

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
SISTEMA DE BIBLIOTECAS DA UNICAMP
REPOSITÓRIO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA E INTELECTUAL DA UNICAMP

Versão do arquivo anexado / Version of attached file:

Versão do Editor / Published Version

Mais informações no site da editora / Further information on publisher's website:

<https://scielosp.org/article/rpsp/2008.v24n5/314-323>

DOI: 10.1590/S1020-49892008001100003

Direitos autorais / Publisher's copyright statement:

©2008 by Pan American Health Organization. All rights reserved.

DIRETORIA DE TRATAMENTO DA INFORMAÇÃO

Cidade Universitária Zeferino Vaz Barão Geraldo

CEP 13083-970 – Campinas SP

Fone: (19) 3521-6493

<http://www.repositorio.unicamp.br>

Inquéritos de saúde e uso de serviços materno-infantis em três municípios da Grande São Paulo¹

Wladithe Organ de Carvalho,² Chester Luiz Galvão Cesar,³

Luana Carandina,⁴ Marilisa Berti de Azevedo Barros,⁵

Maria Cecília Goi Porto Alves⁶ e Moisés Goldbaum⁷

Como citar

Carvalho WO, Cesar CLG, Carandina L, Barros MBA, Alves MCGP, Goldbaum M. Inquéritos de saúde e uso de serviços materno-infantis em três municípios da Grande São Paulo. Rev Panam Salud Publica. 2008;24(5):314–23.

RESUMO

Objetivos. Descrever as mudanças na utilização de serviços de saúde materno-infantis por residentes em três municípios da Grande São Paulo (Embu, Itapeverica da Serra e Taboão da Serra) 12 anos após a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e analisar o potencial dos inquéritos de saúde de base populacional como fonte de dados para avaliar as mudanças nesses serviços.

Métodos. Em 1990 e 2002, foram realizados dois inquéritos de base populacional, de corte transversal, em municípios da região metropolitana de São Paulo. Para os menores de 1 ano, os dois períodos foram comparados quanto à utilização de serviços de saúde ambulatoriais e hospitalizações; para as mães, os períodos foram comparados quanto à realização de pré-natal e parto. Em ambos os inquéritos, utilizou-se a amostragem por conglomerados em múltiplos estágios e estratificada, com padronização de questões das entrevistas.

Resultados. As alterações de maior destaque corresponderam à localização dos serviços utilizados para pré-natal, partos e hospitalização de menores de 1 ano. Houve elevação significativa na utilização dos serviços no município de residência ou região e redução na participação do Município de São Paulo (80% dos partos e praticamente todas as internações de menores de 1 ano em 1990 contra 32% dos partos e 46% das internações de menores de 1 ano em 2002). Também aumentou a utilização de unidades básicas de saúde e prontos-socorros. Essas alterações referiram-se aos atendimentos financiados pelo setor público de saúde. No setor privado, ocorreu queda do desembolso direto e dos convênios de empresa e crescimento dos planos individuais.

Conclusões. As principais mudanças verificadas no segundo inquérito ocorreram paralelamente às alterações provenientes da implantação do SUS. Os inquéritos de saúde de base populacional mostraram-se adequados para analisar e comparar a utilização de serviços em diferentes períodos.

Palavras-chave

Inquéritos de morbidade, pesquisas sobre serviços de saúde, serviços de saúde materno-infantil.

¹ Artigo baseado na tese de doutorado intitulada “Uso de serviços materno-infantis na região sudoeste da Grande São Paulo em dois períodos: 1990–2002. Inquéritos de saúde como fonte de dados para estudos de utilização de serviços de saúde”, apresentada em 2004 ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

² Universidade Estadual de Londrina, Departamento de Saúde Coletiva. Correspondência: Ave-

nida Robert Koch 60, Vila Operária, CEP 86039-440, Londrina, PR, Brasil. Fone: +55-43-3371.2398; e-mail: wladithe@terra.com.br

³ Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Epidemiologia.

⁴ Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Medicina de Botucatu, Departamento de Saúde Pública.

⁵ Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Faculdade de Ciências Médicas, Departamento de Medicina Preventiva e Social.

⁶ Superintendência de Controle de Endemias, Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo.

⁷ Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva.

A utilização de serviços de atenção à saúde é determinada por fatores relacionados à população, às características dos serviços e dos prestadores de serviços e ainda às políticas de saúde. A demanda por esses serviços pode ser gerada tanto pela percepção de um problema de saúde quanto pela existência do serviço. O contrário também pode ocorrer: bens públicos, para os quais deveria haver a oferta mesmo na ausência de demanda, são demandados, mas não são ofertados (1–6). Ao final da década de 1990, a utilização de serviços de saúde no Brasil relacionou-se mais à oferta de serviços do que à necessidade de atenção à saúde (7).

Muitas das diferenças registradas na utilização de serviços entre os diversos grupos socioeconômicos desaparecem quando as barreiras são removidas. Em áreas com sistemas de saúde mais abrangentes, percebe-se uma fraca ligação entre o uso de serviços e a possibilidade de pagamento direto (8). Nessas locais, mesmo que haja diferenciais socioeconômicos, a sua influência sobre o acesso e a utilização de serviços pode ser reduzida (9).

A constituição brasileira de 1988, que criou o Sistema Único de Saúde (SUS), e a lei 8.080, de 1990, que o regulamenta, destacam a “universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os seus níveis de assistência” como um de seus princípios (10, 11). Algumas pesquisas que analisaram aspectos de saúde da população brasileira desde a implantação do SUS atribuem a esse sistema resultados positivos, apesar de incompletos (4, 12–15).

Os dados para os estudos de utilização de serviços podem ser obtidos dos registros oficiais, os quais têm, em geral, finalidade administrativa e gerencial. Entretanto, vários sistemas nacionais de informação não têm base populacional definida, não dispõem de informações sobre as condições sociais e econômicas dos indivíduos ou apresentam baixa confiabilidade e preenchimento incompleto (16, 17). Os inquéritos de base populacional apresentam vantagens em relação às estatísticas de saúde de registro contínuo e, devido à complementaridade das suas informações, poderiam ser in-

tegrados em um sistema nacional de informações em saúde (16). São a única fonte que viabiliza informações a respeito da população total: grupos que não percebem suas necessidades, não procuram ajuda, procuram ajuda em local diferente do sistema oficial de saúde ou mesmo que não têm acesso ao sistema de saúde (17, 18). Os inquéritos realizados antes e após a implantação do SUS permitem uma avaliação desse sistema de saúde (4).

Nas duas últimas décadas, foram desenvolvidos dois inquéritos domiciliares de base populacional na região sudoeste da Grande São Paulo. Realizado em 1990, o Projeto Morbidade teve como principal objetivo servir como suporte a futuros inquéritos de saúde para avaliação da implantação do sistema de saúde (19), o que foi concretizado com a realização do Inquérito Multicêntrico de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP), em 2002, visto que ambos adotaram metodologia semelhante, inclusive no que se refere à padronização das questões utilizadas para a entrevista. O período de realização dos inquéritos oportunizou conhecer o padrão de utilização de serviços de saúde antes e após a implantação do SUS, com dados desagregados por município.

O presente trabalho teve por objetivos descrever as mudanças na utilização de serviços de saúde materno-infantis por residentes em três municípios da Grande São Paulo 12 anos após a implantação do SUS e analisar o potencial dos inquéritos de saúde de base populacional como fonte de dados para avaliar as mudanças em serviços de saúde.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foram analisados os dados de dois inquéritos de saúde de base populacional realizados nos municípios de Embu, Itapeverica da Serra e Taboão da Serra, da região sudoeste da Grande São Paulo, com metodologias semelhantes. Os dados referentes ao Projeto Morbidade foram coletados de julho de 1989 a junho de 1990 (19) e os referentes ao ISA-SP, no período de abril de 2001 a março de 2002 (20).

A população de estudo foi constituída pelas crianças menores de 1 ano não institucionalizadas e residentes na área urbana dos três municípios. Tendo por base os dados populacionais do IBGE para cada período, planejou-se, em 1990, a amostragem de 200 crianças menores de 1 ano em cada município, totalizando 600 em toda a região. Em 2002, a amostra incluiu 200 crianças para o conjunto dos três municípios. Tal diferença deveu-se ao caráter multicêntrico do ISA-SP, o qual envolveu outras áreas do Estado de São Paulo, prevendo-se, para cada uma delas, a realização de 200 entrevistas no grupo etário de menores de 1 ano.

O tamanho da amostra foi calculado considerando-se a proporção de 50% a ser estimada, por ser a de maior variabilidade; coeficiente de confiança de 95% na determinação dos intervalos de confiança; erro de amostragem de 10% a ser tolerado; e, finalmente, efeito do delineamento igual a 2. Esses valores foram aplicados à expressão algébrica de tamanhos de amostras para proporções, em que é fixada a precisão mínima desejada por meio da amplitude dos intervalos de confiança e respectivo nível de confiança. O cálculo não levou em consideração o erro do tipo II presente nas comparações entre proporções.

Para a obtenção do número planejado de entrevistas, foram sorteados 5 840 domicílios no Projeto Morbidade e 3 670 no ISA-SP. Em ambos foi utilizada a amostragem em múltiplos estágios e estratificada. A unidade primária de amostragem foi o setor censitário, sorteado com probabilidade proporcional ao tamanho.

No Projeto Morbidade, os setores foram agrupados em dois estratos, segundo a densidade de domicílios (alta ou baixa), definida pela existência de grande ou pequena quantidade de domicílios por km². No estrato de baixa densidade, a amostra foi sorteada em dois estágios: setor e domicílio. No de alta densidade, foram utilizados três estágios: setor, quarteirão (quatro por setor) e domicílio. A identificação dos quarteirões existentes em cada setor e de seus tamanhos foi feita por meio de

contagem rápida de endereços. Foram sorteados 30 setores em cada município, totalizando 90 em toda a região (81 setores do primeiro estrato e nove do segundo).

No ISA-SP, foram utilizados somente dois estágios de seleção. Nos 30 setores censitários da amostra, foram sorteados domicílios a partir da listagem de todos os endereços existentes dentro de seus limites. A opção por esse número de estágios, mesmo em áreas de alta densidade de domicílios, evitou um retorno ao campo na fase de listagem de endereços, ao mesmo tempo que permitiu a obtenção de dados considerando os limites de precisão estabelecidos. Para o sorteio, os setores foram agrupados em estratos definidos segundo a escolaridade do chefe de família (menos de 5% de chefes de família com nível universitário, de 5 a 25% e 25% ou mais). Essa estratificação visou a aumentar a probabilidade de pessoas do estrato mais rico da população pertencerem à amostra, viabilizando a realização de estudos, em separado, para distintos subgrupos sociais. Em cada um dos estratos, foi sorteado um terço dos domicílios da amostra. Os planos de amostragem estão descritos em publicações anteriores (19, 20).

A mãe ou o responsável pela criança respondeu questões referentes ao pré-natal, parto e primeiro ano de vida, preenchidas no domicílio por entrevistadores treinados. Para 10% dos questionários de cada entrevistador, questões referentes à identificação do entrevistado foram aplicadas novamente pela equipe de supervisores do trabalho de campo. Embora não tenham sido efetuados testes de concordância de dados, a repetição de parte dessas entrevistas serviu como estratégia de controle da qualidade dos dados coletados, na medida em que permitiu conferir se a entrevista foi realizada no endereço correto e com a pessoa efetivamente sorteada.

Procedeu-se à seleção e à análise de variáveis de utilização de serviços de saúde para o atendimento à morbidade referida nos 15 dias que antecederam a entrevista e para a hospitalização dos menores de 1 ano e a realização do pré-

natal e parto no caso das mães. As variáveis estudadas foram provenientes de questões fechadas. Algumas categorias são auto-explicativas; outras são descritas a seguir para melhor compreensão dos resultados.

Na variável tipo de serviço, a categoria unidade básica de saúde (UBS) abrangeu os serviços pertencentes à rede pública (posto ou centro de saúde e Programa Saúde da Família); a categoria clínica/ambulatório abrangeu as clínicas, ambulatórios ou consultórios privados, de empresa ou sindicato; a categoria hospital abrangeu todos os hospitais, públicos ou privados; a categoria pronto-socorro/emergência, presente nas questões sobre morbidade referida, abrangeu serviços de pronto-atendimento, pronto-socorro ou emergência, públicos ou privados; e a categoria outros abrangeu os serviços não classificados em outras categorias, inclusive, nas questões referentes ao pré-natal e ao parto, os serviços de pronto-atendimento, pronto-socorro ou emergência. Os casos de atendimento por telefone foram incluídos no tipo de serviço onde o profissional de mandado atendia.

Em local do serviço, a categoria São Paulo refere-se à capital; e a categoria região inclui qualquer um dos três municípios do estudo, excluído o município de residência. Os demais municípios da região metropolitana, do Estado ou de fora dele foram classificados em outros.

A variável setor responsável pelo pagamento foi categorizada em público e não público. Estão inseridos na categoria público: no Projeto Morbidade, o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (Funrural), as prefeituras e o estado, e no ISA-SP, o SUS. A variável fonte pagadora define de forma mais detalhada o setor não público, quando responsável pelo pagamento da assistência recebida. Na categoria convênio-empresa foram incluídos os planos privados de saúde pagos parcial ou integralmente pela empresa onde trabalhava alguma pessoa cuja cobertura alcançou a criança ou a mãe na sua gestação ou parto; se-

guro privado incluiu os planos pagos diretamente pela pessoa. A categoria outros incluiu as associações de categorias profissionais, sindicatos e atendimentos gratuitos.

A consistência do banco de dados foi verificada no Programa Epi Info 6.04. Para a análise de dados, foram introduzidos pesos de forma a compensar as distintas probabilidades de seleção aplicadas aos indivíduos da população de estudo. No Projeto Morbidade, as diferenças nas frações de amostragem foram causadas pelo sorteio de amostras de tamanhos iguais nos três municípios que compõem a área de análise. No ISA-SP, tais diferenças foram causadas pelo sorteio de setores censitários utilizando tamanhos (números de domicílios) desatualizados e pelo emprego de estratificação não proporcional. Em ambas as pesquisas, os pesos do delineamento foram ajustados de tal forma que as distribuições de sexo/idade das amostras coincidissem com as dos censos de 1991 e 2000. A inclusão de pesos na análise garantiu que as estimativas pontuais, independentemente dos processos de amostragem utilizados, fizessem referência às populações de estudo das quais foram retiradas as amostras.

As proporções e os intervalos de confiança foram estimados pelo programa CSample do Epi Info 6.04, que permitiu considerar na análise os recursos utilizados na amostragem dos inquéritos estudados: pesos, conseqüentes à utilização de frações de amostragem desiguais, e ajustes pela pós-estratificação, conglomerados e estratos. Foram consideradas diferentes as proporções para as quais não houve sobreposição dos intervalos de confiança (IC95%) referentes aos dois períodos.

O estudo foi aprovado pelo Conselho de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP). Os recursos das pesquisas foram provenientes da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e do Programa Institucional de Capacitação Docente e Técnica da Coordenação de Aperfeiço-

amento de Pessoal de Nível Superior (PICDT/CAPEs).

Áreas de estudo

Os municípios estudados situam-se na região sudoeste da Grande São Paulo. A população da área compreendida pelos três municípios em 1990 era de 393 957 habitantes e, em 2002, de 563 034 habitantes (21). Foram considerados como a área com maior grau de homogeneidade dentro da região sudoeste da Grande São Paulo. Assemelham-se na forma de ocupação territorial e no deslocamento de sua população residente para trabalhar em outros municípios, especialmente em São Paulo, devido à proximidade e à facilidade de acesso por transporte coletivo, estando os três interligados pela rodovia Régis Bittencourt, que também os liga ao Município de São Paulo.

São municípios predominantemente urbanizados, com concentração de população jovem e crescimento da participação dos idosos (21, 22). Entre 1990 e 2002 (tabela 1) aumentou o grau de escolaridade da população, melhorou a cobertura da rede geral de água e esgoto e coleta de lixo e caíram os coeficientes de mortalidade infantil e perinatal (22–24).

Em 1990, os três municípios pertenciam ao mesmo escritório regional de saúde do Estado, e em 2002 todos estavam habilitados na gestão plena do Sistema Municipal (24). Os serviços de saúde, que eram centralizados na capital, sofreram ampliação quantitativa na década de 1990, havendo superação do crescimento populacional tanto na rede ambulatorial quanto na rede hospitalar (tabela 1) (25–27).

Apesar das semelhanças apontadas, os três municípios apresentaram diferenças no que se refere tanto à condição socioeconômica quanto à organização dos serviços de saúde. Taboão da Serra, de maior densidade demográfica, destacou-se pelas melhores condições socioeconômicas e melhores indicadores de saúde desde o início da década de 1990. Itapequerica da Serra dispunha de maior número de unidades ambulatoriais por habitante no iní-

TABELA 1. Indicadores de saúde em Embu, Itapequerica da Serra e Taboão da Serra (SP), Brasil, 1990 a 2002

Indicador	Embu		Itapequerica da Serra		Taboão da Serra	
	Período 1	Período 2	Período 1	Período 2	Período 1	Período 2
Anos de estudo do responsável pelo domicílio ^a						
Sem instrução e < 1 ano	16,8	10,6	18,7	11,9	12,1	7,7
1 a 3 anos	23,1	18,7	21,8	18,6	17,1	15,0
4 a 7 anos	42,8	40,8	39,6	38,8	39,5	36,9
8 a 10 anos	11,4	17,0	11,0	16,0	14,9	18,2
11 a 14 anos	4,6	10,4	5,8	11,9	11,9	17,3
15 anos ou mais	1,3	2,1	3,1	2,7	4,5	4,6
Não determinados	...	0,3	...	11,9	...	0,2
Nascidos vivos pré-termo (%) ^b	3,2	7,8	2,5	7,2	5,2	6,0
Coefficiente de mortalidade						
Infantil ^c	55,6	14,0	56,3	10,1	31,5	12,5
Neonatal precoce ^c	25,7	4,37	26,8	3,6	15,7	5,4
Perinatal ^a	36,6	11,5	41,0	14,3	24,1	14,2
Coberturas ^d						
Redes de abastecimento de água	94,6	95,2	81,0	85,9	98,0	98,4
Esgotamento sanitário	43,5	57,8	11,0	24,9	67,4	84,8
Serviços de coleta de lixo	96,6	98,5	86,7	96,2	99,2	99,4
Unidades ambulatoriais/10 000 habitantes ^e	0,7	0,9	1,4	1,5	0,8	1,2
Leitos SUS/1 000 habitantes ^e						
Obstétricos	...	0,0	...	0,5	0,0	0,4
Pediátricos	...	0,0	0,0	0,2	0,2	0,2
Geral	...	0,1	1,7	1,7	0,9	1,3

Fonte: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE) (22), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (23–26), Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) (24), Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) (27).

^a 1991 e 2000.

^b 1996 e 2002.

^c 1990 e 2002.

^d 1991 e 2002.

^e 1992 e 2002.

cio daquela década, resultante da forte tendência à municipalização do atendimento desde os anos 1980. Entre os anos de 1990 e 2002, foram implantados duas maternidades municipais, dois hospitais gerais do Estado e quatro unidades de pronto-socorro em Itapequerica e em Taboão da Serra. O município de Embu, que na década de 1990 não tinha leitos hospitalares ou sistema de referência e contra-referência para os atendimentos de maior complexidade, em 2002 permaneceu sem hospital e contava com o hospital geral de Taboão como referência; os dois leitos hospitalares locais pertenciam à Unidade Mista Municipal (28).

RESULTADOS

No inquérito de 1990 foram localizados 408 menores de 1 ano, e no de 2002, 171. Esses números foram menores do

que o esperado com base nos dados populacionais da área; em 1990 houve 12 recusas (2,9% de 408 crianças) e em 2002 elas não ocorreram. A amostra foi, portanto, composta por 396 menores de 1 ano em 1990 e por 171 em 2002. As características dessas crianças aparecem na tabela 2.

As distribuições percentuais por sexo e idade da criança e idade materna foram semelhantes em ambos os períodos. O aumento no nível de escolaridade materna verificado na amostra acompanhou o crescimento de anos de escolaridade de chefes de família na população dos municípios (tabela 1) e, mais especificamente, na população feminina de 15 anos e mais residente na região metropolitana de São Paulo, cuja taxa de escolaridade de 8 anos e mais de estudo passou de 39,9% em 1992 para 57,7% em 2002 (29).

Quanto à utilização dos serviços de saúde materno-infantil, foram obser-

TABELA 2. Distribuição dos menores de 1 ano segundo sexo e idade da criança e idade e escolaridade da mãe, Embu, Itapeverica da Serra e Taboão da Serra (SP), Brasil, 1990 e 2002

Característica	1990			2002		
	No. ^a	% ^b	IC95% ^b	No. ^a	% ^b	IC95% ^b
Sexo						
Masculino	200	50,0	44,3 a 55,7	82	47,3	38,4–56,3
Feminino	196	50,0	44,3 a 55,7	89	52,7	43,7–61,6
Idade (meses)						
Menor de 1 mês	26	5,5	3,1 a 7,8	15	9,1	4,1–14,1
1 a 6 meses	186	47,5	41,5 a 53,5	82	50,8	43,0–58,5
Maior de 6 meses	184	47,0	41,0 a 53,0	74	40,1	33,9–46,3
Média		6,0	5,6 a 6,4		6,0	5,6–6,5
Idade materna						
15 a 19 anos	33	8,7	5,8 a 11,6	20	9,6	4,1 a 15,2
20 a 34 anos	306	81,7	77,5 a 85,9	127	78,6	68,5 a 88,7
35 anos e mais	39	9,6	6,1 a 13,1	24	11,8	2,3 a 21,2
Escolaridade materna						
0 a 3 anos ^c	106	27,2	22,3 a 32,1	17	12,3	6,3 a 18,3
4 a 8 anos	219	56,8	52,0 a 61,5	78	48,0	40,1 a 55,9
9 anos e mais ^c	56	16,0	10,5 a 21,5	76	39,7	30,9 a 49,0

Fonte: Projeto Morbidade (1990) e Inquérito Multicêntrico de Saúde no Estado de São Paulo (2002).

^a Números absolutos na amostra não ponderada.

^b Porcentagens, média e intervalo de confiança na amostra ponderada.

^c Categorias que apresentaram alteração entre os períodos estudados.

vadas mudanças quanto à fonte pagadora, ao tipo e ao local dos serviços. O desembolso direto para pagamento da atenção à saúde materno-infantil diminuiu de 10% em 1990 para 1% em 2002; portanto, a quase totalidade dos atendimentos em 2002 foi financiada. O setor público manteve-se como principal responsável pelo pagamento dos serviços utilizados em ambos os anos e, embora as estimativas pontuais de 2002 sejam superiores às de 1990, os intervalos de confiança não permitiram concluir pelo crescimento percentual de mães e crianças que utilizaram esse setor. Com relação ao setor privado, houve um rearranjo interno (tabela 3): redução nos pagamentos por convênio-empresa e crescimento dos planos individuais de saúde. Esse crescimento se manifestou expressamente na realização de pré-natal, mas apresentou também forte tendência nos demais atendimentos.

Houve redução de consultas de pré-natal realizadas em hospitais e crescimento na utilização de UBS, além de elevação na utilização de pront-socorros no atendimento à morbidade referida nos menores de 1 ano (tabela 4). Essas mudanças foram observadas

apenas nos atendimentos cuja fonte pagadora foi o setor público.

A utilização de UBS para consultas de pré-natal cresceu exclusivamente nos municípios de residência; em 1990, 65% (IC95%: 56,0 a 73,8) e, em 2002, 87% (IC95%: 76,0 a 98,7) da utilização de UBS ocorreram no município de residência. Em 2002 houve predomínio no uso de pront-socorros para atendimento à morbidade referida, dos quais 93% (IC95%: 82,3 a 100,0) foram referidos como serviços próprios do setor público de saúde; nesse caso também foi registrado o predomínio da utilização (73%) no município de residência (IC95%: 50,3 a 95,6).

As alterações de maior destaque corresponderam à localização dos serviços utilizados para pré-natal, partos e hospitalização de menores de 1 ano (tabela 5). Ao mesmo tempo que houve elevação significativa da utilização dos serviços no município de residência ou região, o Município de São Paulo teve a sua participação reduzida. Em 1990, cerca de 80% dos partos e praticamente todas as internações de menores de 1 ano ocorreram em hospitais localizados na capital; já em 2002, os percentuais foram de 32% e 46%, respectivamente.

A participação dos municípios da região no uso de serviços hospitalares alcançou proporções semelhantes às do município de residência, o que se deveu, em grande parte, à sua utilização por residentes em Embu. Observa-se ainda, na tabela 5, que as alterações ocorridas referiram-se aos atendimentos financiados pelo setor público de saúde.

Em 2002, a utilização de leitos obstétricos públicos municipais e estaduais manteve o setor público como principal fonte pagadora dos partos: 92% dos partos realizados no município de residência e na região ocorreram em hospitais próprios do SUS. Por outro lado, 83% (IC95%: 70,9 a 96,1) dos partos realizados em São Paulo foram em hospitais privados.

A proporção de crianças hospitalizadas passou de 7% (IC95%: 4,6 a 9,8) para 17% (IC95%: 12,8 a 21,8). As "afecções originadas no período perinatal" foram o único grupo de causas de internação que apresentou acréscimo no ano de 2002 em relação a 1990: 11% (IC95%: 0,0 a 25,3) contra 60% (IC95%: 35,7 a 83,6), respectivamente. Caso esse grupo fosse excluído, não haveria diferença proporcional entre os anos estudados: 6% (IC95%: 3,9 a

TABELA 3. Distribuição da utilização de serviços de saúde materno-infantis^a segundo motivo, setor e fonte pagadora, Embu, Itapeverica da Serra e Taboão da Serra (SP), Brasil, 1990 e 2002

Variável de utilização	1990			2002		
	No. ^b	% ^c	IC95% ^c	No. ^b	% ^c	IC95% ^c
Atendimento pré-natal						
Setor público	183	65,3	59,0 a 71,5	91	69,9	61,2 a 78,7
Setor não público	103	34,7	28,5 a 41,0	47	30,1	21,3 a 38,8
Convênio de empresas ^d	91	30,2	24,7 a 35,7	22	14,7	8,1 a 21,4
Seguro privado ^d	9	3,4	1,25 a 5,5	23	14,8	8,6 a 21,0
Outros	3	1,1	0,0 a 2,4	2	0,5	0,0 a 1,5
Parto hospitalar						
Setor público	248	72,7	67,3 a 78,2	112	73,4	62,3 a 84,4
Setor não público	98	27,3	21,8 a 32,7	54	26,6	15,6 a 37,7
Convênio de empresas	85	23,2	18,3 a 28,1	24	13,7	7,8 a 19,6
Seguro privado	10	2,9	0,8 a 5,1	21	9,3	3,6 a 15,1
Outros	3	1,1	0,0 a 2,3	9	3,6	0,9 a 6,3
Morbidade em menores de 1 ano						
Setor público	76	71,6	61,8 a 81,5	45	76,3	64,9 a 87,8
Setor não público	32	28,3	18,5 a 38,2	17	23,7	12,2 a 35,1
Convênio de empresas	29	24,8	14,8 a 34,7	6	10,7	1,9 a 19,6
Seguro privado	2	2,5	0,0 a 5,9	11	12,9	3,7 a 22,1
Outros	1	1,1	0,0 a 3,3	...	...	...
Hospitalização de menores 1 ano						
Setor público	16	65,6	46,0 a 85,2	16	71,8	42,2 a 100,0
Setor não público	9	34,4	14,8 a 53,9	9	28,2	0,0 a 57,8
Convênio de empresas	9	34,4	14,8 a 53,9	5	15,2	0,0 a 35,4
Seguro privado	...	...	...	4	13,0	0,0 a 27,1

Fonte: Projeto Morbidade (1990) e Inquérito Multicêntrico de Saúde no Estado de São Paulo (2002).

^a Excluídos os ignorados.

^b Números absolutos na amostra não ponderada.

^c Porcentagens e intervalo de confiança na amostra ponderada.

^d Categorias que apresentaram alteração entre os períodos estudados.

TABELA 4. Distribuição da utilização de serviços de saúde materno-infantis^a segundo motivo da utilização e tipo de serviço, Embu, Itapeverica da Serra e Taboão da Serra (SP), Brasil, 1990 e 2002

Motivo da utilização e tipo de serviço	1990			2002		
	No. ^b	% ^c	IC95% ^c	No. ^b	% ^c	IC95% ^c
Atendimento pré-natal						
Unidade básica de saúde ^d	122	41,4	34,9 a 48,0	80	62,5	55,2 a 69,9
Clínica/ambulatório	84	26,3	20,1 a 32,5	36	23,2	16,2 a 30,2
Hospital ^d	97	30,8	26,1 a 35,5	24	14,2	8,9 a 19,5
Outros ^d	4	1,4	0,0 a 2,9	1	0,1	0,0 a 0,2
Morbidade em menores de 1 ano						
Unidade básica de saúde	57	50,9	40,2 a 61,9	23	36,7	22,7 a 50,7
Clínica/ambulatório	28	21,1	12,3 a 29,8	9	9,7	1,1 a 18,2
Hospital	25	21,0	11,4 a 30,5	16	23,8	11,7 a 35,8
Pronto-socorro ^d	10	5,8	1,9 a 9,7	19	29,8	18,2 a 41,4
Outros	1	1,3	0,0 a 3,7	...	...	...

Fonte: Projeto Morbidade (1990) e Inquérito Multicêntrico de Saúde no Estado de São Paulo (2002).

^a Excluídos os ignorados.

^b Números absolutos na amostra não ponderada.

^c Porcentagens e intervalo de confiança na amostra ponderada.

^d Categorias que apresentaram alteração entre os períodos estudados.

8,9) em 1990 e 7% (IC95%: 3,1 a 11,5) em 2002. Tais informações, referidas pela mãe, foram compatíveis com o Sistema de Informações Hospitalares

(27), tanto em relação à quantidade quanto às causas de hospitalização.

As mudanças observadas quanto a local e tipo de serviço ocorreram em

todas as faixas de escolaridade materna, com exceção da faixa de 9 anos ou mais de escolaridade, na qual não houve redução na realização de pré-

TABELA 5. Distribuição da utilização de serviços de saúde materno-infantis^a segundo motivo, setor e local da utilização e fonte pagadora, Embu, Itapeverica da Serra e Taboão da Serra (SP), Brasil, 1990 e 2002

Motivo, setor e local de utilização	1990			2002		
	No. ^b	% ^c	IC95% ^c	No. ^b	% ^c	IC95% ^c
Atendimento pré-natal						
Setor público						
São Paulo ^d	70	34,9	27,1 a 42,7	16	13,9	5,3 a 22,5
Município de residência ^d	82	47,1	39,1 a 55,0	69	79,8	67,8 a 91,8
Região ^d	16	10,2	3,7 a 16,7	5	6,2	0,0 a 13,0
Outros ^d	15	7,8	2,8 a 12,8	1	0,1	0,0 a 0,2
Setor não público						
São Paulo	80	78,3	70,2 a 86,5	27	64,4	42,9 a 85,8
Município de residência	12	10,2	4,3 a 16,1	12	27,5	8,5 a 46,6
Região ^d	8	8,5	2,8 a 14,2	3	7,7	0,0 a 17,8
Outros ^d	3	2,9	0,0 a 6,4	2	0,4	0,0 a 0,9
Parto Hospitalar						
Setor público						
São Paulo ^d	188	72,0	65,8 a 78,1	17	13,3	6,4 a 20,2
Município de residência ^d	11	6,1	2,1 a 10,2	51	37,5	12,8 a 62,1
Região ^d	8	3,5	0,8 a 6,1	43	49,2	24,4 a 74,1
Outros ^d	40	18,4	12,3 a 24,6	...	...	...
Setor não público						
São Paulo	91	91,3	84,9 a 97,7	39	77,4	61,3 a 93,4
Município de residência	2	3,1	0,0 a 7,4	8	13,1	0,6 a 25,6
Região	1	1,2	0,0 a 8,6	4	7,9	0,0 a 17,6
Outros	4	4,3	0,0 a 8,6	2	1,6	0,0 a 4,6
Morbidade em menores de 1 ano						
Setor público						
São Paulo	17	20,5	11,9 a 29,1	7	11,8	1,2 a 22,3
Município de residência	54	74,2	64,1 a 84,3	33	76,3	58,6 a 93,9
Região	4	4,5	0,0 a 9,1	3	9,0	0,0 a 20,3
Outros	1	0,7	0,0 a 2,2	1	3,0	0,0 a 9,0
Setor não público						
São Paulo	24	80,0	64,8 a 95,3	10	72,0	42,8 a 100,0
Município de residência	6	3,9	0,0 a 11,5	6	24,0	0,0 a 52,2
Região	1	1,9	0,0 a 5,4	1	4,0	0,0 a 11,7
Outros	1	3,9	0,0 a 11,5	...	...	...
Hospitalização						
Setor público						
São Paulo ^d	15	96,6	90,0 a 100,0	6	31,2	5,9 a 56,5
Município de residência ^d	...	...	...	6	39,6	6,8 a 72,4
Região ^d	...	...	...	4	29,2	2,0 a 56,3
Outros ^d	1	3,4	0,0 a 10,0	...	...	...
Setor não público						
São Paulo	9	100,0	100,0 a 100,0	7	91,2	74,8 a 100,0
Município de residência	...	...	...	1	0,9	0,0 a 2,9
Região	...	...	...	1	7,9	0,0 a 23,9

Fonte: Projeto Morbidade (1990) e Inquérito Multicêntrico de Saúde no Estado de São Paulo (2002).

^a Excluídos os ignorados.

^b Números absolutos na amostra não ponderada.

^c Porcentagens e intervalo de confiança na amostra ponderada.

^d Categorias que apresentaram alteração entre os períodos estudados.

natal em hospitais e no município de São Paulo.

DISCUSSÃO

A política de descentralização induzida a partir dos anos 1990 teve re-

percussões nos estados e municípios brasileiros com acréscimo, principalmente, de unidades públicas de saúde ligadas à esfera municipal (30, 31). Os padrões de utilização dos serviços de saúde aqui relatados referem-se a dois períodos distintos na organização do sistema de saúde: o primeiro mo-

mento imediatamente anterior e o segundo uma década depois da implantação do SUS.

Em ambos os períodos, o setor público manteve-se como principal responsável pelo pagamento à assistência recebida. No início da década de 1990, a rede hospitalar de Itapeverica da

Serra e Taboão da Serra era formada por hospitais privados, em geral não vinculados ao sistema público, e os hospitais de referência se encontravam fora do município. Em Embu, tal organização inexistia (28). A situação em 1990 demonstrava uma forte centralização na Grande São Paulo, mesmo para cuidados de pré-natal e parto hospitalar (17).

Em 2002, o comportamento verificado no setor não público corroborou a tendência existente na região metropolitana de São Paulo, de aumento na participação relativa de titulares que pagavam os seus próprios convênios e de redução no número de titulares cujos convênios eram pagos por empresas empregadoras; essa tendência pode ter sido reflexo do impacto da reestruturação produtiva sobre as formas de contratação de mão-de-obra nos principais centros urbanos (32). As demais mudanças verificadas no segundo inquérito ocorreram apenas no setor público e coincidiram com alterações provenientes da implantação do SUS na região e do atendimento a diretrizes do sistema: aumento na oferta da rede de serviços públicos de saúde, municipalização, regionalização, hierarquização por níveis de complexidade.

Nos atendimentos de pré-natal, o crescimento da utilização de UBS e a redução na utilização de hospitais, respectivamente, no município de residência e no Município de São Paulo, ocorreram paralelamente à elevação do número de unidades ambulatoriais/habitante (tabela 1) e à hierarquização do sistema de saúde municipal por níveis de complexidade.

A proposta de hierarquização do sistema de saúde por níveis de complexidade prevê que os atendimentos básicos sejam prestados pelas UBS e os casos de maior complexidade destinem-se aos hospitais. Em 2002, na região estudada, as gestantes de baixo e médio risco eram atendidas nas UBS e as gestantes de alto risco referenciadas aos ambulatorios de pré-natal de alto risco localizados em UBS ou nos hospitais públicos de Itapeverica da Serra e Taboão da Serra. A realização do pré-natal na rede pública referenciada

vinculava-se também a assistência ao parto nos hospitais e maternidades públicos (28).

A utilização de prontos-socorros para atendimento à morbidade referida dos menores de 1 ano foi financiada predominantemente pelo setor público. O aumento observado em sua utilização nos municípios de residência e região seguiu-se à implantação de quatro prontos-socorros de propriedade do SUS na área durante o tempo transcorrido entre os dois inquéritos.

O fato de o município de residência ter sido o local predominante no atendimento à morbidade das crianças desde o primeiro inquérito está provavelmente relacionado às causas referidas de morbidade em 1990, tais como doenças do aparelho respiratório, febre, tosse, dor abdominal e vômito, passíveis de atendimento no próprio município com recursos de atenção básica à saúde, já ofertados naquele período (33).

O crescimento da utilização dos prontos-socorros no local de residência e região parece contrariar a expectativa inicial da utilização de uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada. Cabe lembrar que as mudanças apresentadas referem-se exclusivamente à consulta médica para atendimento à morbidade referida. Outros tipos de atendimento prestados aos menores de 1 ano foram, certamente, mais frequentes em UBS do que em serviços de pronto-atendimento. Quanto à procura por consulta médica, o atendimento de urgências e emergências tem levado o pronto-socorro a ser porta de entrada no sistema de saúde, juntamente com outros motivos, como a permanência de médico de plantão, a ausência de médico nas UBS de áreas de periferia e o atendimento 24 horas, contínuo e sem necessidade de agendamento prévio, sendo uma alternativa para as mães que retornam do trabalho fora do horário de funcionamento das UBS (34, 35).

O aumento de partos hospitalares e internações dos menores de 1 ano no município de residência ou da região ocorreu após o incremento na oferta de hospitais e leitos públicos (tabela 1), após o aumento na complexidade dos

atendimentos por eles prestados devido à implantação de unidade neonatal de risco ou unidade de terapia intensiva (UTI) pediátrica e ainda após a regionalização do atendimento, a qual determinou o hospital geral de Taboão da Serra como referência aos residentes em Embu.

Cerca de 80% dos partos de residentes em 1990 ocorria em São Paulo. Além do risco elevado de morbimortalidade materna e perinatal pela necessidade de deslocamento para o parto (17), o deslocamento dos recém-nascidos de risco dos hospitais do município de residência e região podia provocar óbitos que seriam evitáveis pela disponibilidade de recursos locais e de acesso aos mesmos.

A elevação proporcional de crianças hospitalizadas aconteceu em um contexto local de redução da mortalidade neonatal precoce e perinatal e de aumento na proporção de nascidos vivos pré-termo (tabela 1). Presume-se que as alterações verificadas na estrutura e na organização dos serviços, tais como a vinculação da assistência pré-natal ao parto nos hospitais públicos, o encaminhamento do pré-natal de gestantes de risco para unidades especializadas e a implantação de unidade neonatal de risco/UTI pediátrica devam ter evitado o deslocamento, tanto da mulher no momento do parto quanto do prematuro para assistência hospitalar de maior complexidade na capital. Assim, os nascidos vivos pré-termo podem ter sobrevivido fazendo uso de tecnologias disponíveis em âmbito hospitalar local, o que levou ao crescimento da importância das causas perinatais como causas de internações no período e à elevação da proporção de internações em menores de 1 ano.

Os inquéritos de saúde de base populacional mostraram-se adequados para analisar e comparar a utilização de serviços no decorrer do tempo. O fato de apresentarem semelhanças metodológicas foi fundamental para a viabilidade do estudo comparativo. Alterações inevitáveis para ajustamento às mudanças ocorridas ao longo do tempo, tais como a inclusão de variáveis ou categorias internas e classificações utilizadas em diferentes épocas, entre outras, determi-

naram adequações ao banco de dados para viabilizar as análises.

Nos dois inquéritos em estudo, os tamanhos de amostra foram calculados para estimar proporções considerando a amplitude máxima aceitável dos intervalos de confiança e seu nível de confiança, e não para realizar testes de hipóteses para diferenças entre proporções, em que o erro beta é controlado. Ainda, ao se considerar que qualquer sobreposição dos intervalos de confiança indica a inexistência de diferença entre proporções, aumenta-se a probabilidade de incorrer em erro ao afirmar que não há diferenças entre as

proporções, quando na realidade elas existem. Tais fatos constituem limitações que devem ser mencionadas. Por exemplo, neste estudo observaram-se alterações entre os períodos em todos os tipos de atendimentos financiados por convênios de empresas. Enquanto nos atendimentos de pré-natal foi possível confirmar tal diferença, no caso do parto, pequenas sobreposições no intervalo de confiança não permitiram tal confirmação (tabela 2).

A determinação da oferta em relação à utilização de serviços de saúde pode ser melhor apreendida em níveis de desagregação menores que as uni-

dades da federação, devido à sua menor extensão e diversidade interna (36). Assim, inquéritos como os da região sudoeste da Grande São Paulo assumem grande relevância para os estudos de utilização dos serviços locais de saúde. A análise das variáveis socioeconômicas obtidas nos inquéritos poderá viabilizar estudos de determinação social da utilização dos serviços de saúde. Em conjunto com os bancos de dados nacionais e informações obtidas *in loco*, tais estudos possibilitam avaliar a influência da organização do sistema de saúde sobre o padrão de utilização dos serviços.

REFERÊNCIAS

1. Lima-Costa MF. Influência da idade e da escolaridade no uso de serviços preventivos de saúde—Inquérito de Saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Epidemiol Serv Saude*. 2004;13(4): 209–15.
2. Mendoza-Sassi R, Béria JU, Barros AJ. Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study. *Rev Saude Publica*. 2003;37(3):372–8.
3. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saude Publica*. 2004;20(Supl 2): 190–8.
4. Travassos C, Viacava F, Fernandes C, Almeida CM. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Cienc Saude Coletiva*. 2000;5(1):133–49.
5. Novaes HMD. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. *Cienc Saude Coletiva*. 2002;7(4):633–4.
6. Travassos C, Viacava F, Pinheiro RS, Brito A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condições sociais. *Rev Panam Salud Publ*. 2002;11(5–6):3 65–73.
7. Néri M, Soares W. Desigualdade social e saúde no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2002; 18(supl):77–87.
8. Mendoza-Sassi R, Béria JU. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cad Saude Publica*. 2001;17(4):819–32.
9. Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, César CLG. Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família (Qualis) no Município de São Paulo. *Rev Saude Publica*. 2005;39(1):90–9.
10. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil—1988; 3ª ed. Barueri: Manole; 2006.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Gestão Municipal de Saúde: leis, normas e portarias atuais. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
12. Vianna SM, Nunes A, Santos JRS, Barata RB. Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento. Brasília: OPAS/IPEA; 2001. Disponível em: <http://www.opas.org.br/informacao/UploadArq/designual.pdf>. Acessado em 27 de setembro de 2008.
13. Lobato LVC. Reforma sanitária e reorganização do sistema de serviços de saúde: efeitos sobre a cobertura e a utilização de serviços [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ; 2000.
14. Costa NR. O Banco Mundial e a política social nos anos 90: a agenda para a reforma do setor saúde no Brasil. Em: Costa NR. Políticas públicas, justiça distributiva e inovação: saúde e saneamento na agenda social. São Paulo: Hucitec; 1998. Pp. 125–45.
15. Abreu DMX, César CC, França EB. Relação entre as causas de morte evitáveis por atenção à saúde e a implementação do Sistema Único de Saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2007;21(5):282–91.
16. Viacava F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. *Cienc Saude Coletiva*. 2002;7(4):607–21.
17. Cesar CLG, Tanaka OY. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação dos serviços de saúde: um estudo da região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989–1990. *Cad Saude Publica*. 1996;12(supl 2):59–70.
18. Campos CEA. Os inquéritos de saúde sob a perspectiva do planejamento. *Cad Saude Publica*. 1993;9(2):190–200.
19. Cesar CLG, Figueiredo GM, Westphal MF, Cardoso MRA, Costa MZA, Gattás VL. Morbidade referida e utilização de serviços de saúde em localidades urbanas brasileiras: metodologia. *Rev Saude Publica*. 1996;30(2): 153–60.
20. Alves MCGP. Plano de amostragem. Em: Cesar CLG, Carandina L, Alves MCGP, Barros MBA, Goldbaum M. Saúde e condição de vida em São Paulo: inquérito multicêntrico de saúde no Estado de São Paulo; ISA-SP. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2005. p. 37–46.
21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Informações demográficas e sócio-econômicas. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?ibge/cnv/popsp.def>. Acessado em 11 de outubro de 2007.
22. Fundação SEADE. Informações de municípios paulistas [site na Internet]. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/>. Acessado em 21 de outubro de 2003.
23. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Banco de dados agregados. Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br>. Acessado em 11 de outubro de 2007.
24. Brasil, Ministério da Saúde, DATASUS. Cadernos de informações de saúde [site na Internet]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cadernos/sp.htm>. Acessado em 11 de outubro de 2003.
25. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de assistência médico-sanitária (AMS) 1990 [site na Internet]. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area=359A1B376CD0E0FG902H0IJr0L1M0N&VInclude=../site/infsaude1.php&lista=op5&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?ams/cnv/amsz>. Acessado em 27 de setembro de 2008.
26. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de assistência médico-sanitária (AMS) 2002 [site na Internet]. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area=359A1B376CD0E0FG902H0IJr0L1M0N&VInclude=../site/infsaude1.php&lista=op3>. Acessado em 27 de setembro de 2008.
27. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Sistema de informações hospitalares—SIH/SUS [site na Internet]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sih/cnv/cxsp.def>. Acessado em 8 de outubro de 2003.
28. Carvalho WO. Uso de serviços de saúde materno-infantis na Região Sudoeste da Grande São Paulo em dois períodos: 1990–2002. Inquéritos de saúde como fonte de dados para estudos de utilização de serviços de saúde [tese de doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2004.
29. Brasil, Ministério da Saúde, DATASUS. Indicadores e dados básicos—Brasil—2006 [site na

- Internet]. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2006/b02.def>. Acessado em 3 de março de 2008.
30. Monnerat GL, Senna MCM, Souza RG. A reorganização dos serviços de saúde no cenário local. *Cienc Saude Coletiva*. 2002;7(3):509–21.
 31. Siqueira SAV, Senna MCM, Oliveira PTR. Descentralização e assistência à saúde no Brasil: a oferta de serviços nos anos 90. *Saude Debate*. 2002;26(60):25–36.
 32. Fundação SEADE. Pesquisa de Condições de Vida (PCV) no Estado de São Paulo—1998 [site na Internet]. Disponível em: <http://www.seade.gov.br>. Acessado em 28 de janeiro de 2002.
 33. Cesar CLG, Laurenti R, Buchala CM, Figueiredo GM, Carvalho WO, Caratin CVS. Uso da Classificação Internacional de Doenças em inquéritos de saúde. *Rev Bras Epidemiol*. 2001;4(2):120–30.
 34. Oliveira MLF, Scochi MJ. Determinantes da utilização de serviços de urgência/emergência em Maringá (PR). *Cienc Cuidado Saude*. 2002;1(1):129–34.
 35. Turrini RNT. Percepção dos usuários sobre a resolutividade e a satisfação pelos serviços de saúde na região sudoeste da Grande São Paulo [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2001.
 36. Castro MSM, Travassos C, Carvalho MS. Fatores associados às internações hospitalares no Brasil. *Cienc Saude Coletiva*. 2002;7(4):795–811.

Manuscrito recebido em 19 de novembro de 2007. Aceito em versão revisada em 18 de março de 2008.

ABSTRACT

Health surveys and use of maternal and child health care services in three municipalities within the São Paulo metropolitan area

Objectives. To describe the changes in the use of maternal and child health care services by residents of three municipalities—Embu, Itapeverica da Serra, and Taboão da Serra—in the São Paulo metropolitan area, 12 years after the implementation of the Unified Health System (SUS) in Brazil, and to analyze the potential of population-based health care surveys as sources of data to evaluate these changes.

Methods. Two population-based, cross-sectional surveys were carried out in 1990 and 2002 in municipalities located within the São Paulo metropolitan area. For children under 1 year of age, the two periods were compared in terms of outpatient services utilization and hospital admission; for the mothers, the periods were compared in terms of prenatal care and deliveries. In both surveys, stratified and multiple-stage conglomerate sampling was employed, with standardization of interview questions.

Results. The most important changes observed were regarding the location of services used for prenatal care, deliveries, and hospitalization of children less than 1 year of age. There was a significant increase in the use of services in the surrounding region or hometown, and decrease in the utilization of services in the city of São Paulo (in 1990, 80% of deliveries and almost all admissions for children less than 1 year versus 32% and 46%, respectively, in 2002). The use of primary care units and 24-hour walk-in clinics also increased. All these changes reflect care provided by public resources. In the private sector, there was a decrease in direct payments and payments through company-paid health insurance and an increase in payments through self-paid health insurance.

Conclusions. The major changes observed in the second survey occurred simultaneous to the changes that resulted from the implementation of the SUS. Population-based health surveys are adequate for analyzing and comparing the utilization of health care services at different times.

Key words Health care surveys, health systems, maternal and child health, Brazil.