

**Universidade Federal de Minas Gerais
Escola de Enfermagem
Mestrado em Saúde e Enfermagem**

**ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE
ATENÇÃO PRIMÁRIA EM POPULAÇÃO RURAL DO
MUNICÍPIO DE JEQUITINHONHA, MINAS GERAIS**

Ed Wilson Rodrigues Vieira

**Belo Horizonte
2010**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Ed Wilson Rodrigues Vieira

ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE
ATENÇÃO PRIMÁRIA EM POPULAÇÃO RURAL DO
MUNICÍPIO DE JEQUITINHONHA, MINAS GERAIS

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

Orientadora: Prof^a Dr^a Andréa Gazzinelli

Belo Horizonte
2010

Vieira, Ed Wilson Rodrigues.
V658a Acesso e utilização dos serviços de saúde de atenção primária em população rural do Município de Jequitinhonha , Minas Gerais [manuscrito]. / Ed Wilson Rodrigues Vieira. - - Belo Horizonte: 2010. 123f.: il.
Orientadora: Andréa Gazzinelli.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

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

NLM: WA 390

**Universidade Federal de Minas Gerais
Escola de Enfermagem
Mestrado em Saúde e Enfermagem**

Dissertação intitulada “Acesso e utilização dos serviços de saúde de Atenção Primária em população rural do município e Jequitinhonha, Minas Geais”, de autoria do mestrando Ed Wilson Rodrigues Vieira, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Profa. Dra. Andréa Gazzinelli
EMI / Escola de Enfemagem / UFMG - Orientadora

Profa. Dra. Deborah Carvalho Malta
Escola de Enfermagem / UFMG

Profa. Dra. Zélia Maria Profeta da Luz
Centro de Pesquisas René Rachou / FIOCUZ

Profa. Dra. Tânia Couto Machado Chianca
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Escola de Enfermagem/UFMG

Belo Horizonte, 17 de maio de 2010

Apoio Financeiro:

Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais – FAPEMIG.
Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq.

A meu pai, sempre presente.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus que acompanhou e trilhou comigo cada passo dessa jornada.

Um agradecimento especial a minha orientadora Dra. Andréa Gazzinelli pela dedicação, pela paciência, pela riqueza das suas orientações, pela oportunidade concedida e pela amizade. Seus conhecimentos e competência no ensino e pesquisa me permitiram trilhar um crescimento profissional desde o primeiro contato, ainda na graduação.

Ao professor Helmut Kloos da Universidade da Califórnia (EUA) por suas contribuições, à distância e presencial, fundamentais para a concretização deste estudo.

À Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), em especial à Escola de Enfermagem que me possibilitou um ensino público e de qualidade na graduação e na pós-graduação.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela confiança e oportunidade de realizar este ideal e a todos os meus Mestres do curso de Mestrado pelos valiosos ensinamentos.

Aos amigos e companheiros do grupo de pesquisa que colaboraram na execução deste trabalho: Déborah Assunção, Dener C. Reis, Elivelton Fonseca, Humberto Quites, Izabela Dutra, Kellen Rosa, Leonardo Matoso, Lívia Errico, Márcia Caetano, Mônica Canhestro e Tércia Maria.

Aos alunos de iniciação científica, Bárbara Alvarenga, Indira Martins, Izabela Maciel, Luiza Valgas e, em especial, ao Marcelo Ruas, pelo grandioso auxílio na coleta de dados.

Aos meus colegas de curso, especialmente aos do laboratório de informática, pelos momentos de distração, pelas conversas, aprendizados e incentivos. Os momentos compartilhados, tão ricos de aprofundamento intelectual e pessoal, no dia a dia do curso, muito facilitaram a realização deste trabalho.

Aos motoristas André e Luís, em especial a este último pelo valioso auxílio e disponibilidade durante a coleta de dados.

Aos gestores do município de Jequitinhonha pela oportunidade de realizar esta pesquisa.

À população do povoado do Caju, que gentilmente aceitou participar deste estudo. Em especial às profissionais técnicas de enfermagem do posto de saúde local pela contribuição.

A minha amada esposa Rúbia pelo amor, apoio, paciência e por entender as ausências necessárias para o cumprimento deste trabalho. Sem você não seria possível. A meu filho Joaquim por ter tornado o mundo melhor desde que surgiu nas nossas vidas.

A minha família de Angelândia, especialmente a minha mãe Corina, que pelo enorme carinho, sempre fez a distância que nos separa parecer menor e a minha irmã Laine, que por seu esforço e garra muito me orgulha, por terem acreditado comigo neste sonho e não terem permitido a desistência no momento mais difícil das nossas vidas. Aos demais familiares pela paciência e compreensão das ausências.

A meu pai Joaquim, com certeza sempre presente, mesmo que eu não o veja. Apesar da pouca escolaridade recebida, não mediu esforços aos meus estudos e incentivou os primeiros passos: primeiro na Vila dos Anjos, depois Capelinha, Diamantina e Belo Horizonte. Ainda me lembro das nossas viagens e do seu rosto me aguardando no ponto de ônibus quando eu voltava pra casa. Não há dúvidas que faria tudo para outra vez segurar em suas mãos e lhe agradecer, olhando nos seus olhos, por cada minuto da sua vida dedicado a mim. Uma saudade sem fim, assim como o meu amor por você e sua vida eterna dentro de mim.

A minha família de Belo Horizonte, especialmente o Sr. Rubens, a D. Tânia e o Gabriel pela amizade e constante disponibilidade. Um grande agradecimento a Carol e Cristina (Tininha) pela ajuda e interesse sempre demonstrado.

Aos meus amigos de todas as horas pelas ausências e pelos freqüentes “não posso”.

O meu muito obrigado a todas estas pessoas que, pessoal ou profissionalmente, contribuíram para esta realização.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar o acesso e a utilização dos serviços de Atenção Primária a Saúde (APS) em população rural no município de Jequitinhonha, Minas Gerais. Foram realizadas entrevistas com todos os 190 indivíduos com 18 anos ou mais de idade residentes no povoado do Caju para obter informações socioeconômicas, demográficas e sobre as necessidades de saúde, acesso e utilização dos serviços de saúde. A análise dos dados foi feita utilizando o teste Qui-quadrado de *Pearson*, *odds ratio* com Intervalo de Confiança de 95% e regressão logística. Os resultados mostraram que a maioria dos indivíduos não possui um serviço de saúde de uso regular. Apesar disso, 65,8% dos entrevistados relataram ter realizado pelo menos uma consulta com profissional de saúde no período de 12 meses anteriores à entrevista, principalmente as mulheres (OR 3,55; IC 1,85 – 6,79) e aqueles que consideraram seu estado de saúde deficiente (OR 2,03; IC 1,01-4,08). Foi encontrada uma taxa de internação hospitalar durante o ano relativamente alta (11,6%), que pode ter sido resultado de problemas no acesso aos serviços de APS. Em geral, os que procuraram o hospital foram principalmente aqueles que receberam algum tipo de ajuda (OR 3,07; IC 1,18 - 8,00) e que consideraram seu estado de saúde deficiente (OR 3,04; IC 1,16 – 7,98). Quanto à utilização, 31,6% dos indivíduos utilizaram algum serviço de saúde nos últimos 30 dias anteriores a entrevista, principalmente os que possuíam quatro ou mais eletrodomésticos em casa (OR 5,72; IC 1,23 – 26,54) e os portadores de hipertensão (OR 19,91; IC 8,02 – 49,41). Os motivos que determinaram a última utilização foram principalmente a busca por medicamentos (46,7%) e a presença de queixas ou sintomas de doenças (23,3%) sendo o serviço mais utilizado o posto de saúde do Caju (75,0%). Se não considerarmos as utilizações relacionadas à busca de medicamentos, a taxa de utilização cai para 15,8% e apenas a presença de restrições de atividades habituais mostra-se associada com a utilização (OR 3,84; IC 1,53 – 9,74). A maioria dos indivíduos foi atendida na primeira vez que procurou o serviço (92,3%), no entanto, quase 40,0% daqueles que tiveram medicamentos prescritos no último atendimento ou foram apenas buscá-los com prescrições anteriores não os receberam gratuitamente. Tendo em vista a localização do Centro de Saúde local, o deslocamento até os serviços foi principalmente a caminhada de até 30 minutos e o uso de transporte coletivo para os serviços de saúde de Jequitinhonha ou outro município. Das pessoas estudadas, 33,7% não procurou os serviços de saúde, embora tenham percebido necessidades, apontando em geral problemas como a não disponibilidade de profissional para o atendimento, sendo que, 8,0% dos que procuraram não foram atendidos. Concluindo, não foram observadas iniquidades no acesso e utilização dos serviços de saúde entre a população estudada. Entretanto não foi garantido efetivamente o acesso aos serviços de saúde nem a utilização próxima do domicílio. Recomenda-se a ampliação da oferta e adaptação dos serviços de APS às especificidades geográficas e socioeconômicas dessa população, facilitando o acesso e conseqüentemente a utilização.

Palavras chave: Acesso aos Serviços de Saúde, Utilização de Serviços de Saúde, Avaliação de Serviços de Saúde, Atenção Primária à Saúde, População Rural.

ABSTRACT

The objective of this study was to evaluate access and utilization of Primary Health Services of a rural population in the municipality of Jequitinhonha, Minas Gerais, Brazil. The data were collected using interviews with all 190 individuals aged 18 years or older residing in the village of Caju. Socioeconomic and demographic information as well as health needs, and information on access and utilization of health care services were collected. The data were analyzed using Pearson chi-square test, odds ratio, with a 95% confidence interval and logistic regression. The results showed that most individuals reported not having a health service available for regular use, although 65.8% of them accessed the health services to seek for a health professional during the 12 months preceding the interview. Those that looked for professional help were mostly women (OR 3.55; CI 1.85 - 6.79) and individuals that reported having a poor health (OR 2.03; CI 1.01 - 4.08). The results also showed a high rate of hospitalization during the year (11.6%) that may be a result of a deficient access to health care in the Primary Health Services and occurred mostly among those that received some type of assistance (OR 3.07; CI 1.18 - 8.00) and that reported as having a poor health status (OR 3.04; CI 1.16 - 7.98). Considering all the reasons, 31.6% of participants used the health service in the last 30 days before the interview and occurred mainly among those individuals that own four or more appliances (OR 5.72; CI 1.23 - 26.54) and with hypertension (OR 19.91; CI 8.02 - 49.41). The reasons for using the health services were mainly to get medication (46.7%) and due to health complaints and presence of symptoms (23.3%). The mostly used health service was the local health center (75.0%). If we exclude the use of the service to seek for medication, the utilization rate decreases to 15.8% and only the presence of restrictions on daily activities was significantly associated with the utilization (OR 3.84; CI 1.53 - 9.74). The majority of the individuals expressed satisfaction with the health services (92.3%) however, almost 40.0% of those who had drugs prescription in the last appointment or wanted to fill previous prescriptions had to pay for the medication. Because of the location of the health center, participants usually walked up to 30 minutes and used public transportation to reach health services at longer distances. Of all the study population, 33.7% did not seek any health service, although they perceive the need for health indicating, in general, problems with availability of the health professional. Among those who looked for health services, 8.0% did not receive support. We conclude that there are no inequities in access and utilization of health services in this population. However the access and the utilization of Primary Health Services in a close range were not effectively guaranteed. It is recommended that health services be increased and adapted to specific geographic and socioeconomic conditions of each population, thus facilitating access and use.

Key words: Access to Health Services, Utilization of Health Services, Primary Attention, Health Services Evaluation, Rural Population.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Localização do município de Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil	28
Figura 2 -	Povoado do Caju, Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil	29
Figura 3 -	Povoado do Caju, Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil	29
Figura 4 -	Policlínica Municipal Dr. Arnaldo de Carvalho, Jequitinhonha, Minas Gerais, 2009	31
Figura 5 -	Hospital São Miguel, Jequitinhonha, Minas Gerais, 2009	31
Gráfico 1 -	Distribuição da média de consultas com profissional de saúde (médico ou enfermeiro) nos últimos 12 meses anteriores à entrevista, de acordo com o sexo e a faixa etária. Caju, 2009 (n=190)	43

LISTA DE TABELAS

1 - Distribuição da população estudada de acordo com as variáveis demográficas e socioeconômicas. Caju, 2009 (n=190)	39
2 - Fatores demográficos e socioeconômicos associados à presença de doença crônica, estado de saúde deficiente, queixa ou sintoma de doença e restrição de atividades habituais por motivos de saúde. Caju, 2009	41
3 - Distribuição da população estudada segundo características do acesso aos serviços de saúde nos últimos 12 meses que antecederam a entrevista. Caju, 2009 (n= 190)	44
4 - Freqüência, <i>Odds Ratio</i> (OR) e Intervalo de Confiança (IC 95%) dos fatores socioeconômicos, demográficos e necessidades de saúde em relação ao acesso aos serviços de saúde (consulta com profissional de saúde) nos últimos 12 meses anteriores à pesquisa. Caju, 2009 (n=190)	46
5 - Freqüência, <i>Odds Ratio</i> (OR) e Intervalo de Confiança (IC 95%) dos fatores socioeconômicos, demográfico e necessidades de saúde em relação ao acesso aos serviços de saúde (internação) nos últimos 12 meses anteriores à pesquisa. Caju, 2009 (n=190)	47
6 - Modelo final de regressão logística do acesso aos serviços de saúde (consulta a profissional de saúde) nos últimos 12 meses anteriores à pesquisa. Caju, 2009 (n=190)	48
7 - Modelo final de regressão logística do acesso aos serviços de saúde (internação) nos últimos 12 meses anteriores à pesquisa. Caju, 2009 (n=190)	49
8 - Distribuição da população estudada segundo a utilização dos serviços de saúde nos últimos 30 dias anteriores à entrevista. Caju, 2009 (n=60)	53
9 - Freqüência, <i>Odds Ratio</i> (OR) e Intervalo de Confiança (IC 95%) dos fatores socioeconômicos, demográfico e necessidades de saúde em relação ao deslocamento para fora do povoado do Caju em busca de serviços de saúde. Caju, 2009 (n=65)	54
10 - Freqüência, <i>Odds Ratio</i> (OR) e Intervalo de Confiança (IC 95%) dos fatores socioeconômicos, demográficos e necessidades de saúde em relação à utilização dos serviços de saúde nos últimos 30 dias anteriores à pesquisa. Caju, 2009 (n=190)	57

11 -	Freqüência, <i>Odds Ratio</i> (OR) e Intervalo de Confiança (IC 95%) dos fatores socioeconômicos, demográficos e necessidade de saúde em relação à utilização dos serviços de saúde (exceto para receber medicamentos anteriormente prescritos) nos últimos 30 dias anteriores à pesquisa. Caju, 2009 (n=190)	58
12 -	Modelo final de regressão logística para utilização dos serviços de saúde nos últimos 30 dias anteriores à pesquisa. Caju, 2009 (n=190)	60
13 -	Modelo final de regressão logística para utilização dos serviços de saúde (exceto para receber medicamentos anteriormente prescritos) nos últimos 30 dias anteriores à pesquisa. Caju, 2009 (n=190)	61

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS -	Agente Comunitário de Saúde
CAPES -	Centro de Apóio Psicossocial
CEO -	Centro de Especialidades Odontológicas
DHS -	<i>Demographic and Health Survey</i>
GPS -	<i>Global Position System</i>
IBGE -	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH -	Índice de Desenvolvimento Humano
OMS -	Organização Mundial de Saúde
OPAS -	Organização Pan-Americana de Saúde
PDA -	<i>Personal Digital Assistant</i>
PNAD -	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNUD -	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PSF -	Programa Saúde da Família
SUS -	Sistema Único de Saúde
TFD -	Tratamento Fora do Domicílio

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	REVISÃO DE LITERATURA	19
2.1	Acesso aos serviços de saúde em áreas rurais	19
2.2	Avaliação de serviços de saúde: acesso e utilização	25
3	OBJETIVOS	27
3.1	Objetivo geral	27
3.2	Objetivos específicos	27
4	MATERIAL E MÉTODOS	28
4.1	Local de estudo	28
4.2	População de estudo	31
4.3	Coleta de dados	32
4.3.1	Questionário domiciliar	32
4.3.2	Questionário individual	32
4.4	Variáveis do estudo	33
4.4.1	Variáveis dependentes	33
4.4.2	Variáveis independentes	35
5.5	Análise dos dados	36
5	RESULTADOS	38
5.1	Perfil socioeconômico e demográfico da população estudada	38
5.2	Condições de saúde da população estudada	40
5.3	Acesso aos serviços de saúde	42
5.3.1	Análise bivariada dos fatores relacionados ao acesso aos serviços de saúde (consulta com profissional de saúde e internação)	45
5.3.2	Análise multivariada dos fatores relacionados ao acesso aos serviços de saúde	48
5.4	Utilização dos serviços de saúde	49
5.4.1	Análise bivariada dos fatores relacionados à utilização dos serviços de saúde	55
5.4.2	Análise multivariada dos fatores relacionados à utilização dos serviços de saúde	59
5.5	Fatores relacionados a não utilização dos serviços de saúde	61
6	DISCUSSÃO	63
6.1	Acesso aos serviços de saúde	63
6.2	Utilização dos serviços de saúde	75
6.3	Não utilização dos serviços de saúde	86
7	CONCLUSÃO	88
	REFERÊNCIAS	90

APÊNDICES	102
ANEXO	118

1 INTRODUÇÃO

A desigualdade no estado de saúde de diversas populações do mundo, particularmente entre os países em desenvolvimento, é política, social e economicamente inaceitável e deve ser vista como uma permanente preocupação. Essa preocupação tem sido cada vez maior, principalmente no que se refere à garantia do acesso adequado à atenção a saúde (THIEDE; McINTYRE, 2008).

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) e de acordo com a Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários à Saúde de 1978, realizada em Alma-Ata, reduzir as desigualdades no acesso aos cuidados de atenção primária à saúde deve ser meta prioritária para os países em desenvolvimento. Nas discussões dessa Conferência ficou expressa a necessidade de ações urgentes de todos os governos e de toda a comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo.

Da mesma forma, para a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), potencializar os esforços dirigidos à melhoria do acesso, à resolução das demandas em saúde, ao estímulo à participação social e à contribuição para a redução das desigualdades coincide, plenamente, com as políticas e esforços internacionais que buscam melhor qualidade de vida para a população (FERNANDES; SECLÉN-PALACIN, 2004). A OPAS considera, ainda, a equidade em saúde um princípio básico para o desenvolvimento humano e para a justiça social, sendo que diminuir as desigualdades, diante da impossibilidade de eliminá-las, deve ser o objetivo central de toda política pública (VIANNA *et al.*, 2001).

Dentre as diversas estratégias que foram e continuam sendo utilizadas com a intenção de melhorar o acesso aos serviços de saúde, a maioria são de programas que buscam a provisão de serviços de cuidados primários, uma vez que estes têm sido considerados a porta de entrada aos sistemas de saúde. Além disso, os serviços de cuidados primários à saúde têm se mostrado efetivos em reduzir as injustiças no acesso aos cuidados de saúde em diversas populações (STARFIELD, 2005; 2006). Dentre essas estratégias, diversos países europeus empreenderam reformas em seus sistemas de saúde com propostas substanciais de investimento no financiamento, na organização e oferta de serviços de saúde (RECHEL *et al.*, 2009). Na China, o sistema de saúde foi profundamente reformado a partir de 1980,

em parte, devido ao grande avanço econômico (LIU *et al.*, 2007). Na África, muitos países passaram a considerar a descentralização de seus sistemas de saúde, tal como a resolução de Alma-Ata (BOLDUC *et al.*, 1996). Nas Américas, têm sido discutidas e aplicadas diversas iniciativas, incluindo as propostas de atendimento primário a saúde (FERNANDES; SECLLEN-PALACIN, 2004).

No Brasil, a partir de 1980, movimentos da reforma sanitária brasileira ocuparam espaços fundamentais para consolidar, ao final da década, a criação de um sistema único de saúde. Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), após a aprovação da Constituição Federal de 1988, todos os cidadãos brasileiros passaram a ter direito igualitário à saúde, garantido mediante políticas sociais e econômicas (BRASIL, 1988).

Consagrado nas leis 8.142 e 8.080 (BRASIL, 1990a, b) a primeira e maior novidade do SUS foi o seu conceito ampliado de saúde. Este conceito, ao definir os elementos condicionantes da saúde, incorpora o meio físico (condições geográficas, água, alimentação, habitação etc.), o meio socioeconômico e cultural (emprego, renda, educação, hábitos etc.) e a garantia de acesso aos serviços de saúde, responsáveis pela promoção, proteção e recuperação da saúde (CUNHA; CUNHA, 2001). Outras importantes modificações no sistema de saúde do país com a criação do SUS foi a institucionalização da universalidade da cobertura e do atendimento, bem como a uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços de saúde para toda a população (TRAVASSOS *et al.*, 2000).

Visando garantir a efetivação do SUS e o acesso de todos os cidadãos brasileiros a ações de saúde resolutivas e de boa qualidade, um conjunto de programas, ações regulatórias e novas modalidades de alocação de recursos foram implementadas ainda na década de 1990. Entre as estratégias para organizar a porta de entrada do sistema destacam-se a criação do Programa Saúde da Família (PSF) e a descentralização dos serviços para garantir o acesso em todos os níveis de atenção, conforme a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS 01/2002 (BRASIL, 2002). Apesar de ter se iniciado como um programa, o PSF encontra-se hoje na condição de estratégia prioritária para a organização da atenção básica (BRASIL, 2006b).

Segundo Starfield (2002) o primeiro ponto de contato do indivíduo com o sistema de saúde, a atenção primária, deve ser de fácil acesso para a população. A

atenção básica como porta de entrada ao sistema de saúde encontra referência também na Carta dos Direitos dos Usuários do SUS (BRASIL, 2006a) que assegura a todos os cidadãos o acesso aos sistemas de saúde de forma ordenada e organizada, ocorrendo prioritariamente por meio dos Serviços de Saúde da Atenção Primária próximos ao local de moradia dos usuários.

Mas, embora o acesso aos serviços de saúde seja reconhecido internacionalmente como um direito fundamental do cidadão (Declaração de Alma-ata, 1978; BRASIL, 1988) ainda existem barreiras que comprometem o acesso da população aos cuidados de saúde mais básicos e o hiato entre os que recebem e os que não recebem esses cuidados ampliou nos últimos anos em alguns serviços básicos (WORLD BANK, 2006). De acordo com O'Donnell (2007) milhões de pessoas sofrem e morrem em todo o mundo por condições para as quais já existem intervenções efetivas. Se considerarmos o acesso aos cuidados de saúde em áreas rurais, os problemas são ainda maiores, tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento (BRAYN; BARNETT, 2004; McGRAIL; HUMPREYS, 2009). Segundo estes últimos autores, muitas áreas e comunidades rurais de várias partes do mundo são caracterizadas por altos níveis de necessidades de saúde face às enormes barreiras aos serviços de cuidado a médicos.

De modo geral, observa-se que as populações territorialmente definidas como rural e urbana são marcadamente diferentes no que se refere ao acesso e à utilização de serviços de saúde em todo o mundo (ARCURY *et al.*, 2005; EBERHARDT; PAMUK, 2004; FREDERICKX, 1998; HARTLEY, 2004; KASSOUF, 2005; MARIOLIS *et al.*, 2008; McGRAIL; HUMPHREYS, 2009; MORAIS *et al.*, 2008; PINHEIRO *et al.*, 2002; ROSENTHAL; CHESTER, 2000; TRAVASSOS; VIACAVA, 2007; ZIPKIN *et al.*, 1984). Segundo Garro e Young (1983) as populações rurais são as que mais sofrem com enfermidades, ao mesmo tempo em que utilizam menor quantidade de atenção médica.

Ao contrário do estabelecido pela OMS na declaração de Alma-Ata, grande parte dos recursos para a saúde continua sendo absorvida pelos grandes hospitais, geograficamente distantes da população rural (O'DONNELL, 2007). Entretanto, segundo Oliveira *et al.* (2004), é indiscutível o avanço do setor Saúde no Brasil, no que se refere à ampliação da cobertura e dos níveis de atendimento, ainda que ao longo dos anos, a efetiva implantação da universalização do acesso aos

serviços de saúde tenha sido prejudicada pelas condições políticas e econômicas. Mesmo que as políticas de saúde das últimas décadas tenham propiciado uma ampliação da cobertura e dos níveis de atendimento nas populações rurais, estas ainda se mostram limitadas para alterar a situação de desvantagem no acesso e na utilização de serviços de saúde desta população.

A melhora do acesso da população rural brasileira aos serviços de saúde é demonstrada por Travassos e Viacava (2007). Estes autores destacam que essa melhora deveu-se ao aumento da utilização de serviços de saúde, em particular pelo uso de serviços prestados em postos e centros de saúde, com aumento na participação do SUS no financiamento dos serviços. Além disso, apontam que houve redução nas barreiras financeiras indicada pela menor participação dos recursos do próprio bolso no pagamento de serviços de saúde.

Para Gerhardt (2006), embora pareça ter havido uma melhora do acesso aos serviços básicos, questões importantes, como a assistência adequada, não parecem ser extensivas a toda a população. Há evidências de que persistem desigualdades no acesso, principalmente em áreas rurais distantes e em localidades com poucos recursos e investimentos nos setores de saúde, educação, infraestrutura e geração de renda (BRASIL, 1990c; KASSOUF, 2005; MENDONZA-SASSI *et al.*, 2003; MORAIS *et al.*, 2008; PINHEIRO *et al.*, 2002; SILVA *et al.*, 2000; TRAVASSOS; VIACAVA, 2007).

Segundo Neri e Soares (2002) a sustentabilidade da igualdade de oportunidades no acesso aos serviços de saúde para todos os indivíduos depende de aportes financeiros que estão aquém da capacidade de financiamento do setor público de saúde, o que faz com que indivíduos com maior poder aquisitivo busquem os serviços privados de saúde como forma de garantir o acesso quando necessário. Para Travassos e Viacava (2007) a redução das desvantagens no acesso e na utilização dos serviços de saúde para as populações rurais implica em melhorar a oferta de serviços e organizá-los de modo a atender às especificidades territoriais, culturais e sociais desses grupos populacionais. De acordo com o relatório final da 11ª Conferência Nacional de Saúde (2000), os princípios do SUS, se aplicados de forma efetiva, são capazes de garantir o acesso da população aos serviços de saúde e reconhece que o processo de descentralização da atenção à saúde já propiciou avanços e melhorou substancialmente o acesso aos serviços.

Comparada com residentes em regiões urbanas, a população rural brasileira, que representa 19,8% da população nacional segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2000), dispõe de menor cobertura médica, menor cobertura por planos de saúde e pior condição de saúde (ALMEIDA *et al.*, 2002; KASSOUF, 2005; MORAIS *et al.*, 2008; WORLD BANK, 2006). Embora muitos fatores, particularmente socioeconômicos, contribuam para a situação de saúde nas áreas rurais, o acesso inadequado ao sistema de cuidados efetivos à saúde é um dos seus pilares (KUMAR, 1999; LIU *et al.*, 2007).

Para a redução dessas desigualdades faz-se necessário o planejamento adequado do sistema de saúde. Para tanto, de acordo com Capilheira e Santos (2006), é preciso conhecer as características dos usuários e o padrão de acesso e utilização dos serviços de saúde. Além disso, afirmam que, para a efetiva prevenção da iniquidade em saúde, são necessários estudos que avaliem de forma criteriosa as características não apenas dos usuários, mas também dos que buscaram e não obtiveram o cuidado.

Em relação aos estudos brasileiros que analisam acesso e o uso dos serviços de saúde percebe-se que há grande predomínio dos que estudam populações urbanas. Para Probst *et al.* (2004) o limitado número de pesquisas voltadas aos povos de áreas rurais sugere que a extensão das disparidades na saúde e no acesso aos cuidados de saúde nestas populações não está sendo adequadamente monitorada, embora, conforme afirma Vianna *et al.* (2001), comece a despertar o interesse de pesquisadores e formuladores de políticas.

Parte da escassez relativa de estudos sobre o tema, considerada desproporcional à sua importância, pode ser explicada pela carência de dados específicos. Os estudos voltados para a avaliação do acesso e utilização de serviços de saúde existentes no Brasil, em sua maioria, utilizam fontes secundárias de dados, geradas principalmente a partir de inquéritos populacionais de âmbito nacional, estadual ou regional, tais como os Suplementos Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) desenvolvida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Em se tratando de estudos de base nacional, não são considerados os múltiplos aspectos da organização social das diferentes populações, ou seja, os espaços socialmente construídos e que representam a totalidade das condições de vida não são considerados. Além do mais, tais

pesquisas não permitem monitoramentos a curto prazo ou mesmo com periodicidade definida.

Outras fontes de dados utilizadas são os registros administrativos dos serviços de saúde, que possibilitam a geração de indicadores mais ágeis e de periodicidade mais estreita, o que favorece a sua utilização no processo decisório e na formulação e monitoramento tanto a curto como médio e longo prazo (VIANNA *et al.*, 2001). Entretanto, não possibilitam a utilização de categorias de análise das desigualdades, como por exemplo, renda e escolaridade. Além do mais, os sistemas tradicionais de informação em saúde sofrem limitações como, por exemplo, o desconhecimento das características daqueles que não procuraram os serviços de saúde (DIAS-DA-COSTA *et al.*, 2008a).

Diante deste cenário identificou-se a necessidade de estudo voltado para a avaliação do acesso e da utilização dos serviços de saúde em área rural, principalmente no que se refere à Atenção Primária à Saúde (APS). Acredita-se que este estudo possa gerar informações capazes de contribuir para a melhoria do acesso e da utilização dos serviços públicos de saúde em áreas rurais, visando o fortalecimento e a eficiência operacional dos serviços de APS, e a consolidação das diretrizes de universalização, equidade e integralidade propostas pelo SUS.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 Acesso aos serviços de saúde em áreas rurais

O acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os níveis de complexidade, é um direito fundamental a todo cidadão brasileiro (BRASIL, 1988). Além disso, a legislação brasileira considera a saúde como resultado de diversos determinantes, incluindo o acesso à assistência a saúde.

Segundo Travassos e Martins (2004) o acesso aos serviços de saúde tem um conceito complexo, sendo muitas vezes empregado de forma imprecisa, e pouco claro na sua relação com o uso de serviços de saúde, além de variar conforme o contexto, tempo e autores. Para Unglert (1987), o acesso engloba inúmeros fatores e pode ser analisado sob abordagens diversas: uns autores abordam as características dos indivíduos, outros as características da oferta e outros, as características de ambos ou a relação entre os indivíduos e a oferta de serviços. Há também divergências quanto ao enfoque e à terminologia empregada, com alguns autores empregando o substantivo acessibilidade, enquanto outros o substantivo acesso ou ambos os termos (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

O conceito de acesso está longe de se constituir uma unanimidade e pode ser definido de várias formas (AZEVEDO, 2007; O'DONNELL, 2007). Alguns autores o definem como a possibilidade de utilização de cuidados de saúde e outros não estabelecem qualquer distinção entre acesso e utilização (O'DONNELL, 2007).

Para Donabedian (2003) acesso indica o grau de facilidade ou dificuldade com que as pessoas obtêm serviços de saúde. Para Travassos e Viacava (2007) reflete as características do sistema de saúde que atuam aumentando ou diminuindo obstáculos à obtenção de serviços de saúde pela população. É mais abrangente do que a mera disponibilidade de recursos em determinado lugar, em determinado momento (FEKETE, 1996; OPAS, 1978; TRAVASSOS; MARTINS, 2004; UNGLERT, 1990). Na opinião de Aday e Andersen (1974) as distintas características do sistema de saúde e da população podem determinar a possibilidade de ingressar ao serviço de saúde ou não, mas a prova do acesso em si não consiste na disponibilidade dos

serviços e recursos, mas sim no fato de que os serviços sejam utilizados por quem os necessite.

Numa compreensão mais ampliada, o conceito de acesso pode ser centrado no grau de ajuste entre as características do sistema de saúde e do usuário, no processo de busca e obtenção de assistência quando necessário (ACURCIO; GUIMARÃES, 1996; FERREIRA, 2004; PENCHANSKY; THOMAS, 1981; UNGLERT, 2007). Refere-se às características dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso pelos usuários (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Em recente revisão bibliográfica Travassos e Martins (2004) distinguem o conceito de acesso do conceito de utilização e concluem que apesar das discordâncias nas terminologias e nas abrangências dos conceitos, acesso é uma dimensão do desempenho dos sistemas de saúde associado à oferta. Quanto à abrangência do conceito, observaram uma tendência de ampliação do escopo, com o deslocamento do seu eixo da entrada nos serviços para os resultados dos cuidados recebidos. Quanto a esta tendência, alertam para a importância de se manterem as distinções entre acesso e uso de serviços de saúde; acesso e continuidade do cuidado; e acesso e efetividade dos cuidados prestados. A principal razão é que cada um desses processos corresponde a um modelo explicativo distinto.

A utilização dos serviços de saúde representa o centro do funcionamento dos sistemas de saúde e compreende todo contato direto (consultas médicas, hospitalizações) ou indireto (realização de exames preventivos e diagnósticos) com os serviços (TRAVASSOS; MARTINS, 2002). É entendida como a entrada nos serviços (TRAVASSOS; VIACAVA, 2007) e resultante da interação entre clientes, prestadores de cuidados e sistema de saúde (DUTTON, 1986).

Em diversos estudos, a interpretação do acesso como uma oportunidade de uso dos serviços de saúde, ou uma pré-condição para a utilização tem sido amplamente aceita (THIEDE; McINTYRE, 2008), pois esta é considerada uma expressão positiva do acesso (TRAVASSOS; VIACAVA, 2007). De acordo com Aday e Andersen (1974), pode-se empregar o nível e modelo de utilização real do sistema de saúde como uma medida para comprovação do valor preditivo dos indicadores de acesso. Segundo Mendonza-Sassi e Béria (2001) ao se medir a

utilização dos serviços de saúde, está se estudando a acessibilidade dos mesmos. Fekete (1996) considera que o domínio da acessibilidade se restringe ao processo de buscar e receber assistência a saúde e, assim como a disponibilidade (presença de recursos e sua capacidade para produzir serviços) representa um extremo do processo de busca e obtenção da assistência, a utilização (consumo real dos serviços) vem a ser o outro extremo.

Mas, apesar de o uso de serviços de saúde poder ser uma medida do acesso, o acesso não se explica apenas pelo uso. Mesmo o acesso sendo um importante determinante do uso, o uso efetivo dos serviços de saúde resulta de uma multiplicidade de fatores e a continuidade do cuidado também depende de situações distintas daquelas que definem a entrada do paciente no sistema (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

A utilização dos serviços de saúde é determinada por vários fatores e é consenso na literatura que se trata, em qualquer comunidade, de um fenômeno complexo (MENDONZA-SASSI; BÉRIA, 2001). Para Travassos *et al.* (2000) as desigualdades no uso de serviços de saúde, isto é, na atitude de procurá-los, obter acesso e se beneficiar com o atendimento recebido, refletem as desigualdades individuais no risco de adoecer e morrer, assim como as diferenças no comportamento do indivíduo perante a doença, além das características da oferta de serviços que cada sociedade disponibiliza para seus membros. Dentre os inúmeros fatores condicionantes da utilização estão fatores internos e externos aos serviços, relacionados tanto à forma como está estruturada a oferta (WENNBERG, 1985) quanto às preferências e escolhas do usuário, uma vez que, nem todas as necessidades se convertem em demandas e nem todas as demandas são atendidas (PINHEIRO *et al.*, 2002).

De acordo com Capilheira e Santos (2006) os aspectos inerentes aos indivíduos, serviços, sistema de saúde e profissionais sobrepõem-se para formar uma complexa cadeia causal da utilização de serviços de saúde. Neste sentido, O'Donnell (2007) afirma que estes dois lados para o problema do acesso na prática não são facilmente separáveis. Pelo lado da oferta, podem não ser oferecidos serviços de boa qualidade e nem cuidados efetivos e, pelo lado da demanda, indivíduos podem não utilizar os serviços dos quais eles poderiam se beneficiar.

De forma resumida, para Travassos *et al.* (2000) o uso de serviços de saúde é função das necessidades e do comportamento dos indivíduos diante dos seus problemas de saúde, assim como das formas de financiamento, dos serviços e recursos disponíveis para a população, incluindo a estrutura administrativa e os mecanismos de pagamento. Assim, muitos fatores são hoje apontados como responsáveis pela dificuldade de oportunidades de se beneficiar de cuidados efetivos com a saúde nas áreas rurais.

Diversos estudos mostram a importância dos fatores geográficos e espaciais no acesso e utilização de serviços de saúde pela população rural (ARCURY *et al.*, 2005; BRABYN; BARNETT, 2004; KUMAR, 2004; HAYNES *et al.*, 2003; MAEDA *et al.*, 2007; PARKER; CAMPBELL, 1998; UNGLERT, 1987). Segundo Arcury *et al.* (2005) o fator geográfico é parte importante da estrutura conceitual da utilização de serviços de saúde nessa população, sofrendo grande influência também da capacidade de mobilidade das pessoas. Para Rosenthal e Fox (2008) o acesso a serviços de saúde em áreas rurais está relacionado, entre outros fatores, a um complexo balanço entre as necessidades de saúde dos indivíduos e as possibilidades de transporte.

Atenção especial tem sido dada à distância entre os serviços de saúde e os usuários, sendo considerada como um importante determinante da utilização dos serviços (KUMAR, 2004). Porém, com base em Adami (1993) a proximidade geográfica não se constitui elemento central determinante, já que esse fator pode não significar garantia de atendimento. Em comparação com moradores de áreas urbanas, residentes rurais necessitam de uma viagem mais longa em face de outros problemas tais como pior qualidade das vias de rodagem e dificuldades de transporte público (ARCURY *et al.*, 2005).

Problemas relacionados à oferta e a organização dos serviços de saúde também podem atuar fortemente como barreiras ao acesso (RIBEIRO *et al.*, 2006), principalmente em áreas rurais. A dificuldade de se atrair médicos e outros profissionais de saúde, além da grande rotatividade destes profissionais e a qualidade da assistência oferecida são outros problemas particulares aos serviços de saúde das áreas rurais, incidindo diretamente no acesso aos cuidados (FREDERICKX, 1998; BRABYN; BARNETT, 2004). Assim, intervenções efetivas podem não ser disponibilizadas para todos, possivelmente devido à falta de recursos

e, onde o cuidado está disponível, a qualidade é freqüentemente deficiente, deixando sua eficácia bem aquém do seu potencial (O'DONNELL, 2007).

Barreiras relacionadas à demanda por serviços de saúde também estão descritas. Dentre essas barreiras podemos citar: restrições sociais e culturais, restrições econômicas, necessidades de saúde, informações limitadas a respeito das necessidades de saúde e dos direitos à saúde, e também sobre a disponibilidade de serviços.

O limitado contexto de ensino, educação e informação nas áreas rurais é fator que influencia negativamente o acesso e conseqüentemente a utilização dos serviços de saúde em áreas rurais (O'DONNELL, 2007; PROBST, 2007; TRAVASSOS; VIACAVA, 2007). De modo geral, indivíduos com maior escolaridade tendem a ter uma melhor percepção da doença e dos efeitos do tratamento sobre a saúde (NORONHA; VIEGAS, 2002). As barreiras econômicas, conforme analisa O'Donnell (2007), podem suprimir a utilização de serviços de saúde, mesmo se os benefícios do cuidado são reconhecidos. Para este mesmo autor a natureza do financiamento do sistema de saúde em países em desenvolvimento, com a necessidade de pagamento com recursos do próprio bolso pelo usuário, fortalece ainda mais a relação entre utilização de serviços e a renda.

Outros fatores que podem dificultar o reconhecimento de problemas de saúde e o potencial benefício de cuidados com a saúde são os fatores culturais. Para Guimarães *et al.* (2007) as noções populares sobre as doenças e seus meios de infecção, que conduzem a dificuldades de prevenção, contribuem para a uma exposição diferenciada aos problemas de saúde na população rural. Afirma também que uma baixa demanda por modernas intervenções na saúde derivam de atitudes arraigadas que refletem normas culturais e sociais da população. Neste mesmo sentido, para Gerhardt (2006) a grande diversidade cultural brasileira pode provocar reflexos na busca do cuidado para a saúde, que, segundo Dias-da-Costa *et al.* (2008b) interferem no julgamento do melhor cuidado por parte do usuário. Exemplo dessas normas é a preferência por terapias tradicionais (O'DONNELL, 2007) denominadas principalmente de medicina caseira e religiosa (QUEIROZ, 1993).

O capital social da comunidade é outro fator positivamente associado ao acesso aos cuidados com a saúde (HENDRYX *et al.*, 2002; LEE *et al.* 2004; PHILLIPS *et al.* 1998). Para Hendryx *et al.* (2002) o capital social melhora a

probabilidade de ocorrência e o impacto dos mecanismos de responsabilização da comunidade para ajudar, proteger e melhorar o acesso aos serviços de saúde.

A necessidade de saúde dos indivíduos é considerada também um dos fatores mais importantes no uso de serviços de saúde (HULKA; WHEAT, 1985). A presença de necessidades de cuidados para a saúde, seja a partir do seu conhecimento pelo indivíduo resultante de um diagnóstico médico anterior, seja derivada de autopercepção, constitui um dos determinantes proximais mais fortes para a procura e utilização de serviços de saúde (ALMEIDA *et al.*, 2002). Assim, conhecer o perfil de morbidade e mortalidade de uma população é de fundamental importância para se determinar suas necessidades de saúde, possibilitando adequar os serviços e recursos. De acordo com Travassos *et al.* (2002) não existe uma definição nem metodologia única para se medir as necessidades de saúde de uma população. Segundo Branch (2000) necessidade de saúde pode ser traduzida na existência de diagnósticos prévios, autopercepção de problemas de saúde ou de estado de saúde insatisfatório (demanda espontânea), ou ainda, ser induzida pela detecção técnica de problemas que não eram sentidos como tais pelos próprios indivíduos (demanda induzida).

A cobertura por plano de saúde é um indicador tradicional do acesso aos serviços de saúde no Brasil, e constitui outra dimensão para a análise da equidade no uso de serviços de saúde (TRAVASSOS *et al.*, 2000; TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Entretanto, menor cobertura por plano de saúde é encontrada em áreas rurais (PINHEIRO *et al.*, 2002; IBGE, 2005) e de acordo com Travassos *et al.* (2000) esta menor cobertura está relacionada ao padrão de acesso a cuidados de saúde em áreas rurais. Para Probst *et al.* (2004) a cobertura por plano de saúde afeta as decisões sobre a procura por serviços de saúde em situações de doenças e também o nível do atendimento recebido.

Fatores demográficos são também importantes no perfil de acesso e utilização de serviços de saúde. Neste sentido, de acordo com O'Donnell (2007) atitudes de gênero são importantes determinantes do comportamento de procura por cuidados de saúde. De modo geral, as mulheres utilizam mais os serviços de saúde do que os homens (PINHEIRO *et al.*, 2002). A idade é também apontada como fator que influencia a utilização dos serviços de saúde (CAPILHEIRA; SANTOS, 2006) com tendência de aumento à medida que avança a idade.

Todos esses fatores atuam, em geral, de maneira conjunta na população rural, contribuindo para a redução da utilização dos serviços de saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2004) e segundo Brabyn e Barnett (2004) os grupos mais afetados são aqueles que apresentam maiores necessidades de saúde.

2.2 Avaliação de serviços de saúde: acesso e utilização

O uso da epidemiologia na avaliação de serviços de saúde tem tido crescente importância, fornecendo subsídios para as decisões dos gestores de saúde e formuladores de políticas públicas (SANTOS; VICTORA, 2004). A incorporação da prática de avaliação dos serviços de saúde busca cumprir os objetivos básicos de subsidiar o planejamento e instrumentalizar a gerência dos serviços de saúde.

Para operacionalizar o processo avaliativo nos serviços de saúde pode-se tomar como eixo de análise o estudo da acessibilidade, que permite apreender a relação existente entre as necessidades e aspirações da população em termos de “ações de saúde” e a oferta de recursos para satisfazê-las (FEKETE, 1996). Segundo Campbell *et al.* (2000), do ponto de vista coletivo, o acesso facilitado aos cuidados de saúde está entre os principais atributos que definem a qualidade de um serviço. Mas, a avaliação do acesso aos serviços de saúde não pode dar-se de forma simples, portanto, não se pode perder de vista que a avaliação deve abranger os vários planos do processo de produção de serviços (HORTALE *et al.*, 2000).

Segundo Fox (1972), reais taxas de acesso podem ser aferidas pela taxa de utilização dos serviços de saúde. Além da taxa de utilização dos serviços de saúde pelas pessoas com necessidade, ou seja, avaliação da cobertura efetiva (SHENGELIA *et al.*, 2003) o acesso pode ser medido pela taxa de utilização de serviços na população geral (O'DONNELL, 2007). Para Bindman *et al.* (1995) o acesso aos serviços de saúde é, provavelmente, melhor medido a partir da perspectiva dos pacientes, uma vez que relatórios e prontuários médicos podem não conter informações sobre os pacientes que não receberam cuidados.

As investigações epidemiológicas sobre o desempenho e a utilização de serviços de saúde são essenciais, pois produzem conhecimentos sobre os sistemas e serviços de saúde, possibilitando orientar o desenho de políticas e a melhoria de

sua qualidade (TRAVASSOS; NOVAES, 2004). Estudos sobre a utilização de serviços de saúde podem contribuir para a organização da assistência, uma vez que permitem estabelecer níveis de cobertura e identificar grupos populacionais excluídos, além de auxiliarem o planejamento em saúde no sentido de propiciar o acesso universal e igualitário e a reorganização dos sistemas (DIAS-DA-COSTA *et al.*, 2008a, b). Neste contexto, os estudos de base populacional fornecem informações valiosas para a caracterização dos usuários e o padrão de utilização dos serviços, possibilitando o entendimento e a aplicabilidade dos resultados (TANAKA; MELO, 2004).

Recentes estudos desenvolvidos sobre a qualidade dos serviços de saúde (ASSIS *et al.*, 2003; AZEVEDO 2007; CONILL, 2002; RAMOS; LIMA, 2003) apontam para falhas relacionadas, basicamente, ao acesso aos serviços de saúde. Conill (2002) discutindo a avaliação a partir da análise do Programa de Saúde da Família de Florianópolis, de 1994 a 2000, a partir do olhar dos gestores e dos usuários, identificou que ambos consideram o acesso um aspecto problemático na utilização dos serviços. Estudo realizado no Estado de Nova Iorque, Estados Unidos, após implantação de mudanças voltadas para melhorar o acesso aos hospitais pela população rural, sugere que estas foram capazes de diminuir o efeito da distância na propensão de procura de cuidado à saúde de residentes com condições graves (BASU; MOBLEY, 2007).

Ao medir a utilização dos serviços e estudar sua acessibilidade, pode-se, indiretamente, avaliar a equidade de um sistema de saúde (LOUVISON *et al.*, 2008). Equidade em saúde pode ser definida como a ausência de desigualdades injustas ou, para fins operacionais, como a ausência de desigualdades sistemáticas entre os grupos com diferentes posições sociais, devido a diferentes níveis de riqueza, poder e prestígio (BRAVEMAN, 2003). Para Barata *et al.* (2007) a idéia central do conceito de equidade pode ser expressa como a igualdade de oportunidades para ser e permanecer saudável, e está enraizada no direito à saúde.

Faz-se necessário então, segundo Travassos *et al.* (2000) distinguir equidade em saúde de equidade no uso ou no consumo de serviços de saúde, por que os determinantes das desigualdades no adoecer e no morrer diferem daqueles das desigualdades no consumo de serviços de saúde. As desigualdades em saúde refletem, predominantemente, as desigualdades sociais e, em função da relativa

efetividade das ações de saúde, a igualdade no uso de serviços de saúde é condição importante, porém, não suficiente para diminuir as desigualdades no adoecer e morrer. Andersen (1995) definiu que equidade no acesso ocorre quando as variáveis demográficas e de necessidades de saúde são as principais responsáveis pelas influências na variação da utilização.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Avaliar o acesso e a utilização dos serviços de saúde em uma comunidade rural do município de Jequitinhonha, Minas Gerais.

3.1 Objetivos específicos

- Avaliar os fatores socioeconômicos, demográficos e geográficos relacionados ao acesso e a utilização dos serviços de saúde.
- Avaliar as necessidades de saúde dos moradores de comunidade rural relacionadas ao acesso e a utilização dos serviços de saúde.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Local de estudo

Este estudo foi realizado na comunidade rural do Caju, município de Jequitinhonha, localizado a 685 km de Belo Horizonte, no Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais (FIG. 1). O Vale do Jequitinhonha está situado na região nordeste do estado de Minas Gerais e é uma região amplamente conhecida pelos seus baixos indicadores sociais. Por outro lado, é detentora de exuberante beleza natural e de riqueza cultural invejáveis, com traços sobreviventes das culturas indígenas e negras.

O município de Jequitinhonha, com quase 200 anos de história (fundado em 1811), está inserido na região denominada Baixo Jequitinhonha e situa-se às margens do rio Jequitinhonha. Possui uma extensão territorial de 3.518 Km² e uma população de 25.060 habitantes (IBGE, 2009a), sendo que a população residente no meio rural representa aproximadamente 31,0% do total, conforme o Censo 2000 (IBGE, 2000). O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município é de 0,668, considerado médio-baixo pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD, 2000). As principais fontes da economia local são a pecuária de corte, a agricultura de subsistência e a fruticultura, com ênfase no plantio de bananas. Na produção local destaca-se também o artesanato.



FIGURA 1 – Localização do Município de Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil.

O povoado do Caju está localizado a aproximadamente 70 km da sede do município e possui uma população total de 627 habitantes em 176 domicílios,

distribuídos em uma vila central e seus arredores. O acesso a essa localidade se dá, principalmente, pela travessia do rio Jequitinhonha, feita por uma balsa a remo para os veículos ou por barco para os pedestres, sendo o trajeto caracterizado por 42 km de via asfaltada (BR 367) e o restante por estrada de terra, muitas vezes em condições precárias de tráfego.

Caju possui uma escola de primeira a oitava série e sua população possui um perfil basicamente agrícola, predominantemente relacionado ao cultivo de subsistência, além da criação de gado, sendo estas, atividades importantes para o sustento das famílias. O trabalho na lavoura é exercido tanto por homens quanto por mulheres.

As casas são, em geral, construções simples feitas de adobe e telha e a maioria possui energia elétrica. A rede de água, com origem em barragens e nascentes próximas, chega à maioria dos domicílios, porém, sem tratamento. A água do córrego que corta o distrito também é utilizada para várias atividades domésticas (FIG. 2 e 3).



FIGURA 2 - Povoado do Caju, Jequitinhonha, Minas Gerais, 2009.



FIGURA 3 - Povoado do Caju, Jequitinhonha, Minas Gerais, 2009.

No que se refere à oferta de serviços de saúde, Caju possui um posto de saúde com uma equipe do Programa Saúde da Família (PSF) que atende à

população da vila central e localidades adjacentes. A equipe é composta por uma auxiliar de enfermagem e uma técnica de enfermagem diariamente (de segunda a sexta-feira) e por um médico e um enfermeiro. O atendimento com enfermeiro está programado para ocorrer uma vez por semana e o atendimento médico quinzenalmente, mas essa frequência de atendimentos costuma ficar comprometida durante a estação chuvosa devido aos problemas de transporte e às más condições das estradas. Outro fator que prejudica a regularidade dos atendimentos é a alta rotatividade de profissionais, principalmente médicos. A comunidade é servida também por um Agente Comunitário de Saúde (ACS).

O atendimento médico na unidade é realizado a partir de agendamentos pelo ACS, de acordo com as necessidades principalmente dos grupos de idosos, hipertensos, diabéticos e crianças. Não há uma regularidade nos atendimentos de pré-natal, puericultura e para prevenção de câncer de mama e cérvico-uterino. Diariamente, os atendimentos de demanda espontânea no posto de saúde são realizados pela auxiliar e pela técnica de enfermagem, que executam atividades como curativos, pesagem das crianças, aferição de pressão arterial e glicemia capilar, além da distribuição de medicamentos para as pessoas cadastradas nos grupos de hipertensão e diabetes.

Exames laboratoriais, consultas de especialidades médicas básicas, internações hospitalares e atendimentos de urgência têm como referências os serviços de saúde situados na área urbana do próprio município de Jequitinhonha. Dentre esses serviços destacam-se a policlínica municipal Dr. Arnaldo de Carvalho, também conhecida como Alvorada (FIG. 4), o hospital São Miguel (FIG. 5) e um serviço básico de laboratório e de diagnóstico. A policlínica é a referência para vacinas e consultas de ginecologia, pediatria e cardiologia. Funciona também como local de esterilização de materiais e de distribuição de medicamentos não ofertados no posto de saúde. A referência hospitalar atende às emergências pediátricas, obstétricas, psiquiátricas, clínicas, traumato-ortopédicas e cirúrgicas além de internações, porém, não dispõe de capacidade para cuidados intensivos. O município conta, ainda, com um Centro de Atenção Psicossocial (CAPES) e um Centro de Especialidade Odontológica (CEO).



FIGURA 4 - Policlínica municipal Dr. Arnaldo de Carvalho, Jequitinhonha, Minas Gerais, 2009.



FIGURA 5: Hospital São Miguel, Jequitinhonha, Minas Gerais, 2009.

Em algumas situações, devido às dificuldades geográficas e de transporte para se chegar à sede do município, casos urgentes são dirigidos a centros urbanos mais próximos, como Itaobim e Medina. Pacientes portadores de determinados problemas de saúde são encaminhados pelo programa de Tratamento Fora do Domicílio (TFD), em centros de maiores recursos. Geralmente esses encaminhamentos são realizados para a cidade de Teófilo Otoni, distante 250 km, ou para a capital do Estado.

A escolha dessa localidade para o desenvolvimento deste estudo se deu por ser uma área rural distante geograficamente da sede do município, além de ser local de atuação deste grupo de pesquisas, com projetos desenvolvidos desde o ano de 2004.

4.2 População de Estudo

Todos os moradores com 18 anos de idade ou mais e que residiam na vila central do distrito de Caju há um ano ou mais foram convidados a participar do estudo. De acordo com levantamento feito pelo grupo de pesquisas ao qual este estudo está relacionado, havia um total de 422 pessoas na vila central no ano de 2005. Após atualização deste censo, devido a perdas decorrentes de processos

migratórios e óbitos, a população elegível para o estudo seria de 194 indivíduos com 18 anos ou mais de idade em janeiro de 2009, sendo 99 mulheres e 95 homens.

Durante a fase de coleta de dados houve 28 perdas, destacando-se, entre os motivos, estar viajando no período da entrevista ou se recusar a participar. Tais perdas puderam ser compensadas, em parte, com 17 novos cadastros de pessoas que não estavam residindo no local no período de cadastro em 2005, mas que atendiam aos critérios de inclusão na amostra. A população deste estudo foi então composta por 190 indivíduos.

A participação no estudo foi voluntária e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). Todos foram esclarecidos quanto aos objetivos do estudo e a garantia do anonimato, sendo respeitado o direito da não participação no estudo. O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais sob parecer nº 333/06 (ANEXO A).

4.3 Coleta de dados

Os dados foram coletados por 02 entrevistadores treinados, utilizando dois questionários pré-testados, um domiciliar e outro individual. A coleta foi realizada com a utilização de equipamento eletrônico (*Personal Digital Assistant - PDA*) com antena de GPS (*Global Positioning System*) acoplada. Todas as casas foram georreferenciadas.

4.3.1 Questionário domiciliar

Realizado em todas as famílias participantes com o objetivo de obter informações socioeconômicas, condições de moradia e a posse de bens. Constituiu-se de 27 questões e foi respondido, na maioria das vezes, pelo chefe da família ou cônjuge (APÊNDICE B).

4.3.2 Questionário individual

Constituído por 44 questões, foi aplicado a todos os participantes do estudo (APÊNDICE C). O objetivo foi coletar informações relacionadas ao acesso e utilização de serviços de saúde, necessidades de saúde, participação em reuniões comunitárias e sugestões de melhorias para o sistema de saúde do município. Foi utilizado o questionário do Suplemento sobre Acesso e Utilização de Serviços de Saúde no Brasil da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD – 2003) desenvolvida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística com pequenas adaptações.

Os dados dos questionários familiar e individual coletados no PDA foram transferidos para um computador ao final de cada dia de trabalho de campo. Dessa forma, o preenchimento do questionário foi checado diariamente pelos entrevistadores, ainda na área de estudo. Em caso de dados incorretos ou de falta de informação no questionário, os indivíduos foram novamente visitados para correção das informações.

4.4 Variáveis do estudo

4.4.1 Variáveis dependentes

- Acesso aos serviços de saúde: analisado a partir dos dados referentes a consulta com profissional de saúde (médico ou enfermeiro) nos últimos 12 meses que antecederam a entrevista (Sim ou Não) e internação hospitalar nos últimos 12 meses anteriores à entrevista (Sim ou Não).

Foram investigadas, também, as características de acesso aos serviços de saúde através das variáveis: procura regular por serviço de saúde em caso de problema de saúde (Sim ou Não), tipo de serviço em que costuma procurar atendimento (posto de saúde; policlínica; consultório particular; hospital; farmácia; dentre outros), local onde costuma procurar atendimentos (na própria localidade; em Jequitinhonha; ou em outros municípios), número de diferentes serviços de saúde em que costuma procurar atendimento (um; dois; três ou mais), práticas comuns em caso de problema de saúde (automedicação; medicação caseira; e consulta a

curandeiro ou benzedeiro), posse de plano de saúde (Sim ou Não), gasto com o plano de saúde ($< R\$50,00$; $\geq R\$50,00$), cobertura do plano de saúde (consultas médicas; exames complementares; e internações), número de consultas a profissionais de saúde nos últimos 12 meses (uma; duas; três ou mais), número de internações nos últimos 12 meses (uma; duas ou mais) e principal atendimento recebido na última internação (tratamento clínico; parto normal; cirurgia; dentre outros). Como fator social relacionado ao acesso aos serviços de saúde, investigou-se o recebimento de algum auxílio de vizinho, parente ou pessoa conhecida no acesso aos serviços de saúde (Sim ou Não) e o tipo de auxílio recebido (financeiro; como acompanhante; com transporte; com hospedagem; dentre outros).

- Utilização dos serviços de saúde (Sim ou Não): variável dicotômica que indica se o indivíduo foi atendido em algum serviço de saúde nos 30 dias anteriores à entrevista por qualquer motivo relacionado à própria saúde (inclusive a solicitação de atestado médico e visita domiciliar de profissional de saúde), independente do serviço procurado (farmácia; hospital; posto ou centro de saúde; policlínica; ambulatório; serviços para diagnósticos; consultórios; dentre outros). Foi considerado, também, o recebimento ou compra de medicamento anteriormente prescrito pelo médico e as visitas pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS).

Foram investigadas as características dessa utilização, como o número de vezes pelo qual o indivíduo procurou por serviços de saúde (uma; duas; e três ou mais), motivo principal para a utilização (buscar medicamentos; queixas ou sintomas de doenças; acidente ou lesão; pré-natal; e outros), último serviço de saúde utilizado (posto de saúde; farmácia; hospital; policlínica; e outros), local onde utilizou o último serviço de saúde (na própria localidade; em Jequitinhonha; e em outro município), motivo da escolha do serviço procurado (proximidade; cadastro; indicação; e outros), se houve o atendimento na última vez que procurou (Sim ou Não), pagamento pelo último atendimento (Sim ou Não), medicamento receitado no último atendimento ou receita mantida (Sim ou Não), medicamento recebido gratuitamente (Sim ou Não), gastos com o medicamento receitado (Sim ou Não), valor gasto com o medicamento receitado, tempo de espera para o atendimento (< 30 minutos; e ≥ 30 minutos), meio

de transporte utilizado no deslocamento até o último serviço de saúde utilizado (ônibus ou *van*; carro; bicicleta; e outros), tempo de deslocamento até o último serviço de saúde utilizado (≤ 2 horas; e > 2 horas), gastos com o deslocamento (Sim ou Não), valor gasto com o deslocamento, qualidade do último atendimento recebido (muito bom; bom; regular; ruim; e muito ruim) e sugestões de melhorias para o sistema de saúde do município. Como não utilização dos serviços de saúde considerou-se os casos de pessoas que não os procuraram nos últimos 30 dias ou que procuraram, mas não foram atendidas. Para os casos de não utilização, investigou-se o motivo de não ter procurado os serviços de saúde (não houve necessidade; dificuldades de transporte; distância; e outros) ou os motivo de não ter ocorrido o atendimento na última vez que procurou (não tinha profissionais para o atendimento; falta do medicamento buscado; não conseguiu vaga ou senha; e outros),

4.4.2 Variáveis independentes

As variáveis independentes utilizadas para a identificação dos fatores relacionados ao acesso e utilização de serviços de saúde foram:

- Demográficas: sexo (masculino; feminino) e faixa etária (18 a 44 anos; 45 a 64 anos; e 65 anos ou mais).
- Socioeconômicas: escolaridade (em anos de estudos, agrupada em nenhum estudo; de um a quatro anos; e cinco ou mais), ocupação (agricultura ou pecuária; aposentado ou pensionista; e outras ocupações ou estudante), posse de bens eletrodomésticos (televisão; DVD; aparelho de som; rádio; tanquinho; máquina de lavar roupas; geladeira; batedeira; e liquidificador - todas binárias (Sim ou Não), que foram agrupados em nenhum ou um; 02 a 03; e 04 ou mais eletrodoméstico na casa – não foi considerado o valor econômico de cada bem), rendimento familiar mensal *per capita* (em Reais, representado pela soma de todas as fontes de renda da família, incluindo auxílio do Governo, venda de produtos agrícolas e doações de parentes, agrupado em $< R\$207,50$ e $\geq R\$207,50$, valor equivalente à metade do salário mínimo vigente na época) e recebimento Bolsa Família do Governo Federal (Sim ou Não).

Foi realizada, também, para a análise descritiva da população a classificação socioeconômica de acordo com a apresentada pelo *Health, Nutrition and Population: Poverty Thematic Group of the World Bank* (GWATKIN et al., 2000). Dentre os instrumentos utilizados destaca-se o *Demographic and Health Survey* (DHS) que avalia o nível socioeconômico das famílias. Essa avaliação fundamenta-se nas condições de moradia (tipo de piso, de parede e de cobertura, número de pessoas por cômodo, eletricidade no domicílio, fonte de água potável, tipo de banheiro e esgoto), a posse de determinados bens (carro, televisão, geladeira e rádio) e a presença de algum trabalhador na residência além do chefe da família. As opções de respostas às questões do DHS são binárias (Sim ou Não) e para cada resposta tem-se um escore definido. Por exemplo, na avaliação da eletricidade no domicílio é atribuído o escore 0,032 para a resposta Sim e o escore -0,389 para a resposta Não. A soma dos escores obtidos na aplicação do DHS permite classificar a família em um dos cinco pontos de corte de classificação do nível socioeconômico, sendo: Classe Um ou MUITÍSSIMO pobre (< -0,77258), Classe Dois ou Muito pobre (de -0,77258 a -0,51780), Classe Três ou Pobre (de -0,51780 a -0,22324), Classe Quatro ou Média (de -0,22324 a 0,52588) e Classe Cinco ou Rico (> 0,52588).

- Condições de saúde: presença de doença crônica (Sim ou Não), tipo de doença crônica (hipertensão arterial; diabetes; insuficiência renal crônica; doença cardíaca; doença de coluna ou costas; artrite ou reumatismo; câncer; bronquite ou asma; depressão; tuberculose; e cirrose – todas binárias - Sim ou Não), auto-avaliação do estado de saúde (Muito bom; Bom; Regular; Ruim; e Muito ruim), restrição de atividades habituais ou rotineiras por motivo de saúde nos 30 dias que antecederam a entrevista (Sim ou Não) e queixas ou sintomas de doenças nos últimos 30 dias (Sim ou Não).

4.5 Análise dos dados

A transferência dos dados dos equipamentos de coleta (PDA) para os softwares de análise foi realizada de forma dupla com posterior comparação, para se eliminar a probabilidade de erros no descarregamento dos dados.

Primeiramente foi realizada a análise descritiva dos dados, apresentando a distribuição de frequências relativas e as médias e desvios padrão para variáveis contínuas. Análises descritivas com base na distribuição proporcional foram realizadas para as características demográficas e socioeconômicas, para as condições de saúde, acesso e utilização dos serviços de saúde.

Em seguida, as possíveis relações entre as variáveis dependentes e covariáveis de interesse foram examinadas por meio de análises bivariadas usando o teste Qui-quadrado de *Pearson*. O nível de significância estatística foi estabelecido em 5% ($p < 0,05$). Para avaliar os fatores relacionados à condição de saúde, ao acesso e ao uso dos serviços de saúde, estimou-se a *Odds Ratio* (OR) e seus Intervalos de Confiança (IC 95%) para as variáveis independentes.

Realizou-se regressão logística binária, para avaliar a existência de relação entre as variáveis respostas e as covariáveis consideradas no estudo. Para cada uma das variáveis de interesse ajustou-se um modelo logístico onde todas as covariáveis com significância inferior a 0,20 ($p < 0,20$) nos modelos univariados foram selecionadas para inclusão no modelo múltiplo. Depois de selecionadas, as covariáveis entraram no modelo de regressão obtido pelo método *Stepwise Backward Wald* e aquelas que perdiam significância foram excluídas. Assumiu-se como nível de significância estatística o valor de $p < 0,05$ para a definição do modelo final. O teste de Hosmer and Lemeshow foi utilizado para verificar o ajuste final do modelo.

Os softwares *Statistical Package for Social Science* (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos) versão 15.0 e Epi Info™ (3.5.1, 2008) foram utilizados para a análise dos dados.

5 RESULTADOS

5.1 Perfil socioeconômico e demográfico da população estudada

Participaram deste estudo 190 indivíduos com 18 anos ou mais de idade, sendo que 52,1% eram do sexo feminino e 47,9% masculino. A média de idade do grupo estudado foi de 44,5 anos (DP 19,1). A maior idade encontrada entre os indivíduos estudados foi 98 anos. Na distribuição por faixa etária, observamos um maior número de pessoas com idades entre 18 e 29 anos (25,8%) e um menor número com idades entre 50 e 59 anos de idade (14,7%) (TAB. 1).

Em relação à educação, aproximadamente a metade da população possuía de um a quatro anos de estudos e a população analfabeta chegou a 30,5% (TAB. 1). A proporção de chefes de família analfabetos ou com instrução elementar (até 04 anos de estudos) se aproximou dos 90,0%. Quanto a ocupação, a maioria dos entrevistados trabalhava com atividades ligadas a agricultura ou pecuária (33,2%).

De acordo com a classificação socioeconômica do *Poverty Thematic Group of the World Bank* (GWATKIN *et al.*, 2000), a população foi classificada como MUITÍSSIMO pobre ou Muito pobre. A renda familiar mensal *per capita* média da população estudada foi R\$205,00 (DP R\$153,23), sendo que, 30,0% tinham rendimentos inferiores a R\$103,70, valor equivalente a um quarto do salário mínimo vigente na época. Quanto ao auxílio financeiro governamental, 98 indivíduos (51,6%) afirmaram receber a Bolsa Família do Governo Federal, com média mensal de auxílio equivalente a R\$96,43 (DP 31,67) (TAB. 1).

TABELA 1
Distribuição da população estudada de acordo com as variáveis demográficas e socioeconômicas. Caju, 2009 (n=190).

Variáveis	n (%)
Sexo	
Masculino	91 (47,9)
Feminino	99 (52,1)
Faixa etária (anos)	
18 – 29	49 (25,8)
30 – 39	40 (21,1)
40 – 49	30 (15,8)
50 – 59	28 (14,7)
≥ 60	43 (22,6)
Escolaridade (anos de estudo)	
0	58 (30,5)
1 – 4	86 (45,3)
≥ 5	46 (24,2)
Ocupação	
Agricultura ou pecuária	63 (33,2)
Outras ocupações ou estudante	85 (44,7)
Aposentado ou pensionista	42 (22,1)
Número de eletrodomésticos na casa ^a	
Nenhum ou 1	22 (11,6)
2 a 3	50 (26,3)
4 ou mais	118 (62,1)
Rendimento mensal familiar <i>per capita</i> ^b	
103,75 < renda	57 (30,0)
103,75 ≤ renda < 207,50	57 (30,0)
207,50 ≤ renda < 415,00	52 (27,4)
415,00 ≤ renda < 800,00	24 (12,6)
Recebe Bolsa Família	
Sim	98 (51,6)

Nota: ^a Televisão, DVD, aparelho de som, rádio, tanquinho, máquina de lavar roupas, geladeira, batedeira e liquidificador; ^b Salário mínimo vigente = R\$415,00.

5.2 Condições de saúde da população estudada

O percentual de indivíduos que relataram ter algum problema ou necessidade de saúde foi de 63,3% da população estudada. Os fatores demográficos e socioeconômicos relacionados às condições de saúde estudadas são mostrados na TAB. 2.

A prevalência de doença crônica foi de 33,2% e se mostrou associada com a idade, escolaridade, ocupação e renda familiar *per capita* mensal (TAB. 2). A presença de doença crônica aumentou diretamente com a idade e inversamente com a educação, ou seja, quanto maior a idade maior a prevalência e quanto menor a escolaridade, maior a prevalência de doença crônica. Foi menor para os indivíduos com renda familiar *per capita* mensal de até meio salário mínimo (R\$207,50) e para os indivíduos com atividades ocupacionais ligadas à agricultura ou pecuária. Entre as doenças crônicas mencionadas maiores prevalência foi de hipertensão arterial sistêmica (23,2%).

A proporção de pessoas que auto-avaliaram o seu estado de saúde como deficiente no momento da entrevista (agregação de estado de saúde Regular, Ruim e Muito ruim) foi de 37,9%. Esse indicador de necessidade de saúde apresentou associação apenas com a escolaridade, mostrando pior estado de saúde para as pessoas sem nenhum grau de instrução que coincide com os velhos (TAB. 2).

Considerando os últimos 30 dias anteriores à entrevista 47,9% dos indivíduos relataram ter tido alguma queixa ou sintoma de doença e 16,3% tiveram alguma restrição de atividades habituais ou rotineiras por motivos de saúde. Nenhuma associação estatística foi percebida entre a presença de queixas ou sintomas, bem como com a presença de restrições de atividades e as variáveis testadas (TAB. 2).

TABELA 2

Fatores demográficos e socioeconômicos associados à presença de doença crônica, estado de saúde deficiente, queixa ou sintoma de doença e restrição de atividades habituais por motivos de saúde. Caju, 2009.

	Doença crônica	Estado de saúde deficiente	Queixa ou sintoma de doença	Restrição de atividades
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Sexo				
Masculino	27 (29,7)	33 (36,3)	39 (42,9)	14 (15,4)
Feminino	36 (36,4)	39 (39,4)	52 (52,5)	17 (17,2)
Faixa etária (anos)				
		**		
18 – 44	20 (19,0)	34 (32,4)	46 (43,8)	17 (16,2)
45 – 64	22 (40,7)	24 (44,4)	29 (53,7)	7 (13,0)
≥ 65	21 (67,7)	14 (45,2)	16 (51,6)	7 (22,6)
Escolaridade (anos de estudo)				
		**	*	
≥ 5	5 (10,9)	13 (28,3)	22 (47,8)	5 (10,9)
1 – 4	25 (29,1)	30 (34,9)	38 (44,2)	15 (17,4)
0	33 (56,9)	29 (50,0)	31 (53,4)	11 (19,0)
Ocupação				
		**		
Agricultura ou pecuária	10 (15,9)	20 (31,7)	27 (42,9)	9 (14,3)
Outras ocupações ou estudante	23 (27,1)	30 (35,3)	44 (51,8)	12 (14,1)
Aposentado ou pensionista	30 (71,4)	22 (52,4)	20 (47,6)	10 (23,8)
Rendimento mensal familiar per capita^a				
		*		
< R\$207,50	30 (26,3)	39 (34,2)	54 (47,4)	20 (17,5)
≥ R\$207,50	33 (43,4)	33 (43,4)	37 (48,7)	11 (14,5)

Nota: ^a Salário mínimo vigente = R\$415,00; * $p < 0,05$; ** $p < 0,001$ (Teste Qui-quadrado de *Pearson*).

5.3 Acesso aos serviços de saúde

A população do povoado do Caju é uma população carente, muito ou muitíssimo pobre de acordo com a classificação do Banco Mundial. Essas pessoas procuram geralmente os serviços públicos quando percebem algum problema com a própria saúde sendo o principal local procurado o posto de saúde, único serviço de saúde do povoado (TAB. 3). Como o posto de saúde funciona com médico e enfermeiro quinzenalmente, os moradores procuram com frequência outros serviços de saúde situados na área urbana de Jequitinhonha ou de outros municípios. Os serviços hospitalares costumam ser procurados por quase metade da população e as farmácias privadas por 28,0%. Outros serviços referidos foram a Policlínica Municipal de Jequitinhonha (18,4%) e postos de saúde de outras localidades (6,3%). Consultórios particulares foram informados por número muito pequeno de pessoas.

Em geral, a população procura mais de um serviço de saúde quando necessitam de atendimento, talvez relacionado à agenda quinzenal de atendimento no posto de saúde (TAB. 3).

Foram observadas também, como práticas comuns em casos de problemas de saúde, além da procura por serviços médicos, o uso de medicação caseira (49,0%), de automedicação (26,0%) e menor proporção, de curandeiros ou benzedeiros (TAB. 3). Ressalta-se que, 5,3% utilizam exclusivamente alguma dessas práticas, não tendo o hábito de procurar serviços formais de saúde para atendimentos.

No que se refere à posse de planos de saúde foi observado que algumas pessoas pagavam planos familiares que cobriam geralmente serviços funerários e ofereciam descontos na rede local de serviços médicos (consultórios, laboratórios e farmácias). Mesmo considerando estes planos, apenas 5,8% da população estavam cobertos por planos de saúde. O gasto médio com planos de saúde ou de descontos foi de R\$55,27. As coberturas desses planos eram, basicamente, para consultas médicas e exames laboratoriais, com menos de um terço dos planos cobrindo internações hospitalares.

Durante os 12 meses que antecederam a entrevista, 65,8% dos indivíduos consultaram algum profissional de saúde (médico ou enfermeiro) pelo menos uma vez, sendo que quase a metade declarou ter consultado três vezes ou

mais (TAB. 3). Ressalta-se que a maior média de consultas foi entre as mulheres (2,62). Entre os homens, a maior média de consultas foi entre os indivíduos de 40 a 49 anos de idade e entre as mulheres, a maior média foi na faixa de 30 a 39 anos de idade (GRAF. 1).

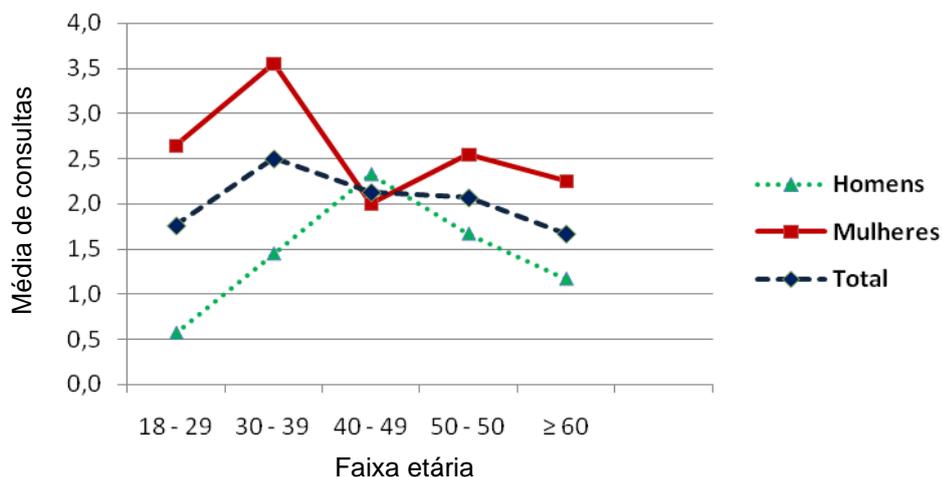


GRÁFICO 1 – Distribuição da média de consultas com profissional de saúde (médico ou enfermeiro) nos últimos 12 meses anteriores a entrevista de acordo com o sexo e faixa etária. Caju, 2009 (n=190).

A taxa de internação na população estudada, no ano que antecedeu a entrevista foi de 11,6 internações por 100 habitantes (TAB. 3). Essa taxa refere-se a uma internação por indivíduo, uma vez que não foi influenciada pela contagem cumulativa de internações de um mesmo indivíduo durante o período estudado. Os motivos mais freqüentes da última internação foram tratamento clínico (68,2%) e parto normal (13,6%).

O suporte social para o acesso aos serviços de saúde foi avaliado a partir da ajuda recebida de amigos, familiares ou pessoas conhecidas. Nossos resultados mostraram que 25,3% dos indivíduos já receberam algum auxílio para acessar os serviços de saúde (TAB. 3), sendo que metade destes relatou o recebimento de auxílio como acompanhantes e outros, com transportes (22,9%), identificando ou recomendando determinados serviços (18,8%), com hospedagem (18,8%) e com auxílio financeiro (16,7%).

TABELA 3

Distribuição da população estudada segundo características do acesso aos serviços de saúde nos últimos 12 meses que antecederam a entrevista. Caju, 2009 (n = 190).

Variáveis	n (%)	Variáveis	n (%)
Costumam procurar serviço de saúde em caso de problemas de saúde		Número de consultas (n=125)	
Sim	180 (94,7)	Uma	31 (24,8)
Serviços que costumam procurar ^a		Duas	37 (29,6)
Posto de saúde de Caju (Sim)	166 (87,4)	Três ou mais	57 (45,6)
Hospital (Sim)	93 (48,9)	Internação no último ano	
Farmácia privada (Sim)	53 (27,9)	Sim	22 (11,6)
Policlínica (Sim)	35 (18,4)	Número de internações (n=22)	
Outros postos de saúde (Sim)	12 (6,3)	Uma	19 (86,4)
Consultórios particulares (Sim)	3 (1,6)	Duas ou mais	3 (13,6)
Locais onde costumam procurar		Motivo da internação (n=22)	
Na própria localidade (Sim)	166 (87,4)	Tratamento clínico	15 (68,2)
Jequitinhonha (Sim)	117 (61,6)	Parto Normal	3 (13,6)
Outros municípios (Sim)	40 (21,1)	Outros	4 (18,1)
Número de diferentes serviços que costumam procura (n=180)		Auxílio para acesso ao serviço de saúde	
01	61 (33,9)	Sim	48 (25,3)
02	67 (37,2)	Tipo de auxílio recebido (n=48)	
03 ou mais	52 (28,9)	Acompanhante	24 (50,0)
Outras práticas em casos de problemas de saúde		Ajuda com transporte	11 (22,9)
Automedicação (Sim)	49 (25,8)	Identificando serviço	9 (18,8)
Medicação caseira (Sim)	93 (48,9)	Hospedagem	9 (18,8)
Curandeiro (Sim)	14 (7,4)	Ajuda financeira	8 (16,7)
Consulta a profissional de saúde nos últimos 12 meses		Cuidando dos filhos	3 (6,3)
Sim	125 (65,8)		

Nota: ^a Outras opções menos citadas não foram inseridas na tabela.

5.3.1 Análise bivariada dos fatores relacionados ao acesso aos serviços de saúde (consulta com profissional de saúde e internação)

Em relação ao gênero, nossos resultados mostraram que as mulheres acessaram mais os serviços de saúde para consulta com profissional de saúde quando comparado aos homens no último ano anterior à entrevista (OR 3,48; IC 1,76 – 6,90) (TAB. 4). Quanto ao acesso a serviços hospitalares não houve diferença entre homens e mulheres, após análise excluindo internações por parto (TAB. 5). A idade e a escolaridade dos indivíduos não interferiram no acesso aos serviços de saúde, uma vez que não houve associação estatística com a frequência de consultas nem com a taxa de internação (TAB. 4 e 5).

A ocupação do indivíduo influenciou de maneira diversa o acesso aos serviços de saúde. Quanto à consulta com profissional de saúde no último ano, o acesso foi menor entre os indivíduos que trabalhavam na agricultura ou pecuária ($p < 0,05$), ao passo que, aqueles com outras ocupações tiveram maior acesso (OR 2,45; IC 1,17 – 5,18) (TAB. 4). Por outro lado, ao avaliarmos internação, verificamos que esta ocorreu principalmente entre os indivíduos aposentados ou pensionistas (OR 4,71; IC 1,03 – 24,21) (TAB. 5).

Quanto ao fator econômico, o rendimento familiar não influenciou o acesso aos serviços de saúde nos últimos 12 meses, uma vez que, não houve associação significativa (TAB. 4 e 5). Por outro lado, o suporte social, influenciou tanto o acesso a consultas (OR 2,40; IC 1,05 – 5,62) quanto o acesso a internações hospitalares (OR 3,54; IC 1,30 – 9,66). Pessoas que receberam algum tipo de auxílio de parente, amigo ou conhecido consultaram e internaram mais.

Em geral os indivíduos com estado de saúde deficiente apresentaram maiores taxas de consulta a profissional de saúde (OR 2,22; IC 1,10 – 4,52) e de internação durante o ano (OR 3,32; IC 1,22 – 9,25). Além destes, os portadores de hipertensão arterial sistêmica (HAS) também consultaram com profissional de saúde no último ano mais vezes (OR 2,42; IC 1,02 – 5,88) do que os não portadores. A mesma relação não foi observada nas internações hospitalares, onde o fato de ser portador de HAS não influenciou. Por outro lado, as pessoas portadoras de duas ou mais doenças crônicas tiveram uma frequência maior de consultas (OR 3,80; IC 1,10 – 17,26) e internações (OR 4,52; IC 1,25 – 16,11) no último ano.

TABELA 4

Frequência, *Odds Ratio* (OR) e Intervalo de Confiança (IC 95%) dos fatores socioeconômicos, demográficos e necessidade de saúde em relação ao acesso aos serviços de saúde (consulta com profissional de saúde) nos últimos 12 meses anteriores à pesquisa. Caju, 2009 (n=190).

Variáveis	Consulta a profissional de saúde			
	Sim n (%)	Não n (%)	OR	IC (95%)
Sexo **				
Masculino	47 (51,6)	44 (48,4)		
Feminino	78 (78,8)	21 (21,2)	3,48	(1,76 – 6,90)
Faixa etária (anos)				
18 – 44	65 (61,9)	40 (38,1)		
45 – 64	40 (74,1)	14 (25,9)	1,76	(0,80 – 3,88)
≥ 65	20 (64,5)	11 (35,5)	1,12	(0,45 – 2,80)
Escolaridade (anos de estudo)				
≥ 5	28 (60,9)	18 (39,1)		
1 – 4	60 (69,8)	26 (30,2)	1,48	(0,66 – 3,36)
0	37 (63,8)	21 (36,2)	1,13	(0,47 – 2,72)
Ocupação *				
Agricultura ou pecuária	33 (52,4)	30 (47,6)		
Aposentado ou pensionista	30 (71,4)	12 (28,6)	2,27	(0,92 – 5,70)
Outras ocupações ou estudante	62 (72,9)	23 (27,1)	2,45	(1,17 – 5,18)
Rendimento mensal familiar <i>per capita</i> ^a				
< R\$207,50	72 (63,2)	42 (36,8)		
≥ R\$207,50	53 (69,7)	23 (30,3)	1,34	(0,69 – 2,62)
Auxílio para acesso ao serviço *				
Sim	38 (79,2)	10 (20,8)	2,40	(1,05 – 5,62)
Não	87 (61,3)	55 (38,7)		
Estado de saúde deficiente *				
Sim	55 (76,4)	17 (23,6)	2,22	(1,10 – 4,52)
Não	70 (59,3)	48 (40,7)		
Número de doenças crônicas *				
Nenhuma	76 (59,8)	51 (40,2)		
Uma	32 (74,4)	11 (25,6)	2,07	(0,90 – 4,80)
Duas ou mais	17 (85,0)	3 (15,0)	3,80	(1,10 – 17,26)
HAS referida *				
Sim	35 (79,5)	9 (20,5)	2,42	(1,02 – 5,88)
Não	90 (61,6)	56 (38,4)		

Nota: ^a Salário mínimo vigente = R\$415,00; HAS: hipertensão arterial sistêmica; * $p < 0,05$; ** $p < 0,001$ (Teste Qui-quadrado de *Pearson*).

TABELA 5

Freqüência, *Odds Ratio* (OR) e Intervalo de Confiança (IC 95%) dos fatores socioeconômicos, demográfico e necessidade de saúde em relação ao acesso aos serviços de saúde (internação) nos últimos 12 meses anteriores à pesquisa. Caju, 2009 (n=190).

Variável	Internação			
	Sim n (%)	Não n (%)	OR	IC (95%)
Sexo ^a				
Masculino	10 (11,0)	81 (89,0)	1,23	(0,44 – 3,51)
Feminino	9 (9,1)	90 (90,9)		
Faixa etária (anos)				
18 – 44	12 (11,4)	93 (88,6)		
45 – 64	3 (5,6)	51 (94,4)	0,46	(0,10 – 1,85)
≥ 65	7 (22,6)	24 (77,4)	2,26	(0,71 – 7,08)
Escolaridade (anos de estudo)				
≥ 5	6 (13,0)	40 (87,0)		
1 – 4	10 (11,6)	76 (88,4)	0,88	(0,27 – 2,96)
0	6 (10,3)	52 (89,7)	0,77	(0,20 – 2,96)
Ocupação				
Agricultura ou pecuária	3 (4,8)	60 (95,2)		
Outras ocupações ou estudante	11 (12,9)	74 (87,1)	2,97	(0,72 – 14,13)
Aposentado ou pensionista	8 (19,0)	34 (81,0)	4,71	(1,03 – 24,21)
Rendimento mensal familiar <i>per capita</i> ^b				
< R\$207,50	12 (10,5)	102 (89,5)		
≥ R\$207,50	10 (13,20)	66 (86,8)	1,29	(0,48 – 3,42)
Algum auxílio no acesso **				
Sim	11 (22,9)	37 (77,1)	3,54	(1,30 – 9,66)
Não	11 (7,7)	131 (92,3)		
Estado de saúde deficiente **				
Sim	14 (19,4)	58 (80,6)	3,32	(1,22 – 9,25)
Não	8 (6,8)	110 (93,2)		
Número de doenças crônicas *				
Nenhuma	11 (8,7)	116 (91,3)		
Uma	5 (11,6)	38 (88,4)	1,39	(0,39 – 4,70)
Duas ou mais	6 (30,0)	14 (70,0)	4,52	(1,25 – 16,11)
HAS referida				
Sim	8 (18,2)	36 (81,8)	2,10	(0,74 – 5,87)
Não	14 (9,6)	132 (90,4)		

Nota: ^a Excluído internação por motivo de parto; ^b Salário mínimo vigente = R\$415,00. HAS: Hipertensão arterial sistêmica; * $p < 0,05$; ** $p < 0,001$ (Teste Qui-quadrado de *Pearson*).

5.3.2 Análise multivariada dos fatores relacionados ao acesso aos serviços de saúde (consulta com profissional de saúde e internação)

Para determinar o efeito independente da associação entre as covariáveis que apresentaram um nível de significância de $p < 0,20$ e o acesso aos serviços de saúde nos últimos 12 meses, os fatores avaliados foram consulta a profissional de saúde e internação hospitalar.

No modelo final de regressão logística binária para consulta a profissionais de saúde nos últimos 12 meses foram incluídas as covariáveis sexo, ocupação, auxílio no acesso aos, estado de saúde deficiente, número de doenças crônicas e hipertensão arterial sistêmica (HAS). Foi observado que as mulheres acessaram mais os serviços de saúde para consulta com profissional de saúde (OR 3,55; IC 1,85 – 6,70) da mesma forma que aqueles que auto-avaliaram a sua própria saúde como deficiente (OR 2,03; IC 1,01 – 4,08) (TAB. 6).

TABELA 6
Modelo final de regressão logística do acesso aos serviços de saúde (consulta a profissional de saúde) nos últimos 12 meses anteriores à pesquisa. Caju, 2009 (n=190).

Variáveis	OR	IC (95%)	Valor de p
Sexo			
Feminino	3,55	(1,85 – 6,79)	0,000
Masculino	1,00		
Algum auxílio no acesso			
Sim	2,17	(0,96 – 4,91)	0,062
Não	1,00		
Estado de saúde deficiente			
Sim	2,03	(1,01 – 4,08)	0,046
Não	1,00		

Nota: Teste Hosmer and Lemeshow: $p=0,766$; OR: *Odds Ratio*; IC: Intervalo de Confiança.

Em relação ao acesso a serviços hospitalares, ou seja, internação hospitalar nos últimos 12 meses foram incluídas no modelo final de regressão logística as covariáveis faixa etária, ocupação, auxílio no acesso, estado de saúde deficiente, número de doenças crônicas e HAS.

O resultado mostrou a importância do suporte social, com maior acesso entre os indivíduos que receberam de algum tipo de auxílio para internação (OR 3,07; IC 1,18 – 8,00), e também para os indivíduos que relataram ter a saúde deficiente (OR 3,04; IC 1,16 – 7,98) (TAB. 7).

TABELA 7
Modelo final de regressão logística do acesso aos serviços de saúde (internação) nos últimos 12 meses anteriores à pesquisa. Caju, 2009 (n=190).

Variáveis	OR	IC (95%)	Valor de <i>p</i>
Faixa etária (anos)			
18 – 44	1,00		0,075
45 – 64	0,42	(0,11 – 1,64)	0,213
≥ 65	2,30	(0,77 – 6,83)	0,137
Algum auxílio no acesso			
Sim	3,07	(1,18 – 8,00)	0,022
Não	1,00		
Estado de saúde deficiente			
Sim	3,04	(1,16 – 7,98)	0,024
Não	1,00		

Nota: Teste Hosmer and Lemeshow: $p=0,766$; OR: *Odds Ratio*; IC: Intervalo de Confiança.

5.4 Utilização dos serviços de saúde

Considerou-se utilização dos serviços de saúde o recebimento de atendimento referido pelo usuário nos últimos 30 dias anteriores à entrevista. Como não utilização considerou-se as pessoas que não procuraram serviços de saúde no período e também as que procuraram mas não receberam o atendimento.

Nossos resultados mostraram que 60 indivíduos (31,6%) utilizaram algum serviço de saúde para atendimento relacionado à sua própria saúde nos últimos 30 dias. Essa taxa de utilização foi semelhante ao percentual de pessoas que buscaram atendimentos (34,2%), já que a maioria (92,3%) foi atendida, considerando a última procura e todos os serviços e motivos. A distribuição da população estudada segundo a utilização dos serviços de saúde nos últimos 30 dias é mostrada na TAB.

8.

Na maioria dos casos os indivíduos procuraram pelos serviços de saúde apenas uma vez no período estudado (61,7%) e dos motivos apontados como principais para a utilização, destacou-se a intenção de buscar medicamentos, referida por quase metade dos que utilizaram (TAB. 8). Queixas ou sintomas de alguma doença foram referidos como principal motivo para a utilização por 23,3% dos indivíduos. Além destes motivos, foram observadas com menor frequência, utilizações dos serviços para o controle de doença crônica, compra de medicamentos, retornos, vacinação, consulta ginecológica e acidente ou lesão.

Quando excluimos da taxa de utilização as pessoas que buscaram atendimento de saúde apenas para receber medicamentos anteriormente prescritos, a taxa de utilização dos serviços de saúde nos últimos 30 dias cai para a metade, chegando a 15,8%.

O serviço de saúde mais utilizado foi o posto de saúde local, que respondeu por 75,0% das utilizações. Todos os demais serviços utilizados localizavam-se fora do povoado do Caju. Apesar de não terem sido observadas grandes diferenças entre os serviços fora do povoado, a maior frequência de utilização foi constatada nas farmácias privadas. Os serviços localizados na área urbana de Jequitinhonha, distantes aproximadamente 70 km do vilarejo, responderam por 20,0% do total de utilizações, e os serviços de saúde de outros municípios como Itaobim e Medina, que possuem centros urbanos mais próximos do povoado do Caju, responderam por 5,0% das utilizações (TAB. 8).

Das pessoas que utilizaram o posto de saúde do povoado, a grande maioria o escolheu devido à proximidade de casa ou por possuírem cadastros no serviço, além de ser a única opção em serviços de saúde na comunidade. Como justificativas para a decisão de procurarem os serviços de saúde localizados na área urbana de Jequitinhonha os indivíduos informaram ter sido por causa dos encaminhamentos feitos por profissionais de saúde, decisão própria e indicação de alguém. Já os motivos que levaram à escolha dos serviços de saúde localizados nos outros dois municípios citados foram decisão própria, maior rapidez no deslocamento e, o fato do usuário contar com facilidade de hospedagem em casa de parente.

Analisando a procura por atendimento em serviços de saúde fora do povoado do Caju, que implica em deslocamento de no mínimo 35 km, observou-se

menor deslocamento entre os indivíduos de 65 anos ou mais de idade (OR 0,16; IC 0,02 – 0,94) e para os aposentados ou pensionistas (OR 0,11; IC 0,01 – 0,85) (TAB. 9). Da mesma forma, os portadores de hipertensão arterial tiveram, em sua maioria, menos necessidade de deslocarem para fora do povoado para receberem o atendimento buscado (OR 0,05; IC 0,01 – 0,31). Porém, o deslocamento por longas distâncias ocorreu com maior frequência entre os que reportaram queixas ou sintomas de doenças como o motivo principal da busca (OR 6,59; IC 1,63 – 27,99) e os que tiveram restrição de atividades rotineiras por motivo de saúde nos últimos 30 dias (OR 5,21; IC 1,28 – 21,95).

Quanto aos meios de deslocamento, todos os indivíduos que utilizaram o posto de saúde local foram a pé, tendo em vista que este se localiza na região central da vila. Aqueles que buscaram qualquer outro serviço de saúde necessitaram de transporte, sendo, nestes casos, principalmente o ônibus ou *van* (64,7%), que são os tipos de transportes coletivos disponíveis no povoado, além de ambulância, carona, animal e veículo particular com menos frequência (TAB. 8). Nos deslocamentos em que foram utilizados transportes coletivos, observou-se que houve gasto financeiro, sendo em média R\$16,73 (DP 4,67). Os deslocamentos para os serviços de saúde localizados no centro urbano de Jequitinhonha demandaram maior gasto financeiro com transporte do que os deslocamentos para os outros municípios referidos.

Em relação ao tempo do deslocamento entre a residência e o serviço de saúde utilizado, 78,0% dos indivíduos gastaram até duas horas (TAB. 8). Para aqueles que utilizaram o posto de saúde local o tempo de deslocamento foi de até 30 minutos. Para os deslocamentos até os serviços localizados em Jequitinhonha o tempo gasto foi maior, variando de uma a até mais de três horas, o que demonstra as dificuldades de deslocamentos dentro do próprio município. Para as cidades de Medina e Itaobim o tempo de deslocamento referido foi, em geral, menor que para Jequitinhonha.

Observou-se que o tempo de espera no serviço de saúde até ser atendido, na maioria das vezes (96,3%) foi inferior a 30 minutos, considerando todos os tipos de serviços e atendimentos (TAB. 8). Apenas em um caso de procura, devido a queixas ou sintomas de doenças, o tempo de espera chegou a mais de duas horas.

Em 76,6% dos casos de utilização esteve envolvida a prescrição de algum medicamento ou a busca de medicamentos anteriormente prescritos. Ressalta-se que em aproximadamente 40% desses casos, o indivíduo não recebeu gratuitamente todos os medicamentos prescritos, necessitando adquiri-los com os próprios recursos. Porém, 18,6% desses indivíduos não tiveram condições de comprá-los (TAB.8). O valor verificado dos gastos com medicamentos no período estudado variou de R\$2,00 a R\$200,00, com média de R\$28,13 (DP da média 12,73). Foi observado, também, que o gasto mensal médio com medicamentos foi mais alto na população mais pobre. Aqueles com renda familiar de até um salário mínimo gastaram em média R\$49,40 com medicamentos, valor que ultrapassa 10,0% de toda a renda da família. Para aqueles com rendimentos entre um e dois salários mínimos os gastos foram em média R\$13,00 e, para os que possuem renda acima de dois salários mínimos, foi de R\$18,63.

Em geral os indivíduos avaliaram em Muito bom ou Bom o atendimento recebido, independente do local e tipo de serviço utilizado (91,7%) (TAB. 8). Entretanto, algumas melhorias foram sugeridas, tais como, a regularidade do atendimento médico no posto de saúde local, melhoria no atendimento odontológico, aumento de atendimentos de enfermeiros e de visitas dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e também facilitar as consultas com médicos especialistas. Alguns indivíduos apontaram a necessidade de ampliação do fornecimento gratuito de medicamentos no posto de saúde local (31,1%) e a necessidade de facilitar a realização de exames laboratoriais e especializados. Foi sugerido, também, que a prefeitura fornecesse transporte para os deslocamentos por necessidades de saúde (8,9%) e que melhorasse o atendimento feito pela ambulância. Além da infraestrutura da unidade de saúde, algumas pessoas sugeriram melhorias no saneamento básico do distrito, como o fornecimento de água tratada, coleta de lixo e esgoto. Além disso, do total de entrevistados, 10,5% percebiam que havia necessidades de melhorias, entretanto não souberam sugeri-las, e 14,2% se consideravam satisfeitos com os serviços de saúde disponíveis (TAB. 8).

TABELA 8

Distribuição da população estudada segundo a utilização dos serviços de saúde nos últimos 30 dias anteriores à entrevista. Caju, 2009 (n=60).

Variáveis	n (%)	Variáveis	n (%)
Número de vezes que procurou serviços de saúde		Tempo de espera para atendimento (n=54) ^a	
Uma	37 (61,7)	Menos de 30 minutos	52 (96,3)
Duas	18 (30,0)	Mais de 30 minutos	2 (3,7)
Três ou mais	5 (8,3)	Transporte utilizado (n=17) ^b	
Motivo principal da utilização		Ônibus ou van	11 (64,7)
Buscar medicamentos	28 (46,7)	Outro	6 (35,6)
Queixa ou sintoma de doença	14 (23,3)	Tempo de deslocamentos (n=54) ^a	
Outros	18 (30,0)	Até 2 horas	42 (77,8)
Último serviço de saúde utilizado		Mais de 2 horas	12 (22,2)
Posto de saúde do Caju	45 (75,0)	Gastos com os deslocamentos (n=17) ^b	
Farmácia privada	5 (8,3)	Sim	11 (64,7)
Hospital	3 (5,0)	Não	6 (35,2)
Policlínica	3 (5,0)	Qualidade do atendimento recebido	
Outros	4 (6,7)	Muito bom	11 (18,3)
Local onde utilizou serviço de saúde		Bom	44 (73,3)
Na própria localidade (< 2 km)	45 (75,0)	Regular	5 (8,3)
Jequitinhonha (> 50 km)	12 (20,0)	Melhorias nos serviços (n=190) ^c	
Em outro município (de 35 a 50 km)	3 (5,0)	Ampliar médicos no PS (sim)	90 (47,4)
Receitado ou mantido algum medicamento		Ampliar fornecimento de medicamentos (sim)	59 (31,1)
Sim	46 (76,7)	Ampliar atendimentos odontológicos (sim)	30 (15,8)
Recebeu gratuitamente os medicamentos (n = 46)		Mais atendimentos médicos no PS (sim)	26 (13,7)
Sim	29 (63,0)	Prefeitura oferecer transporte (sim)	17 (8,9)
Se não recebeu gratuitamente, comprou os medicamentos (n=17)		Ampliar médicos especialistas (sim)	8 (4,2)
Sim	17 (82,4)	Melhorar infra-estrutura do posto de saúde (sim)	7 (3,7)
		Não Sabem (sim)	20 (10,5)
		Satisfeitos (sim)	27 (14,2)

Nota: ACS: Agente Comunitário de Saúde; PS: Posto de saúde; ^a Exceto os casos de atendimentos nos domicílio; ^b Exceto os casos que se deslocaram a pé para o serviço de saúde local ou foram atendidos no domicílio; ^c As outras opções menos citadas não foram inseridas na tabela.

TABELA 9

Freqüência, *Odds Ratio* (OR) e Intervalo de Confiança (IC 95%) dos fatores socioeconômicos, demográfico e necessidades de saúde em relação ao deslocamento para fora do povoado do Caju em busca de serviços de saúde. Caju, 2009 (n=65).

Variável	Deslocamento			
	Sim n (%)	Não n (%)	OR	IC (95%)
Sexo				
Masculino	9 (33,3)	18 (66,7)	1,88	(0,54 – 6,63)
Feminino	8 (21,1)	30 (78,9)		
Faixa etária (anos) *				
18 – 44	12 (42,9)	16 (57,1)		
45 – 64	3 (16,7)	15 (83,3)	0,27	(0,05 – 1,33)
≥ 65	2 (10,5)	17 (89,5)	0,16	(0,02 – 0,94)
Escolaridade (anos de estudo)				
≥ 5	4 (33,3)	8 (66,7)		
1 – 4	11 (36,7)	19 (63,3)	1,16	(0,23 – 5,97)
0	2 (8,7)	21 (91,3)	0,19	(0,02 – 1,61)
Ocupação *				
Agricultura ou pecuária	6 (46,2)	7 (53,8)		
Outras ocupações ou estudante	9 (31,0)	20 (69,0)	0,52	(0,11 – 2,45)
Aposentado ou pensionista	2 (8,7)	21 (91,3)	0,11	(0,01 – 0,85)
Rendimento mensal familiar <i>per capita</i> ^a				
< R\$207,50	12 (37,5)	20 (62,5)		
≥ R\$207,50	5 (15,2)	28 (84,8)	0,30	(0,08 – 1,11)
Estado de saúde deficiente				
Sim	9 (29,0)	22 (71,0)	1,33	(0,38 – 4,64)
Não	8 (23,5)	26 (76,5)		
HAS referida *				
Sim	2 (5,6)	34 (94,4)	0,05	(0,01 – 0,31)
Não	15 (51,7)	14 (48,3)		
Presença de queixas ou sintomas				
Sim	12 (30,8)	27 (69,2)	1,87	(0,50 – 7,27)
Não	5 (19,2)	21 (80,8)		
Restrição de atividades habituais *				
Sim	8 (53,3)	7 (46,7)	5,21	(1,28 – 21,95)
Não	9 (18,0)	41 (82,0)		
Principal motivo de procura *				
Sintomas ou doenças	9 (56,3)	7 (43,8)	6,59	(1,63 – 27,99)
Outros motivos	8 (16,3)	41 (83,7)		

Nota: ^a Salário mínimo vigente = R\$415,00; HAS: Hipertensão arterial sistêmica; * $p < 0,05$; ** $p < 0,001$ (Teste Qui-quadrado de *Pearson*).

5.4.1 Análise bivariada dos fatores relacionados à utilização dos serviços de saúde

Nossos resultados mostraram que, considerando todos os motivos de procura, inclusive a busca de medicamentos anteriormente prescritos, a utilização dos serviços de saúde nos últimos 30 dias anteriores à entrevista foi estatisticamente associada à idade, à ocupação, aos fatores econômicos e à presença de hipertensão arterial sistêmica (HAS).

A taxa de utilização aumentou com o aumento da idade, ou seja, foi menor entre os indivíduos de 18 a 44 anos (23,8%), e maior entre aqueles com 65 anos ou mais de idade (54,8%) (OR 3,89; IC 1,56 – 9,79) (TAB. 10). No que se refere à ocupação, observou-se que a taxa de utilização por foi maior entre os aposentados ou pensionistas (54,8%) (OR 5,14; IC 1,98 – 13,63) o que mostra a relação com a idade.

Foi observada, também, maior frequência de utilização entre os indivíduos que residiam em casas com quatro ou mais eletrodomésticos (OR 3,85; IC 1,04 – 21,28) e entre aqueles com renda mensal familiar *per capita* igual ou superior a meio salário mínimo, ou seja, R\$207,50 (OR 2,02; OR 1,04 – 3,95) (TAB. 10).

Em relação às condições de saúde, a percepção do próprio estado de saúde como deficiente, a presença de queixas ou sintomas de doenças e a restrição de atividades habituais nos últimos 30 dias não interferiram na utilização dos serviços de saúde, uma vez que não ficou evidenciada associação estatística (TAB. 10). Com relação à presença de doença crônica, apenas a HAS apresentou associação significativa com o uso dos serviços de saúde, sendo que as pessoas portadoras apresentaram uma taxa de utilização maior do que as não portadoras (OR 15,69; IC 6,45 – 39,09).

Se não considerarmos a utilização dos serviços de saúde apenas para o recebimento de medicamentos anteriormente prescritos, os resultados da análise bivariada são diferentes. Nestes casos, a utilização dos serviços de saúde foi significativamente associada apenas às condições agudas de saúde, tais como queixas ou sintomas de doenças e restrição de atividades habituais nos últimos 30 dias (TAB. 11). Nessa análise os idosos apresentaram uma menor taxa de utilização quando comparado aos jovens, apesar de não ter sido significativamente associados

(TAB. 11). Da mesma forma como ocorreu em relação à idade, as associações entre a taxa de utilização dos serviços de saúde e ocupação e condição econômica perderam significância estatística. Para as pessoas com doenças crônicas, mais especificamente a HAS, não mais se observou diferenças na utilização dos serviços de saúde (TAB. 11).

TABELA 10

Frequência, *Odds Ratio* (OR) e Intervalo de Confiança (IC 95%) dos fatores socioeconômicos, demográficos e necessidades de saúde em relação à utilização dos serviços de saúde nos últimos 30 dias anteriores à pesquisa. Caju, 2009 (n=190).

Variáveis	Utilização por todos os motivos			
	Sim n (%)	Não n (%)	OR	IC (95%)
Sexo				
Masculino	26 (28,6)	65 (71,4)		
Feminino	34 (34,3)	65 (65,7)	1,31	(0,68 - 2,54)
Faixa etária (anos) **				
18 - 44	25 (23,8)	80 (76,2)		
45 - 64	18 (33,3)	36 (66,7)	1,60	(0,73 - 3,50)
≥ 65	17 (54,8)	14 (45,2)	3,89	(1,56 - 9,79)
Escolaridade (anos de estudo)				
≥ 5	11 (23,9)	35 (76,1)		
1 - 4	27 (31,4)	59 (68,6)	1,46	(0,60 - 3,58)
0	22 (37,9)	36 (62,1)	1,34	(0,63 - 2,85)
Ocupação **				
Agricultura ou pecuária	12 (19,0)	51 (81,0)		
Outras ocupações ou estudante	25 (29,4)	60 (70,6)	1,77	(0,76 - 13,63)
Aposentado ou pensionista	23 (54,8)	19 (45,2)	5,14	(1,98 - 13,63)
Número de eletrodomésticos na casa ^a **				
Nenhum ou 1	3 (13,6)	19 (86,4)		
2 a 3	12 (24,5)	37 (75,5)	2,05	(0,45 - 10,49)
4 ou mais	45 (37,8)	74 (62,2)	3,85	(1,04 - 21,28)
Rendimento mensal familiar <i>per capita</i> ^b **				
< R\$207,50	29 (25,4)	85 (74,6)		
≥ R\$207,50	31 (40,8)	45 (59,2)	2,02	(1,04 - 3,95)
Estado de saúde deficiente				
Sim	28 (38,9)	44 (61,1)	1,71	(0,87 - 3,35)
Não	32 (27,1)	86 (72,9)		
HAS referida **				
Sim	34 (77,3)	10 (22,7)	15,69	(6,45 - 39,09)
Não	26 (17,8)	120 (82,2)		
Presença de queixas ou sintomas				
Sim	34 (37,4)	57 (62,6)	1,67	(0,86 - 3,25)
Não	26 (26,3)	73 (73,7)		
Restrição de atividades habituais				
Sim	14 (45,2)	17 (54,8)	2,02	(0,86 - 4,76)
Não	46 (28,9)	113 (71,1)		

Nota: ^a Televisão, DVD, aparelho de som, rádio, tanquinho, máquina de lavar, geladeira, batedeira e liquidificador; ^b Salário mínimo vigente = R\$415,00; HAS: Hipertensão arterial sistêmica; * $p < 0,05$; ** $p < 0,001$ (Teste Qui-quadrado de Pearson).

TABELA 11

Freqüência, *Odds Ratio* (OR) e Intervalo de Confiança (IC 95%) dos fatores socioeconômicos, demográficos e necessidades de saúde em relação à utilização dos serviços de saúde (exceto para receber medicamentos anteriormente prescritos) nos últimos 30 dias anteriores à pesquisa. Caju, 2009 (n=190).

Variáveis	Utilização (exceto para receber medicamentos)			
	Sim n (%)	Não n (%)	OR	IC (95%)
Sexo				
Masculino	10 (11,0)	81 (89,0)		
Feminino	20 (20,2)	79 (79,8)	2,05	(0,85 - 5,05)
Faixa etária (anos)				
18 - 44	20 (19,0)	85 (81,0)		
45 - 64	6 (11,1)	48 (88,0)	0,53	(0,18 - 1,53)
≥ 65	4 (12,9)	27 (87,1)	0,63	(0,17 - 2,29)
Escolaridade (anos de estudo)				
≥ 5	8 (17,4)	38 (82,6)		
1 - 4	15 (17,4)	71 (82,6)	1,00	(0,36 - 2,87)
0	7 (12,1)	51 (87,9)	0,65	(0,19 - 2,21)
Ocupação				
Agricultura ou pecuária	8 (12,7)	55 (87,3)		
Outras ocupações ou estudante	17 (20,0)	68 (80,0)	1,72	(0,64 - 4,73)
Aposentado ou pensionista	5 (11,9)	37 (88,1)	0,93	(0,24 - 3,47)
Número de eletrodomésticos na casa ^a				
Nenhum ou 1	2 (9,1)	20 (90,0)		
2 a 3	4 (8,2)	45 (91,8)	0,89	(0,12 - 7,69)
4 ou mais	24 (20,2)	95 (79,8)	2,53	(0,51 - 16,81)
Rendimento mensal familiar <i>per capita</i> ^b				
< R\$207,50	19 (16,7)	95 (83,3)		
≥ R\$207,50	11 (14,5)	65 (8,5)	0,58	(0,24 - 1,41)
Estado de saúde deficiente				
Sim	14 (19,4)	58 (80,6)	1,54	(0,65 - 3,62)
Não	16 (13,6)	102 (86,4)		
HAS referida				
Sim	7 (15,9)	37 (84,1)	1,01	(0,36 - 2,74)
Não	23 (15,8)	123 (84,2)		
Queixas ou sintomas ^{**}				
Sim	20 (22,0)	71 (78,0)	2,51	(1,03 - 6,18)
Não	10 (10,1)	89 (89,9)		
Restrição de atividades ^{**}				
Sim	10 (32,3)	21 (67,7)	3,31	(1,24 - 8,74)
Não	20 (12,6)	139 (87,4)		

Nota: ^a Televisão, DVD, aparelho de som, rádio, tanquinho, máquina de lavar, geladeira, batedeira e liquidificador; ^b Salário mínimo vigente = R\$415,00; HAS: Hipertensão arterial sistêmica; * $p < 0,05$; ** $p < 0,001$ (Teste Qui-quadrado de Pearson).

5.4.2 Análise multivariada dos fatores relacionados à utilização dos serviços de saúde

Com a intenção de determinar o efeito independente da associação entre as covariáveis que apresentaram um nível de significância de $p < 0,20$ e a utilização dos serviços de saúde nos últimos 30 dias foram realizadas duas análises multivariadas distintas. Em uma análise, considerou-se todos os motivos de utilização nos últimos 30 dias, incluindo o recebimento de medicamentos, uma vez que este representou o principal motivo para a utilização no período estudado. Em outra, não foram incluídas as utilizações para o recebimento de medicamentos anteriormente prescritos, por que na maioria dos estudos sobre o tema o recebimento de medicamento não é considerado para o cálculo da utilização.

No modelo final de regressão logística binária para utilização dos serviços de saúde nos últimos 30 dias, considerando todos os motivos apontados pelos entrevistados, foram incluídas as covariáveis faixa etária, ocupação, número de eletrodomésticos na casa, rendimento familiar mensal *per capita*, estado de saúde auto-referido, hipertensão arterial sistêmica referida (HAS), queixas ou sintomas de doenças e restrição de atividades habituais. Após o ajuste do modelo de regressão logística observou-se que a utilização de serviços de saúde na área rural estudada, considerando o recebimento de medicamentos anteriormente prescritos, apresentou relação estatisticamente significativa com a condição econômica e presença de HAS. Aqueles que residiam em casas com quatro ou mais eletrodomésticos utilizaram mais os serviços de saúde no período estudado (OR 5,72; IC 1,23 – 26,54) bem como aqueles portadores de HAS (OR 19,91; 8,02 – 49,41) (TAB. 12).

TABELA 12

Modelo final de regressão logística para utilização dos serviços de saúde considerando todos os motivos nos últimos 30 dias anteriores à pesquisa. Caju, 2009 (n=190).

Variáveis	OR	IC (95%)	Valor de p
Número de eletrodomésticos na casa ^a			
Nenhum ou 1	1,00		
2 a 3	1,87	(0,36 - 9,67)	0,456
4 ou mais	5,72	(1,23 - 26,54)	0,026
HAS referida			
Sim	19,91	(8,02 - 49,41)	0,000
Não	1,00		

Nota: ^a Televisão, DVD, aparelho de som, rádio, tanquinho, máquina de lavar roupas, geladeira, batedeira e liquidificador; HAS: hipertensão arterial sistêmica; Teste Hosmer and Lemeshow: $p=0,995$; OR: *Odds Ratio*; IC: Intervalo de Confiança.

Desconsiderando-se o recebimento de medicamentos anteriormente prescritos, no modelo final de regressão para a utilização dos serviços de saúde nos últimos 30 dias, foram incluídas as covariáveis sexo, queixas ou sintomas de doenças e restrição de atividades habituais. Após ajuste do modelo, apenas a variável restrição de atividades habituais manteve associação significativa com a utilização dos serviços (OR 3,84; 1,53 – 9,74) (TAB. 13).

TABELA 13

Modelo final de regressão logística para utilização dos serviços de saúde (exceto para receber medicamentos anteriormente prescritos) nos últimos 30 dias anteriores à pesquisa. Caju, 2009 (n=190).

Variáveis	OR	IC (95%)	Valor de p
Número de eletrodomésticos na casa ^a			
Nenhum ou 1	1,00		
2 a 3	0,85	(0,14 - 5,20)	0,860
4 ou mais	2,84	(0,60 - 13,50)	0,189
Restrição de atividades habituais			
Sim	3,84	(1,53 - 9,74)	0,004
Não	1,00		

Nota: ^a Televisão, DVD, aparelho de som, rádio, tanquinho, máquina de lavar roupas, geladeira, batedeira e liquidificador; Teste Hosmer and Lemeshow: $p=0,995$; OR: *Odds Ratio*; IC: Intervalo de Confiança.

5.5 Fatores relacionados a não utilização dos serviços de saúde

Das pessoas que não procuraram os serviços de saúde nos últimos 30 dias anteriores à entrevista, 67,2% não o fizeram por não terem percebido necessidades durante o período investigado. Entretanto, aquelas que manifestaram alguma necessidade, ou seja, as que relataram restrição de atividades habituais por motivo de saúde, presença de alguma queixa ou sintoma de doença ou estado de saúde deficiente no momento da entrevista, 58,2% não procuraram serviços de saúde para atendimento.

Dos motivos para não procurarem os serviços, mesmo percebendo as necessidades, foi apontada a falta de profissionais para atendimento (25,2%) e o uso de medicações caseiras ou automedicação (20,4%). Também foram apontados como motivos, em menor frequência, a incompatibilidade dos serviços disponíveis com as necessidades apresentadas (4,7%), a falta de dinheiro (3,2%), o horário incompatível de funcionamento do posto de saúde (3,2%), distância dos serviços de saúde (3,2%) e dificuldades de transporte (3,2%). Dificuldades para mobilidade física foram apontadas por 3,2% dos casos e 4,7% considerou que as queixas não eram graves.

O percentual de indivíduos não atendidos na primeira vez que procuraram serviços de saúde no período estudado foi de 7,7%. Os motivos informados para o não atendimento foram a falta de vaga ou por não terem conseguido senha, não haver médico atendendo, ou não ter o medicamento procurado. Analisando a última vez procurada por aqueles que o fizeram por duas vezes ou mais, 5,3% não foram atendidos na última procura, e o motivo apontado foi novamente a falta de profissionais para o atendimento.

6 DISCUSSÃO

6.1 Acesso aos serviços de saúde

O percentual de pessoas que procuram um mesmo serviço de saúde quando necessitam de atendimento tem sido analisado como uma característica do acesso (BINDMAN *et al.*, 1995; MATHEWS; EDWARDS, 2004; MATHEWS; EDWARDS, 2004; MARIOLIS, *et al.*, 2004; MENDONZA-SASSI *et al.*, 2003; PINHEIRO *et al.*, 2002; IBGE, 2005; 2010; RAMOS; LIMA, 2003; STEIN, 1998; TRAVASSOS; VIACAVA, 2007). Ter um serviço de saúde de uso regular pode ser considerado um elemento importante da qualidade da atenção, vinculado à continuidade da assistência e à relação entre profissional de saúde e paciente (ADAY; ANDERSEN, 1974; PHILLIPS, *et al.*, 1998). Para Travassos *et al.* (2000) as diferenças na atitude de procurar serviços de saúde, obter acesso e se beneficiar com o atendimento recebido refletem as desigualdades individuais no risco de adoecer e morrer, bem como diferenças no comportamento do indivíduo perante a doença, além das características da oferta de serviços que cada sociedade disponibiliza para seus membros.

Neste estudo, a maioria dos indivíduos relatou procurar algum serviço de saúde quando percebem problemas com a própria saúde, entretanto, foi observado que é comum a procura por mais de um serviço, não tendo um único serviço de uso regular. O principal serviço procurado foi o único posto de saúde do povoado, sendo, os outros, os serviços do centro urbano de Jequitinhonha ou de outros municípios, que vão da atenção primária à hospitalar e farmacêutica. Em estudo desenvolvido por Mathews e Edwards (2004) os indivíduos de áreas rurais, em sua grande maioria, também não tinham um único serviço de saúde de uso regular. Para o Brasil em geral, o levantamento suplementar de saúde da PNAD 2008 estimou que 73,6% da população normalmente procurava o mesmo serviço de saúde quando precisavam de atendimento (IBGE, 2010).

Dentre os fatores que podem ter interferido no tipo e no número de diferentes serviços de saúde habitualmente procurados, podem estar o horário de funcionamento dos serviços, os custos do cuidado requerido e a disponibilidade do profissional para o atendimento. A oferta de atendimento no posto de saúde local,

como pôde ser observada nos 30 dias anteriores a esta pesquisa é, muitas vezes, afetada por aspectos organizacionais que fazem com que a população com necessidade de atendimento tenha que se deslocar com freqüência a longas distâncias em busca do cuidado em diferentes serviços. Em função disso, pode haver uma facilidade ou dificuldade no acesso ao serviço buscado e essas experiências passam a interferir diretamente nas próximas decisões de procura. Assim, quando questionadas sobre em quais serviços de saúde costumam procurar atendimentos, estas pessoas referiram-se a um leque maior serviços possíveis.

Dentre os aspectos organizacionais que afetam a disponibilidade de atendimento no serviço local de Atenção Primária a Saúde (APS), pode ser citado a rotatividade dos profissionais de saúde, principalmente de médicos; o número de profissionais disponíveis no município, muitas vezes insuficiente, não sendo possível remanejamento em períodos de férias e a extensão territorial das áreas cobertas pela equipe do Programa Saúde da Família (PSF) na área rural, agravada pelas características topográficas do município e das precárias vias de acesso.

Para Ramos e Lima (2003) a possibilidade de consultar um profissional de saúde definido, que atue em atenção primária, está relacionada a um melhor acesso aos serviços de saúde. Dessa forma, na população estudada, mesmo contando com um serviço de APS próximo de casa, pode-se afirmar que o acesso não foi plenamente garantido, uma vez que a população apontou com freqüência serviços de saúde mais distantes que são habitualmente procurados em casos de problemas que poderiam ser resolvidos no posto de saúde local.

O hábito de procurar ou não serviços de saúde em casos de necessidades podem estar relacionado tanto aos fatores culturais quanto às dificuldades para o acesso aos serviços. Neste contexto, Campbell *et al.* (2006) afirmam que as barreiras percebidas para acessar os serviços de saúde podem afetar as decisões de procura por cuidados e diante dessas barreiras, alguns indivíduos desenvolvem alternativas para contorná-las. Neste estudo, a população revelou como práticas comuns em casos de problemas de saúde o uso de medicação caseira e da automedicação e, em menor proporção o tratamento com benzedeiros ou curandeiros.

A preferência por cuidados tradicionais, de acordo com O'Donnell (2007), deriva de atitudes arraigadas que refletem normas culturais e sociais de uma

comunidade, que são influenciadas pelo ambiente socioeconômico. Especificamente em áreas rurais o uso de remédios caseiros está relacionado tanto ao comportamento e tradições de seus residentes quanto ao menor acesso aos cuidados de saúde (ARCURY *et al.*, 2004). Na população deste estudo a medicina caseira, baseada principalmente nas ervas medicinais que, segundo Queiroz (1993), compreende as várias qualidades da planta ou parte das plantas, tais como raízes, folhas, troncos e sementes, são consideradas de efeito terapêutico e usadas como chás, banhos ou unguentos por quase metade dos indivíduos. Observou-se que as ervas foram consumidas geralmente como parte do tratamento ou como o tratamento exclusivo.

O consumo medicamentos caseiros foi maior do que o consumo de medicamentos industrializados sem prescrição médica (25,8%) e, em várias situações, foi relatada uma associação com estes últimos. Este resultado foi semelhante ao descrito por outros estudos, como o desenvolvido por Arcury *et al.* (2005) em uma área rural dos Estados Unidos da América (EUA), onde o consumo de remédios caseiros chegou a 45,7% da população adulta e foi maior que a automedicação. De acordo com Queiroz (1993) a razão da persistência do uso destes medicamentos caseiros, até certo ponto, complementa os vazios deixados pela medicina oficial, como por exemplo, os mal-estares e indisposições consideradas não graves, ou algumas doenças para as quais os médicos de postos de saúde em geral, deixam de medicar, principalmente porque não existem meios de cura simples disponíveis.

Caracterizada por medicina religiosa, a procura por benzedeiros ou curandeiros em casos de problemas de saúde foi evidenciada como prática comum a 7,4% dos indivíduos. Baseada na benzedura, esta prática utiliza-se de tradicionais rituais do catolicismo popular e do espiritismo Kardecista para os atendimentos (QUEIROZ, 1993). Para este mesmo autor, apesar do grande prestígio que a medicina oficial usufrui, em muitas áreas ela não é considerada plenamente adequada para certas disfunções, como por exemplo, certas doenças infantis, algumas doenças crônicas de difícil tratamento e doenças ou mal-estares psiquiátricos em geral. No mesmo sentido, para Garro e Young (1983) as crenças tradicionais e a procura por curandeiros nas áreas rurais persistem porque satisfazem necessidades não atendidas pelo sistema formal de saúde. Para estes

últimos autores, a persistência de uma orientação tradicional e não científica nos casos de enfermidades entre os grupos rurais pode ser conseqüência da dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

A automedicação, um importante fator que contribui para colocar o paciente ainda mais distante do controle por profissionais de saúde se mostrou tão importante que as farmácias privadas representaram o terceiro tipo de serviço de saúde habitualmente mais procurado. Segundo Paulo e Zanine (1988), a automedicação é caracterizada fundamentalmente pela iniciativa de um doente, ou de seu responsável, em obter e utilizar um produto que acredita lhe trará benefícios no tratamento de doenças ou alívio de sintomas. Para Arrais *et al.* (1997) a automedicação inadequada, tal como a prescrição errônea, pode ter como conseqüência efeitos indesejáveis, enfermidades iatrogênicas e mascaramento de doenças evolutivas, representando, portanto, problema a ser prevenido.

A prática da automedicação pode está correlacionada, além do aspecto cultural, à dificuldade de acesso aos serviços de saúde, cuja oferta é heterogeneamente estruturada e distribuída, constituindo ela mesma fator gerador de desigualdades (CAMPOS *et al.*, 1985; GERHARDT, 2006). Segundo Gerhardt (2006), a prática da automedicação e a adoção de cuidados tradicionais aumentam inversamente à diminuição na procura de serviços de saúde. As conseqüências dessa conduta podem ser várias, tais como as decorrentes do abuso de drogas, a piora dos sintomas da doença causando complicações, atraso no início do tratamento adequado e impacto na qualidade de vida. Além disso, podem aumentar a carga de doenças e prejudicar a saúde da população, implicando em mudanças no monitoramento de doenças infecciosas e endêmicas. Como exemplo, Reis (2009) estudando o acesso ao diagnóstico e tratamento da esquistossomose em região próxima à localidade deste estudo, concluiu que seu uso pode ter influenciado negativamente a procura pelos serviços.

Neste estudo foi considerado também a cobertura por plano de saúde, que, segundo Travassos *et al.* (2000) é uma das dimensões para a análise da equidade no uso de serviços de saúde. Em Caju, apenas 5,8% dos entrevistados possuíam plano de saúde, considerando os planos de descontos da rede de serviços médicos locais, descritos anteriormente. Esta baixa cobertura é esperada em regiões rurais e é geralmente menor do que a cobertura nas regiões urbanas

(KASSOUF, 2005; ORMOND *et al.*, 2000; PINHEIRO *et al.* 2002; IBGE, 2010; TRAVASSOS; VIACAVA, 2007). Isso se confirma o no município de Jequitinhonha, em que a cobertura por plano de saúde na população urbana foi de 20,0% (DUTRA, 2009).

Vale ressaltar que na população deste estudo a cobertura por plano de saúde foi menor ainda que a proporção coberta nas áreas rurais do Brasil, considerando os dados da PNAD 2008. Se na análise considerarmos os planos de saúde sem os planos de descontos, temos uma cobertura de apenas 1,6%, enquanto que, os dados da PNAD 2008 mostraram uma cobertura de 6,7% em áreas rurais brasileiras (IBGE, 2010). A baixa cobertura por planos de saúde na população rural estudada pode estar, em parte, relacionada ao contexto de desenvolvimento econômico local, uma vez que, no Brasil, em geral, o responsável pelo pagamento do plano de saúde está relacionado a uma fonte empregadora (IBGE, 2010), e na região deste estudo empresas empregadoras são em número muito reduzido.

A análise do gasto privado com planos de saúde ou de descontos e da cobertura oferecida também merece reflexão, pois as diferenças observadas estão associadas a contratos distintos, mais restritos nos casos dos que gastam menos. Aqueles que pagam valores inferiores têm direito a um elenco mais reduzido e menos diversificado de serviços que aqueles que pagam valores maiores. Quanto à cobertura, se considerarmos apenas aqueles planos que cobrem internações hospitalares, a proporção da população estudada coberta foi de apenas 1,6%, indicando que menos de um terço dos indivíduos cobertos tem direito a internação, número bastante inferior ao descrito para o território nacional, onde 88,9% dos planos oferecem um pacote que cobre internações (IBGE, 2010).

Pelo exposto e considerando que no Brasil a cobertura por plano de saúde é um indicador do acesso aos serviços de saúde pode-se afirmar que, de maneira geral, a população deste estudo tem uma menor capacidade de obter acesso aos cuidados com a saúde. Os dados mostraram que a comunidade foi igualmente afetada, pois iniquidades internas na posse de planos de saúde não foram observadas com as variáveis estudadas.

Quanto ao acesso à consulta com profissional de saúde, 65,8% dos indivíduos estudados consultou, pelo menos uma vez, nos últimos 12 meses

anteriores à entrevista, com médico ou enfermeiro. Para Millman (1993) o acesso a consultas com profissionais de saúde objetiva reduzir os efeitos das doenças e o prolongamento da vida.

Em estudo de revisão sistemática sobre o tema, Mendonza-Sassi e Béria (2001) encontraram que a cobertura de consultas em um ano variou de 60,0 a 70,0% entre os diferentes países estudados. Especificamente em populações rurais, estudos apontam menor acesso a consultas do que em regiões urbanas (FARMER *et al.*, 2006; MRISHO *et al.*, 2009; IBGE, 2010; TRAVASSOS; VICAVA, 2007). No Brasil rural, segundo dados da PNAD (2008), 59,5% da população compareceram a consultas no período de um ano, ao passo que na população urbana este percentual chegou a 67,7%. Apesar do acesso a consultas na área rural estudada ter sido maior do que o descrito para o Brasil rural, ainda houve uma diferença entre áreas urbana e rural dentro do próprio município, em que 86,0% da população urbana acessaram consultas com profissional de saúde em um período de 12 meses (DUTRA, 2009).

Além dos fatores relacionados à oferta de serviços de saúde, a distância e as condições de acesso geográfico podem ter contribuído para a menor taxa de consultas na região rural do município. Mas, apesar dessa diferença entre a área urbana e rural, em números brutos, o acesso a consultas está de acordo com o descrito na literatura (PINHEIRO *et al.*, 2002). Porém, mesmo que o sistema local de saúde mantenha uma alta cobertura de consultas, não podemos afirmar que o acesso a consultas especializadas tenha sido adequado nem que a consulta se deu em um momento oportuno. Para Travassos e Viacava (2007) o acesso limitado a serviços de complexidade intermediária no SUS e as barreiras financeiras para o acesso a médicos especialistas em consultórios privados resultam em agravamento desnecessário do estado de saúde e maior demanda aos hospitais.

A média anual de consultas nas especialidades básicas por habitante é um dos indicadores propostos pelo Ministério da Saúde para avaliar a acessibilidade aos serviços de atenção básica (BRASIL, 2003). De maneira geral, verificou-se que a média de duas consultas anuais encontrada na população estudada foi inferior à descrita em outros estudos. Na mesma revisão citada acima, Mendonza-Sassi e Béria (2001) encontraram que para os diferentes países onde se realizaram este tipo de estudo, a média foi de 03 a 04 consultas por ano. Porém, a média de consultas

encontrada neste estudo foi semelhante à média de consultas anuais a médicos em áreas rurais brasileiras segundo dados da PNAD (2003).

Os resultados deste estudo mostraram que as mulheres tiveram significativamente mais acesso a consultas com profissionais de saúde que os homens tanto na análise bivariada quanto na multivariada. Esta relação entre gênero e consultas médicas em áreas rurais, favorável às mulheres, é também descrita por outros estudos (FARMER, 2006; KASSOUF, 2005; PARKERSON *et al.*, 1995; PINHEIRO *et al.*, 2002; TRAVASSOS; VIACAVA, 2007). Este resultado pode, em parte, ser explicado pelo fato de mulheres visitarem com mais frequência os serviços para atendimentos preventivos que os homens (VERBRUGGE, 1989). Outra possível explicação são as diferenças de gênero na saúde em áreas rurais, nas quais as mulheres relatam mais morbidade e problemas psicológicos que os homens (KASSOUF, 2005; PINHEIRO *et al.*, 2002), apesar de que, nesta população estudada nenhuma das condições de saúde foi estatisticamente associada ao gênero.

Quanto às características ocupacionais, maior acesso a consultas com profissionais de saúde foi observado entre os indivíduos considerados com outras ocupações neste estudo. Esta relação foi percebida apenas na análise bivariada, não se mantendo após o ajuste do modelo de regressão logística. Uma possível explicação para esse resultado é o fato de que metade destes indivíduos declarou atividades do lar como ocupação, que pode, assim, ter sofrido indiretamente as influências do gênero. Arcury *et al.* (2005) também encontrou que indivíduos com ocupações domiciliares tiveram mais visitas para cuidados regulares e crônicos, e relacionou o resultado às características femininas, predominantes neste grupo.

Por outro lado, menor acesso às consultas com profissionais de saúde durante o último ano foi observado entre os trabalhadores na agricultura ou pecuária. Uma possível explicação para esse resultado é que indivíduos com atividades laborais pesadas, como é o caso da agricultura e pecuária, apresentaram melhores condições de saúde do que aqueles com outras ocupações ou atividades na população estudada, necessitando, teoricamente, de menos consultas durante o ano. Outra explicação é o fato de que esses trabalhadores, em geral, trabalham em propriedades de famílias ou pequenas propriedades arrendadas, podendo ser

considerados como autônomos que, segundo Álvarez (2001), têm menos probabilidade de acessarem os serviços de saúde para consultas.

No que se refere à idade e escolaridade, não foram encontradas associações com o acesso a consultas com profissionais de saúde. Em geral, os estudos mostram que indivíduos com idades mais avançadas apresentam maiores taxas de consultas (CAPILHEIRA; SANTOS, 2006; BARATA *et al.*, 2007). Em relação à escolaridade, os resultados na literatura são controversos. Alguns estudos apontam sua relação com o acesso a consultas (COSTA; FACCHINI, 1997; MENDONZA-SASSI *et al.*, 2003), porém outros, não evidenciam tal relação (CAPILHEIRA; SANTOS, 2006). Mendonza-Sassi e Béria (2001) afirmaram, em revisão sistemática, que a educação teve um efeito positivo consistente apenas quando se tratava de consultas preventivas.

De igual maneira a renda familiar também não foi determinante para o acesso a consultas com profissionais de saúde, apesar de ser apontada como importante em alguns estudos (IBGE, 2005; CAPILHEIRA; SANTOS, 2006; FALKINGHAM, 2004). Porém, demonstrando a importância do apoio social no acesso a cuidados de saúde para esta população, as pessoas que afirmaram já terem recebido ajuda para acessarem os serviços de saúde, foram as que significativamente apresentaram maior taxa de consultas com profissionais de saúde no ano (OR 2,40; IC 1,05 – 5,62). Segundo Phillips e McLeroy (2004) áreas rurais têm muitos pontos fortes, incluindo densas redes sociais, laços sociais de longa duração e compartilhamento de experiências de vida, que na população estudada pode ter influenciado positivamente no acesso a consultas durante o último ano.

Os resultados mostraram, também, que os indivíduos com doenças crônicas acessaram mais os serviços de saúde para consultas com profissionais de saúde, o que é corroborado com a literatura (ALMEIDA *et al.*, 2002; CAPILHEIRA; SANTOS, 2006; PINHEIRO *et al.*, 2002). De acordo com Dias-da-Costa *et al.* (2008a) o manejo das doenças crônicas não transmissíveis exige controle mais intensivo de pacientes aumentando seus contatos com os serviços de saúde, podendo, de certa forma, explicar o maior acesso a consultas observado nessa população.

Dentre as patologias crônicas analisadas, chamou atenção a taxa de consultas 2,4 vezes maior para os hipertensos em relação aos não portadores da

doença. Outros estudos sobre o acesso aos serviços de saúde também mostraram associação positiva com presença ou referência de hipertensão arterial (BARROS *et al.*, 2006; CAPILHEIRA; SANTOS, 2006; COSTA; FACCHINI, 1997). Pessoas com duas ou mais doenças crônicas também tiveram maior acesso a consultas (OR 3,80; IC 1,10 – 17,26).

Para cada indivíduo a busca de atenção à saúde depende da patologia propriamente dita (fator objetivo), com todas suas características clínicas de sinais e sintomas, e do significado atribuído à doença pelo paciente (fator subjetivo) (CAPILHEIRA; SANTOS, 2006). Segundo esses autores, o aspecto subjetivo do processo saúde-doença pode ser abordado pela percepção de saúde dos indivíduos. Nesse sentido, os resultados encontrados neste estudo confirmam maior acesso a consultas para os indivíduos que perceberam seu estado de saúde como deficiente, o que está de acordo com outros estudos (BARATA *et al.*, 2007; PARKERSON *et al.*, 1995).

Em relação ao acesso a internação hospitalar nos último 12 meses anteriores à entrevista vale ressaltar que se trata de um importante objeto de pesquisa em serviços de saúde para o Brasil, face ao grande volume de recursos empregados e face à proposta do Sistema Único de Saúde (SUS) de atender eqüitativamente. Além disso, pode ser considerada uma medida do potencial de acesso aos cuidados de saúde (BINDMAN *et al.*, 1995).

Segundo dados da PNAD (2008) cerca de 13,5 milhões de pessoas tiveram uma ou mais internações hospitalares no ano pesquisado, correspondendo a um coeficiente de internação de 7,1 por 100 habitantes. Especificamente em populações rurais a mesma pesquisa no ano de 2003 estimou um coeficiente 6,9 internações para cada 100 pessoas. Nossos resultados mostraram um coeficiente consideravelmente maior, de 11,6 internações para cada 100 pessoas estudadas.

Como se sabe, no Brasil as taxas de internação hospitalar são semelhantes nas áreas urbanas e rurais (PINHEIRO *et al.* 2002; IBGE, 2005; TRAVASSOS; VIACAVA, 2007). Assim, o que se observa em Jequitinhonha é que a taxa de internação tanto na área rural quanto na urbana (16,0%) foram elevadas, conforme estudo desenvolvido por Dutra (2009).

Segundo Bindman *et al.* (1995) o uso inapropriado de hospitais pode estar relacionado a problemas de acesso aos serviços de APS. Assim, no caso desta

população estudada, o acesso deficiente aos serviços de APS pode ter contribuído para uma maior taxa de internações. Confirmando essa relação, Arcury *et al.* (2004) encontrou uma associação negativa entre a oferta de serviços primários de saúde e a procura por serviços hospitalares, e argumentaram que este achado foi coerente com os princípios dos cuidados preventivos, ou seja, um melhor acesso aos cuidados primários pode evitar a necessidade de cuidados agudos, que no caso da população estudada reflete diretamente na utilização dos serviços hospitalares.

Castro *et al.* (2002) afirmaram que a influência das necessidades de saúde sobre o uso de serviços depende de como a oferta de serviços se organiza em diferentes áreas. Desse modo, esta alta taxa de internação encontrada na população estudada pode ser um reflexo das condições de acesso (ou não) aos serviços de APS no povoado do Caju. Na comunidade estudada, a baixa resolutividade efetiva do serviço local de APS, devido em parte à carência de profissionais, pode ter contribuído para o aumento da demanda por serviços hospitalares. Essa demanda hospitalar induzida, provavelmente pela oferta deficiente na APS, conforme analisa Castro *et al.* (2006), sinaliza que certo número de internações poderiam ser evitadas, permitindo que os recursos hospitalares fossem aplicados em outros serviços.

Uma maior disponibilidade de atendimento na atenção básica e ambulatorial poderia contribuir preventivamente para evitar essas admissões hospitalares, uma vez que, as reformas no sistema de saúde brasileiro nas décadas de 1980 e 1990 objetivaram, em geral, diminuir o consumo de cuidados hospitalares. Além do mais, depois da criação do PSF, patologias antes tratadas em regime hospitalar, hoje são passíveis de tratamento ambulatorial ou domiciliar. Por outro lado, considerando apenas a influência da oferta de serviços hospitalares no município, percebe-se a importância da capacidade local de internação como facilitadora do acesso a este serviço.

O estudo da distribuição proporcional das causas de internações hospitalares é também importante, pois pode subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a assistência médico-hospitalar. Avaliando os grupos de causas de internação hospitalar na comunidade percebeu-se um predomínio das internações para tratamento clínico, que são, em geral, decorrentes de complicações e agravamento de doenças crônicas não

transmissíveis, passíveis de acompanhamento contínuo para controle em serviços de APS.

É esperado, segundo o Ministério da Saúde, que um quarto das internações realizadas no SUS seja para atendimento ao parto, gravidez e puerpério (BRASIL, 2007). Porém, nossos resultados mostraram que as internações decorrentes de atendimentos ao parto apresentaram números inferiores ao esperado pelo Ministério da Saúde, indicando que pode haver deficiência no acesso das gestantes a esses atendimentos. Em parte, essa deficiência no acesso pode ser relacionada à falta de uma agenda definida para atendimentos de pré-natal no serviço de APS local. Outra questão crítica é que, por várias vezes a gestante precisa se submeter a longa viagem e a dificuldade de transporte até o centro urbano de Jequitinhonha para exames e consultas o que compromete a continuidade do acompanhamento. Além disso, no momento de dar a luz, muitas vezes essas gestantes são encaminhadas às pressas a outros centros mais próximos, como Medina e Itaobim, contribuindo para a diminuição da taxa de internação por parto no município.

Nenhum dos fatores demográficos estudados apresentou associação estatisticamente significativa com o acesso a internações hospitalares. Em relação aos fatores socioeconômicos, o acesso a internações hospitalares nos últimos 12 meses foi estatisticamente associado à ocupação e ao suporte social. Maior acesso a internação foi observado entre os indivíduos aposentados ou pensionistas e entre aqueles que afirmaram já terem recebido algum auxílio no acesso aos serviços de saúde. A escolaridade e a renda mensal familiar *per capita* não foram estatisticamente significantes. De acordo com Castro *et al.* (2005) a pouca importância relativa das medidas de renda e educação na explicação da ocorrência de internações hospitalares é em parte explicada pela necessidade de saúde.

A influência do recebimento de ajuda de terceiros no acesso a internação hospitalar, confirma, tal qual o observado para o acesso a consultas com profissional de saúde no último ano, a importância do apoio social de pessoas da própria comunidade no acesso à saúde. Esse apoio, principalmente como acompanhantes e na ajuda com transporte, reflete certas dificuldades ao acesso inerentes a esta população que vão desde a dificuldade de locomoção até de adaptação em localidades diferentes da de moradia. Muitas vezes o acompanhamento é

necessário, ou imprescindível, por questões ligadas até mesmo à falta de leitura e ao desconhecimento de como os serviços de saúde se organizam fora do povoado.

A maior taxa de internação na população de aposentados e pensionistas, observada apenas na análise bivariada, pode estar relacionada ao fator idade. Para Travassos e Viacava (2007) um acesso limitado a serviços em áreas rurais e as barreiras financeiras no acesso a médicos especialistas em consultórios privados resultam em agravamento desnecessário do estado de saúde dos idosos e maior demanda aos hospitais.

No que diz respeito às necessidades de saúde, nossos resultados mostraram que necessidades de saúde auto-referidas também foram fatores explicativos importantes no acesso aos serviços hospitalares. Segundo Castro *et al.* (2005) as necessidades de saúde, quando percebidas pelo indivíduo ou pelo profissional de saúde, podem dar origem à demanda por serviços de saúde ambulatoriais ou hospitalares. Neste sentido, na população estudada uma auto-avaliação deficiente do estado de saúde mostrou-se associada estatisticamente a uma maior taxa anual de internação, tanto na análise bivariada quanto na multivariada. Embora os mesmos fatores que dificultam o acesso aos serviços de APS possam dificultar o acesso à internação, a deterioração da saúde relacionada à falta de atendimento preventivo provavelmente cria uma necessidade de cuidados agudos que supera as barreiras em termos de acesso aos cuidados hospitalares (BINDMAN *et al.*, 1995). Outros estudos também relacionaram maior taxa de internação com um pior estado de saúde (BARATA *et al.*, 2007)

A presença de duas ou mais doenças crônicas também aumentou a taxa de internações nos últimos 12 meses. Bindman *et al.* (1995) também analisaram a relação entre taxas de internação e o acesso aos cuidados primários de saúde e concluíram que em comunidades onde as pessoas percebem fraco acesso aos cuidados médicos há maiores taxas de internação por doenças crônicas. Dessa forma, considerando que a população estudada apresenta dificuldades em receber cuidados médicos, podemos afirmar que deficiências no acesso aos serviços de APS determinaram a alta taxa de internação em indivíduos com duas ou mais doenças crônicas.

Condições de saúde crônicas, tais como diabetes e hipertensão, são condições que muitas vezes podem ser controladas com tratamento oportuno e

eficaz em regime ambulatorial evitando-se, assim, maior número de internações. Hospitalizações de indivíduos com doenças crônicas podem indicar um episódio ou até mesmo um declínio permanente do estado de saúde que pode ser decorrente de um precário atendimento na atenção primária. Pelo exposto, como medida do acesso aos serviços APS, a taxa de internação evitável pode fornecer aos gestores e profissionais de saúde responsáveis por uma população definida de pacientes, uma medida da eficácia da atenção prestada.

6.2 Utilização de serviços de saúde

Os resultados aqui discutidos evidenciam a multiplicidade de fatores que influenciaram o padrão de utilização dos serviços de saúde na área rural estudada nos últimos 30 dias.

A taxa geral de utilização dos serviços de saúde foi de 31,6% na população com 18 ou mais anos de idade. Porém, esta taxa caiu para a metade, 15,8%, quando deixamos de considerar os casos de utilização para o recebimento de medicamentos anteriormente prescritos. Uma taxa de utilização bem superior (49,1%) foi encontrada na área urbana do próprio município (DUTRA, 2009).

Estudos que utilizaram os dados da PNAD (2003), que por sua vez não consideraram o recebimento de medicamentos, mostraram taxas de utilização em áreas rurais semelhantes à deste estudo, porém, o período recordatório foi de 15 dias. Travassos e Viacava (2007) encontraram que a proporção de idosos rurais que utilizou os serviços de saúde nos últimos quinze dias anteriores à entrevista, independente das necessidades de saúde apresentadas, foi de 18,1%. Da mesma forma, Kassouf (2005), analisando os determinantes da procura por serviços de saúde em casos de doenças encontrou uma taxa de utilização de 11,8%.

Na população deste estudo, a taxa de utilização foi bem próxima ao percentual de pessoas que buscaram atendimento, uma vez que a grande maioria se considerou atendida (92,3%). Porém, faz-se necessário refletir sobre essa informação, que pode ser indicativa de boa resolutividade dos serviços de saúde utilizados. O alto percentual de pessoas que se consideraram atendidas quando

procuraram os serviços, não necessariamente indica que suas queixas foram plenamente resolvidas.

Dos motivos apontados para a utilização dos serviços de saúde nos últimos 30 dias destacou-se a busca por medicamentos, seguida pela busca motivada por queixas ou sintomas de doenças. A alta taxa de utilização dos serviços de saúde para receber algum medicamento anteriormente prescrito pode, em parte, ser justificada pelo fato de que mais de um quarto dos indivíduos são portadores de hipertensão ou diabetes, em tratamento medicamentoso orientado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2001).

A procura por cuidados terapêuticos por parte do indivíduo ou da família origina-se de situações diversas, sendo a morbidade um fenômeno objetivo e subjetivo, não existindo uma demarcação nítida entre as variações da saúde e da doença (GERHARDT, 2006). Assim, da mesma forma que em nossos resultados, sintomas de algum problema de saúde foram descritos entre as principais razões para visitas a serviços de saúde por uma população rural grega (MARIOLIS *et al.*, 2008). No Brasil, de acordo com Kassouf (2005) uma proporção bem maior de pessoas no meio rural, em relação ao urbano, procura atendimento devido a doenças. Na área estudada, a irregularidade de programas preventivos no serviço local de APS e a distância de outros serviços, aliadas a outros fatores, podem estar determinando a procura por cuidados estritamente nos casos de sintomas ou doenças.

Utilização dos serviços com o propósito de acompanhamento de doenças crônicas também foi observada, sendo caracterizada, principalmente, pela aferição da pressão arterial. Esta é uma prática importante uma vez que, se feita adequadamente e com regularidade, pode servir de base para a estratificação do risco individual associado aos níveis pressóricos e orientar o tratamento medicamentoso. Os registros adequados dessas aferições também são de grande importância, tendo em vista a irregularidade do acompanhamento médico no serviço de APS local, podendo servir de base para uma possível adequação na conduta.

O fato de não se ter encontrado utilização dos serviços de saúde para pré-natal, grupo educativo e reabilitação pode indicar uma oferta inadequada desses atendimentos. Este resultado corrobora com Kassouf (2005) que evidenciou marcantes disparidades na oferta destes serviços entre regiões urbanas e rurais.

Em geral, as pessoas procuraram pelos serviços de saúde por uma ou duas vezes nos últimos 30 dias. Considerando o motivo principal para a procura, aqueles indivíduos com queixas ou sintomas de doenças foram os que relativamente necessitaram de mais procuras, sendo que em 70,0% dos casos foram duas ou mais procuras. Podemos inferir que, com a carência de atendimento médico no posto de saúde da localidade, as pessoas necessitaram voltar a procurar os serviços de saúde, por não terem suas queixas plenamente resolvidas na primeira procura.

A distribuição proporcional da utilização segundo o tipo de serviço utilizado mostrou-se dependente da oferta, sendo que a maioria dos indivíduos utilizou o posto de saúde local e o restante, os serviços das áreas urbanas. Resultado inverso foi encontrado por Kassouf (2005) onde a maioria procurou na área urbana, enquanto que uma minoria o fez no meio rural. Essa maior utilização no próprio meio rural estudado pode ser um reflexo da disponibilidade do posto de saúde na comunidade que, mesmo não tendo atendimento médico freqüente, funciona como referência para a comunidade, que busca nos profissionais técnicos de enfermagem uma solução para seus problemas de saúde mais imediatos. Mesmos tendo uma maior oferta e atendimentos mais regulares, na rede de serviços de saúde das áreas urbanas, o acesso desta população é mais difícil em decorrência de diversos fatores, tais como distância, dificuldades financeiras e de transporte, bem como dificuldades de locomoção e fatores organizacionais dos serviços.

Nos deslocamentos em busca de serviços de saúde fora da comunidade estudada, as distâncias variaram de 35 a 70 km. Foi possível perceber a influência da capacidade de mobilidade das pessoas que, segundo Arcury *et al.* (2005), influencia a utilização dos serviços favoravelmente aos mais jovens e com um melhor estado de saúde. Além disso, segundo Brabyn e Barnett (2004) o grupo mais afetado pelas barreiras geográficas em áreas rurais é aquele com maiores necessidades de cuidados, ou seja, os mais velhos e com algum tipo de limitação funcional. Da mesma forma, nossos resultados também indicaram maiores dificuldades de deslocamento em busca do cuidado para a saúde entre as pessoas com idades acima de 65 anos e entre os aposentados ou pensionistas. O fato de pessoas com doenças crônicas, principalmente a hipertensão arterial sistêmica (HAS) terem se deslocado menos às áreas urbanas pode ser, em parte, devido à

disponibilidade dos medicamentos de controle no posto de saúde local, mas também a possíveis dificuldades de mobilidade.

O fato de pessoas com alguns problemas agudos de saúde, como a restrição de atividades habituais nos últimos 30 dias terem utilizado com maior frequência os serviços fora do povoado do Caju pode ser explicado pela falta de atendimento médico regular na comunidade. Durante os 30 dias estudados, houve apenas um dia em que o médico atendeu na localidade e não houve, no mesmo período, nenhum atendimento do profissional enfermeiro.

Voltando à discussão sobre os tipos de serviços de saúde utilizados, a sua distribuição confirma os resultados descritos na literatura (FREDERICKX, 1998; KASSOUF, 2005; TRAVASSOS; VIACAVA, 2007), em que a maior utilização no meio rural ocorreu em serviços de Atenção Primária à Saúde. Travassos e Viacava (2007) justificaram o resultado no contexto brasileiro pelo fato de postos e centros de saúde disponibilizarem atendimentos gratuitos e estarem presentes em vilas e vilarejos subsidiados pelas prefeituras municipais, como no caso do povoado do Caju. Especificamente na população estudada a proximidade de casa e o cadastramento no serviço, além de ser a única opção de atendimento, refletiram na sua escolha como o principal serviço utilizado, independente da disponibilidade do profissional mais indicado para o atendimento. A importância do serviço de APS como única opção para os pacientes de uma área rural bem como a sua proximidade foram apontadas também em outros estudos (HAYNES *et al.*, 2003; MARIOLIS *et al.*, 2008).

As farmácias privadas também foram instâncias importantes de atenção prestada à saúde da população, sendo o segundo serviço mais utilizado no período estudado. A proporção de indivíduos que utilizaram as farmácias neste estudo foi quase três vezes maior que a encontrada por Kassouf (2005) em áreas rurais do Brasil. O fato de a população estudada lançar mão deste recurso com tamanha frequência, possivelmente faz frente às necessidades não atendidas pelos serviços públicos de saúde, uma vez que estes serviços geralmente possuem empregados experientes, porém não habilitados, em diagnóstico e tratamento de doenças. Essas utilizações foram, em geral, para a compra de medicamentos sem a prescrição médica a partir do aconselhamento do balconista.

Podemos perceber também que houve uma inversão entre a assistência farmacêutica e a assistência ambulatorial, teoricamente oferecida pela policlínica municipal e pretendida pelo SUS. A policlínica, que recebeu o mesmo número de pacientes que o hospital e menos pacientes que as farmácias privadas no período estudado, deveria ser o local de referência para esta população que não obteve acesso no serviço de atenção primária de referência, ou seja, no próprio povoado.

Os resultados observados quanto à participação dos serviços hospitalares na utilização se deram predominantemente, por atendimentos em horários que os serviços de atenção básica não funcionam e por um caso de internação. Entretanto a taxa de utilização de serviços hospitalares observada neste estudo foi cinco vezes menor que na população adulta brasileira residente em áreas rurais, de acordo com Kassouf (2005). Essa menor utilização pode ser explicada pelo fato de que a população considera o hospital para atendimentos nos horários em que os serviços de atenção primária não funcionam ou nos finais de semana, que coincidem com um período de maiores dificuldades de transportes, que vão desde a dificuldade de se conseguir um meio de deslocamento a dificuldades para a travessia do rio.

Consultórios particulares não apareceram como serviços utilizados, em parte, podendo ser explicado pela baixa capacidade de compra de serviços de saúde privados pela população estudada em geral. De acordo com Kassouf (2005) os consultórios médicos particulares ou clínicas são visitados com menor frequência por populações rurais em relação à urbana, evidenciando uma maior dependência do sistema público de saúde.

Esta conformação do padrão de utilização segundo o tipo de serviço de saúde, ou seja, maior utilização no serviço de APS local, pode indicar reduzida eficiência e baixa adequação dos cuidados prestados às necessidades da população, uma vez que este serviço não dispunha de uma equipe de saúde completa no período estudado. Esse padrão de utilização pode resultar em cuidados inadequados ou na postergação das possibilidades de tratamento, além de influenciar negativamente as procuras posteriores em casos de necessidades por parte da população ao perceber a inadequação da atenção às suas necessidades.

Buscou-se, neste estudo, analisar também a acessibilidade geográfica através da forma de deslocamento, do tempo de viagem, dos gastos financeiros e da distância entre a comunidade e o serviço de saúde utilizado. Nossos resultados

mostraram que no aspecto geográfico, as barreiras foram mínimas para os indivíduos que utilizaram o serviço de atenção primária local, apresentando-se mais críticas para os casos que necessitaram de atendimentos fora do povoado, já que as despesas, o tempo despendido e as dificuldades com transportes costumam limitar a busca pelo serviço de saúde.

Devido à proximidade do posto de saúde local com a população estudada, aqueles que o utilizaram se deslocaram a pé e gastaram em geral menos de 30 minutos no trajeto entre o domicílio e o serviço. Já para aqueles que utilizaram outros serviços, foram observadas maiores dificuldades, sobretudo em relação aos serviços de saúde localizados no centro urbano do próprio município de Jequitinhonha, levando-se em conta que a distância percorrida foi maior, bem como os gastos financeiros e o tempo de deslocamento, além das barreiras geográficas impostas principalmente pela travessia do rio Jequitinhonha e pela carência de infraestrutura para o transporte. Tanser *et al.* (2006) também encontrou que para os deslocamentos até os serviços de saúde de atenção primária em áreas rurais, sobretudo a caminhada para distâncias curtas e o transporte coletivo para grandes distâncias.

Mesmo assim, o centro urbano de Jequitinhonha foi o principal local de utilização de serviços de saúde fora da comunidade. Entretanto, analisando os fatores que influenciaram a busca de atendimento em outros municípios (decisão própria em dois terços dos casos e a maior rapidez no deslocamento), podemos inferir que a população percebe, no aspecto geográfico, mais facilidade no acesso a estes outros municípios do que em Jequitinhonha. As utilizações em Jequitinhonha, ocorreram principalmente por encaminhamentos. A partir desse resultado pode-se afirmar que a proximidade geográfica entre a população estudada e o serviço de saúde mostrou-se influente, porém, não constitui elemento central determinante de sua escolha, já que este fator não significa garantia de atendimento.

A deficiência em relação a meios de transporte é outro fator que pode inibir a utilização de serviços de saúde em áreas rurais (ARCURY *et al.*, 2005; RAMOS; LIMA, 2003). Confirmando a importância do transporte coletivo ou público na utilização de serviços de saúde em áreas rurais, conforme afirma Arcury *et al.* (2005), para os deslocamentos em busca de atendimentos fora do Povoado do Caju,

o transporte coletivo foi a forma mais utilizada, tendo em vista que a população é pobre.

Nossos resultados mostraram que o gasto médio com o deslocamento para a busca de cuidados foi de R\$16,73 e, se considerarmos que os indivíduos mais pobres foram os que necessitaram com maior frequência de deslocamentos a áreas urbanas para atendimentos, podemos afirmar que o peso dos gastos com transporte para a utilização dos serviços de saúde nos últimos 30 dias foi expressivo. Segundo García-Ubaque e Quintero-Matallana (2008), no deslocamento, dependendo de alguns fatores tais como o estado de saúde do paciente, há a necessidade de um acompanhante e conseqüentemente dinheiro adicional para cobrir o traslado do mesmo, elevando os custos com a viagem.

Em geral, o tempo de espera pelo atendimento foi baixo. O fato de grande parte dos motivos de utilização ter sido para buscar medicamento pode ter influenciado para o baixo tempo demandado para a espera pelo atendimento. Poucos casos apresentaram demora no atendimento, chegando a mais de duas horas em apenas um caso.

Os resultados deste estudo mostraram que na maioria dos casos de utilização (76,6%) esteve envolvida a prescrição de algum medicamento ou a busca de medicamentos anteriormente receitados. Resultado semelhante foi encontrado por Tediosi *et al.* (2008) em área rural, onde, em 76,7% das visitas ao serviço de saúde foi prescrito algum medicamento. Ressalta-se que, uma parcela importante desses indivíduos (quase 40,0%) não conseguiu gratuitamente todos os medicamentos prescritos. Essa proporção de pessoas que não conseguiram obter medicamentos essenciais se aproximou de taxas encontradas na África Subsaariana (47,0%) segundo relatório do Banco Mundial (WORLD BANK, 2006). Taxas maiores foram observadas na Índia, segundo o mesmo relatório, chegando a 65% das pessoas que necessitaram.

A parcela de indivíduos que não puderam obter os medicamentos através dos programas de distribuição gratuita ou mesmo pela compra (18,6%) também foi próxima da encontrada por Tediosi *et al.* (2008). Infelizmente, nestes casos os indivíduos tiveram acesso apenas ao atendimento, mas não à terapêutica recomendada, podendo ocasionar um agravamento dos sintomas, determinando

outras necessidades de procura ou diminuir as possibilidades de futuras buscas por serviços de saúde formais em virtude da experiência negativa vivenciada.

O não cumprimento da recomendação médica aponta para aspectos relacionados à organização e financiamento do serviço de saúde municipal na determinação do deficiente suprimento de medicamentos. Tal deficiência incorre em mais despesas para o usuário tanto para a compra do medicamento quanto para o deslocamento necessário para efetua-la, uma vez que a população não dispõe de serviços farmacêuticos próximos.

A análise do gasto privado com medicamentos demonstrou mais uma dimensão das desigualdades no consumo dos serviços de saúde, caracterizada pelo fato de que as pessoas que mais necessitavam, em termos de situação econômica, tiveram menos acesso aos medicamentos de distribuição gratuita, refletindo em maiores gastos mensais. O impacto verificado com os gastos com medicamentos para as pessoas de menor renda ficou evidente com o peso desses na renda mensal familiar dos que ganhavam até um salário mínimo, que comprometeu em média mais de 10,0% do salário. De acordo com a pesquisa Conta Satélite de Saúde 2005 – 2007 as famílias brasileiras gastaram, 10 vezes mais com medicamentos do que o governo (IBGE, 2009b).

Segundo Ramos e Lima (2003), é fundamental conhecer como os usuários avaliam o atendimento a eles prestado, para repensar as práticas profissionais ou intervir sobre a forma de organização dos serviços, visando seu aperfeiçoamento. Neste estudo, confirmando resultados de outros estudos para áreas rurais (ZIPKIN *et al.*, 1984), as pessoas, em geral, expressaram satisfação como o serviço de saúde utilizado, apesar da carência de disponibilidade de serviços e de profissionais. Entretanto, segundo estes mesmos autores, a escassez de médicos e de medicina de grupo em áreas rurais leva a uma prestação e utilização de cuidados instáveis e a dificuldades para se avaliar a satisfação dos usuários.

A satisfação do usuário de serviços de saúde tanto pode determinar a utilização – se a pessoa já utilizou os serviços de saúde – como também pode estar determinada pela utilização – se é a primeira vez que utiliza – havendo, portanto, uma relação de causalidade reversa entre a satisfação e a utilização (MENDONZA-SASSI; BÉRIA, 2001). Neste estudo, a singularidade da população rural estudada, a proximidade do posto de saúde com as residências, a gratuidade dos serviços e a

falta de contato das pessoas com outros tipos de serviços de saúde podem ter contribuído para a grande satisfação com os serviços.

A importância da avaliação da satisfação do usuário está em obter um *feedback* sobre o serviço prestado e identificar possíveis deficiências que poderiam ser corrigidas no nível local. O papel do usuário como protagonista do sistema de saúde tem impacto direto na melhoria da relação entre ele e o serviço (RAMOS; LIMA, 2003). Assim, mesmo os serviços de saúde utilizados tendo recebido em geral avaliações positivas, melhorias necessárias foram apontadas. A maioria das propostas de melhorias neste estudo foi relacionada a facilitar o acesso, seja com regularidade no atendimento dos profissionais de saúde, principalmente médicos, seja na facilitação de consultas a especialistas, passando pela reorganização na realização de exames laboratoriais e no suprimento de medicamentos da farmácia básica no posto de saúde. Boa parte dos indivíduos apontou necessidades também na infra-estrutura geral da comunidade, relacionando um saneamento básico adequado à melhoria no sistema de saúde como um todo.

Considerando todos os motivos para a utilização dos serviços de saúde, inclusive o recebimento de medicamentos anteriormente prescritos, nossos resultados mostraram que a utilização nos últimos 30 dias anteriores à entrevista foi estatisticamente associada à idade, ocupação, fatores econômicos e a presença de hipertensão arterial sistêmica (HAS).

Quanto à idade, a maior utilização entre as pessoas com 65 anos ou mais de idade está de acordo com a literatura. Sabe-se que os grupos extremos (no nosso caso os idosos) utilizam mais os serviços de saúde que os outros grupos, e isso geralmente ocorre independentemente da área de estudo em questão e está relacionado a etapas da vida de maior vulnerabilidade biológica, com maior prevalência de doenças e incapacidades (ALMEIDA *et al.*, 2002; ARCURY, 2005; FREDERICKX, 1998; MENDONZA-SASSI; BÉRIA, 2001; MORAES *et al.*, 2008; PINHEIRO *et al.*, 2002; TRAVASSOS; VIACAVA, 2007).

Em relação à ocupação, indivíduos aposentados ou pensionistas, provavelmente por questões ligadas à idade e, conseqüentemente a maior carga de problemas de saúde, utilizaram com mais freqüência os serviços de saúde nos últimos 30 dias que os indivíduos com outras ocupações ou atividades.

Em relação aos fatores econômicos estudados, assim como em outros estudos sobre utilização e renda (ARCURY, 2005; DIAS-DA-COSTA *et al.* 2008a; FREDERICKX, 1998; NERI; SOARES, 2002; RECHEL *et al.* 2009; TRAVASSOS *et al.*, 2000) a utilização dos serviços de saúde foi maior entre os indivíduos com melhor condição econômica. Aqueles que residiam em casas com quatro ou mais eletrodomésticos e que tinham uma renda familiar *per capita* mensal maior ou igual a meio salário mínimo utilizaram com mais frequência os serviços de saúde. Porém, na literatura, nem sempre é observada relação entre renda e utilização de serviços. No estudo desenvolvido por Kassouf (2005), apesar de o coeficiente da renda *per capita* ser positivo, indicando que um aumento na renda aumenta a procura por atendimento à saúde, não foi estatisticamente significativo na área rural.

A relação entre a utilização de serviços de saúde e as variáveis econômicas pode ser considerada um indicador de equidade do sistema de saúde, podendo, esta relação, mudar conforme o local e o momento do estudo (DIAS-DA-COSTA *et al.* 2008a, b, MENDONZA-SASSI; BÉRIA, 2001). Equidade é também considerada quando aqueles com maiores necessidades utilizam mais os serviços de cuidados à saúde (O'DONNELL, 2007). Neste sentido, a análise dos resultados deste estudo mostra que as pessoas em situação econômica relativamente mais privilegiada utilizaram mais os serviços de saúde, mas, no entanto, foram as que reportaram maiores necessidades, não evidenciando então, neste ponto de vista, uma iniquidade na utilização.

Esse resultado deve ser avaliado com cuidado tendo em vista a possibilidade de sub-informação para os indivíduos submetidos a piores condições e privação social (TREVINA *et al.*, 2001). Gambi (2005), estudando o acesso à saúde, afirmou que os indivíduos pobres e quase pobres foram mais saudáveis, mas apresentaram uma menor probabilidade de acessar os serviços de saúde quando necessitam em eventos de enfermidades ou acidente. Assim, na população estudada a menor probabilidade de acessar os serviços de saúde pelos menos favorecidos economicamente pode ser reflexo da percepção das necessidades de saúde dos mesmos. Segundo O'Donnell (2007) as pessoas mais pobres tendem a ser menos saudáveis e se beneficiarem mais com os cuidados de saúde.

De maneira geral a população deste estudo não se diferenciou muito no aspecto econômico, apresentando-se igualmente pobre, o que pode ter dificultado a

percepção de iniquidades. A população foi considerada quase que totalmente nas categorias Muitíssimo pobre e Muito pobre conforme a classificação socioeconômica do Banco Mundial (GWATKIN *et al.*, 2000).

De acordo com Hulka e Wheat (1985) a utilização de serviços de saúde de um determinado grupo populacional é principalmente explicada por seu perfil de necessidades em saúde. No resultado deste estudo, considerando todos os motivos, o efeito das necessidades de saúde sobre a utilização dos serviços pôde ser observado com associação estatística apenas quando se tratava de indivíduos hipertensos, tanto na análise bivariada quanto multivariada.

Para Almeida *et al.* (2002) a presença de um problema crônico de saúde, seja resultante de um diagnóstico médico ou derivado de autopercepção, constitui um dos determinantes proximais mais fortes para a procura e utilização de serviços de saúde. A HAS provavelmente demandou maior uso dos serviços devido à maior dependência de controle medicamentoso, que foi o principal motivo de utilização dos serviços de saúde pela população. Além do mais, foi constatado um número considerável de procuras aos serviços de saúde para avaliação dos níveis pressóricos. As magnitudes das taxas das outras doenças crônicas estudadas mostraram-se de acordo com distribuição em todo o Brasil rural realizada por Pinheiro *et al.* (2002).

Analisando os fatores que influenciaram a utilização dos serviços de saúde, exceto para receberem medicamentos anteriormente prescritos, percebeu-se que a utilização se deu, sobretudo, em função das necessidades agudas, da capacidade dos indivíduos se deslocarem até as áreas urbanas para o atendimento e também da disponibilidade dos serviços à população.

Uma vez que a oferta de atendimento por profissional de saúde no serviço local de APS foi deficiente, o mesmo foi utilizado principalmente para o recebimento de medicamentos. Então, quando analisamos a utilização considerando a procura por medicamentos, percebemos que os hipertensos, idosos e aposentados foram os que mais utilizaram os serviços. Porém, excluindo o recebimento de medicamentos, a utilização mostrou-se não mais influenciada por estes fatores, visto que, estes indivíduos (hipertensos, idosos e aposentados) se deslocaram menos às áreas urbanas.

Os fatores que passaram a influenciar a utilização dos serviços de saúde foram os que, necessariamente, influenciaram o deslocamento às áreas urbanas, ou seja, os indivíduos terem apresentado queixas ou sintomas de saúde ou terem suas atividades habituais restringidas nos últimos 30 dias. Aqui se percebe que o comportamento de procura por serviços de saúde em casos de necessidades consideradas agudas (PINHEIRO *et al.*, 2002) nos últimos 30 dias foi capaz de romper as barreiras geográficas do deslocamento, influenciando significativamente a utilização dos serviços de saúde.

Segundo McGrail e Humphreys (2009) a mobilidade de uma população é um fator importante para determinar sua capacidade de superar a barreira da distância. Assim, entende-se que a capacidade e a necessidade de superar a barreira da distância para buscar atendimentos fora do povoado do Caju foi o que mais influenciou a utilização dos serviços de saúde nos últimos 30 dias.

Quanto à influência das necessidades agudas de saúde, a restrição de atividades habituais se mostrou mais associada ao uso de serviços de saúde que a presença de sintomas de doenças, uma vez que se manteve na análise multivariada. A mesma relação foi encontrada por Pinheiro *et al.* (2002) utilizando os dados da PNAD (1998). A grande importância dos problemas que originam restrições a atividades habituais ou rotineiras na população estudada pode ser um reflexo do trabalho na agricultura e pecuária e também dos afazeres domésticos, visto que causam afastamento, dificuldades e abandonos das funções, por serem atividades diretamente dependentes da força física. Entretanto, Bruin *et al.* (1996) apontam duas limitações importantes no uso do conceito “restrição de atividades rotineiras” por motivo de saúde: podem estar sujeitos às variações sazonais e a possibilidade efetiva de suspender as atividades depende de fatores socioeconômicos e culturais.

De maneira geral as taxas de utilização de serviços de saúde dos indivíduos com morbidades foram maiores do que as taxas dos indivíduos sem morbidade, confirmando a relação positiva entre o uso e presença de problemas de saúde. Mas, apesar da influência dos problemas de saúde, o consumo ou uso dos serviços não necessariamente equivale às necessidades de cuidados com a saúde, pois com ou sem necessidade a pessoa pode consumir serviços (NERI; SOARES, 2002).

6.3 Não utilização dos serviços de saúde

Como não utilização dos serviços de saúde nos últimos 30 dias considerou-se as pessoas que não procuraram e também as que procuraram, mas não receberam o atendimento. Para Pinheiro *et al.* (2002) tanto o não atendimento quanto a não procura pelos que manifestaram alguma necessidade de saúde, podem indicar uma demanda reprimida, e essa demanda reprimida pode ser avaliada pelas respostas dadas para os motivos do não atendimento e da não procura, e evidenciam barreiras ao acesso, anteriores à procura.

Conforme nossos resultados a maioria dos indivíduos que não procurou os serviços de saúde no período estudado não o fez por não perceberem necessidades. Entretanto quase 60,0% daqueles que manifestaram alguma necessidade de atendimento também não procuraram. Este resultado se mostra superior aos descritos na literatura, que, embora divergentes, variam de 21,3 a quase 50,0% (FREDERICKX, 1998; LIU *et al.*, 2007; PINHEIRO *et al.* 2002).

Analisando os motivos apontados para a não procura, mesmo tendo reportado necessidade de saúde, percebe-se que o maior problema ao acesso dessas pessoas foi a oferta de serviços, pois um terço das delas relatou a falta de profissionais para o atendimento como o principal motivo. A automedicação e a utilização de medicamentos caseiros apareceram como alternativas à procura para um quarto das pessoas, refletindo as questões culturais ante à dificuldade de cuidados profissionais. Também apareceram como impedimentos as dificuldades de acesso geográfico e financeiras, sendo que estas últimas foram descritas como principais na região rural também por Pinheiro *et al.* (2002).

Em relação aos que procuraram, a proporção de não atendidos foi quase três vezes maior que a proporção de não atendimentos para o Brasil em geral, segundo dados da PNAD (2003) em 15 dias estudados. Esse achado é confirmado por Kassouf (2005) que, em análise dos dados da PNAD (1998), encontrou que a taxa de não atendimento em serviços de saúde no meio rural foi maior que na área urbana.

Para os casos de não atendimento, os motivos relatados estiveram de acordo com Pinheiro *et al.* (2002) e Kassouf (2005) para áreas rurais, a exceção de falta de medicamentos. Os motivos apontados foram: falta de vaga ou senha e não

ter médico atendendo. Entre os que não foram atendidos, as variações demográficas, socioeconômicas e de condições de saúde não foram relevantes.

A baixa oferta de atendimentos de saúde em áreas rurais, como eixo principal da decisão de não procurar algum serviço para os casos de necessidades, pode estar associada, de acordo com Phillips e McLeroy (2004) entre outras causas, às dificuldades para se fixar uma equipe de profissionais nessas áreas. Estes mesmos autores argumentam que os programas de saúde bem sucedidos em áreas urbanas nem sempre o serão em regiões rurais, sendo necessário considerar modelos alternativos para a oferta de serviços nessas regiões.

Além do mais, de acordo com Pinheiro *et al.* (2002) entre as pessoas que consideram não haver necessidade de buscar atenção à saúde podem estar incluídas pessoas que do ponto de vista médico deveriam fazê-lo. Estes indivíduos de baixa necessidade no estudo, por se auto-avaliarem em bom estado de saúde, não possuírem doenças crônicas e não ter apresentado queixas nem limitações de atividades deve constituir o principal alvo de medidas preventivas em saúde.

7 CONCLUSÃO

Considerando os resultados deste estudo e as pretensões do SUS de que o acesso ao sistema de saúde deve ocorrer prioritariamente pelos serviços de Atenção Primária próximos do local de moradia, podemos concluir que houve deficiência no acesso da população rural estudada aos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS). Mesmo com a disponibilidade do serviço de APS no povoado o acesso não foi plenamente garantido à população.

As dificuldades percebidas pela população quanto ao acesso aos serviços de saúde refletiram no comportamento de procura perante episódios de doenças e no apego a práticas culturalmente definidas no cuidado com a própria saúde.

A utilização dos serviços de saúde também não foi garantida próxima ao local de domicílio e esteve relacionada a um balanço entre as necessidades de saúde dos indivíduos e as possibilidades de deslocamento às áreas urbanas. Assim, os fatores geográficos e organizacionais dos serviços de saúde tiveram grande influência na utilização, pois, devido à deficiente oferta de atendimentos no serviço local de APS a capacidade de mobilidade das pessoas foi determinante à utilização.

A análise da demanda reprimida, avaliada pelas respostas dadas para os motivos do não atendimento e da não procura, mostra que as barreiras de acesso e utilização foram complexas. Apesar da taxa de atendimento, medida pela utilização dos serviços de saúde dos que os procuraram ter sido elevada, indicando que os que procuram consideram-se atendidos, uma quantidade considerável das pessoas não procurou os serviços de saúde, embora tenham percebido necessidades, apontando diferentes motivos para a não procura. Assim, podemos afirmar que as barreiras de acesso e à utilização dos serviços tiveram origem anterior à decisão de procura, ou seja, foram relacionadas à pequena oferta de atendimentos, à falta de profissional para atendimento e às dificuldades de acesso geográfico às áreas urbanas.

Não foram observadas iniquidades entre os indivíduos estudados quanto ao acesso e uso dos serviços de saúde. A princípio, esta afirmação pode parecer um avanço quanto aos princípios do SUS, mas na realidade este fato pode ter ocorrido por ser a comunidade igualmente desfavorecida na questão socioeconômica e pela carência de serviços de saúde.

As deficiências no acesso e utilização dos serviços nesta população evidenciam a inexistência de solução única. Além da ampliação da oferta de atendimentos no serviço de APS local, a organização dos serviços de referência no município ainda tem muito que avançar, e deve-se buscar a compensação da distância dos serviços de saúde por medidas como a facilitação de transporte e mecanismos de acolhimento na rede de referência urbana, como a policlínica, que facilitem o acesso ao cuidado. Destaca-se, então, a importância do sistema municipal de saúde incluir mecanismos que viabilizem o transporte dos pacientes, se por critérios técnicos não conseguem manter o funcionamento adequado do serviço de APS em Caju, pois um facilitador da mobilidade mostra-se fundamental no acesso desses indivíduos a saúde.

Faz-se necessário compreender as necessidades de saúde desta população de maneira mais ampla, ou seja, como parte de um conjunto de necessidades sociais e econômicas, propondo e executando as ações de saúde não somente para a satisfação dessas necessidades, mas também para o plano no qual elas são produzidas. A saúde dessa população deve ser aceita como um fenômeno bem mais amplo que a doença e o desafio para as políticas públicas na localidade de estudo se passa pela elevação da qualidade de vida das pessoas, envolvendo ações para a geração da renda, educação, habitação e saneamento básico.

Cabe ressaltar a influência positiva da relação entre a equipe técnica de enfermagem do posto de saúde local e a população. Devido à grade inserção destes profissionais no dia a dia local, inconvenientes advindos da oferta insuficiente de atendimentos, bem como dos atendimentos fora de hora, foram minimizados.

De posse destes resultados, as instâncias executivas e legislativas municipais, o Conselho Municipal de Saúde e os demais agentes interessados na saúde da população residente em nesta área, passam a contar com um conjunto de informações, que lhes ajudarão na formulação, avaliação e acompanhamento das políticas no setor. Cabe ressaltar que as mudanças estruturais e funcionais do sistema de saúde do país, como a concretização do PSF e aumento da rede de atenção básica, exigem que as informações sobre a utilização de serviços de saúde sejam periodicamente atualizadas, com vistas a subsidiar a gestão.

RERÊNCIAS

- ACURCIO, F. A.; GUIMARÃES, M. D. C. Acessibilidade de Indivíduos Infectados pelo HIV aos Serviços de Saúde: Uma Revisão de Literatura. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 233-242, Abril - Junho, 1996.
- ADAY, L. A.; ANDERSEN, R. A framework for the study of access to medical care. **Health Services Research**, v. 9, p. 208-20, 1974.
- ADAMI, N. P. Acesso aos serviços de dermatologia de um centro de saúde escola sob o modo de ver dos hansenianos. **Rev. Paulista de Enfermagem**, v. 12, p. 82-86, 1993.
- ALMEIDA, F. M.; BARATA, R. B.; MONTERO, C. V.; SILVA, Z. P. Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 743-756, 2002.
- ÁLVAREZ, B. La demanda atendida de consultas médicas y servicios urgentes en España. **Investigaciones Económicas**, v. 25, p. 93-138, Madri, 2001.
- ANDERSEN, R. M. Revisiting Model Behavioral and Access to Medical Care: Does it Matter? **Journal of Health and Social Behavior**, v. 36, n. 1, p. 1-10, March, 1995.
- ARCURY, T. A.; GESLER, W. M. PREISSER, J. S.; SHERMAN, J. SPENCER, J.; PERIN, J. The Effects of Geography and Spatial Behavior on Health Care Utilization among the Residents of a Rural Region. **Health Services Research**, v. 40, n.1, February, 2005.
- ARCURY, T. A.; PREISSER, J. S.; GESLER, W. M.; SHERMAN, J. Complementary and alternative medicine use among rural residents in Western North Carolina. **Complementary Health Practice Review**, v. 9, n. 93, 2004.
- ARCURY, T. A.; QUANDT, S. A.; BELL, R. A.; VITOLINS, M. Z. Complementary and alternative medicine use among rural older adults. **Complementary Health Practice Review**, v. 7, p. 167-186, 2002.
- ARRAIS, *et al.* Perfil da automedicação no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 1, fev., 1997.
- ASSIS, M. M.; VILLA, T. C. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 815-823, 2003.
- AZEVEDO, A. L. M. **Acesso à Atenção à Saúde no SUS: O PSF Como (estreita) Porta de Entrada**. 2007. 169 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife, 2007.

BARATA, R. B.; ALMEIDA, M. F.; MONTERO, C. V.; SILVA, Z. P. Health inequalities based on ethnicity in individuals aged 15 to 64, Brazil, 1998. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 305-313, fev., 2007.

BARROS, M. B. A.; CÉSAR, L. G. C.; CARANDINA, L.; TORRE, G. D. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, p. 911-26, 2006.

BASU, J.; MOBLEY, L. R. Illness severity and propensity to travel along the urban-rural continuum. **Health & Place**, v. 13, n. 2, p. 381-99, June 2007.

BINDMAN, A. B.; GRUMBACH, K.; OSMOND, D.; KOMAROMY, M. Preventable Hospitalizations and Access to Health Care. **The Journal of American Medical Association**, v. 274, n. 4, p. 305-311, Jul., 1995.

BOLDUC, D.; LACROIX, G.; MULLER, C. The choice of medical providers in rural Benín: a comparison of discrete choice model. **Journal of Health Economics**, v. 15, p. 477-498, 1996.

BRABYN, L.; BARNETT, R. Population need and geographical access to general practitioners in rural New Zealand. **The New Zealand Medical Journal**, p. 117:1199, August, 2004.

BRANCH, L. Assessment of chronic care need and use. **The Gerontologist**, v. 40, n. 4, p. 390-396, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde (SAS). **Sistema de informações hospitalares do SUS: proporção de internações hospitalares (SUS) por grupo de causa**. Brasília, 2007. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2008/d13.pdf> acessado em 25 de novembro de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartas dos direitos dos Usuários da Saúde**. Brasília, 2006a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_direito_usuarios_2ed2007.pdf Acesso em: 03 jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2006b. Disponível em: [Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_direito_usuarios_2ed2007.pdf >](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_direito_usuarios_2ed2007.pdf) Acesso em: 20 dez. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação Para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família: Documento Técnico**. Brasília, 2006c. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/geral/metodologia_amq.pdf Acesso em: 12 dez. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Brasília,

2005. 163 p. Disponível em
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno5_saude_mulher.pdf>
Acesso em: 20 jul. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002: Norma Operacional da Assistência à Saúde / SUS – NOAS 01/02**. Brasília, 2002. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html>
Acesso em: 26 Mar. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento Final da Avaliação da Atenção Básica**. Brasília. 36p, outubro, 2003. Disponível em:
<http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/artigos/atencao_basica_bibliografias/Documento_Final_da_Comissao_de_Avaliacao_Atencao_Basica.pdf>
Acesso em: 02 abr. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de **Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial ao Diabetes Mellitus: Hipertensão Arterial ao Diabetes Mellitus**. 102p. Brasília, 2001. Disponível em:
<<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/miolo2002.pdf>> Acesso em: 10 maio de 2008.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990**. Brasília, 1990a. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=134561>>
Acesso em: 10 maio 2008.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei Nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990**. Brasília, 1990b. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/l8080.htm>> Acesso em: 14 maio de 2009.

BRASIL. **Modelos Assistenciais do SUS**. Ministério da Saúde. Brasília, 1990c.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Título VIII, Capítulo II, Seção II, Artigos de 196 a 200. Senado Federal. Brasília, 1988. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>
Acesso em: 12 jun. 2008.

BRAVEMAN, P.; GRUSKIN, S. Defining equity in health. **J Epidemiol Community Health**, v. 57, p. 254-8, February, 2003.

BRONSTEIN, J. M.; MORISSEY, M. A. Determinants of Rural Travel Distance for Obstetrics Care. **Medical Care**, v 28, p. 853–5, 1990.

BRUIN, A.; PICAVET, H. S.; NOSSIKOV, A. Health interview surveys: towards international harmonization of methods and instruments. **WHO Reg Publ Eur Ser**, n. 58, v. i-xiii, p. 1 – 161, 1996.

CAMPBELL, S. M.; ROLAND, M. O.; BUETOW, S. A. Defining quality of care. **Soc. Sci. Méd**, v. 51, n. 11, p. 1611-25, 2000.

CAMPELL, N.; IVERSN, L.; FARMER, J.; GUEST, C.; McDONALD, J. A qualitative study in rural and urban areas on whether – and how – to consult during routine and out of hours. **BMC Family Practice**, v. 7, n. 26, p. 1-9, April 2006.

CAMPOS, J. A.; OLIVEIRA, J. S.; COSTA, D. M. Prescrição de medicamentos por balconistas de 72 farmácias de Belo Horizonte/MG em maio de 1983. **J. Pediatria**, v. 59, p. 307-12, 1985.

CAPILHEIRA, M. F.; SANTOS, I. S. Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 436-43, 2006.

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

CASTRO, M. S. M.; TRAVASSOS, C.; CARVALHO, M. S. Efeito da Oferta de Serviços de Saúde no Uso de Internações Hospitalares no Brasil. **Rev. Saúde**, São Paulo, v. 39, n. 2, abril, 2005.

CASTRO, M. S. M. TRAVASSOS C. CARVALHO, M. S. Fatores Associados às Internações Hospitalares no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 1-14, 2002.

CONILL, E. M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, supl., p. 191-202, 2002.

COSTA, J. S. D.; FACCHINI, L. A. Utilização de serviços ambulatoriais em Pelotas: onde a população consulta e com que frequência. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 360-9, 1997.

CUNHA, J. P.; CUNHA, R. E. Sistema Único de Saúde: Princípios. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde: Textos Básicos**. Brasília, 2001, p. 285-304.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS À SAÚDE, 1978, Alma-Ata, URSS. **Declaração de Alma-Ata**. Alma-Ata, 6 a 12 de setembro de 1978. 3 p.

DÉCIMA PRIMEIRA CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. **Relatório Final: Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na atenção à Saúde, com Controle Social**. Brasília, dezembro, 2000. Disponível em:

<<http://www.datasus.gov.br/cns/11Conferencia/relatorio/relatorio.htm>> Acesso em: 25 mar. 2009.

DIAS-DA-COSTA, J. S.; PRESSER, A. D.; ZANOLLA, A. F.; FERREIRA, D. G.; PEROZZO, G.; FREITAS, I. B. A.; PORTOLAN, L. T.; TAVARES, R. T. OLINTO, M. T. A.; PATTUSSI, M. P. Utilização dos serviços ambulatoriais de saúde por mulheres: estudo de base populacional no sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 2843-2851, dez., 2008a.

DIAS-DA-COSTA, J. S.; GIGANTE, D. P.; HORTA, B. L.; BARROS, F. C.; VICTORA, C. G. Utilização de serviços de saúde por adultos da coorte de nascimentos de 1982 a 2004-5, Pelotas, RS. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, Supl. 2, p. 51-9, 2008b.

DONABEDIAN, A. **Aspects of Medical Care Administration**. Harvard University Press, Boston, 1973.

DONABEDIAN, A. **An introduction to Quality Assurance in Health Care**. Oxford University Press, New York, 2003.

DUTRA, I. R. **Acesso e Utilização aos Serviços de Atenção Primária à Saúde pela População Urbana no Município de Jequitinhonha, Minas Gerais**. 2009. 131f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

DUTTON, D. Financial, organizational and professional factors affecting health care utilization. **Soc Sci Med**, v. 23, n. 7, p. 721-35, 1986.

EBERHARDT, M. S.; PAMUK, E. R. The Importance of Place of Residence: Examining Health in Rural and Nonrural Areas. **American Journal of Public Health**, v. 94, n. 10, October, 2004.

FALKINGHAM, J. Poverty, out-of-pocket payments and access to health care: evidence from Tajikistan. **Social Science & Medicine**, v. 58, p. 247–258, 2004.

FARMER, J.; IVERSEN, L.; CAMPBELL, N. C.; GUEST, C.; CHESSON, R.; DEANS, G.; McDONALD, J. Rural/Urban differences in accounts of patients' initial decisions to consult primary care. **Health & Place**, v. 12, n. 2, p. 210-221, June, 2006.

FEKETE, M. C. **Estudo da Acessibilidade na Avaliação dos Serviços de Saúde**. Texto de Apoio da Unidade I. Projeto GERUS, 1996. Disponível em <[HTTP://www.opas.org.br/Rh/publicações/textos_apoio/pub06](http://www.opas.org.br/Rh/publicações/textos_apoio/pub06)> Acesso em: 12 abr. 2008.

FERREIRA, A. S. Competências gerenciais para unidades básicas do Sistema único de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 69-76, 2004.

FERNANDES, A. S.; J. A. SECLÉN-PALACIN. Experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar: caso Brasil. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2004.

FREDERICKX, I. **Health in rural Tanzania: the determinants of health status, health care and health care choice**. Discussion Paper, Katholieke Univ. Leuven, Bélgica, 1998.

FOX, P. D. Access to medical care for the poor: a federal perspective. **Med. Care**, v. 10, p. 272, May-June, 1972.

FYLKESNES, K. Determinants of health care utilization: visit and referrals. **Scandinavian Journal of Social Medicine**, n. 21, p. 40 – 50, 1993.

GAMBI, M. O. Acceso a la Salud en Chile. **Acta Bioethica**, año XI, n. 1, 2005.

GARCÍA-UBAQUE, J. C.; QUINTERO-MATALLANA, C. S. Barreras Geográficas y Económicas para el Acceso a los Servicios Oncológicos Del Instituto Nacional de Cancerología en Bogotá. **Rev. Salud Pública**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 583-592, 2008

GARRO, L. Y.; YOUNG, J. C. Atención de la Salud en Minorías Étnicas Rurales. Algunas observaciones Antropológicas. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, v. 95, n. 4, Octubre 1983.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluraridade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(11): 2449-2463, nov, 2006.

GOLD, M. The Concept of Access and Managed of Care – Beyond Coverage and Supply: Measuring Access to Health in Today's Market. **Health Services Research**, v. 33, n. 3, Part II, August, 1998.

GOUVEIA, G. C.; SOUZA, W. V., LUNA, C. F., SOUZA-JUNIOR, P. R. B., SZWARCOWALD, C. L. Health care users' satisfaction in Brazil. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, Supl, p. 109-118, 2005.

GWATKIN, D. R.; RUSTEIN, S. JOHNSON, K.; PANDE, R. P.; WAGSTAFF, A. **Socio-economic Differences in Health, Nutrition, and Population in Brazil. HNP/Poverty Thematic Group of World Bank**, Washington, 2000.

KASSOUF, A. L. Acesso aos Serviços de Saúde nas Áreas Urbana e Rural do Brasil. **Rev. Econ. Sociol. Rural**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 01, p. 000-000, jan./marc. 2005.

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

HAYNES, R.; LOVETT, A.; SU, G. Potential accessibility, travel time, and consumer choice: geographical variations in general medical practice registrations in Eastern England. **Environment and Planning**, v. 35, p. 1733-1750, February 2003.

HARTLEY, D. Rural Health Disparities, Population Health, and Rural Culture. **American Journal of Public Health**, v. 94, n. 10, October 2004.

HENDRYX, S. M.; AHERN, M. M.; LOVRICH, N. P.; McCURDY, A. H. Access to Health Care and Community Social Capital. **HSR: Health Services Research**, v. 37, n. 1, February 2002.

HORTALE, V. A.; PEDROZA, M.; ROSA, M. L G. Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistema de saúde. **Cad. de Saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 231-239, 2000.

HULKA, B.; WHEAT, J. Patterns of utilization: a patient perspective. **Medical Care**, v. 23, n. 5, p. 438-460, 1985.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Um Panorama da Saúde no Brasil. Acesso e Utilização dos Serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008**. Rio de Janeiro, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estimativas das Populações Residentes, em 1º de Julho de 2009, Segundo os Municípios**. Rio de Janeiro, 2009a. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2009/POP2009_DOU.pdf> Acesso em: 21 de ago. 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Contas Nacionais – Conta-satélite de Saúde 2005 – 2007**. Nº 29. 102 pg. 2009b. Disponível em: <www.ibge.gov.br/home/...saude/css_2005_2007/economia_saude.pdf> Acesso em: 15 set. 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Acesso e Utilização dos Serviços de Saúde 2003**. Rio de Janeiro. 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo 2000**. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/default_censo_2000.shtm acesso em: 20 fev. 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Análise de Resultados**. Rio de Janeiro. 1998. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad98/saude/analise.shtm>> Acesso em 12 de setembro de 2008.

LIU, M.; ZHANG, Q.; LU, M.; KWON, C.; QUAN, H. Rural and Urban Disparity in Health Services Utilization in China. **Medical Care**, v. 45, n. 8, August, 2007.

LEE, S. D.; AROZULLAH, A. M.; CHO, Y. I. Health literacy, social support, and health: a research agenda. **Soc Sci Medicine**, v. 58, p. 1309–1321, 2004.

LOUVISON, M. C. P.; LEBRÃO, M. L.; OLIVEIRA, D.; SANTOS, J. L. F.; MALIK, A. M.; ALMEIDA, E. S. Desigualdades no uso e cesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 733-40, 2008.

MAEDA, S. T.; BOGES, A. L. V.; NAKAMURAS, E.; MIYAHIRO, D. LUCILA, F. S. Access to pré-natal care and cervical cancer prevention action among women from Brazilian Workers Movement. **Texto e Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 16; n. 3, p. 433-8, Jul-Set, 2007.

MARIOLIS, A.; MIHAS, C.; ALEVIZOSI, A.; MARIOLIS-SAPSAKOSI, T.; MARAYIANNISI, K.; PAPATHANASIOU, M. GIZLIS, V.; KARANASIOS, D.; MERKOURIS, B. Comparison of primary health care services between urban and rural settings after the introduction of the first urban health centre in Vyronas, Greece. **BMC Health Services Research**, v. 8, n. 124, June, 2008.

MATHEWS, M.; EDWARDS, A. C. Having a regular doctor: rural, semiurban and urban differences in Newfoundland. **Can J Rural Med**, v. 9, n. 3, p. 166-72, Summer, 2004.

McGRAIL, M. R.; HUMPHREYS, J. S. The index of rural access: an innovative integrated approach for measuring primary care access. **BMC Health Services Research**, v. 9, n. 124, July 2009.

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

MENDONZA-SAASI, R.; BÉRIA, J. U. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 819-832, jul./ago. 2001.

MORAIS, E. P.; RODRIGUES, R. A. P.; GERHARDT, T. E. Os idosos mais velhos no meio rural: realidade de vida e saúde de uma população do interior gaúcho. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 374-83, abr-jun. 2008.

MRISHO, M.; OBRIST, B.; SCHELLENBERG, J. A.; HAWS, R. A.; MUSHI, A. K.; TANNER, M.; SCHELLENBERG, D. The use of antenatal and postnatal care: perspectives and experiences of women and health care providers in rural southern Tanzania. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 9, n. 10, p. 1-12, March 2009.

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

NOLAN, B. General Practitioner utilization in Ireland: the role of socioeconomic factors. **Social Science and Medicine**, v. 38, p. 711-716, 1994.

NORONHA, K. V. M. S.; ANDRADE, M. V. **Desigualdades sociais em saúde: evidências empíricas sobre o caso brasileiro**. Texto para discussão. UFMG/Cedeplar, Belo Horizonte, 34p., Junho, 2002. Disponível em: <www.cedeplar.ufmg.br/pesquisas/td/TD%20171.pdf>. Acesso em 04 de maio de 2009.

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

OLIVEIRA, E. X. G.; CARVALHO, M. S.; TRAVASSOS, C. Territórios do Sistema Único de Saúde: Mapeamento das Redes de Atenção Hospitalar. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 386-402, mar./abr. 2004.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Extensión de la cobertura de servicios de salud con las estrategias de atención primaria y participación de la comunidad**. Washington, D.C; Organización Panamericana de la Salud, 69p (Documento oficial, 156), 1978.

ORMOND, B. A.; ZUCKERMAN, S.; LHILA, A. **Rural/Urban Differences in Health Care Are Not Uniform Across States**. The Urban Institute. New Federalism. National Survey of America's Families. Washington, D.C., Series B, n.11, May 2000.

PARKER, E. B.; CAMPBELL, J. L. Measuring Access to primary medical care: some examples of the use of geographical information systems. **Health & Place**, v. 4, n. 2, p. 183-193, 1998.

PARKERSON, G. R.; BROADHEAD, W. E.; TSE, C. K. J. Health status and severity of illness as predictors of outcomes in primary care. **Med Care**, v. 33, p. 53-66, 1995.

PAULO, L. G.; ZANINE A. C. Automedicação no Brasil. **Rev. Ass. Med. Bras.**, v. 34, p. 69-75, 1988.

PENCHANSKY, D. B. A.; THOMAS, J. W. The concept of access – definition and relationship to consumer satisfaction. **Med Care**, v. 19, n. 2, p. 127-40, February 1981.

PHILLIPS, K. A.; KATHLEEN, R. M.; ANDERSEN, R.; ADAY, L. A. Understanding the Context of Healthcare Utilization: Assessing Environmental and Provider-Related. **HSR: Health Services Research**, v. 33, n. 3, Part I, August 1998.

PHILLIPS, C. D.; McLEROY, K. R. Health in Rural America: Remembering the Importance of Place. **American Journal of Public Health**, v. 94, n. 10, p. 1661-1663, October 2004.

PINHEIRO, R. S.; VIACAVA, F.; TRAVASSOS, C.; BRITO, A. S. Gênero, morbidade e utilização de serviços de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 687-702, 2002.

PRIMEIRA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1986, Ottawa. **Carta de Ottawa**. Ottawa, nov. 1986. 5p. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>> acesso em: 04 fev. 2010.

PROBST, J.C.; MOORE, C. G.; GLOVER, S. H.; SAMUELS, M. E. Person and Place: The Compounding Effects of Race / Ethnicity and Rurality on Health. **American Journal of Public Health**, v. 94, n. 10, October 2004.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). **Resumo do Relatório do Desenvolvimento Humano**. Disponível em <<http://www.pnud.org.br>> Acesso em: 08 out. 2009.

QUEIROZ, M. S. Estratégia de Consumo em Saúde entre Famílias Trabalhadoras. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 272-282, jul./set. 1993.

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

RECHEL, B.; BLACKBURN, C. M.; SPENCER, N. J.; RECHEL, B. Access to health care for Roma Children in Central and Eastern Europe: findings from a qualitative stud in Bulgaria. **International Journal for Equity in Health**, v. 8, n. 24, June 2009.

REIS, D. C. **Acesso da População ao Diagnóstico e Tratamento da Esquistossomose em Área Endêmica do Município de Jequitinhonha, Minas Gerais**. 2009. 166f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

RIBEIRO, M. C. S.; BARATA, R. B.; ALMEIDA, M. F.; SILVA, Z. P. Perfil Sociodemográfico e Padrão de Utilização de Serviços de Saúde para Usuários e não-Usuários do SUS – PNAD 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 1011-1022, 2006.

ROSENTHAL, T. C.; CHESTER, F. Access to Health Care for the Rural Elderly. **Journal of American Medical Association**, v. 284, n. 16, October 2000.

SANTOS, I; VICTORA, C. V., Serviços de Saúde: Epidemiologia, Pesquisa e Avaliação. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, Sup 2, p. S337-S341, 2004.

SHENGELIA, B.; MURRAY, C. J. L.; ADAMS, O. Beyond access and utilization: defining and measuring health system coverage. In: MURRAY, C. J. L.; EVANS, D. B. **Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism**. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication, 2003. cap. 20, p. 221-34. Disponível em:

<http://books.google.com.br/books?id=vWfsL_WE4EAC&pg=PA221&lpg=PA221&dq=Beyond+access+and+utilization:+defining+and+measuring+healthsystem&source=bl&ots=Fe7_SD8Tx3&sig=KQ91uJwXJQQm4mLDzNWr4LrY7bU&hl=pt-BR&ei=gunRS92BJMGmuAfp8sSLDg&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CA0Q6AEwAA#v=onepage&q&f=false>. Acesso em: 12 fev. 2009.

SILVA, N. N.; PEDROSO, G. C.; PUCCINI, R. F.; FURLANI, W. J. Desigualdades Sociais e Uso de Serviços de Saúde: Evidências de Análise Estratificada. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 44-49, 2000.

STARFIELD, B. State of the art in research on equity in Health. **Journal of Health Politics, Policy and Law**, v. 31, n. 1, p. 11-32, 2006.

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of primary care to health system and health. **Milbank Quarterly**, v. 83, p. 475-502, October 2005.

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

STEIN, A. T. **Acesso a Atendimento Médico Continuado: Uma Estratégia para Reduzir a Utilização de Consultas não Urgentes em Serviços de Emergência**. 1998. (Tese de Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1998. Disponível em <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/1919>> Acesso em: 09 abr. 2009.

TANAKA, O. U.; MELO, C. Reflexões Sobre a Avaliação de Serviços de Saúde e a Adoção das Abordagens Qualitativa e Quantitativa. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (org). **Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde**. Petrópolis, Vozes, 2004. p. 111-135.

TANSER, F.; GIJSBERTSER, B.; HERBST, K. Modeling and understanding primary health care accessibility and utilization in rural South Africa: an exploration using a geographical information system. **Soc Sci Med**, v. 63, p. 691-705, 2006.

TEDIOSI, F.; AYE, R.; IBODOVA, S.; THOMPSON, R.; WYSS, G. Access to medicines and out of pocket payments for primary care: Evidence from family medicine users in rural Tajikistan. **BMC Health Services Research**, v. 8, n. 109, May 2008.

THIEDE, M.; McINTYRE, D. Information, communication and equitable Access to health care: a conceptual note. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1168-1173, mai 2008.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma Revisão Sobre os Conceitos de Acesso e Utilização de Serviços de Saúde. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, Sup 2, p. S190-S198, 2004.

TRAVASSOS, C.; NOVAES, H. M. D. Investigação e avaliação em serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, Supl. 2, p. S144-S145, 2004.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F. Acesso e Uso de Serviços de Saúde em Idosos Residentes em Áreas Rurais, Brasil, 1998 e 2003. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 23, v. 10, p. 2490-2502, out 2007.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F.; FERNANDES, C.; ALMEIDA, C.M. Desigualdades Geográficas e Sociais na Utilização de Serviços de Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 133-149, 2000.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F.; PINHEIRO, R.; BRITO, A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. **Rev Panam Salud Publica**, v. 11, n. 5/6, 2002.

TREVENA, L. J.; NUTBEAM, D.; SIMPSON, J. M. Asking the right questions of disadvantaged and homeless communities: the role of housing, patterns of illness and reporting behaviours in the measurement of health status. **Aust N Z J Public Health**, v. 25, n. 4, p. 298-304, Aug 2001.

WORLD BANK. The International Bank for Reconstruction and Development. **Prioridades em saúde**. Washington, DC. 2006. Disponível em: <www.worldbank.org> Acesso em: 15 set. 2008.

UNGLERT, C. V. de S.; ROSENBERG, C. P.; JUNQUEIRA, C. B. Acesso aos Serviços de Saúde: Uma Abordagem de Geografia em Saúde Pública. **Rev. de Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n. 5, p. 439-446, 1987.

VERBRUGGE, L. M. The Twain meet: empirical explanations of sex differences in health and mortality. **Journal of Health and Social Behaviour**, v. 30, p. 282-304, 1989.

VELLOZO, V. R. O.; SOUZA, R. G. Acesso e hierarquização: um caminho (re) construído. In: BODSTEIN, Regina (org.). **Serviços Locais de Saúde: construção de atores e políticas**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1993. p. 97-115.

VIANNA, S. M.; NUNES, A.; SANTOS, J. R. S.; BARATA, R. B. **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento**. Organização Pan-Americana de Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 224p, Brasília, 2001.

ZIPKIN, A.; LEIBIUSH, M.; FURST, A. L. A Rural Primary Health Care Service in Israel – Some Measures of Utilization and Satisfaction. **Public Health Reports**, v. 99, n. 6, November-December, 1984.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS ESCOLA DE ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA A POPULAÇÃO

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

Esta pesquisa é sobre o acesso das pessoas aos serviços públicos de saúde em Caju e Jequitinhonha, MG. O acesso aos serviços de saúde é quando uma pessoa obtém de forma adequada o atendimento necessário a sua saúde.

Você está sendo convidado a participar deste estudo porque mora em uma das localidades que participam desse estudo. Só farão parte do trabalho aqueles que concordarem em participar.

PORQUE ESTE ESTUDO ESTÁ SENDO FEITO?

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

O QUE SERÁ FEITO NESTE ESTUDO?

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

QUAIS OS BENEFÍCIOS DESTE ESTUDO PARA A POPULAÇÃO?

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

COMO SERÁ GARANTIDO O ANONIMATO DOS PARTICIPANTES?

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

QUAIS OS CUSTOS PARA O PACIENTE?

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

QUAIS SÃO MEUS DIREITOS COMO PARTICIPANTE DESTE ESTUDO?

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

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

NOME DO PARTICIPANTE: _____

ASSINATURA: _____

NOME DA TESTEMUNHA: _____

ASSINATURA DA TESTEMUNHA: _____

DATA: ____/____/____.

Andréa Gazzinelli
Pesquisadora responsável

Endereço de contato da pesquisadora:

Avenida Alfredo Balena, 190 - Santa Efigênia

CEP: 30130-100 Belo Horizonte - MG

Tel.: (031) 3409-9860

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

Avenida Presidente Antônio Carlos 6627 Prédio da Unidade Administrativa II – 2º andar Campus Pampulha Cep: 31270-901. Belo Horizonte - MG. Tel.: (031) 3409-4592.

APÊNDICE B – Questionário domiciliar

Este questionário foi aplicado no formato VCE do *software* VISUAL CE utilizando *Personal Digital Assistant* (PDA).

QUESTIONÁRIO DOMICILIAR

Data da entrevista: ____/____/____

Nome do entrevistador: _____

Número de identificação da casa: _____

Nome do informante: _____

Número de identificação do informante: _____

1. Número de moradores na casa:

_____ moradores

2. Número de pessoas maiores de 18 anos na casa:

_____ moradores

3. Tipo de moradia?

- (1) Própria
- (2) Alugada
- (3) Emprestada
- (4) Outros

4. Número de Cômodos na casa?

_____ cômodos

5. Qual tipo de fogão possui na casa?

- (1) Lenha
- (2) Gás
- (3) Ambos

6. Como é feita a iluminação de sua casa?

- (1) Lamparina a óleo diesel
- (2) Lamparina a querosene
- (3) Lampião a Gás ou Aladim
- (4) Vela
- (5) Energia elétrica
- (6) Não possui iluminação

7. Fontes de água utilizadas em casa?

- () Canalizada (rio ou córrego)
- () Rio
- () Canalizada (nascente ou barragem)
- () Chuva

- Córrego
- Cisterna
- Poço artesiano
- COPASA (Companhia de Saneamento de Minas Gerais)
- Outras _____

8. Você possui:

- Televisão
- Carro
- Som
- Tanquinho
- DVD
- Vídeo cassete ou VCR
- Bicicleta
- Motocicleta
- Rádio
- Máquina de lavar roupa
- Geladeira
- Batedeira
- Liquidificador
- Telefone fixo ou celular
- Outros: _____

9. Possui caixa d'água?

- Não
- Aberta
- Fechada

10. Possui banheiro em casa?

- Não
- Dentro
- Fora

11. Forma de eliminação de excretas na casa?

- mato
- fossa seca
- vaso

12. Possui chuveiro em casa?

- Não
- Frio
- Quente

13. A água da torneira da sua casa vem de onde?

- Não possui torneira
- Nascente ou barragem canalizada
- Cisterna
- Córrego
- Rio
- Córrego ou rio canalizado

- (7) COPASA (Companhia de Saneamento de Minas Gerais)
- (8) Outros

14. Possui tanque?

- (0) não
- (1) sim

15. Renda mensal familiar (sem auxílio governamental)?

R\$: _____

16. Possui terras?

- (0) Não
- (1) Própria
- (2) Família
- (3) Outros

17. Qual o tamanho das terras?

_____m².

18. Vende produtos agrícolas (gado, porco, verduras, legumes, grãos, etc.)?

- (0) Não
- (1) Sim

19. Qual o valor arrecadado por ano com a venda de produtos agrícolas?

R\$ _____

20. Recebe algum auxílio financeiro de parente?

- (0) Não
- (1) Sim

21. Qual o valor recebido por ano de parente?

R\$: _____

22. Recebe cesta básica?

- (0) Não
- (1) Sim

23. Recebe algum auxílio do governo?

- () Bolsa Escola
- () Bolsa Família
- () Bolsa Fome zero
- () PETI (Programa de Erradicação do Trabalho Infantil)
- () Vale gás
- () Não recebe auxílio

24. Qual o valor do auxílio governamental recebido?

R\$: _____

25. Tipo de piso predominante na casa?

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

26. Tipo de parede predominante na casa?

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

27. Tipo de telhado predominante na casa?

- (1) Palha
- (2) Amianto
- (3) Telha
- (5) Outros

APÊNDICE C – Questionário individual

Este questionário foi aplicado no formato VCE do *software* VISUAL CE utilizando *Personal Digital Assistant* (PDA).

QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL

Data da entrevista: ____/____/____

Nome do entrevistador: _____

Número de identificação da casa: _____

Nome do entrevistado: _____

Número de identificação do entrevistado: _____

Data de nascimento do entrevistado: (dia/mês/ano)

Sexo do entrevistado:

(0) Masculino

(1) Feminino

Ocupação do entrevistado: _____

Escolaridade do entrevistado: _____

1. Você tem plano de saúde privado?

(0) Não

(1) Sim

2. Qual o valor da mensalidade?

R\$: _____

3. Qual a abrangência do plano?

() Consultas médicas

() Exames complementares

() Internações

() Farmácia

() Vacinação

() Não se aplica

4. Quando você está doente ou precisando de atendimento de saúde, costuma procurar algum serviço de saúde?

(0) Não

(1) Sim

5. Qual (is) o (s) serviço (s) você costuma procurar?

() Posto de saúde em Caju

() Posto de saúde em São Pedro do Jequitinhonha

- Posto ou Centro de Saúde em outro município
- Policlínica em Jequitinhonha
- Consultório particular Jequitinhonha
- Consultório particular em outro município
- Ambulatório hospitalar Jequitinhonha
- Ambulatório hospitalar em outro município
- Pronto socorro ou emergência Jequitinhonha
- Pronto socorro ou emergência outro município
- Farmácia para compra de medicamento em Jequitinhonha
- Farmácia para compra de medicamento em outro município
- Agente Comunitário de Saúde (ACS)
- Atendimento domiciliar
- Auto-medicação
- Medicação caseira
- Curandeiro ou benzedeiro
- Outros serviços de saúde

6. Você já recebeu ajuda de vizinho, parente ou conhecido para o acesso e/ou utilização dos serviços de saúde (para conseguir consultas, exames, etc.)?

- (0) Não
- (1) Sim

7. Qual (is) o (s) tipo (s) de ajuda recebida?

- Ajuda identificando o serviço
- Ajuda pagando o tratamento
- Ajuda providenciando transporte
- Ajuda pagando transporte
- Ajuda como acompanhante
- Ajuda com hospedagem
- Ajuda cuidando dos filhos
- Outro tipo de ajuda: _____
- Não se aplica

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

- (1) Muito Bom
- (2) Bom
- (3) Regular
- (4) Ruim
- (5) Muito Ruim

9. Algum médico ou profissional de saúde, já disse que você possui alguma doença crônica?

- (0) Não
- (1) Sim

10. Algum médico ou profissional de saúde, já disse que você tem:

- Câncer
- Doença na coluna ou costas
- Hipertensão ou pressão alta
- Doença nos rins

- Tuberculose
- Cirrose
- Depressão
- Diabetes
- Artrite ou reumatismo
- Bronquite ou asma
- Doença do coração
- Outra doença: _____
- Não se aplica

11. Nos últimos 12 meses quantas vezes você consultou um:

Médico: _____

Enfermeiro: _____

12. No último ano você esteve internado? (pelo menos uma noite de hospitalização)

(0) Não

(1) Sim

13. No último ano quantas vezes você esteve internado?

Nº de vezes: _____

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

(1) Tratamento clínico

(2) Parto normal

(3) Parto cesáreo

(4) Tratamento cirúrgico

(5) Tratamento psiquiátrico

(6) Exames ou *check up*

(7) Outros atendimentos

(99) Não se aplica

15. Nos últimos 30 dias você apresentou algum sintoma ou problema de saúde?

(0) Não

(1) Sim

16. Nos últimos 30 dias você deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais (trabalhar, ir à escola, cuidar da casa, etc.) por motivos de saúde?

(0) Não

(1) Sim

17. Nos últimos 30 dias você procurou algum lugar, serviço ou profissional de saúde ou recebeu algum atendimento relacionado à sua própria saúde?

(0) Não

(1) Sim

Quantas vezes: _____

18. Quais os motivos de procura ou recebimento de serviço (s) ou atendimento (s) de saúde nos últimos 30 dias:

- () Sintoma ou doença
- () Retorno
- () Vacinação
- () Controle de doenças crônicas (hipertensão, diabetes, etc.)
- () Preventivo ou exame das mamas
- () Grupo educativo
- () Pré-natal
- () Somente atestado de saúde
- () Parto
- () Medicamentos (buscar ou comprar)
- () Acidente ou lesão
- () Reabilitação
- () Atendimento domiciliar
- () Outros motivos
- () Não se aplica

19. Qual foi o motivo principal pelo qual você procurou ou recebeu atendimento relacionado à saúde nos últimos trinta dias?

- (1) Sintoma ou doença
- (2) Retorno
- (3) Vacinação
- (4) Controle de doenças crônicas (hipertensão, diabetes, etc.)
- (5) Preventivo e exame das mamas
- (6) Grupo educativo
- (7) Pré-natal
- (8) Somente atestado de saúde
- (9) Parto
- (10) Medicamento (buscar ou comprar)
- (11) Acidente ou lesão
- (12) Reabilitação
- (13) Atendimento domiciliar
- (14) Outros motivos
- (99) Não se aplica

20. Onde você procurou ou recebeu o primeiro atendimento de saúde por este mesmo motivo nos últimos trinta dias?

- (1) Posto de saúde em Caju
- (2) Posto de Saúde em São Pedro do Jequitinhonha
- (3) Posto de saúde em outro município
- (4) Policlínica em Jequitinhonha
- (5) Policlínica em outro município
- (6) Consultório médico particular em Jequitinhonha
- (7) Consultório médico particular em outro município
- (8) Pronto atendimento de hospital Privado
- (9) Pronto atendimento de hospital SUS em Jequitinhonha
- (10) Pronto atendimento de hospital SUS em outro município
- (11) Internação em hospital privado
- (12) Internação em hospital SUS em Jequitinhonha

- (13) Internação em hospital SUS em outro município
- (14) Farmácia pública em Jequitinhonha
- (15) Farmácia pública em outro município
- (16) Farmácia privada em Jequitinhonha
- (17) Farmácia privada em outro município
- (18) Laboratório privado em Jequitinhonha
- (19) Laboratório privado em outro município
- (20) Laboratório público em Jequitinhonha
- (21) Laboratório público em outro município
- (22) Exame especializado privado em Jequitinhonha
- (23) Exame especializado privado em outro município
- (24) Exame especializado SUS Jequitinhonha
- (25) Exame especializado SUS outro município
- (26) ACS
- (27) Atendimento domiciliar
- (99) Não se aplica

21. Por que escolheu ou recebeu esse serviço ou atendimento de saúde na primeira vez que precisou nos últimos trinta dias?

- Indicação
- Decisão própria
- Conhecidos no serviço
- Proximidade de casa
- Rapidez no atendimento
- Cadastrado no serviço
- Atendimento domiciliar
- Outros motivos : _____
- Não se aplica

22. Nessa primeira vez que procurou atendimento de saúde nos últimos trinta dias você foi atendido?

- Não
- Sim
- Não

23. Por quais motivos você não foi atendido (a) na primeira vez que procurou atendimento nos últimos trinta dias?

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

24. Nos últimos trinta dias você voltou a procurar ou receber algum serviço ou atendimento de saúde por este mesmo motivo?

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

25. Quantas vezes você voltou a procurar ou receber atendimento de saúde por este mesmo motivo nos últimos trinta dias?

Nº de vezes: _____

26. Onde você procurou ou recebeu o último atendimento de saúde por este mesmo motivo nos últimos trinta dias?

- (1) Posto de saúde em Caju
- (2) Posto de Saúde em São Pedro do Jequitinhonha
- (3) Posto de saúde em outro município
- (4) Policlínica em Jequitinhonha
- (5) Policlínica em outro município
- (6) Consultório médico particular em Jequitinhonha
- (7) Consultório médico particular em outro município
- (8) Pronto atendimento de hospital Privado
- (9) Pronto atendimento de hospital SUS em Jequitinhonha
- (10) Pronto atendimento de hospital SUS em outro município
- (11) Internação em hospital privado
- (12) Internação em hospital SUS em Jequitinhonha
- (13) Internação em hospital SUS em outro município
- (14) Farmácia pública em Jequitinhonha
- (15) Farmácia pública em outro município
- (16) Farmácia privada em Jequitinhonha
- (17) Farmácia privada em outro município
- (18) Laboratório privado em Jequitinhonha
- (19) Laboratório privado em outro município
- (20) Laboratório público em Jequitinhonha
- (21) Laboratório público em outro município
- (22) Exame especializado privado em Jequitinhonha
- (23) Exame especializado privado em outro município
- (24) Exame especializado SUS Jequitinhonha
- (25) Exame especializado SUS outro município
- (26) ACS
- (27) Atendimento domiciliar
- (99) Não se aplica

27. Por que você escolheu ou recebeu esse serviço ou atendimento em saúde?

- () Indicação
- () Decisão própria
- () Conhecidos no serviço
- () Proximidade de casa
- () Rapidez no atendimento
- () Cadastrado no serviço

- Atendimento domiciliar
- Outros motivos: _____
- Não se aplica

28. Nessa última vez que procurou atendimento de saúde nos últimos trinta dias você foi atendido?

- Não
- Sim
- Não se aplica

29. Por quais motivos você não foi atendido na última vez que procurou atendimento ou serviços de saúde nos últimos trinta dias?

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

30. Você pagou pelo último atendimento de saúde recebido ou procurado nos últimos trinta dias?

- Não
- Sim
- Não se aplica

31. Quanto você pagou pelo último atendimento de saúde recebido ou procurado nos últimos trinta dias?

R\$: _____

32. Neste último atendimento recebido nos últimos trinta dias, foi receitado ou mantido algum medicamento?

- não
- Sim
- Não se aplica

33. Neste último atendimento nos últimos trinta dias, recebeu o (s) medicamento (s) gratuitamente, exceto amostra grátis?

- Não
- Sim
- Em parte
- Não se aplica

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

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

35. Quanto pagou pelo medicamento comprado?

R\$: _____

36. Quanto tempo você demorou para chegar ao serviço procurado pela última vez nos últimos trinta dias?

- (1) Menos de 30 minutos
- (2) De 31 minutos a 60 minutos
- (3) De 1 hora a 1 hora e 59 minutos
- (4) De 2 horas a 3 horas
- (5) Mais de 3 horas
- (6) Atendimento no domicílio
- (99) Não se aplica

37. Qual a forma de transporte utilizado para se deslocar ao último serviço de saúde procurado nos últimos trinta dias?

- (1) Ônibus
- (2) Veículo particular
- (3) Carona ou transporte escolar
- (4) A pé
- (5) Bicicleta
- (6) Animal
- (7) Motocicleta
- (8) Ambulância
- (9) Táxi
- (10) Outros meios
- (11) não houve deslocamento (domicílio)
- (99) Não se aplica

38. Quanto tempo você aguardou para ser atendido no último serviço de saúde procurado nos últimos trinta dias?

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

39. Você teve algum gasto financeiro com esse deslocamento?

- (0) Não
- (1) Sim
- (2) Atendimento domiciliar
- (99) Não se aplica

40. Qual o valor do gasto com esse deslocamento?

R\$: _____

41. Considera que o serviço prestado ou atendimento em saúde recebido foi:

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

42. Nos últimos 30 dias, por quais motivos você não procurou ou recebeu serviço de saúde?

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

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

- Rede de esgoto
- Ter mais médicos no posto de saúde
- Ter mais médicos no hospital
- Ter mais médicos especialistas
- Ter mais enfermeiro no posto de saúde
- Ter mais enfermeiro no Hospital
- Ter mais ACS
- Ter laboratório no centro de saúde
- Facilitar a realização de exames especializados e de alto custo
- Médico morar na localidade
- Tempo de atendimento médico no posto de saúde ser ampliado
- Ampliar fornecimento de medicamentos

- Ampliar a cota de exames laboratoriais
- Prefeitura oferecer transporte até o posto de saúde
- Profissionais de saúde mais cordiais
- Postos de saúde mais próximos de casa
- Mais visitas domiciliares
- Melhorias na infra-estrutura do posto ou hospital
- Melhorias na distribuição de recursos da saúde
- Satisfeito com o serviço de saúde _ não há melhora a ser feita
- Outros
- Não sabe

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

- (0) Não
- (1) Sim
- (2) Já participo

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais

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

Parecer nº. ETIC 333/06

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

DECISÃO

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

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


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

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)