_2006_completo.pdf
3. Travassos C, Oliveira EXG, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006 Oct/Dec;11(4):975-986.

4. Jatene A, Teixeira A, Victora C, Dallari D, Berquó E, Vieira EEG, Jaguar, Paim J, Santos L, Scliar M, Buss P, Smeraldi R, Fernandes RC, Sá S, Fleury S, Arns Z. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde; 2008 [citado 2015 Fev]. 216p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf
5. Vanderlei LC, Navarrete ML. Preventable infant mortality and barriers to access to primary care in Recife, Northeastern Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2013 Apr;47(2):379-389.
6. Nicolau LS. A Estratégia Saúde da Família no município de São Luís: avanços e desafios [dissertação]. [Brasília]: Universidade de Brasília; 2008. 117 p.
7. Gomes AMM, Thomaz EBAF, Alves MTSSB, Silva AAM, Silva RA. Fatores associados ao uso dos serviços de saúde bucal: estudo de base populacional em municípios do Maranhão, Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2014 Feb;19(2):629-640.
8. Noro LRA, Roncalli AG, Júnior FIRM, Lima KC. A utilização dos serviços odontológicos entre crianças e fatores associados em Sobral, Ceará, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008 July;24(7):1509-1516.
9. Gabrois MF, Oliveira EXG, Carvalho MS. O câncer infantil no Brasil: acesso e qualidade. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(9):1711-1720.
10. Costa JSD, Victora CG, Barros FC, Halpern R, Horta BL, Manzolli P. Assistência médica materno-infantil em duas coortes de base populacional no Sul do Brasil: tendências e diferenciais. *Cad Saúde Públ*. 1996;12(Supl.1):59-66.
11. Kovacs MH, Feliciano, KVO, Sarinho SW, Veras AACA. Acessibilidade às ações básicas entre crianças atendidas em serviços de pronto-socorro. *J Pediatr*. 2005 May/Jun;81(3):251-258.
12. Rodrigues-Bastos RM, Campos SEM, Ribeiro LC, Bastos-Filho MG, Bustamante-Teixeira MT. Internações por condições sensíveis à atenção primária em município do sudeste

do Brasil. Rev Assoc Med. Bras. 2013;59(2):120-127.

13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 100p.

14. Silva AAM, Batista RFL, Simões VM, Thomaz EBAF, Ribeiro CCC, Filho FL, Lamy ZC, Alves MTSSB, Loureiro FHF, Cardoso VC, Bettiol H, Barbieri MA. Changes in perinatal health in two birth cohorts (1997/1998 and 2010) in São Luís, Maranhão State, Brazil. Cad Saúde Pública. 2015 Jul;31(7):1437-1450.

15. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Cidades. [Internet] Brasília: 2016. [citado 2014 Nov 3]. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>.

16. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD, instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – Ipea, Fundação João Pinheiro –FJP. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil [Internet]. 2013. [citado 2014 Nov 3]. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/>

17. Dean AG, Sullivan KM, Soe MM. OpenEpi: Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health, Versão 3.01 [Internet]. [updated 2013 April 6]. Disponível em: http://www.openepi.com/Menu/OE_Menu.htm

18. Travassos C, Castro MSM. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: GiovanellaL, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 183-206.

19. Andersen RM, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. Milbank Mem Fund Q Health Soc. 1973 Winter;51(1):95-124.

20. Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. Health Serv Res. 1974;9(3):208-220.

21. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav.* 1995 Mar;36:(1)1-10.
22. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Critérios de Classificação Econômica Brasil, 2010. [Internet]. 2014. [citado 2014 Setembro 5]. Disponível em: www.abep.org.
23. Pavão ALB, Coeli CM. Modelos teóricos do uso de serviços de saúde: conceitos e revisão. *Cad Saúde Coletiva.* 2008;16(3):471-482.
24. Pagano M, Gauvreau K. Princípios de Bioestatística. São Paulo: Pioneira Thompson Learning; 2004. 522p.
25. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde 2013 - Acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento; 2015. [cited 2015 Nov 5]. 100p. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf>.
26. Mota E. Inquérito domiciliar de cobertura vacinal: a perspectiva do estudo das desigualdades sociais no acesso à imunização básica infantil. *Rev Bras Epidemiol.* 2008;11(supl 1):125-8.
27. Domingues CMAS, Teixeira MAS. Coberturas vacinais e doenças imunopreveníveis no Brasil no período 1982-2002: avanços e desafios do Programa Nacional de Imunizações. *Epidemiol Serv Saúde.* 2013 Jan/Mar;22(1):9-27.
28. Yokokura AVCP; Silva AAMS, Bernardes ACF, Filho FL, Alves MTSSBA, Cabra NAL, Alves RFLBA. Cobertura vacinal e fatores associados ao esquema vacinal básico incompleto aos 12 meses de idade, São Luís, Maranhão, Brasil, 2006. *Cad Saúde Pública.* 2013 Mar;29(3):522-534.
29. Santos LB, Barreto CCM, Silva FLS, Silva KCO. Percepção das mães quanto à importância da imunização infantil. *Rev Rene.* 2011 Jul/Set;12(3):621-626.

30. Vasconcelos FGA, Zaniboni MRG. Dificuldades do trabalho médico no PSF. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2011;16(Supl.1):1494-1504.
31. Ronzani TM, Silva CM. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. *Ciênc saúde coletiva*. 2008 Jan/Feb;13(1):23-34.
32. Póvoa L, Andrade MV. Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional. *Cad Saúde Pública*. 2006 Ago;22(8):1555-1564.
33. Scheffer M, Cassenote A, Biancarelli A. Demografia médica no Brasil 2015 [Internet]. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Conselho Federal de Medicina; 2015. [citado 5 Nov 2015]. Disponível em: <http://www.usp.br/agen/wp-content/uploads/DemografiaMedica30nov2015.pdf>
34. Pinheiro RS, Viancava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2002;7(4):687-707.
35. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Informações de Saúde (TABNET) [Internet]. Brasília: DATASUS – Departamento de Informática do SUS. 2016 – [citado 2016 Jan 5]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nrma.def>
36. Silva AAM, Gomes UA, Tonial SR, Silva RAS. Cobertura de puericultura e fatores associados em São Luís (Maranhão), Brasil. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*. 1999;6(4): 266-272.
37. Halpern R, Giugliani ERJ, Victora CG, Barros FC, Horta BL. Fatores de risco para suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de vida. *J Pediatr*. 2000;76(6):421-428.
38. Leal MC, Gama SGN, Cunha CB. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(1):100-107.

39. Gama SGN, Szwarcwald CL, Leal MC, Filha MM. Gravidez na adolescência como fator de risco para baixo peso ao nascer no Município do Rio de Janeiro, 1996 a 1998. *Rev Saúde Pública*. 2001 Feb;35(1):74-80.
40. Vitolo MR, Gama CM, Campagnolo PDB. Frequência de utilização do serviço público de puericultura e fatores associados. *J Pediatr*. 2010;86(1):80-84.
41. Costa JSD, Cesar JA, Pattussi MP, Fontoura LP, Barazzetti L, Nunes MF, Gaedke MA, Uebel R. Assistência à criança: preenchimento da caderneta de saúde em municípios do semi-árido brasileiro. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2014 Jul/Set;14(3):219-227.
42. Rocha S. *Pobreza no Brasil: afinal, de que se trata?* Rio de Janeiro: FGV; 2003. 244 p.
- 43 Monteiro CA, Freitas ICM. Evolução de condicionantes socioeconômicas da saúde na infância na cidade de São Paulo (1984-1996). *Rev Saúde Pública*. 2000; 34(6 Supl):8-12.
44. Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF, Silva ZP. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não usuários do SUS – PNAS 2003. *Ciênc saúde coletiva*. 2006;11(4):1011-1022.
- 45 Massignam FM, Bastos JLD, Nedel FB. Discriminação e saúde: um problema de acesso. *Epidemiol. Serv Saúde*. 2015 Jul/Set;24(3):541-544.
- 46 Kalckmann S, Santos CG, Batista LE, Cruz VM. Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS? *Saúde Soc*. 2007 May/Aug;16(2): 146-155.
47. Maio MC, Monteiro S, Chor D, Faerstein E, Lopes CS. Cor/raça no Estudo Pró-Saúde: resultados comparativos de dois métodos de autoclassificação no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2005 Jan/Feb;21(1):170-180.
48. Silva GM, Leão LTS. O paradoxo da mistura: identidades, desigualdades e percepção de discriminação entre brasileiros pardos. *RBCS*. 2012 Out; 27(80):117-255.
49. Tomasi E, Nunes BP, Muller RM, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Duro SMS, Saes

MO, Dilélio AS, Reis MBD, Facchini LA. Perfil de utilização de serviços de saúde por crianças de zona urbana no Brasil: estudo transversal de base nacional. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2015 Jan/Mar;15(1): 81-90.

50. Brasil. Ministério da Saúde. SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica [Internet]. Brasília: DATASUS. 2008 – [citado 2014 Nov 1]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>.

51. Gaioso VP, Mishima SM. Satisfação do usuário na perspectiva da aceitabilidade no cenário da saúde da família. *Texto contexto-enf*. 2007 Oct/Dec;16(4):617-625.

52. Brasil. Lei nº10836, de 9 de Janeiro de 2004. Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências [Internet]. Brasília: Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos; 2004 Jan 9. [citado 2015 Julho 5]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/110.836.htm.

53. Carvalho AT, Almeida ER, Jaime PC. Condicionalidades em saúde do programa Bolsa Família – Brasil: uma análise a partir de profissionais de saúde. *Saúde Soc*. 2014 Oct/Dec; 23(4):1370-1382.

54. Shei A, Costa F, Reis MG, Ko AI. The impact of Brazil's Bolsa Família conditional cash transfer program on children's health care utilization and health outcomes. *BMC Int Health Hum Rights* [Internet]. 2014 [citado 2015 Nov];14(10):1-9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4021270/pdf/1472-698X-14-10.pdf>

55. Filho PJF. O programa Bolsa Família em São Luís (MA) e Belém (PA): um estudo sobre a relação entre a gestão local e os efeitos do Programa na condição de vida das mulheres. [dissertação]. [Brasília]: Universidade de Brasília; 2007. 125 p.

56. Machado MMT, Lima ASS, Filho JGB, Machado MFAS, Lindsay AC, Magalhães FB, Gama IS, Cunha AJLA. Características dos atendimentos e satisfação das mães com a assistência prestada na atenção básica a menores de 5 anos em Fortaleza, Ceará. *Cienc saúde coletiva*. 2012; 17(11):3125-3133.

57. Pavão ALB, Werneck GL, Campos MR. Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional. *Cad Saúde Pública*. 2013 Abr; 29(4):723-734.

58. Barros MBA, Zanchetta LM, Moura EC, Malta DC. Auto-avaliação da saúde e fatores associados, Brasil, 2006. *Rev. Saúde Pública*. 2009 Nov; 43(Supl2): 27-37.

59. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Lancet*. (Série Brasil) [Internet]. 2011;11-31. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>

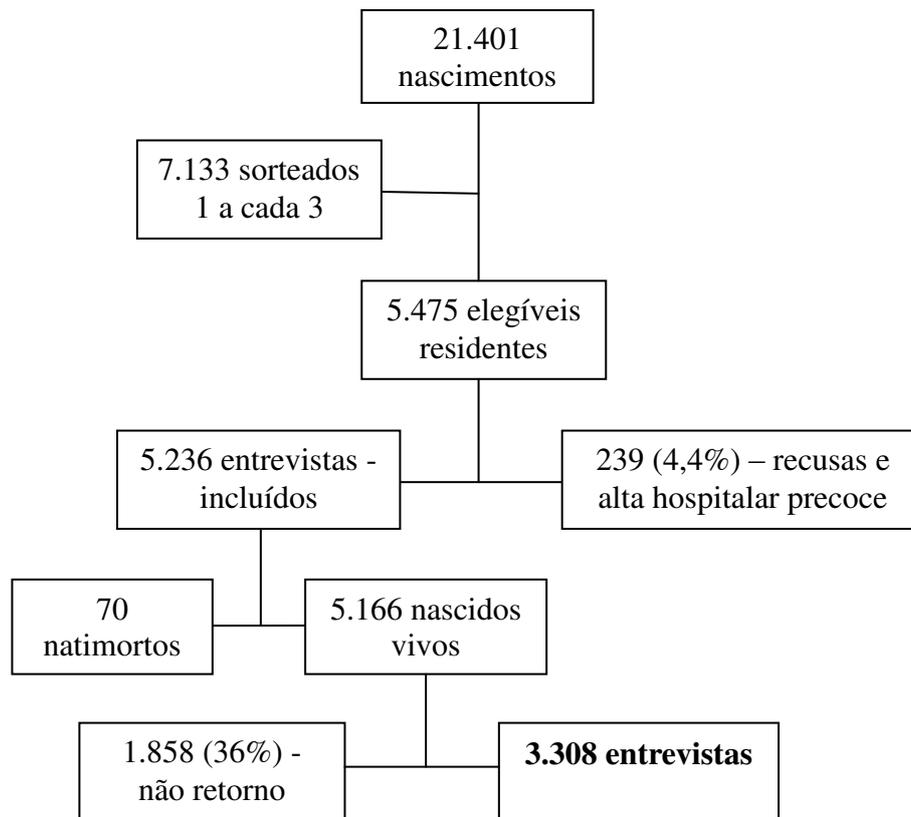


Figura 1: Fluxograma amostral da coorte de nascimento BRISA e das crianças do seguimento, São Luís, MA, Brasil, 2010-2013.

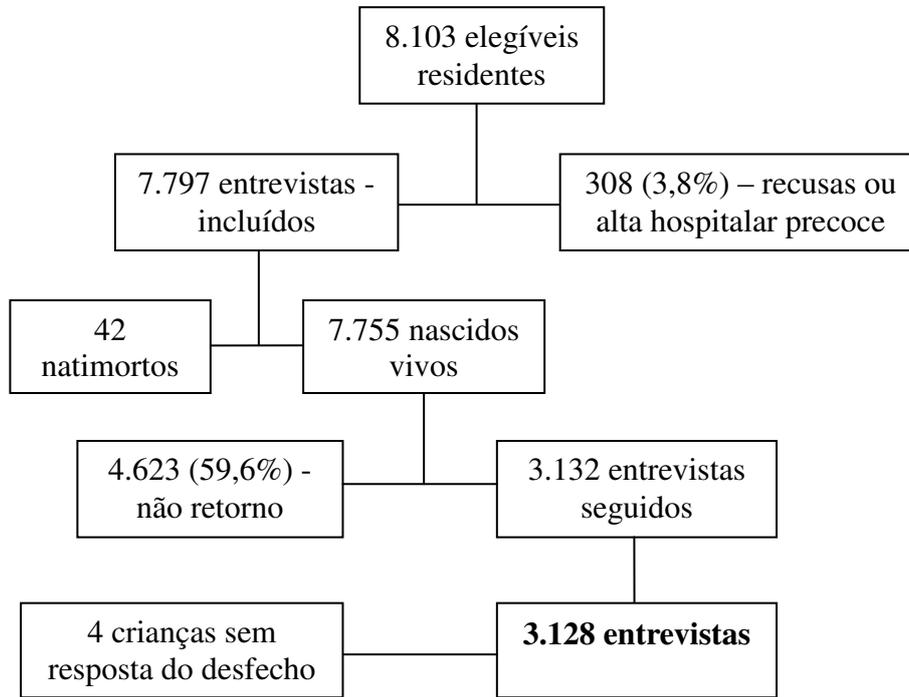


Figura 2: Fluxograma amostral da coorte de nascimento BRISA e das crianças do seguimento, Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2010-2013.

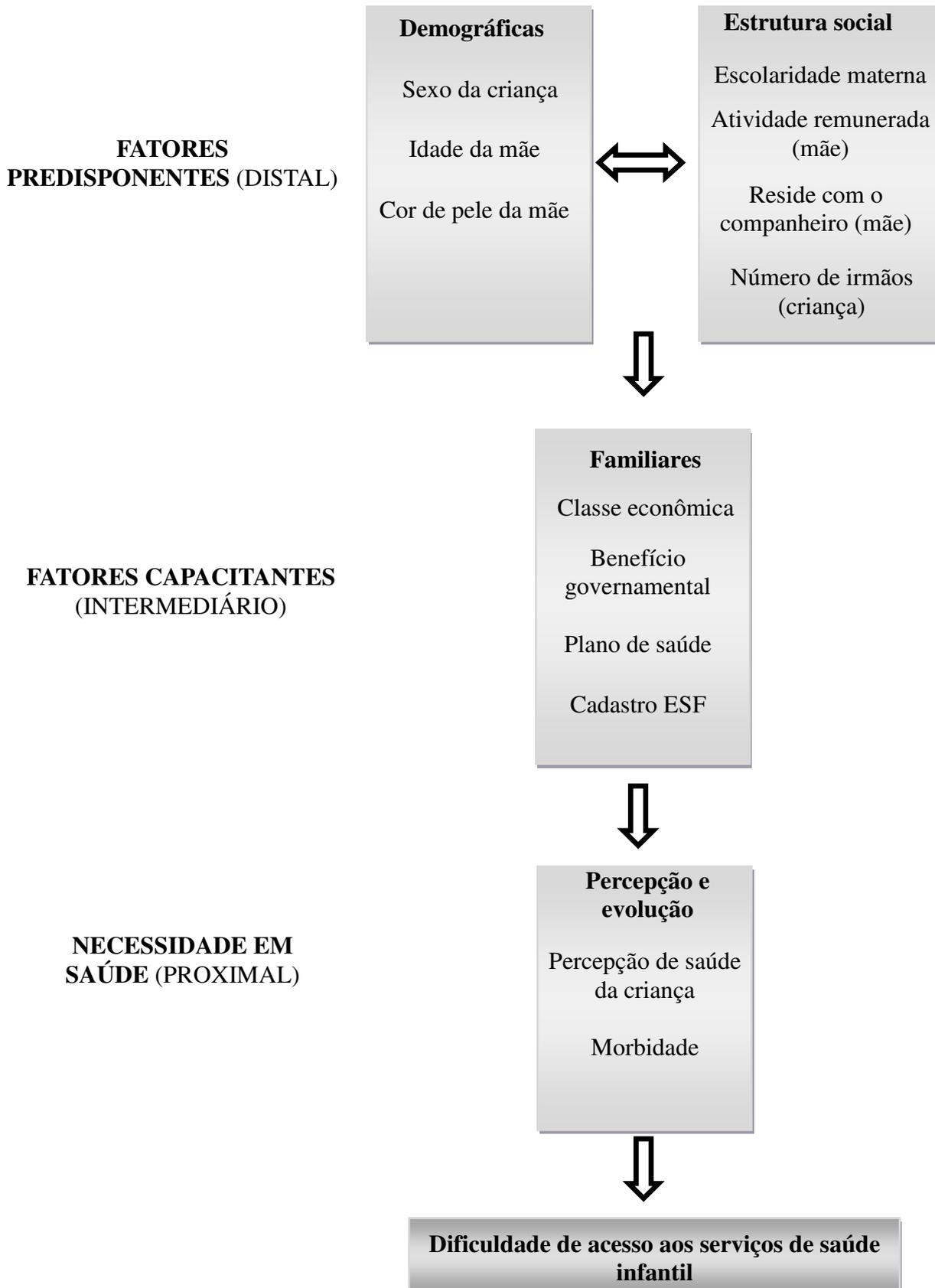


Figura 3: Estrutura conceitual, hierarquizada, baseada no Modelo Comportamental de Andersen, para análise dos fatores associados à dificuldade de acesso aos serviços de saúde infantil.

DIFERENÇA AMOSTRAL ENTRE OS DADOS DO SEGUIMENTO NA COORTE DE NASCIMENTO BRISA

Tabela 1. Diferença amostral entre os dados do seguimento na coorte de nascimento BRISA, São Luís/MA e Ribeirão Preto/SP, Brasil. 2010-2013.

Variáveis	São Luís/MA		Ribeirão Preto/SP	
	Seguido n (%)	Não seguido n (%)	Seguido n (%)	Não seguido n (%)
Sexo da criança	p¹=0,939		p¹=0,237	
Masculino	1689 (63,6)	968 (36,4)	578 (40,8)	2258 (59,1)
Feminino	1619 (63,5)	932 (36,5)	1553 (39,5)	2375 (60,5)
Número de filhos biológicos	p¹=0,006		p¹=0,030	
0	1646 (64,0)	926 (36,0)	1642 (40,6)	2405 (59,4)
1	1067 (65,4)	564 (34,6)	997 (41,7)	1391 (58,2)
2 a 3	516 (59,5)	351 (40,5)	425 (36,7)	732 (63,2)
>3	79 (55,6)	63 (44,4)	68 (43,6)	88 (56,4)
Idade da mãe	p¹=0,058		p¹=0,003	
>=35 anos	281 (68,0)	132 (32,0)	416 (41,7)	582 (58,3)
20 a 34 anos	2438 (63,5)	1400 (36,5)	2364 (40,7)	3439 (59,2)
< 20 anos	589 (61,3)	372 (38,7)	352 (35,3)	644 (64,7)
Cor de pele	p¹=0,049		p¹=0,089	
Branca	578 (60,1)	383 (39,8)	1867 (41,5)	2633 (58,5)
Parda/Morena	2246 (64,2)	1253 (35,8)	926 (38,8)	1462 (61,2)
Preta/Negra	438 (65,0)	236 (35,0)	298 (40,0)	446 (59,9)
Escolaridade materna	p¹<0,001		p¹<0,001	
>12 anos	464 (59,1)	321 (40,9)	770 (42,9)	1025 (57,1)
9-12 anos	2073 (69,0)	933 (31,0)	1671 (42,4)	2270 (57,6)
5-8 anos	663 (56,8)	505 (43,2)	569 (33,8)	1113 (66,1)
0-4 anos	99 (43,2)	130 (56,8)	118 (36,2)	208 (63,8)

Estimativas significantes estão em negrito, considerando $p < 0,05$;

BRISA: *Brazilian Ribeirão Preto and São Luis Birth Cohort Studies*

ESF: Estratégia Saúde da Família;

¹Teste Qui-quadrado – realizado para verificar se a diferença de entrevistados entre o nascimento e o seguimento foi significativa.

**CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA/POPULAÇÃO NA COORTE DE
NASCIMENTO EM SÃO LUÍS/MA E RIBEIRÃO PRETO/SP**

Tabela 2. Características da amostra/população na coorte de nascimento BRISA segundo fatores predisponentes, facilitadores e de necessidade, São Luís/MA e Ribeirão Preto/SP - 2010-2013.

Variáveis	São Luís/MA n ¹ =3308(%) ²	Ribeirão Preto/SP n ¹ =3128 (%) ²
Desfecho: Dificuldade de acesso aos serviços de saúde infantil		
Não	2.350 (70,6)	2.853 (91,0)
Sim	958 (29,4)	275 (9,0)
FATORES PREDISPONENTES		
Sexo da criança		
Masculino	1.689 (51,1)	1.574 (50,3)
Feminino	1.619 (48,9)	1.553 (49,7)
Atividade remunerada mãe		
Não	2.087 (63,0)	1.316 (42,9)
Sim	1.219 (37,0)	1.808 (57,1)
Reside com companheiro		
Sim	2.481 (75,0)	2.617 (83,5)
Não	824 (25,0)	500 (16,5)
Número de irmãos		
0 (sem irmãos)	1.646 (49,5)	1.639 (52,2)
1	1.067 (31,3)	996 (30,9)
2 a 3	516 (16,5)	425 (14,9)
>3	79 (2,7)	68 (2,0)
Idade da mãe		
>=35 anos	281 (8,7)	416 (12,9)
20 a 34 anos	2.438 (73,2)	2.360 (74,4)
<20 anos	589 (18,0)	352 (12,7)
Cor de pele da mãe		
Branca	578 (18,6)	1.864 (59,2)
Parda/Morena	2.246 (68,3)	925 (30,9)
Preta/Negra	438 (13,1)	298 (9,8)
Escolaridade da mãe		
>=12 anos	464 (15,1)	769 (23,2)
9-11 anos	2.073 (58,0)	1.670 (51,0)
5-8 anos	663 (22,5)	567 (21,6)
0-4 anos	99 (4,4)	118 (4,2)
FATORES FACILITADORES		
Classe econômica³		
A/B	591 (18,1)	1.479 (45,7)
C	1.797 (53,3)	1.402 (46,0)
D/E	918 (28,6)	244 (8,3)
Benefício governamental		
Não	2.322 (69,9)	2.688 (85,1)
Sim	986 (30,1)	435 (14,9)

Plano de Saúde		
Sim	904 (27,1)	1.649 (50,9)
Não	2.404 (72,9)	1.473 (49,1)
Cadastro na ESF⁴		
Sim	645 (19,5)	358 (11,7)
Não	2.660 (80,5)	2.734 (88,2)
NECESSIDADE EM SAÚDE		
Percepção de saúde		
Excelente/Muito boa	1.164 (35,2)	1.844 (58,4)
Boa	1.557 (47,0)	980 (31,8)
Regular/Ruim	585 (17,7)	298 (9,7)
Morbidade		
Não	3.160 (95,6)	2.991 (96,2)
Sim	147 (4,4)	117 (3,8)

BRISA: Estudos de Coorte Brasileiras realizados em Ribeirão Preto/SP e São Luís/MA;

¹Diferenças entre os somatórios dos valores absolutos e a amostra/população devido às informações perdidas (*missing data*);

²Estimativas ponderadas para as perdas amostrais;

³Classe econômica segundo a Associação Brasileira de Estudos e Pesquisas (ABEP/2010).

⁴ESF: Estratégia Saúde da Família;

**CARACTERÍSTICAS DA DIFICULDADE DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE
INFANTIL EM SÃO LUÍS/MA E RIBEIRÃO PRETO/SP**

Tabela 3. Dificuldade de acesso aos serviços de saúde infantil segundo fatores predisponentes, facilitadores e de necessidade, São Luís/MA e Ribeirão Preto/SP - 2010-2013.

Variáveis	Dificuldade de acesso aos serviços de saúde	
	São Luís/MA	Ribeirão Preto/SP
	n ¹ =958 (%) ²	n ¹ =275 (%) ²
FATORES PREDISPOONENTES		
Sexo da criança		
Masculino	522 (54,3)	132 (47,7)
Feminino	436 (45,7)	143 (52,3)
Atividade remunerada mãe		
Não	614 (64,4)	121 (45,1)
Sim	342 (35,6)	153 (54,9)
Reside com companheiro		
Sim	708 (73,9)	222 (82,2)
Não	247 (26,1)	49 (17,8)
Número de irmãos		
0 (sem irmãos)	449 (46,5)	133 (47,5)
1	311 (31,2)	80 (27,9)
2 a 3	170 (19,1)	57 (22,8)
>3	28 (3,2)	5 (1,7)
Idade da mãe		
>=35 anos	62 (6,6)	23 (8,1)
20 a 34 anos	709 (73,5)	215 (77,2)
<20 anos	187 (19,9)	37 (14,7)
Cor de pele da mãe		
Branca	178 (19,8)	141 (51,1)
Parda/Morena	658 (68,6)	100 (38,4)
Preta/Negra	111 (11,6)	28 (10,5)
Escolaridade da mãe		
>=12 anos	132 (14,5)	36 (12,1)
9-11 anos	557 (52,9)	157 (53,6)
5-8 anos	228 (26,4)	70 (29,8)
0-4 anos	40 (6,1)	11 (4,5)
FATORES FACILITADORES		
Classe econômica³		
A/B	145 (15,2)	86 (29,8)
C	522 (53,5)	155 (57,0)
D/E	291 (31,3)	33 (13,2)
Benefício governamental		
Não	632 (65,7)	208 (74,6)
Sim	326 (34,3)	66 (25,4)
Plano de Saúde		
Sim	225 (23,1)	107 (37,3)
Não	733 (76,9)	168 (62,7)

Cadastro na ESF⁴		
Sim	224 (23,4)	47 (17,9)
Não	732 (76,6)	224 (82,1)
NECESSIDADE EM SAÚDE		
Percepção de saúde		
Excelente/Muito boa	282 (29,3)	151 (54,5)
Boa	463 (48,3)	89 (33,3)
Regular/Ruim	213 (22,4)	35 (12,1)
Morbidade		
Não	897 (93,7)	258 (95,4)
Sim	61 (6,3)	13 (4,6)

BRISA: Estudos de Coorte Brasileiras realizados em Ribeirão Preto/SP e São Luís/MA;

¹Diferenças entre os somatórios dos valores absolutos e a amostra/população devido às informações perdidas (*missing data*);

²Estimativas ponderadas para as perdas amostrais;

³Classe econômica segundo a Associação Brasileira de Estudos e Pesquisas (ABEP/2010).

⁴ESF: Estratégia Saúde da Família;

ANÁLISE HIERARQUIZADA, SÃO LUÍS/MA E RIBEIRÃO PRETO/SP

Tabela 4. Análise hierarquizada dos fatores associados à dificuldade de acesso aos serviços de saúde infantil, na coorte de nascimento BRISA, São Luís/MA e Ribeirão Preto/SP, Brasil - 2010-2013.

Variáveis	Não acesso aos serviços de saúde infantil			
	São Luís/MA		Ribeirão Preto/SP	
	RP ¹ (IC95%) ²	p ³	RP ¹ (IC95%) ²	p ³
FATORES PREDISPONETES (nível distal)				
Sexo da criança		0,014		0,375
Masculino	1		1	
Feminino	0,87 (0,78-0,97)		1,11 (0,88-1,39)	
Atividade remunerada mãe		0,694		0,823
Não	1		1	
Sim	0,97 (0,86-1,09)		1,02 (0,80-1,30)	
Reside com companheiro		0,575		0,827
Sim	1		1	
Não	1,03 (0,91-1,17)		0,96 (0,70-1,31)	
Número de irmãos da criança		0,020		0,042
0 (sem irmãos)	1		1	
1	1,09 (0,96-1,24)		1,005(0,75-1,34)	
2 a 3	1,27 (1,09-1,49)		1,52 (1,09-2,14)	
>3	1,23 (0,88-1,73)		0,83 (0,34-2,04)	
Idade da mãe		0,004		0,097
>=35 anos	1		1	
20 a 34 anos	1,39 (1,10-1,76)		1,62 (1,04-2,53)	
<20 anos	1,58 (1,20-2,07)		1,62 (0,90-2,92)	
Cor de pele da mãe		0,122		
Branca	1		1	0,270
Parda/Morena	0,90 (0,78-1,03)		1,23 (0,95-1,59)	
Preta/Negra	0,81 (0,66-0,99)		1,04 (0,70-1,55)	
Escolaridade da mãe		0,001		0,011
>=12 anos	1		1	
9-11 anos	0,88 (0,74-1,05)		1,79 (1,22-2,62)	
5-8 anos	1,06 (0,87-1,30)		2,11 (1,33-3,35)	
0-4 anos	1,34(1,005-1,79)		1,75 (0,87-3,51)	
FATORES FACILITADORES (nível intermediário)				
Classe econômica⁴		0,495		0,031
A/B	1		1	
C	1,11 (0,92-1,33)		1,42 (1,05-1,92)	
D/E	1,11 (0,90-1,36)		1,71 (1,10-2,65)	
Benefício governamental		0,108		0,069
Não	1		1	
Sim	1,10 (0,97-1,24)		1,34(0,97-1,84)	
Plano de Saúde		0,205		0,297
Sim	1		1	
Não	1,10 (0,94-1,28)		1,17 (0,86-1,58)	

Cadastro na ESF⁵		0,003		0,044
Sim	1		1	
Não	0,82 (0,73-0,93)		0,72(0,53-0,99)	
NECESSIDADE EM SAÚDE (proximal)				
Percepção de saúde		<0,001		0,733
Excelente/Muito boa	1		1	
Boa	1,18 (1,04-1,34)		0,95 (0,73-1,22)	
Regular/Ruim	1,41 (1,21-1,64)		1,10 (0,77-1,59)	
Morbidade		0,003		0,721
Não	1		1	
Sim	1,36 (1,11-1,66)		1,10 (0,64-1,90)	

BRISA: Estudos de Coorte Brasileiras realizados em Ribeirão Preto/SP e São Luís/MA;

¹RP: Razão de prevalência;

²IC95%: Intervalo de confiança com nível de significância de 5%;

³Estimativas significantes estão em negrito ($p < 0,05$) na análise ajustada;

⁴Classe econômica segundo critérios da Associação Brasileira de Estudos e Pesquisas (ABEP/2010).

⁵ESF: Estratégia Saúde da Família;

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora as medidas governamentais tenham reduzido as desigualdades sociais e ampliado a oferta dos serviços de saúde em todo o território brasileiro, os resultados desta pesquisa revelam a permanência das dificuldades de acesso nas duas cidades analisadas.

Através da análise dos dados pôde-se verificar que os fatores associados demonstraram diferenças nos municípios estudados. Os fatores predisponentes demográficos e de necessidade em saúde foram mais expressivos em São Luís, ao passo que os predisponentes de estrutura social e os capacitantes o foram em Ribeirão Preto.

Em relação aos fatores predisponentes pôde-se verificar que em São Luís as características biologicamente pré-determinadas, como o fato da criança ser do sexo masculino e a idade da mãe ser menor do que 35 anos, influenciaram significativamente o acesso das crianças aos serviços. Além disso, características de estrutura social, como o maior número de irmãos no domicílio, tiveram associação com o desfecho nas cidades pesquisadas. Esses achados apontam a necessidade no acompanhamento do estado de saúde da população de maior vulnerabilidade social e demográfica.

Ademais, nas duas cidades, através da análise dos fatores capacitantes, foi comprovada a presença do desfecho em crianças cadastradas na ESF, sugerindo a importância de revisão das práticas adotadas no acompanhamento da população adscrita nas unidades básicas de saúde.

Na capital maranhense, as associações das variáveis de necessidade mostraram que as crianças que precisam de cuidados imediatos de saúde (doentes ou cuja percepção de saúde é ruim), têm vivenciado barreiras de acesso; resultado que pode influenciar no agravamento das condições clínicas e no perfil de morbimortalidade do município. Em compensação, os fatores de necessidade não mostraram associação em Ribeirão Preto, indicando que a articulação da rede assistencial, apesar das deficiências existentes, esteja conseguindo atender esses indivíduos.

Acredita-se que o desenvolvimento de práticas assistenciais e intersetoriais; fundamentadas nos princípios do SUS e calcadas no conhecimento dos fatores associados expressos nesse estudo, poderão trazer melhorias no acesso das crianças aos serviços de saúde nos municípios analisados.

REFERÊNCIAS

- ADAY, L. A.; ANDERSEN, R. A framework for the study of access to medical care. **Health Serv. Res.**, Chicago, vol. 9, n. 3, p. 208-220, Fall 1974.
- ANDERSEN, R.; NEWMAN, J. F. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. **Milbank Mem. Fund. Q. Health Soc.**, v. 51, n. 1, p. 95-124, 1973.
- ANDERSEN, R. M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?. **J. Health Soc. Behav.**, vol. 36, n. 1, p. 1-10, Mar.1995.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP). **Critérios de Classificação Econômica Brasil, 2010**. Disponível em: <www.abep.org.> Acesso em: 5 set. 2014.
- BARRETO, J. O. M.; NERY, I. S.; COSTA, M. S. C. Estratégia saúde da família e internações hospitalares em menores de 5 anos no Piauí, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 28, n. 3, p. 515-526, mar. 2012.
- BARROS, M. B. A. et al. Auto-avaliação da saúde e fatores associados, Brasil, 2006. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, vol. 43, supl. 2, p. 27-37, 2009.
- BATISTELA, S.; GUERREIRO, N. P.; ROSSETTO, E. G. Os motivos de procura pelo Pronto Socorro Pediátrico de um Hospital Universitário referidos pelos pais ou responsáveis. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 29, n. 2, p. 121-130, jul./dez. 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/crescimento_desenvolvimento.pdf> Acesso em: 20 out. 2014.
- _____. **Lei nº10836, de 9 de Janeiro de 2004**. Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos, Brasília, DF, 9 Jan. 2004. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/110.836.htm> Acesso em: 5 Jul. 2015.
- _____. Departamento de Informática do SUS. Informações em Saúde. **Cadernos de Informações em Saúde, São Luís/MA e Ribeirão Preto/SP**. 2009. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/cadernosmap.htm>> Acesso em: 1 de Novembro, 2014
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica. Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf>. Acesso em: 10 de Jan 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)**. 2012b. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>> Acesso em: 1 Nov. 2014.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Pesquisa Nacional de Saúde 2013 - Acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências**: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf.brasil_2.pdf> Acesso em: 5 Nov. 2015.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Cidades**. 2016a. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>> Acesso em: 2 Fev. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Informações de Saúde (TABNET). **DATASUS – Departamento de Informática do SUS**. 2016b. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nrma.def>> Acesso em: 5 Jan. 2016.

BUVINICH, M. R. et al. **Situação da Infância Brasileira 2006. Crianças de até 6 anos: o direito à sobrevivência e ao desenvolvimento**. Brasília: Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), 2005. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10167.htm> Acesso em: 5 Jul. 2014.

CALDEIRA, A. P. et al. Internações pediátricas por condições sensíveis à atenção primária em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Rev. Saúde Matern. Infant.*, Recife, vol. 11, n. 1, p. 61-71, jan./mar. 2011.

CARVALHO, A. T.; ALMEIDA, E. R.; JAIME, P. C. Condicionais em saúde do programa Bolsa Família – Brasil: uma análise a partir de profissionais de saúde. *Saúde Soc.*, São Paulo, vol. 23, n. 4, p. 1370-1382, oct./dec. 2014.

COSTA, J. S. D. et al.. Assistência médica materno-infantil em duas coortes de base populacional no Sul do Brasil: tendências e diferenciais. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, v. 12, suppl. 1, p. 59-66, 1996.

_____. Assistência à criança: preenchimento da caderneta de saúde em municípios do semi-árido brasileiro. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, vol. 14, n. 3, p. 219-227, jul./set. 2014.

DEAN, A. G.; SULLIVAN, K. M.; SOE, M. M. OpenEpi: Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health, Versão 3.01. **OpenEpi**. Disponível em: <http://www.openepi.com/Menu/OE_Menu.htm> Acesso em: 6 jan. 2015.

DOMINGUES, C. M. A. S.; TEIXEIRA, A. M. S. Coberturas vacinais e doenças imunopreveníveis no Brasil no período 1982-2002: avanços e desafios do Programa Nacional de Imunizações. *Epidemiol. Serv. Saúde.*, Brasília, vol. 22, n. 1, p. 9-27, jan./mar. 2013.

FIALHO, P. J. F. **O programa Bolsa Família em São Luís (MA) e Belém (PA): um estudo sobre a relação entre a gestão local e os efeitos do Programa na condição de vida das mulheres**. 2007. 125f. Dissertação (Mestrado em Política Social). Universidade de Brasília, Brasília.

FURTADO, B. M. A. S. M.; ARAÚJO, J. L.; CAVALCANTI, P. O perfil da emergência do Hospital da Restauração: uma análise dos possíveis impactos após a municipalização dos serviços de saúde. **Rev. Bras. epidemiol.**, vol. 7, n. 3, 2007, 279-289.

GABROIS, M. F.; OLIVEIRA, E. X. G.; CARVALHO, M. S. O câncer infantil no Brasil: acesso e qualidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 27, n. 9, p. 1711-1720, set. 2011.

GAIOSO, V. P.; MISHIMA, S. M. Satisfação do usuário na perspectiva da aceitabilidade no cenário da saúde da família. **Texto Contexto Enf.**, Florianópolis, vol. 16, n. 4, p. 617-625, out./dez. 2007.

GAMA, S. G. N. et al. Gravidez na adolescência como fator de risco para baixo peso ao nascer no Município do Rio de Janeiro, 1996 a 1998. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, vol. 35, n. 1, p. 74-80, 2001.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: Eibenschutz, Catalina (Org.). **Política de saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996, p. 177-198.

GOMES, A. M. M. et al. Fatores associados ao uso dos serviços de saúde bucal: estudo de base populacional em municípios do Maranhão, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva.**, Rio de Janeiro, vol. 19, n. 2, p. 629-640, fev. 2014

HALPERN, R. et al. Fatores de risco para suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de vida. **J. Pediatr.**, vol. 76, n. 6, p. 421-428, 2000.

JATENE, A. et al. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf> Acesso em 5 Fev. 2015.

KALCKMANN S. et al. Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS?. **Saúde Soc.**, São Paulo, vol. 16, n. 2, p. 146-155, may/aug. 2007.

KOVACS, M. H. et al. Acessibilidade às ações básicas entre crianças atendidas em serviços de pronto-socorro. **J. Pediatr.**, Porto Alegre, vol. 81, n. 3, p. 251-258, maio/jun 2005.

LEAL M. C.; GAMA, S. G. N.; CUNHA, C. B. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. **Rev Saúde Pública.**, São Paulo, vol. 39, n. 1, p. 100-107, 2005.

LEVESQUE, J.; HARRIS, M. F.; RUSSELL, G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. **Int. J. Equity Health**, mar. 2013. Disponível em: <<https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-9276-12-18>> Acesso em: 5 Jan 2016.

LOPES, M. et al. **Acesso aos cuidados em saúde. Um direito em risco?** Relatório de Primavera 2015. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. 2015. Disponível em:

<http://www.apdh.pt/sites/apdh.pt/files/Relatorio_Primavera_2015_VF.pdf> Acesso em: 2 Fev 2016.

MACHADO, M. M. T. et al. Características dos atendimentos e satisfação das mães com a assistência prestada na atenção básica a menores de 5 anos em Fortaleza, Ceará. **Ciênc. saúde coletiva**, vol. 17, n. 11, p. 3125-3133, 2012.

MAIO, M. C. et al. Cor/raça no Estudo Pró-Saúde: resultados comparativos de dois métodos de autoclassificação no Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 21, n. 1, p. 170-180, jan./fev. 2005.

MASSIGNAM, F. M.; BASTOS, J. L. D.; NEDEL, F. B. Discriminação e saúde: um problema de acesso. **Epidemiol. Serv. Saúde.**, Brasília, vol. 24, n. 3, p. 541-544, jul./set. 2015.

MEDEIROS, R. A.; PEREIRA, V. G.; MEDEIROS, S. M. Vigilância em saúde na enfermagem: o caso das medicações sem prescrição em crianças. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, vol. 15, n. 2, p. 233-237, abr-jun 2011.

MONTEIRO, C. A.; FREITAS, I. C. M. Evolução de condicionantes socioeconômicas da saúde na infância na cidade de São Paulo (1984-1996). **Rev. Saúde Pública.**, São Paulo, vol. 34, supl 6, p. 8-12, 2000.

MOTA, E. Inquérito domiciliar de cobertura vacinal: a perspectiva do estudo das desigualdades sociais no acesso à imunização básica infantil. **Rev. Bras. Epidemiol.**, vol. 11, supl 1, n. 125-128, 2008.

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

NICOLAU, L. S. **A Estratégia Saúde da Família no município de São Luís: avanços e desafios**. 2008. 134f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde). Universidade de Brasília, Brasília.

NORO, L. R. A. et al. A utilização dos serviços odontológicos entre crianças e fatores associados em Sobral, Ceará, Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 24, n. 7, p. 1509-1516, julho 2008.

OLIVEIRA, C. S. M. et al. Anemia em crianças de 6 a 59 meses e fatores associados no município de Jordão, Estado do Acre, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 27, n. 5, p. 1009-1020, mai 2011.

PAGANO, M.; GAUVREAU, K. **Princípios de Bioestatística**. 1. ed. São Paulo: Pioneira Thompson Learning; 2004. 522p.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**. Londres, p. 11-31, 2011. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>> Acesso em 5 Nov 2015.

PAVÃO, A. I. B.; COELI, C. M. Modelos teóricos do uso de serviços de saúde: conceitos e revisão. **Cad. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 16, n. 3, p. 471-482, 2008.

PAVÃO, A. L. B.; WERNECK, G. L.; CAMPOS, M. R. Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 29, n. 4, p. 723-734, apr. 2013.

PINHEIRO, R. S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, vol. 7, n. 4, p. 687-707, 2002.

PÓVOA, L.; ANDRADE, M. V. Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 22, n. 8, p. 1555-1564, ago. 2006.

PRADO, S. R. L. A.; FUJIMORI, E.; CIANCIARULLO, T. I. A prática da integralidade em modelos assistenciais distintos: estudo de caso a partir da saúde da criança. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, vol. 16, n. 3, p. 399-407, jul./set. 2007.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD), INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA), FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO (FJP). **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil**. 2013. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/>>. Acesso em: 3 Nov. 2014.

RIBEIRO, M. C. S. A. et al. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não usuários do SUS – PNAS 2003. **Ciênc saúde coletiva**, vol. 11, n. 4, p. 1011-1022, 2006.

ROCHA, S. M. R. **Pobreza no Brasil: afinal, de que se trata?** 3. ed. Rio de Janeiro: FGV; 2007. 244 p.

RODRIGUES-BASTOS, R. M. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária em município do sudeste do Brasil. **Rev Assoc Med. Bras.**, São Paulo, vol. 59, n. 2, p. 120-127, mar./apr. 2013.

RONZANI, T. M.; SILVA, C. M. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. **Ciênc saúde coletiva**, vol. 13, n. 1, p. 23-34, 2008.

SANTOS, L. B. et al. Percepção das mães quanto à importância da imunização infantil. **Rev. Rene.**, Fortaleza, vol. 12, n. 3, p. 621-626, jul./set. 2011.

SANTOS, P. N. M.; FREITAS, R. F.; EDUARDO, A. M. L. N. Automedicação infantil: conhecimento e motivação dos pais. **Revista Multitexto**, vol. 3, n. 1, p. 65-72, 2015.

SCHEFFER, M.; CASSENOTE, A.; BIANCARELLI, A. Demografia médica no Brasil. 2015. São Paulo: **Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina**, 2015. Disponível em: <<http://www.usp.br/agen/wp-content/uploads/DemografiaMedica30nov2015.pdf>> Acesso em: 5 Nov. 2015.

SHEI, A. et al. The impact of Brazil's Bolsa Família conditional cash transfer program on

- children's health care utilization and health outcomes. **BMC. Int. Health Hum. Rights.** Apr. 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4021270/pdf/1472-698X-14-10.pdf>> Acesso em: 5 Nov. 2015.
- SILVA, A. A. M. Cobertura de puericultura e fatores associados em São Luís (Maranhão), Brasil. **Rev. Panam. Salud. Pública**, vol. 6, n. 4, p. 266-272, 1999. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v6n4/0647.pdf>. Acesso em: 4 mar. 2015.
- SILVA, N. N. et al. Desigualdades sociais e uso de serviços de saúde: evidências de análise estratificada. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, vol. 34, n. 1, p. 44-49, fev. 2000.
- SILVA, G. M.; LEÃO, L. T. S. O paradoxo da mistura: identidades, desigualdades e percepção de discriminação entre brasileiros pardos. **RBCS.**, vol. 27, n. 80, p. 117-255, 2012.
- SILVA, R. M. M.; VIEIRA, C. S. Acesso ao cuidado à saúde da criança em serviços de atenção primária. **Rev. Bras. Enferm.**, vol. 67, n. 5, p. 794-802, set./out., 2014.
- SILVA, A. A. M. et al. Changes in perinatal health in two birth cohorts (1997/1998 and 2010) in São Luís, Maranhão State, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 31, n. 7, p. 1437-1450, jul. 2015.
- STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002, 725p.
- TOMASI, E. et al. Perfil de utilização de serviços de saúde por crianças de zona urbana no Brasil: estudo transversal de base nacional. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, vol. 15, n. 1, p. 81-90, jan./mar. 2015.
- TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 20, suppl. 2, p. 190-198, 2004.
- TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E. X. G.; VIANCAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciênc saúde coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 11, n. 4, p. 975-986, out./dez. 2006.
- TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: Giovanella, Lígia et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil.** 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012, p. 183-206.
- VANDERLEI, L. C. M.; NAVARRETE, M. L. V. Preventable infant mortality and barriers to access to primary care in Recife, Northeastern Brazil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, vol. 47, n. 2, p. 379-389, apr. 2013.
- VASCONCELOS, F. G. A.; ZANIBONI, M. R. G. Dificuldades do trabalho médico no PSF. **Ciênc saúde coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 16, suppl 1, p. 1494-1504, 2011.
- VICTORA, C. G. et al. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. **The Lancet.** Londres, p. 32-46, maio 2011. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor2.pdf>>. Acesso em: 5 Mar. 2015.

VITOLLO, M. R.; GAMA, C. M.; CAMPAGNOLO, P. D. B. Frequência de utilização do serviço público de puericultura e fatores associados. **J. Pediatr.**, Porto Alegre, vol. 86, n. 1, p. 80-84, jan./fev. 2010.

YOKOKURA, A. V. C. P. et al. Cobertura vacinal e fatores associados ao esquema vacinal básico incompleto aos 12 meses de idade, São Luís, Maranhão, Brasil, 2006. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 29, n. 3, p. 522-534, mar. 2013.

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

NOME DA PESQUISA: Fatores etiológicos do nascimento pré-termo e consequências dos fatores perinatais na saúde da criança: coortes de nascimentos em duas cidades brasileiras.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Prof. Dr. Antônio Augusto Moura da Silva
TELEFONES PARA CONTATO: (98) 33019681/33019675/88072963.

PATROCINADORES FINANCEIROS DA PESQUISA: FAPESP, CNPq, FAPEMA

OBJETIVOS DA PESQUISA:

Somos um grupo de pesquisadores da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e estamos realizando uma pesquisa para entender as consequências do nascimento antes do tempo (premature) para a saúde das crianças no seu primeiro ano de vida. Essa pesquisa está sendo realizada em Ribeirão Preto, estado de São Paulo, e em São Luís, estado do Maranhão. Para isso, precisamos de algumas informações tanto de bebês nascidos antes do tempo como de bebês nascidos no tempo normal, para comparação. Convidamos você a participar desta pesquisa e pedimos que autorize a participação do seu bebê, que já foi avaliado por nós na ocasião do nascimento.

Este é um formulário de consentimento, que fornece informações sobre a pesquisa. Se concordar em participar e permitir que seu bebê participe da pesquisa, você deverá assinar este formulário.

Antes de conhecer a pesquisa, é importante saber o seguinte:

- Você e seu bebê estão participando voluntariamente. Não é obrigatório participar da pesquisa.
- Você pode decidir não participar ou desistir de participar da pesquisa a qualquer momento.

Esta pesquisa está sendo conduzida com mulheres que deram à luz nos hospitais das duas cidades, Ribeirão Preto e São Luís. Este é o terceiro momento deste grande estudo: algumas mulheres foram avaliadas durante o pré-natal e logo após o parto, outras somente após o parto e agora gostaríamos de ter a participação voluntária de todas as mães e bebês que participaram dos momentos anteriores. Portanto, gostaríamos que você participasse novamente como voluntária, nos ajudando neste estudo.

Ressaltamos que, da mesma forma que foi muito importante a sua participação nos outros momentos da pesquisa, sua participação agora é muito importante para que as informações obtidas possam contribuir para o conhecimento mais completo da sua saúde e de seu bebê.

O QUE DEVO FAZER PARA EU E MEU BEBÊ PARTICIPARMOS DESTA PESQUISA?

Se você concordar em participar desta pesquisa, você responderá a algumas perguntas sobre amamentação, uso de remédios, alimentação, doenças e seu bebê será examinado para avaliar o crescimento físico e o desenvolvimento por meio de atividades adequadas para a idade do bebê. Serão realizados exames clínicos (medidas de peso, altura, circunferência da cabeça e da barriga), laboratoriais (coleta de sangue) e exame dos dentes para nos fornecer informações mais completas sobre a saúde de seu bebê.

- Questionários:

A. Você responderá a um questionário com seus dados de identificação e endereço atualizados. O questionário perguntará sobre amamentação e a saúde da criança, dentição, uso de medicamentos, vacinação, gastos com saúde, hábitos de vida, informações sobre sua saúde e seus dados pessoais e sociais.

B. No próprio questionário haverá uma parte de avaliação sobre o desenvolvimento e a saúde da criança com perguntas referentes a convulsões (crises), uso de medicamentos, asma, alergias e outras doenças.

C. Você irá responder a um questionário sobre sua saúde após o parto, com perguntas sobre métodos para evitar gravidez, se tem perda de urina após o parto e sobre uso de cigarro e álcool.

D. Você responderá a um questionário com perguntas sobre a alimentação de seu bebê nas 24 horas antes da entrevista.

E. Seu bebê será examinado para verificarmos como ele está crescendo. Ele será medido deitado, pesado em uma balança, e a circunferência da cabeça e da barriga serão medidas com fita métrica.

F. Também será avaliado o seu peso e pediremos que você nos informe, se souber, a altura e o peso do pai do bebê.

- Exames laboratoriais:

A. Pretendemos coletar um pouco de sangue de seu bebê (quantidade equivalente a uma colher de sobremesa) com material descartável e por pessoas experientes, para verificar presença de anticorpos que sugiram que seu bebê tem algum tipo de alergia e também se tem alguma variação genética que pode favorecer doenças no futuro, como alergia, obesidade, pressão alta e alterações no crescimento.

B. Pretendemos coletar um pouco de sangue seu (quantidade equivalente a uma colher de sobremesa) com material descartável e por pessoas experientes, para verificar presença de variação genética que pode favorecer doenças como dor na barriga, perda de urina e depressão.

C. Como a quantidade de indivíduos que serão examinados neste estudo é muito grande, não será possível realizar todas as dosagens sanguíneas ao mesmo tempo. Para isso o sangue terá que ser estocado por algum tempo até a realização dos exames. Pedimos a você permissão para que o sangue do bebê seja guardado por tempo indeterminado, visto que o próprio estudo e outros que têm sido feitos podem trazer novos conhecimentos sobre o assunto e pode haver necessidade de realização de novos testes com o sangue estocado. No entanto, novos testes somente serão realizados após aprovação do novo projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa das instituições envolvidas no projeto, que decidirá se você deverá ser convocada ou não para autorizar os novos testes. Você será informada dos resultados dos novos testes que porventura sejam feitos, caso eles apresentem alguma alteração.

D. Também vamos avaliar se seu bebê está se desenvolvendo bem. Nesse exame, algumas atividades serão propostas ao bebê com brinquedos e outros objetos, e durante a realização delas iremos observá-lo e anotar suas reações e seu comportamento.

QUAIS SÃO OS RISCOS DA PESQUISA?

Os profissionais que realizam as entrevistas e os exames são treinados para as tarefas. Os questionários podem conter algumas perguntas que lhe causem incômodo ao responder. As medidas de peso, comprimento e circunferência da cabeça e da barriga causam desconforto mínimo. A coleta de sangue pode causar algum

desconforto, sangramento e/ou mancha roxa no local em que a agulha perfura a pele. Em casos raros, podem ocorrer deznaios ou infecção. Entretanto, tomaremos todos os cuidados para que isso não ocorra.

HÁ VANTAGENS EM PARTICIPAR DESTA PESQUISA?

A avaliação no primeiro ano de vida poderá detectar se seu bebê está se desenvolvendo bem, mesmo que ele tenha nascido prematuro, que tenha tido infecção pelo citomegalovirus, que foi pesquisada com a coleta da saliva ao nascer. Qualquer alteração que for detectada, relacionada a essas doenças, o seu bebê será encaminhado para tratamento.

Além disso, a sua participação vai nos ajudar a entender alguns problemas de saúde que poderão ser prevenidos no futuro. O sigilo de todas as informações será garantido, nenhum dado que permita sua identificação será fornecido. Quando este estudo acabar, os resultados serão discutidos com outros pesquisadores e divulgados para que muitas pessoas se beneficiem desse conhecimento, mas sem identificar as mães e os bebês participantes do estudo.

E A CONFIDENCIALIDADE?

Os registros referentes a você e ao bebê permanecerão confidenciais. Você e o bebê serão identificados por um código, e suas informações pessoais contidas nos registros não serão divulgadas sem sua expressa autorização. Além disso, no caso de publicação deste estudo, não serão utilizados seus nomes ou qualquer dado que os identifiquem.

As pessoas que podem examinar seus registros são: o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, a equipe de pesquisadores e os monitores da pesquisa.

O QUE FAÇO EM CASO DE DÚVIDAS OU PROBLEMAS?

Para solucionar dúvidas relativas a este estudo ou a uma lesão relacionada à pesquisa, entre em contato com os Prof. Drs: Antonio Augusto Moura da Silva ou Vanda Maria Ferreira Simoes ou Rosângela Fernandes Lucena Batista (98) 33019681/33019675/88072963.

Para obter informações sobre seus direitos e os direitos de seu bebê como objeto da pesquisa, entre em contato com: Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão pelo telefone (98) 2109-1250.

Se você entendeu a explicação e concorda voluntariamente em participar deste estudo, por favor, assine abaixo. Uma cópia ficará com você e a outra com o pesquisador responsável. A participação é voluntária e você pode deixar a pesquisa em qualquer momento, sem ter que dar qualquer justificativa para tal.

Agradecemos muito a sua colaboração.

ASSINATURAS

Nome do voluntário: _____

Assinatura do voluntário: _____

Data: ____/____/____

Nome do Pesquisador: _____

Assinatura do Pesquisador: _____

Data: ____/____/____

Nome da Testemunha: _____

Assinatura da Testemunha: _____

Data: ____/____/____

ANEXO B - QUESTIONÁRIO DO NASCIMENTO - MÃE



QUESTIONÁRIO DO NASCIMENTO - MÃE

BLOCO A - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1A. Número de identificação: _____

1ª casela: 1 Ribeirão Preto
2 São Luís2ª casela: 1 Pré-natal
2 Nascimento
3 1º ano3ª casela: M. Avaliação no pré-natal
A. Avaliação no nascimento RN 1
B. Avaliação no nascimento RN 2
C. Avaliação no nascimento RN 3
D. Avaliação no nascimento RN 44ª e 5ª caselas: OM. Questionário da mãe
OC. Questionário do RN
SC. Saliva da criança
CO. Cordão umbilical

6ª à 9ª caselas: número seqüencial para cada cidade

NUMERO

2A. Cidade:

1. Ribeirão Preto2. São Luís

CIDADE

3A. Coorte

1. Iniciada no Pré-natal2. Iniciada no Nascimento

COORTE

4A. Data da Entrevista (DD/MM/AAAA): ___/___/____

DATAENT

Entrevistador(a) : _____

5A. Hospital de Nascimento:

SÃO LUÍS	RIBEIRÃO PRETO
1. <input type="checkbox"/> HU Materno- Infantil	12. <input type="checkbox"/> Hospital das Clínicas
2. <input type="checkbox"/> Benedito Leite	13. <input type="checkbox"/> Hospital Ribeirânia
3. <input type="checkbox"/> Marly Sarnay	14. <input type="checkbox"/> Hospital São Lucas
4. <input type="checkbox"/> Santa Casa	15. <input type="checkbox"/> Hospital Santa Lydia
5. <input type="checkbox"/> Maria do Amparo	16. <input type="checkbox"/> Hospital Santa Casa
6. <input type="checkbox"/> N Sra. da Penha	17. <input type="checkbox"/> Mater
7. <input type="checkbox"/> Clínica São Marcos	18. <input type="checkbox"/> H. Sinhá Junqueira
8. <input type="checkbox"/> Clínica Luiza Coelho	19. <input type="checkbox"/> Hospital São Paulo
9. <input type="checkbox"/> Hospital S Domingos	
10. <input type="checkbox"/> Hospital Aliança	
11. <input type="checkbox"/> Clínica São José	

HOSPITAL

6A. Nome completo da mãe do RN (não abreviar):

_____ **NOMEMAE**

7A. Data de nascimento da mãe do RN (DD/MM/AAAA):

__/__/____ **DNMAE**

8A. Idade da mãe do RN __

99. Não sabe

IDADEMAE

9A. Qual a idade do pai do bebê? __

99. Não sabe

IDADEPAI

BLOCO B – DADOS DE CONTATO

1B. Qual o seu endereço completo? _____

Telefone residencial: ____-____-____ Outro telefone: ____-____-____ celular: ____-____-____

2B. Para facilitar futuros contatos, a sra. poderia nos fornecer o nome, relação de parentesco ou amizade, endereço e telefone fixo ou celular de parentes ou pessoas próximas com quem a sra. tem contato frequente?

Nome da pessoa: _____

Parentesco/Amizade: _____

Endereço: _____

Telefone residencial: ____-____-____ Telefone comercial: ____-____-____ celular: ____-____-____

Nome da pessoa: _____

Parentesco/Amizade: _____

Endereço: _____

Telefone residencial: ____-____-____ Telefone comercial: ____-____-____ celular: ____-____-____

3B. A sra. poderia nos fornecer o endereço e o telefone do seu trabalho?

Endereço: _____

Telefone comercial: ____-____-____ Telefone comercial: ____-____-____

4B. Se a sra. pretende mudar de cidade, poderia nos informar o nome, endereço e o telefone de contato de algum parente ou alguém que more próximo à sua nova residência?

Nome da pessoa: _____

Endereço: _____

Telefone residencial: ____-____-____ Telefone comercial: ____-____-____ celular: ____-____-____

BLOCO C – DADOS SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS

1C. A sra. sabe ler e escrever?

1. Sim
 2. Não
 9. Não sabe

LERMAE

2C. A sra. frequenta ou frequentou escola?

1. Sim
 2. Não **Passe para a questão 6C**
 9. Não sabe

ESCOLMAE

3C. A sra. ainda estuda ?

1. Sim
 2. Não
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

MAEESTUDA

4C. Qual foi o último curso que a sra frequentou ou frequenta?

1. Alfabetização de jovens e adultos
 2. Ensino fundamental ou 1o grau
 3. Ensino médio ou 2o grau
 4. Superior graduação incompleto **Passe para a questão 6C**
 5. Superior graduação completo **Passe para a questão 6C**
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

CURSOMAE

5C. Até que série a sra. frequentou ou ainda frequenta?

1. Primeira
 2. Segunda
 3. Terceira
 4. Quarta
 5. Quinta
 6. Sexta
 7. Sétima
 8. Oitava
 88. Não se aplica
 99. Não sabe

SERIEMAE

6C. Qual a cor da sua pele?

1. branca
 2. preta/negra
 3. parda/mulata/cabocla/morona
 4. amarelo/oriental
 5. indígona
 9. não sabe

CORMAE

7C. Qual a situação conjugal atual da sra.?

1. Casada
 2. União consensual (Mora junto)
 3. Solteira
 4. Separada/desquitada/divorciada
 5. Viúva
 9. Não sabe

SITCONMAE

8C. Quantas pessoas vivem atualmente na casa onde a sra. mora? (Considere apenas as pessoas que estão morando na casa há pelo menos 3 meses, e que não são temporários, como um tio que está temporariamente vivendo com a sra. por menos de 3 meses ou visitantes). ___

99. Não sabe

PESSOAS

9C. A sra. mora atualmente com o marido ou companheiro?

1. Sim
 2. Não
 9. Não sabe

MORACOMP

10C. A sra. mora atualmente com filhos (biológicos ou não)?

1. Sim
 2. Não **Passe para a questão 12C**
 9. Não sabe

MORAFILHO

11C. Caso sim, com quantos filhos? ___

88. Não se aplica
 99. Não sabe

QTFILHOS

12C. A sra. mora atualmente com outros familiares?

1. Sim
 2. Não **Passe para a questão 14C**
 9. Não sabe

MORAFAM

13C. Caso sim, com quantos familiares? ___

88. Não se aplica
 99. Não sabe

QTFAM

14C. A sra. mora atualmente com outras pessoas que não são familiares?

1. Sim
 2. Não **Passe para a questão 16C**
 9. Não sabe

MORANFAM

15C. Caso sim, com quantos não familiares? ___

88. Não se aplica
 99. Não sabe

QTNFAM

16C. A sra. tem alguma religião ou culto?

1. Sim
 2. Não
 9. Não sabe

TEMRELIG

ANEXO C - QUESTIONÁRIO DO SEGUIMENTO - CRIANÇA



QUESTIONÁRIO DO 1º ANO ENTREVISTA



BLOCO A – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1A. Número de identificação: _____

1ª casela: 1 Ribeirão Preto
2 São Luís

2ª casela: 1 Pré-natal
2 Nascimento

3ª casela: F. Avaliação da mãe no 1º ano
A. Avaliação no 1º ano RN 1
B. Avaliação no 1º ano RN 2
C. Avaliação no 1º ano RN 3
D. Avaliação no 1º ano RN 4

4ª e 5ª caselas: QG. Questionário geral da criança
QM. Questionário de saúde da mulher
QP. Questionário da psiquiatria
SG. Sangue
SR. Soro
HM. Hemograma da criança
TB. Teste de Bayley
AO. Avaliação Odontológica
ID. Identificação
NT. Questionário nutricional

() () () () () () () () () ()

6ª à 9ª. caselas: número sequencial para cada cidade (colocar o mesmo número sequencial do nascimento)

2A. Cidade:

1. () Ribeirão Preto

2. () São Luís

()

3A. Data da Entrevista (DD/MM/AAAA): ___/___/_____

() () () () () () () () () ()

Entrevistador (a): _____

4A. Nome completo da mãe (não abreviar):

Nome completo da criança (não abreviar):

13C. Considerando apenas os últimos três meses, <CRIANÇA> costuma usar mamadeira durante a noite, após já ter adormecido?

1. Sim
 2. Não
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

()

14C. Atualmente <CRIANÇA> usa chupeta?

1. Sim, usa atualmente
 2. Não, parou de usar
 3. Nunca usou
 9. Não sabe

Passe para a questão 18C

()

15C. Qual era a idade da <CRIANÇA>, quando começou a usar chupeta?

_____ meses _____ dias

8888. Não se aplica
 9999. Não sabe

()

16C. Qual o tipo de chupeta <CRIANÇA> usava?

1. Ortodôntica
 2. Convencional
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

()

17C. Quando parou de usar chupeta?

_____ meses _____ dias

8888. Não se aplica
 9999. Não sabe

() () () ()

18C. <CRIANÇA> chupa dedo?

1. Sim, chupa atualmente
 2. Não, parou de chupar
 3. Nunca chupou
 9. Não sabe

Passe para a questão 1D

()

19C. Qual a era a idade de <CRIANÇA>, quando começou a chupar dedos?

_____ meses _____ dias

8888. Não se aplica
 9999. Não sabe

()

20C. Quando parou de chupar dedo?

_____ meses _____ dias

8888. Não se aplica
 9999. Não sabe

()

BLOCO D – SAÚDE DA CRIANÇA

Agora vou fazer algumas perguntas sobre como está a saúde de <CRIANÇA>

1D. Em geral, a Sra. considera a saúde de <CRIANÇA>:

1. Excelente
 2. Muito boa
 3. Boa
 4. Regular
 5. Ruim
 9. Não sabe

()

74D. Antipneumocócica	9999. Não sabe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	() () () ()
75D. Antimeningocócica	999. Não sabe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	() () ()
76D. Influenza (gripe)	999. Não sabe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	() () ()
77D. Hepatite A	9. Não sabe	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	()
78D. Varicela (catapora)	9. Não sabe	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	()

79D. Onde <CRIANÇA > foi vacinada na maioria das vezes?

1. Posto de saúde
 2. Consultório ou clínica particular
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

()

80D.<CRIANÇA> já foi ao médico ou posto de saúde ou hospital para consultar por doença?

1. Sim
 2. Não
 9. Não sabe

()

81D.<CRIANÇA> já foi ao médico ou posto de saúde ou hospital só para vacinar, pesar ou acompanhar o crescimento e desenvolvimento?

1. Sim
 2. Não
 9. Não sabe

()

82D.Alguma vez a Sra. já levou <CRIANÇA> para consultar no Pronto Socorro municipal ou em algum Pronto Atendimento?

1. Sim
 2. Não **Passe para a questão 85D**
 9. Não sabe **Passe para a questão 85D**

()

83D. Por quê? (última consulta) _____

88. Não se aplica
 99. Não sabe

() ()

84D.Alguma vez a Sra. tentou levar <CRIANÇA> para consultar, hospitalizar ou vacinar e não conseguiu?

1. Sim
 2. Não **Passe para a questão 87D**
 9. Não sabe **Passe para a questão 87D**

()

85D. Por quê? (última consulta) _____

88. Não se aplica
 99. Não sabe

() ()

86D. <CRIANÇA> teve algum tipo de acidente nos últimos 15 dias?

1. Sim
 2. Não **Passe para a questão 89D**
 9. Não sabe **Passe para a questão 89D**

()

87D.Qual (is)? _____

88. Não se aplica
 99. Não sabe

() () ()

88D. <CRIANÇA> tem alguma doença, problema físico ou retardo?

1. Sim
 2. Não **Passe para a questão 91D**
 9. Não sabe **Passe para a questão 91D**

()

2. Mama
 3. Ossos
 4. Músculo
 5. Sistema nervoso central (cérebro)
 6. Outros: _____
 8. Não se aplica ()
 9. Não sabe

106D. Existe história na família de desenvolvimento de mamas antes dos 8 anos de idade?

1. Sim
 2. Não ()
 9. Não sabe

107D. Existe história na família de menstruação antes dos 9 anos?

1. Sim
 2. Não ()
 9. Não sabe

BLOCO E – GASTOS COM SAÚDE

1E. <CRIANÇA> tem plano de saúde?

1. Sim
 2. Não **Passa para a questão 8E**
 9. Não sabe ()

2E. Se sim, qual o Plano? _____

88. Não se aplica
 99. Não sabe ()()

3E. O plano de saúde cobre consultas médicas?

1. Sim
 2. Não
 8. Não se aplica
 9. Não sabe ()

4E. O plano de saúde cobre exames (laboratório, RX)?

1. Sim
 2. Não
 8. Não se aplica ()
 9. Não sabe

5E. O plano de saúde cobre internações em hospital?

1. Sim
 2. Não
 8. Não se aplica ()
 9. Não sabe

6E. Seu plano cobre tratamento odontológico?

1. Sim
 2. Não
 8. Não se aplica
 9. Não sabe ()

7E. Além da mensalidade, este plano cobra algum valor pelas consultas ou exames?

1. Sim
 2. Não
 8. Não se aplica
 9. Não sabe ()

8E. A Sra. gastou algum dinheiro com remédios para <CRIANÇA>?

1. Sim
 2. Não
 9. Não sabe

()

9E. A Sra. gastou algum dinheiro com consultas médicas para <CRIANÇA>?

1. Sim
 2. Não
 9. Não sabe

()

10E. A Sra. gastou algum dinheiro com exames complementares ou raio X para <CRIANÇA>?

1. Sim
 2. Não
 9. Não sabe

()

11E. A Sra. gastou algum dinheiro com outras coisas relacionadas à saúde de <CRIANÇA>? (*enfermeira, óculos, fisioterapia, dentista*)

1. Sim
 2. Não **Passe para a questão 1G**
 9. Não sabe

()

12E. Se sim, qual (is) _____

88. Não se aplica
 99. Não sabe

()

BLOCO F - DADOS SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS

1F. A família recebe bolsa família ou algum outro benefício de transferência de renda do governo?

1. Sim
 2. Não **Passe para a questão 3F**
 9. Não sabe

()

2F. Há quanto tempo recebe o benefício do governo? _____ meses

88. Não se aplica
 99. Não sabe

()()

3F. Sua família é cadastrada no Programa de Saúde da Família (PSF)?

1. Sim
 2. Não **Passe para a questão 9F**
 9. Não sabe

()

A Sra. recebeu visita do PSF no último mês pelo:

- | | | | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|---|-----|
| 4F. Agente comunitario | 1. <input type="checkbox"/> Sim | 2. <input type="checkbox"/> Não | 9. <input type="checkbox"/> Não sabe | 8. <input type="checkbox"/> Não se aplica | () |
| 5F. Medico | 1. <input type="checkbox"/> Sim | 2. <input type="checkbox"/> Não | 9. <input type="checkbox"/> Não sabe | 8. <input type="checkbox"/> Não se aplica | () |
| 6F. Enfermeiro | 1. <input type="checkbox"/> Sim | 2. <input type="checkbox"/> Não | 9. <input type="checkbox"/> Não sabe | 8. <input type="checkbox"/> Não se aplica | () |
| 7F. Auxiliar | 1. <input type="checkbox"/> Sim | 2. <input type="checkbox"/> Não | 9. <input type="checkbox"/> Não sabe | 8. <input type="checkbox"/> Não se aplica | () |
| 8F. Dentista ou Auxiliar de dentista | 1. <input type="checkbox"/> Sim | 2. <input type="checkbox"/> Não | 9. <input type="checkbox"/> Não sabe | 8. <input type="checkbox"/> Não se aplica | () |

9F. Qual a situação conjugal atual da Sra.?

1. Casada
 2. União consensual (mora junto)
 3. Solteira
 4. Separada/desquitada/divorciada
 5. Viúva
 9. Não sabe

()

10F. Quantas pessoas vivem atualmente na casa onde a sra. mora? (Considere apenas as pessoas que estão morando na casa há pelo menos 3 meses, e que não são temporários, como um tio que está temporariamente vivendo com a sra. por menos de 3 meses ou visitantes).

____ 99. Não sabe

11F. A Sra. mora atualmente com o marido ou companheiro?

1. Sim

2. Não

9. Não sabe

12F. Sra. exerce alguma atividade remunerada dentro ou fora de casa?

1. Sim

2. Não **Passe para a questão 15F**

9. Não sabe

13F. Qual a sua ocupação (o que faz atualmente no trabalho)?

88. Não se aplica (não trabalha fora de casa)

99. Não sabe

14F. Qual a sua relação de trabalho?

1. Trabalha por conta própria

2. Assalariado ou empregado

3. Dono de empresa-empregador

4. Faz bico

8. Não se aplica

9. Não sabe

15F. Quem é a pessoa da família com maior renda atualmente? (considerar chefe da família aquele de maior renda). Considerar o parentesco em relação à criança (mãe DA CRIANÇA, pai DA CRIANÇA, etc.)

01. Mãe

02. Pai

03. Avó

04. Avô

05. Madrasta

06. Padrasto

07. Tia

08. Tio

09. Irmã

10. Irmão

11. Outro _____

99. Não sabe

16F. Qual a idade da pessoa da família com maior renda (anos completos)? _____

99. Não sabe

17F. Essa pessoa sabe ler e escrever?

1. Sim

2. Não

9. Não sabe

18F. Essa pessoa frequenta ou frequentou escola?

1. Sim

2. Não **Passe para a questão 21F**

9. Não sabe

19F. Qual foi o último curso que essa pessoa frequentou ou frequenta?

1. Alfabetização de jovens e adultos
2. Ensino fundamental ou 1o grau
3. Ensino médio ou 2o grau
4. Superior graduação incompleto **Passa para a questão 21F**
5. Superior graduação completo **Passa para a questão 21F**
8. Não se aplica
9. Não sabe

()

20F. Qual a série que essa pessoa frequenta ou até que série frequentou?

01. Primeira
02. Segunda
03. Terceira
04. Quarta
05. Quinta
06. Sexta
07. Sétima
08. Oitava
88. Não se aplica
99. Não sabe

() ()

Passa para a questão 23F - quando a própria mãe da criança for a pessoa de maior renda

21F. Qual a ocupação atual (ou no que trabalha) a pessoa com a maior renda da família? (Descreva a ocupação. Caso seja aposentado, colocar a última atividade que exerceu).

98. () Não se aplica

99. () Não sabe

() ()

22F. Qual a relação de trabalho do chefe da família?

1. Trabalha por conta própria
2. Assalariado ou empregado
3. Dono de empresa-empregador
4. Faz bico
8. Não se aplica
9. Não sabe

()

23F. No mês passado quanto ganharam as pessoas da família que trabalham?

1ª pessoa R\$ _____, _____, _____

2ª pessoa R\$ _____, _____, _____

3ª pessoa R\$ _____, _____, _____

4ª pessoa R\$ _____, _____, _____

5ª pessoa R\$ _____, _____, _____

A família tem outra renda? _____, _____, _____

Renda total R\$ _____, _____, _____

88888. Não quis informar

99999. Não sabe

() () () () () () ()

Quantos itens abaixo a família possui? (circule a resposta)

	Quantidade de itens					
	0	1	2	3	4 ou mais	
24F. Televisão em cores	0	1	2	3	4	()
25F. Rádio	0	1	2	3	4	()
26F. Banheiro	0	4	5	6	7	()
27F. Automóvel	0	4	7	9	9	()
28F. Empregada mensalista	0	3	4	4	4	()
29F. Máquina de lavar	0	2	2	2	2	()
30F. Videocassete ou DVD	0	2	2	2	2	()
31F. Geladeira	0	4	4	4	4	()
32F. Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2	()
33F. Grau de Instrução da pessoa com maior renda (circule a resposta)						()

Analfabeto/Primário incompleto/ Até 3ª Série Fundamental	0
Primário completo/ Até 4ª Série Fundamental/Ginasial incompleto	1
Ginasial completo/ Fundamental completo/Colegial incompleto	2
Colegial completo/ Médio completo/Superior incompleto	4
Superior completo	8

BLOCO G – DADOS DO COMPANHEIRO

Caso o companheiro seja a pessoa com maior renda ou não more junto com a mãe do RN, passe para o bloco H

1G. Qual a idade do companheiro atual? ___

88. () Não se aplica – não tem companheiro atual

99. () Não sabe () ()

2G. O seu companheiro sabe ler e escrever?

1. () Sim

2. () Não

8. () Não se aplica

9. () Não sabe ()

3G. O seu companheiro frequenta ou frequentou escola?

1. () Sim

2. () Não **Passe para a questão 6G**

8. () Não se aplica

9. () Não sabe ()

4G. Qual o último curso que seu companheiro frequentou ou frequenta?

1. () Alfabetização de jovens e adultos

2. () Ensino fundamental ou 1o grau

3. () Ensino médio ou 2o grau

4. () Superior graduação incompleto **Passe para a questão 6G**

5. () Superior graduação completo **Passe para a questão 6G**

8. () Não se aplica ()

9. () Não sabe

ANEXO D – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – SÃO LUÍS/MA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
COMITÊ ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO

Parecer Nº223/2009

Pesquisador (a) Responsável: Antônio Augusto Moura da Silva

Equipe executora: Antônio Augusto Moura da Silva, Marco Antonio Barbieri, Heloisa Bettiol, Fernando Lamy Filho, Liberata Campos Coimbra, Maria Teresa Seabra S.B. e Alves, Raimundo Antonio da Silva, Valdinar Sousa Ribeiro, Vania Maria de Farias Aragão, Wellington da Silva Mendes, Zani Carvalho Lamy, Mari Ada Conceição Saraiva, Alcione Miranda dos Santos, Arlene de Jesus Mendes Caldas, Cecília Claudia Costa Ribeiro, Silma Regina P. Martins, Flávia Raquel F. Nascimento, Marília da Glória Martins, Virginia P.L. Ferriani, Marisa Márcia M. Pinhata, Jacqueline P. Monteiro José S. Camelo Junior, Carlos Eduardo, Martinelli Júnior, Sonir Roberto R. Antonini e Aparecida Yuile Yamamoto

Tipo de Pesquisa: Projeto Temático

Registro do CEP: 350/08 Processo 4771/2008-30

Instituição onde será desenvolvido: Hospital Universitário, Maternidade Marly Samey, Clínica São Marcos, Maternidade Benedito Leite, Maternidade Maria do Amparo, Santa Casa de Misericórdia do Maranhão, Maternidade Nazira Assub, Clínica São José e Clínica Luiza Coelho.

Grupo: III

Situação: APROVADO

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão analisou na sessão do dia 20.03.08 o processo nº. 4771/2008-30, referente ao projeto de pesquisa: **"Fatores etiológicos do nascimento pré-termo e conseqüências dos fatores perinatais na saúde de criança: coortes de nascimento em duas cidades brasileiras"**, tendo como pesquisadora responsável Antônio Augusto Moura da Silva, cujo objetivo geral é **"Investigar novos fatores na etiologia da prematuridade, utilizando-se abordagem integrada e colaborativa em duas cidades brasileiras numa coorte de conveniência, iniciada no pré-natal"**.

Tendo apresentado pendências na época de sua primeira avaliação, veio em tempo hábil supri-las adequada e satisfatoriamente de acordo com as exigências das Resoluções que regem esse Comitê. Assim, mediante a importância social e científica que o projeto apresenta e sua aplicabilidade e conformidade com os requisitos éticos, somos de parecer favorável à

Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão
Rua Barão de Itapary, 227 Centro C.E.P. 85. 020-070 São Luís - Maranhão Tel: (98) 2109-1250
E-mail cep@huufma.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
COMITÊ ÉTICA EM PESQUISA



realização do projeto classificando-o como **APROVADO**, pois o mesmo atende aos requisitos fundamentais da Resolução 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Solicita-se à pesquisadora o envio a este CEP, relatórios parciais sempre quando houver alguma alteração no projeto, bem como o relatório final gravado em CD ROM.

São Luis, 08 de abril de 2009.

João Inácio Lima de Souza

Prof. Dr. João Inácio Lima de Souza
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital Universitário da UFMA
Ethica homini habitat est

**ANEXO E – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – RIBEIRÃO
PRETO/SP**



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

www.hcrp.fmrp.usp.br



Ribeirão Preto, 13 de novembro de 2008

Ofício nº 4116/2008
CEP/RCC

Prezados Professores,

O trabalho intitulado **“FATORES ETIOLÓGICOS DO NASCIMENTO PRÉ-TERMO E CONSEQUÊNCIAS DOS FATORES PERINATAIS NA SAÚDE DA CRIANÇA: COORTES DE NASCIMENTOS EM DUAS CIDADES BRASILEIRAS”**, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 276ª Reunião Ordinária realizada em 10/11/2008, e enquadrado na categoria: **APROVADO, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.**

Este Comitê segue integralmente a Conferência Internacional de Harmonização de Boas Práticas Clínicas (IGH-GCP), bem como a Resolução nº 196/96 CNS/MS.

Lembramos que devem ser apresentados a este CEP, o Relatório Parcial e o Relatório Final da pesquisa.

Atenciosamente.


PROF. DR. SÉRGIO PEREIRA DA CUNHA
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssimos Senhores
PROF. DR. MARCO ANTONIO BARBIERI
PROFª. DRª. HELOISA BETTIOL
Depto. de Puericultura e Pediatria

ANEXO F – NORMAS DA REVISTA “CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA”

Instruções para Autores

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico, que contribuem com o estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins. Desde janeiro de 2016, a revista adota apenas a versão on-line, em sistema de publicação continuada de artigos em periódicos indexados na base SciELO. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a CSP.

Como o resumo do artigo alcança maior visibilidade e distribuição do que o artigo em si, indicamos a leitura atenta da recomendação específica para sua elaboração. ([leia mais](#))

1. CSP ACEITA TRABALHOS PARA AS SEGUINTE SEÇÕES

1.1 – Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 1.600 palavras);

1.2 – Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva, que é acompanhado por comentários críticos assinados por autores a convite das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.3 – Espaço Temático: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras;

1.4 – Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva, máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações. Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas como por exemplo o PROSPERO (<http://www.crd.york.ac.uk/prosperto/>); as revisões sistemáticas deverão ser submetidas em inglês ([leia mais](#));

Instruções para Autores

1.5 – Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada, podendo ter até 8.000 palavras ([leia mais](#));

1.6 – [Questões Metodológicas](#) : artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); artigos sobre instrumentos de aferição epidemiológicos devem ser submetidos para esta Seção, obedecendo preferencialmente as regras de Comunicação Breve (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.7 – Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de [pesquisa etiológica](#) na epidemiologia e artigo utilizando [metodologia qualitativa](#) ;

1.8 – Comunicação Breve: relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.9 – Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras);

1.10 – Resenhas: resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras).

2. NORMAS PARA ENVIO DE ARTIGOS

2.1 – CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em

Instruções para Autores

nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 – Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.3 – Notas de rodapé, de fim de página e anexos não serão aceitos.

2.4 – A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

2.5 – Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

3. PUBLICAÇÃO DE ENSAIOS CLÍNICOS

3.1 – Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 – Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaio Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

3.3 – As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- [Australian New Zealand Clinical Trials Registry \(ANZCTR\)](#)
- [ClinicalTrials.gov](#)
- [International Standard Randomised Controlled Trial Number \(ISRCTN\)](#)
- [Nederlands Trial Register \(NTR\)](#)
- [UMIN Clinical Trials Registry \(UMIN-CTR\)](#)
- [WHO International Clinical Trials Registry Platform \(ICTRP\)](#)

4. FONTES DE FINANCIAMENTO

4.1 – Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 – Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 – No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. CONFLITO DE INTERESSES

5.1 – Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. COLABORADORES

6.1 – Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 – Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do [ICMJE](#), que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada; 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

7. AGRADECIMENTOS

7.1 – Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

8. REFERÊNCIAS

8.1 – As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva 1). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos ([Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos](#)). Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página.

8.2 – Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 – No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. NOMENCLATURA

9.1 – Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. ÉTICA EM PESQUISAS ENVOLVENDO SERES HUMANOS

10.1 – A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na [Declaração de Helsinki](#) (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

10.2 – Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 – Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

10.4 – Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 – O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

11. PROCESSO DE SUBMISSÃO ONLINE

11.1 – Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>

11.2 – Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

11.3 – Inicialmente o autor deve entrar no sistema [SAGAS](#). Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em "Cadastre-se" na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em "Esqueceu sua senha? Clique aqui".

11.4 – Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em "Cadastre-se" você será

Instruções para Autores

direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

12. ENVIO DO ARTIGO

12.1 – A submissão *on-line* é feita na área restrita de gerenciamento de artigos <http://caderno.s.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>

. O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o link "Submeta um novo artigo".

12.2 – A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

12.3 – Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

12.4 – O título completo (no idioma original do artigo) deve ser conciso e informativo, e conter, no máximo, 150 caracteres com espaços.

12.5 – O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

12.6 – As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde [BVS](#).

12.7 – Resumo. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo no idioma original do artigo, podendo ter no máximo 1.700 caracteres com espaço. Visando ampliar o alcance dos artigos publicados, CSP publica os resumos nos idiomas português, inglês e espanhol. No intuito de garantir um padrão de qualidade do trabalho, oferecemos gratuitamente a tradução do resumo para os idiomas a serem publicados.

12.8 – Agradecimentos. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

12.9 – Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

12.10 – Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

12.11 – O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1MB.

12.12 – O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

Instruções para Autores

12.13 – O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.14 – Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".

12.15 – Ilustrações. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.16 – Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse esse limite.

12.17 – Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

12.18 – Tabelas. As tabelas podem ter até 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo. Cada dado na tabela deve ser inserido em uma célula separadamente, e dividida em linhas e colunas.

12.19 – Figuras. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de Satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

12.20 – Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21 – Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.22 – As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura. O tamanho limite do arquivo deve ser de 10Mb.

12.23 – Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 – As figuras devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo.

12.25 – Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 – Formato vetorial. O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 – Finalização da submissão. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

Instruções para Autores

12.28 – Confirmação da submissão. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a secretaria editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

13. ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO ARTIGO

13.1 – O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

13.2 - O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

14. ENVIO DE NOVAS VERSÕES DO ARTIGO

14.1 – Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/> do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o link "Submeter nova versão".

15. PROVA DE PRELO

15.1 – A prova de prelo será acessada pelo(a) autor(a) de correspondência via sistema (<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/acesso/login>). Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado

Instruções para Autores

gratuitamente pelo site: <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>.

15.2 - Para acessar a prova de prelo e as declarações, o(a) autor(a) de correspondência deverá acessar o *link* do sistema: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login> ,

utilizando

login

e senha já cadastrados em nosso

site

. Os arquivos estarão disponíveis na aba "Documentos". Seguindo o passo a passo:

15.2.1 – Na aba "Documentos", baixar o arquivo PDF com o texto e as declarações (*Aprovação da Prova de Prelo, Cessão de Direitos Autorais*

(

Publicação Científica

) e

Termos e Condições

);

15.2.2 – Encaminhar para cada um dos autores a prova de prelo e a declaração de *Cessão de Direitos Autorais*

(

Publicação Científica

);

15.2.3 – Cada autor(a) deverá verificar a prova de prelo e assinar a declaração *Cessão de Direitos Autorais*

(

Publicação Científica

);

15.2.4 – As declarações assinadas pelos autores deverão ser escaneadas e encaminhadas via sistema, na aba "Autores", pelo autor de correspondência. O *upload* de cada documento deverá ser feito no espaço referente a cada autor(a);

15.2.5 – Informações importantes para o envio de correções na prova:

15.2.5.1 – A prova de prelo apresenta numeração de linhas para facilitar a indicação de eventuais correções;

15.2.5.2 – Não serão aceitas correções feitas diretamente no arquivo PDF;

15.2.5.3 – As correções deverão ser listadas na aba "Conversas", indicando o número da linha e a correção a ser feita.

15.3 – As Declarações assinadas pelos autores e as correções a serem feitas deverão ser encaminhadas via sistema (<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>) no prazo de 72 horas.