

Serviço público *versus* serviço privado: características demográficas da população materno-infantil¹

Public service versus private service: demographic characteristics of maternal-infant population

Erly Catarina Moura²
Djalma de Carvalho Moreira Filho³

RESUMO

Descreve as características demográficas da população materno-infantil e, em decorrência, fornece subsídios para o planejamento em saúde a fim de contribuir para a consolidação do Sistema Único de Saúde. A população de estudo foi composta pelo universo de gestantes e mães de crianças menores de seis meses de idade, na cidade de Campinas, Estado de São Paulo. Em estudo transversal foram levantadas variáveis demográficas e serviço de saúde utilizado (público ou privado). Todas as variáveis que apresentaram diferença estatística significativa em análise bivariada foram re-analisadas, agrupando-se gestantes e mães com o intuito de melhorar a casuística. O *odds ratio* foi utilizado para avaliar a probabilidade de uma população usar um ou outro tipo de serviço. Encontrou-se diferença significativa quanto à renda, número de adolescentes grávidas, escolaridade materna e localização da moradia. Estes indicadores são recomendados para compor o perfil epidemiológico de populações semelhantes à estudada na avaliação de serviços de saúde.

Unitermos: serviços de saúde, saúde materno-infantil, epidemiologia.

ABSTRACT

There are two kinds of health service in Brazil: public and private. Although the Brazilian Constitution states public health service as a universal right, there are many neo-liberal forces against it, not permitting the expansion of the public health system named Sistema Único de Saúde. This study describes the demographic characteristics of a maternal-infant population according to the health service used, public or private, aiming to help the Sistema Único de Saúde consolidation. The study population was composed of pregnant women and mothers of infants with less than six months living in Jardim Campos Elíseos, a district of Campinas, São Paulo, Brazil. The variables significantly different between the people who use one or the other kind of services were analyzed by *odds ratio*. The results showed differences in the following aspects: household income, maternal schooling, incidence of adolescent pregnant women and living conditions. These indicators are recommended for the evaluation of health services.

Keywords: health services, maternal and child health, epidemiology.

Médicas da PUC-Campinas.

⁽¹⁾ Auxílio parcial do CNPq na forma de bolsas de iniciação científica, aperfeiçoamento e pesquisa (processos 804563/90-0, 823035/90-5 e 300644/92-2).

⁽²⁾ Professora Titular do Departamento de Nutrição, Faculdade de Ciências

⁽³⁾ Professor do Departamento de Medicina Preventiva e Social, da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, Cidade Universitária Zeferino Vaz, Distrito de Barão Geraldo, Campinas, 13081-970, São Paulo, Brasil.

INTRODUÇÃO

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

De fato, apesar da aprovação do SUS, as Unidades Básicas de Saúde não têm cumprido o seu papel de porta de entrada do Sistema. Vários motivos, em nível local, podem ser citados, desde a falta de acesso da população ao serviço até a baixa resolutividade do mesmo. Muitos sujeitos situam a precariedade dos serviços públicos (em contraposição aos privados) no nível dos recursos oferecidos, o que, compromete a questão da universalidade da atenção proposta pelo SUS. Entende-se, no entanto, que a aderência a um serviço de saúde é definida pela qualidade da atenção prestada e que um serviço público de boa qualidade é um componente importante na consolidação do SUS. Assim, a avaliação dos serviços de saúde, público e privado, deve considerar a demanda potencial e não apenas a espontânea, e servir de base para o planejamento de ações voltadas às necessidades populares.

No Brasil, poucos estudos sobre avaliação de serviços têm sido efetuados^{4,5,9,13,16,24}. Em geral, militantes da Reforma Sanitária, com o objetivo de colaborar para o sucesso do Sistema Público de Saúde, têm realizado estudos para entender como se dá a dinâmica de utilização e valoração dos serviços básicos de saúde, principalmente a partir da década de 80. Na prática, estes estudos têm como ponto de partida o serviço de saúde e como estratégia a dimensão da atenção individual. Avalia-se basicamente o processo de prestação de serviços, a partir de estudos transversais. Do ponto de vista do usuário, os estudos têm sido dirigidos à avaliação da satisfação do/no atendimento. Praticamente não existem trabalhos que situam o objeto de estudo ao nível do coletivo e das demandas trazidas pelos usuários em potencial.

A relação entre a utilização de diferentes tipos de serviços e as características da população, incluindo a demanda sentida e a satisfação obtida, de acordo com indicadores do processo de prestação e do resultado final possibilita a validação da importância do Sistema e a

explicitação das características individuais e diferenças dos serviços utilizados como porta de entrada¹¹.

No que se refere à assistência à saúde, a atenção materno-infantil tem sido priorizada no planejamento e nas ações dos serviços de saúde, como uma das atividades básicas em atenção primária^{6,14,25,26}, sendo portanto um excelente indicador da qualidade destes serviços, garantindo a inserção do coletivo ao se buscar a demanda potencial e considerar como objeto de trabalho a saúde.

Apesar da maior parte dos trabalhos em materno-infantil^{1,3,8,10,15,19,20,23,27,28}, situar os serviços de saúde (disponibilidade/qualidade) como fundamentais para a melhoria dos indicadores de saúde materno-infantil, consideradas as devidas dimensões sociais próprias da epidemiologia, nenhum deles analisa o perfil epidemiológico da população (característica e demanda) em relação aos diferentes tipos de serviços de saúde (público/privado) existentes. Apesar dos resultados finais apresentarem ligação direta com o processo de prestação de assistência, ambos os serviços são influenciados pelas condições de vida, que atua tanto no processo (determinando inclusive que assistência usar) como nos resultados (incorporando heranças do ambiente, por exemplo).

Neste artigo temos como objetivo descrever as características demográficas da população materno-infantil residente em um bairro do anel periférico central do Município de Campinas, como ponto de partida para o seguimento e avaliação quanto às condições de saúde, processo de assistência e resultados das ações de saúde, de acordo com o tipo de serviço de saúde utilizado.

A importância deste estudo se dá não só pelo conhecimento das características da população usuária de diferentes serviços, mas também pela possibilidade de contribuir para a consolidação do Projeto Coletivo²¹ construído pela equipe de trabalhadores do Centro de Saúde Escola Jardim Campos Elíseos da PUC-Campinas, não apenas como diagnóstico mas principalmente como resposta às necessidades de saúde da população pela qual é responsável, e que tem como marco referencial a Reforma Sanitária.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo transversal realizado no Jardim Campos Elíseos, bairro da periferia do município de Campinas, Estado de São Paulo, para descrição das características demográficas da população materno-infantil de acordo com o tipo de serviço de saúde utilizado, este último obtido em seguimento.

O bairro, em questão, caracteriza-se por apresentar uma grande heterogeneidade de grupos populacionais, de diferentes estratos sociais, dependentes dos diversos serviços de saúde oferecidos, como os públicos e os

privados. É composto, na sua maioria, por trabalhadores da construção civil, metalúrgicos e profissionais liberais.

A população de estudo foi o grupo materno-infantil, composto pelo universo de gestantes e mães de crianças menores de 6 meses de idade, identificadas em censo domiciliar na área de estudo.

Foram estudadas 60 gestantes (84,5%) e 62 mães de crianças menores de 6 meses de idade (96,9%), dando um total de 122 crianças. As entrevistas foram realizadas no período de 20 de maio a 10 de setembro de 1992, utilizando-se os mesmos questionários para os dois grupos.

Do total de gestantes estudadas, 40 utilizaram os serviços públicos de saúde e 20 os serviços privados. Quanto às mães, 38 utilizaram os serviços públicos e 24 os privados. Foram consideradas usuárias dos serviços públicos ou dos privados, gestantes e crianças que deram primazia a um destes serviços.

Os serviços de saúde foram classificados em público e privado de acordo com o nível de atenção e a vinculação com o SUS. Para este estudo foram considerados serviços públicos o Centro de Saúde local, os demais Centros de Saúde Escola ligados a PUC-Campinas e os Centros de Saúde Municipais, os Postos de Atendimento Médico municipalizados, os Hospitais Universitários da PUC-Campinas e da Unicamp, o Hospital Municipal Mário Gatti e os hospitais privados credenciados junto ao SUS, quando o atendimento foi público. Foram considerados serviços privados os consultórios, clínicas e hospitais ligados à medicina de grupos (convênios) e os particulares.

Para a caracterização das gestantes e mães das crianças foram levantados, em inquérito domiciliar, dados sobre idade (data de nascimento), estado civil, ocupação, escolaridade e número de filhos. Para as gestantes, número de gestações anteriores, número de abortos, hábito de tabagismo, presença de etilismo e uso de drogas alucinógenas. Para as crianças, idade (data de nascimento) e sexo. Para as mulheres foram considerados a data de nascimento e a idade cronológica por ocasião do parto. No caso das gestantes perdidas durante o seguimento, a idade foi calculada a partir da idade por ocasião da última menstruação, acrescentando-se 280 dias a esta data para as não primigestas e 284 para as primigestas¹⁸.

Em relação ao estado civil, foram consideradas casadas as mulheres que tinham companheiro fixo e solteiras, as demais. Quanto à escolaridade, questionou-se sobre o

último período escolar concluído, que foi utilizado para calcular os anos de estudo, sem considerar as séries repetidas.

Para a caracterização das condições de vida da família, tanto das gestantes como das mães das crianças foram levantados dados sobre o número de pessoas residentes, condições de moradia (localização, posse, tipo de construção, número de cômodos, número de pessoas por cômodo), condições de saneamento ambiental (abastecimento de água, coleta de esgoto, coleta de lixo), renda *per capita* e classe social. Quanto às condições de moradia foram utilizadas as seguintes categorias: área urbanizada e favela; própria e não própria (alugada, cedida e invadida) para posse; alvenaria, madeira e outro, para tipo de construção. Quanto ao número de cômodos foi(ram) excluído(s) o(s) banheiro(s). O cálculo do número de pessoas por cômodo foi feito a partir da divisão do número de pessoas residentes pelo número de cômodos existentes. No que se refere ao saneamento ambiental foram consideradas a origem e a existência de encanamento interno para abastecimento de água; o tipo de coleta para esgoto e o tipo de coleta para lixo (regular, irregular e inexistente).

Quanto à renda familiar, para o cálculo da renda mensal *per capita*, foram contabilizadas todas as receitas, independente da origem. A classe social foi classificada em proletariado (subproletariado e proletariado propriamente dito), pequena burguesia e burguesia (gerencial e empresarial), conforme classificação proposta por BARROS² em 1986⁽⁴⁾, que considera a relação do indivíduo com os meios de produção no sistema capitalista, a partir de dados sobre o chefe da família (escolaridade, profissão, ocupação e renda mensal).

Para a análise estatística foram utilizados o teste de qui-quadrado e o teste exato de Fisher na análise de variáveis qualitativas, o teste "t" na comparação de médias e o teste entre duas proporções na análise de variáveis quantitativas, considerando intervalo de confiança (IC) de 95% e nível de significância bicaudal de 5%^{7,22}. Todas as variáveis que apresentaram diferenças estatísticas significantes entre os usuários dos dois serviços foram re-analisadas agrupando-se gestantes e mães de crianças em uma única população com o intuito de aumentar a casuística, adotando-se como critério o limite aproximado de separação entre os usos dos serviços público e privado observado neste estudo. O *odds ratio* (OR) foi utilizado para avaliar a probabilidade de uma população usar um ou outro tipo de serviço de saúde.

cesso de produção), a pequena burguesia ocupa as posições de "autônomo" (estabelecido com negócio próprio) e "empregador" (com até 4 empregados ou renda mensal até 9 salários mínimos), a burguesia gerencial abrange o "assalariado técnico" (técnico, diretor, profissional liberal) e a burguesia empresarial se caracteriza por ser "empregador" (com 5 ou mais empregados e renda mensal igual ou maior que 9 salários mínimos).

⁽⁴⁾ Conforme BARROS, o subproletariado é definido pela ocupação que se situa nas posições "não economicamente ativo" (do lar, doente, afastado), "autônomo" (sem negócio próprio) e "assalariado" (trabalhadores da construção civil e da agricultura, empregados domésticos); o proletariado é o "assalariado típico" (escriturário, bancário, vendedor, trabalhadores do setor de comunicação, prestação de serviços e pro-

RESULTADOS

A idade das mulheres variou de $24,7 \pm 6,6$ (gestantes usuárias do serviço público) a $27,7 \pm 6,2$ anos (mães das crianças usuárias do serviço privado). A prevalência de adolescentes (menores de 20 anos de idade) variou de 4,1 (um caso entre as mães das crianças usuárias do serviço privado) a 27,5% (11 casos entre as gestantes usuárias do serviço público), diferença considerada significativa para teste entre duas proporções (IC=7,5 a 39,4).

Eram casadas 37 (92,5%) gestantes e 28 (73,7%) mães das crianças usuárias do serviço público e 19 (95,0%) gestantes e 20 (83,3%) mães das crianças usuárias do serviço privado.

Das gestantes, 11 (27,5%) do serviço público e 12 (60,0%) do serviço privado tinham alguma ocupação, além dos afazeres domésticos (qui-quadrado=4,66, $p=0,03$), o que mostra a associação direta entre a inserção no mercado de trabalho e o uso de serviços privados, provavelmente embutidos via convênio no contrato trabalhista. Cerca de 21% das mães das crianças usuárias do serviço público (8 casos) e do serviço privado (5 casos) apresentaram alguma ocupação externa.

Quanto à escolaridade houve diferença estatística significativa tanto para as gestantes quanto para as mães das crianças (Tabela 1), isto é, as usuárias do serviço privado apresentaram maior nível de escolaridade do que as usuárias do serviço público.

Tabela 1. Distribuição dos sujeitos segundo número de anos de estudo e tipo de Serviço de Saúde utilizado, Campinas, 1992.

Serviço de saúde \ Anos de estudo	Público		Privado		Público		Privado	
	Gestantes (n=60)				Mães (n=62)			
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Nenhum					1	2,6	-	-
1 a 4	14	35,0	1	5,0	13	34,2	3	12,5
5 a 8	21	52,5	10	50,0	19	50,0	13	54,2
9 a 11	5	12,5	6	30,0	5	13,2	6	25,0
12 a 15	-	-	3	15,0	-	-	2	8,3
$\bar{X} \pm DP$	6,00 \pm 2,60		8,85 \pm 3,23		5,61 \pm 2,75		7,92 \pm 3,08	
Teste "t"	$t_{(gl=58)} = 3,688$ $p=0,0005^*$				$t_{(gl=60)} = 3,075$ $p=0,003^*$			

* Diferença significativa

Das gestantes estudadas, 25 eram primigestas e 35 já haviam engravidado anteriormente, sendo que 32 delas tinham parido filhos vivos. As gestantes usuárias do serviço público tiveram $1,15 \pm 1,58$ filhos e as do privado $0,70 \pm 0,86$, variando de zero a seis em ambos os grupos. Quanto ao número de filhos vivos, no serviço público, uma gestante referiu que dois filhos haviam morrido (um aos 9 meses e outro aos 12) tendo como causa doença respiratória (pneumonia) e outra relatou a morte de um filho aos nove meses de idade por desidratação, após sete dias de internação.

As mães usuárias do serviço público referiram $1,29 \pm 1,31$ filhos vivos anteriores e as do privado $1,13 \pm 0,99$, cuja variação nos dois grupos foi de zero a quatro. Quatro mães, de crianças usuárias do serviço público, relataram a ocorrência de natimorto (2), morte por infecção hospitalar aos três meses de idade (1) e por difteria (sic) aos sete meses de idade (1). Duas mães, de crianças usuárias do serviço privado, referiram natimortos, sendo que uma delas tinha antecedente de um aborto.

As gestantes do serviço público apresentaram história de $1,30 \pm 1,57$ gestações anteriores e as do privado

$0,75 \pm 0,91$, sendo que das não primigestas sete (28%) e três (30%) referiram abortos espontâneos anteriores, respectivamente no serviço público e no privado.

Das gestantes usuárias do serviço público, 7 (17,5%) eram fumantes (4 até 5 e 3 mais de 5 cigarros/dia) e do serviço privado 2 (10,0%) apresentavam hábito de tabagismo (1 até 5 e 1 mais de 5 cigarros/dia).

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

As crianças usuárias do serviço público tinham $3,08 \pm 1,60$ meses de idade por ocasião da entrevista e as do privado $3,19 \pm 1,58$, sendo que a distribuição entre os sexos foi de 22 (57,9%) meninas e 16 (42,1%) meninos no público e 12 (50,0%) meninas e 12 (50,0%) meninos no privado.

As gestantes usuárias do serviço público apresentaram concentração de $3,90 \pm 2,31$ pessoas/família e as do privado $2,90 \pm 1,37$. Para as mães das crianças estes valores se situaram em $5,16 \pm 2,25$ no público e $4,54 \pm 1,82$ no privado.

Referente à moradia, 14 (35,0%) gestantes usuárias do serviço público e 9 (45,0%) do privado residiam em casa própria, 35 (87,5%) e 20 (100,0%) respectivamente construídas em alvenaria, com $3,30 \pm 1,49$ cômodos no público e $3,45 \pm 0,94$ no privado. Quanto à localização da moradia houve diferença estatística significativa entre os serviços estudados para as gestantes e para as mães das crianças (Tabela 2), significando que a maioria dos residentes em favelas são SUS-dependentes. As mães das crianças também apresentaram diferença significativa quanto ao número de pessoas por cômodo (Tabela 3), isto é houve maior concentração de pessoas por cômodo entre as usuárias do serviço público; enquanto as gestantes apresentaram $1,33 \pm 0,82$ pessoas por cômodo no serviço público e $0,96 \pm 0,75$ no privado.

A cobertura de água pela rede pública abrangeu todas as famílias das gestantes, sendo que no serviço público apenas 1 (2,5%) não apresentava canalização interna, 4

(10,0%) não tinham esgoto ligado à rede pública e 5 (12,5%) não tinham coleta regular de lixo. Quanto às mães das crianças, 11 (28,9%) do serviço público e 10 (41,7%) do privado residiam em casa própria, 30 (78,9%) e 23 (95,8%), respectivamente, em casas de alvenaria, com $3,08 \pm 1,19$ cômodos no público e $3,96 \pm 1,92$ no privado. A cobertura de água pela rede pública com canalização abrangeu todas as famílias. No serviço público, 8 (21,1%) não tinham esgoto ligado à rede pública e 1 (2,6%) não tinha coleta regular de lixo, enquanto que no privado estes números ficaram em 2 casos (8,3%) tanto para a falta de esgoto quanto para a não coleta de lixo.

Quanto à renda familiar mensal *per capita*, a Tabela 4 apresenta as diferenças entre as populações nos serviços público e privado, tanto entre as famílias das gestantes como entre as famílias das crianças, a renda *per capita* foi maior no grupo de usuárias do serviço privado. A classificação por classe social mostrou diferença apenas para as gestantes (Tabela 5), isto é, a maioria das usuárias do serviço público

Tabela 2. Distribuição dos sujeitos segundo localização da moradia e tipo de Serviço de Saúde utilizado, Campinas, 1992.

Serviço de saúde / Localização da moradia	Público				Privado			
	Gestantes (n=60)				Mães (n = 62)			
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Área Urbanizada	19	47,5	18	90,0	17	44,7	21	87,5
Favela	21	52,5	2	10,0	21	55,3	3	12,5
Teste exato de Fisher	p=0,002*				p=0,001*			

* Diferença significativa.

Tabela 3. Distribuição das mães das crianças segundo número de pessoas por cômodo e tipo de Serviço de Saúde utilizado, Campinas, 1992.

Serviço de Saúde / Pessoas por cômodo	Público		Privado	
	n°	%	n°	%
Até 1,0	5	13,2	11	45,8
1,1 a 2,0	25	65,8	13	54,2
2,1 a 3,0	6	15,8	-	-
3,1 a 4,0	1	2,6	-	-
8,0	1	2,6	-	-
$\bar{X} \pm DP$	$1,90 \pm 1,23$		$1,26 \pm 0,40$	
	$t_{(gl=60)}=2,481 \quad p=0,016^*$			

* Diferença significativa.

são de famílias pertencentes ao proletariado e das usuárias do privado de famílias pertencentes à burguesia. As mães das crianças se distribuíram no proletariado em 31 casos (81,6%) no serviço público e 19 (79,1%) no privado.

Na análise individual dos grupos (gestantes e crianças), na comparação das variáveis encontradas para cada grupo entre os serviços público e privado, os sujeitos da pesquisa se caracterizaram pela similaridade de determinadas variáveis (idade da gestante/mãe, estado civil, número de filhos, sexo das crianças, número de pessoas na família, posse da moradia, tipo de construção, número de cômodos, abastecimento de água, coleta de esgoto, coleta de lixo), embora a maioria delas seja significativamente diferente entre a população usuária do serviço público e a do privado quando re-analisadas em um único grupo - o materno-infantil (Tabela 6).

Tabela 4. Distribuição dos sujeitos segundo renda familiar mensal *per capita* e Serviço de Saúde utilizado, Campinas, 1992.

Serviço de Saúde	Público				Privado			
	Gestantes (n = 60)		Mães (n = 62)		Público		Privado	
Renda <i>per capita</i> (SM)	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
0 a 1,0	25	62,5	2	10,0	26	68,4	5	20,8
1,1 a 2,0	7	17,5	2	10,0	6	15,8	10	41,7
2,1 a 3,0	7	17,5	5	25,0	3	7,9	5	20,8
3,1 a 4,0	1	2,5	3	15,0	-	-	1	4,2
4,1 a 5,0	-	-	3	15,0	-	-	-	-
5,1 a 6,0	-	-	3	15,0	-	-	-	-
6,1 a 7,0	-	-	1	5,0	-	-	2	8,3
7,1 a 8,0	-	-	1	5,0	-	-	-	-
8,1 a 9,0	-	-	-	-	-	-	1	4,2
sem dados	-	-	-	-	3	7,9	-	-
$\bar{X} \pm DP$	1,11 \pm 0,88		3,59 \pm 1,95		0,81 \pm 0,60		2,36 \pm 2,04	
Teste "t"	$t_{(gl=58)} = 6,814$ $p < 0,00000001$ *				$t_{(gl=57)} = 4,250$ $p = 0,00008$ *			

* Diferença significativa.

Tabela 5. Distribuição dos sujeitos segundo classe social e tipo de Serviço de Saúde, Campinas, 1992.

Serviço de Saúde	Público				Privado			
	Gestantes (n = 60)		Mães (n = 62)		Público		Privado	
Classe Social	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Subproletariado	14	35,0	3	15,0	11	29,0	2	8,3
Proletariado	24	60,0	12	60,0	20	52,6	17	70,8
Pequena Burguesia	1	2,5	3	15,0	3	7,9	4	16,7
Burguesia Gerencial	1	2,5	1	5,0	4	10,5	1	4,2
Burguesia Empresarial	-	-	1	5,0	-	-	-	-
Proletariado	38	95,0	15	75,0	31	81,6	19	79,1
Burguesia	2	5,0	5	25,0	7	18,4	5	20,9
Teste exato de Fisher	$p = 0,036$ *				$p = 1,000$			

* Diferença significativa.

Tabela 6. Distribuição das variáveis significativas para o grupo materno-infantil conforme os tipos de Serviço de Saúde utilizados, Campinas, 1992.

Variável	Teste	p
Ocupação materna fora do lar	$\chi^2 = 1,84$	0,175
Anos de estudo materno	$t(108) = 2,42$	0,017 *
Localização da moradia	$\chi^2 = 20,49$	0,000006 *
Número de pessoas por cômodo	$t(108) = 2,06$	0,042 *
Renda <i>per capita</i>	$t(105) = 2,20$	0,030 *
Classe social	$\chi^2 = 0,18$	0,674

* Diferença significativa.

As características sociais são próprias das populações estudadas, podendo definir o tipo de serviço de saúde a ser utilizado. A análise pelo *odds-ratio* nos permite dizer qual a chance de uma determinada população usar um ou outro tipo de serviço de saúde (Tabelas 7 e 8). Assim, a probabilidade de uma gestante utilizar o serviço público é quase 4 vezes maior para aquelas que não trabalham fora do lar, 10 vezes maior para as que estudaram até a quarta série do primeiro grau, 10 vezes maior para as que moram na favela, 15 vezes maior para as que pertencem a famílias que ganham até um salário mínimo mensal *per capita*, cerca de 6 vezes maior para aquelas pertencentes ao proletariado.

Tabela 7. Distribuição das variáveis sociais significativas conforme *odds-ratio* (OR) e intervalo de confiança (IC) de 95%, para os tipos de Serviço de Saúde utilizados pelas gestantes, Campinas, 1992.

Variável	Critério	OR	IC
Ocupação fora do lar	não	3,95	1,11 - 14,48
Anos de estudo	até 4 anos	10,23	1,20 - 226,41
Localização da moradia	favela	9,95	1,82 - 71,54
Renda <i>per capita</i>	até 1 SM	15,00	2,71 - 109,12
Classe social	proletariado	6,33	0,92 - 53,79

SM: Salário mínimo.

Neste grupo, a variável renda *per capita* se explicitou como a mais significativa.

Para as mães, observa-se que a chance do uso do serviço público é cerca de 4 vezes maior para aquelas cujas mães estudaram até a quarta série do primeiro grau, quase 9 vezes maior para as que residem na favela, aproximadamente 11 vezes maior para as que pertencem a famílias que ganham até um salário mínimo mensal *per capita*, aproximadamente 6 vezes maior para as que moram em casas com mais de uma pessoa por cômodo. Aqui, também, a variável renda *per capita*, mostrou-se bastante significativa.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

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

Tendo como exemplo o Centro de Saúde local, onde cerca de 20% da população da área de cobertura é atendida, fica claro que a questão da universalização do atendimento está longe de ser alcançada. O não acesso é definido *a priori*. A população SUS-dependente utiliza vários serviços públicos (outros centros de saúde, ambulatórios de especialidades e hospitais) para lograr o atendimento. A aderência, ao centro de saúde local, é garantida a uma parcela pequena da população, que tem os seus retornos agendados.

Tabela 8. Distribuição das variáveis sociais significativas conforme *odds-ratio* (OR) e intervalo de confiança (IC) de 95% para os tipos de Serviço de Saúde utilizados pelas crianças, Campinas, 1992.

Variável	Critério	OR	IC
Anos de estudo	até 4 anos	4,08	0,91 - 20,87
Localização da moradia	favela	8,65	1,95 - 43,97
Renda <i>per capita</i>	até 1 SM	10,98	2,75 - 7,16
Número de pessoas por cômodo	> 1	5,58	1,41 - 23,36

SM: Salário mínimo.

Neste trabalho, o critério classe social, proposto por BARROS (1986)², não discriminou as populações estudadas, mas tomando a população como objeto de análise, e não a classe social, conforme cita POSSAS (1989)¹⁷, pode-se discriminar outros indicadores para melhor representá-la. Foi o que fizemos, e a renda *per capita* foi a variável social que melhor representou as diferenças entre as populações estudadas com corte em um salário mínimo, como proposto há muito tempo para estudar a desnutrição¹¹.

Quanto às variáveis estudadas, o que determina, de fato, a utilização de um tipo ou outro de serviço de saúde é a renda *per capita*, embora as populações difiram também, quanto a anos de estudo materno e localização da moradia.

A população usuária do serviço público caracteriza-se por apresentar menor renda familiar mensal *per capita*, concentrar mais adolescentes grávidas, ter menor número de anos de estudo e residir na favela, o que reforça a característica de população SUS-dependente.

Apesar da garantia constitucional do direito à saúde, as camadas populares ainda têm muita dificuldade de acesso aos serviços de saúde e à melhores condições socioeconômicas para se ter saúde. O processo de democracia instituído em meados de oitenta, na prática não confere direitos iguais aos cidadãos, por não garantir a redução dos conflitos sociais, gerados por projetos macro-econômicos e políticos que, por sua vez, inscrevem diferenças entre as formas de nascer e de viver em nossa sociedade¹².

Sugere-se a adoção destes marcadores para monitorar a qualidade da atenção à saúde que objetive um modelo epidemiológico de proteção à saúde, que sirva tanto para o melhor acompanhamento individual como para a avaliação dos serviços, na busca, de fato, do direito pleno à cidadania.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALEGRIA, F.V.L. et al. Gravidez na adolescência: estudo comparativo. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v.23, n.6, p.473-477, 1989.
2. BARROS, M.B.A. A utilização do conceito de classe social nos estudos dos perfis epidemiológicos: uma proposta. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v.20, n.4, p.269-273, 1986.
3. BENÍCIO, M.H.D'A. et al. Análise multivariada de fatores de risco para o baixo peso ao nascer em nascidos vivos do município de São Paulo, SP (Brasil). *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v.19, n.4, p.311-320, 1985.
4. CAMPOS, F.E. *Resolutividade: uma aproximação à avaliação qualitativa dos serviços de saúde*. Rio de Janeiro, 1988. 264p. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ, 1988.
5. COSTA, M.C.N. et al. Avaliação de centros de saúde em Salvador - 1980. *Rev Baiana Saúde Pública*, Salvador, v.11, n.1, p.7-17, 1984.
6. FÉIX, R. Atenção primária à saúde: conceito, implantação e tendência. In: DUNCAN, B.B. et al. *Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária*. Porto Alegre : Artes Médicas, 1990. p.11-5.
7. GUEDES, M.L.S., GUEDES, J.S. *Bioestatística para profissionais da saúde*. Rio de Janeiro : Livro Técnico, 1988. 200p.
8. LIPPI, U.G. et al. Fatores obstétricos associados ao baixo peso ao nascer. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v.23, n.5, p.382-387, 1989.
9. MADUREIRA, P.R. et al. Avaliação da qualidade da atenção à saúde na rede básica. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.45-59, 1989.
10. MONTEIRO, C.A. *Saúde e nutrição das crianças de São Paulo*. São Paulo : Hucitec, 1988. 165p.
11. MOURA, E.C. *Avaliação de serviços de saúde: um desenho epidemiológico 1994*. 156p. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, 1994.
12. MOURA, E.C. Direito à saúde: o papel de diferentes sujeitos sociais. *Saúde e Sociedade*, v.5, n.2, p.109-129, 1996.
13. MOURA, E.C et al. Avaliação de um serviço básico de saúde: uma abordagem comunitária. *Rev Nutr PUCAMP*, Campinas, v.5, n.2, p.101-120, 1992.
14. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Atención primaria de salud*. Ginebra, 1978. 55p.
15. OSIS, M.D.D. et al. Fatores associados à assistência pré-natal entre mulheres de baixa renda no Estado de São Paulo, Brasil. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v.27, n.1, p.49-53, 1993.
16. PELICIONI, M.C.F., WESTPHAL, M.F. Serviços de saúde: utilização e opinião dos usuários. *Rev Paul Hosp*, São Paulo, n.5/8, v.39, p.69-75, 1991.
17. POSSAS, C. *Epidemiologia e sociedade: heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil*. São Paulo : Hucitec, 1989. 271p.
18. REZENDE, J., MONTENEGRO, C.A.B. Idade da gestação e data provável do parto. In: REZENDE, J., MONTENEGRO, C.A.B. *Obstetrícia fundamental*. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 1987. p.113-116.
19. RUMEL, D. et al. Acurácia dos indicadores de risco do Programa de Defesa da Vida dos Lactentes em região do Estado de São Paulo, Brasil. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v.26, n.1, p.6-11, 1992.
20. SILVA, A.A.M. et al. Associação entre idade, classe social e hábito de fumar maternos com peso ao nascer. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v.26, n.3, p.150-154, 1992.
21. SMEKE, E.L.M., MOURA, E.C. (Org). *Projeto de integração Centro de Saúde Assistência-Escola Jardim Campos Eliseos*. Campinas : PUCAMP, 1991. 22p. (Mimeografado).
22. STATISTICAL PACKAGE FOR THE SOCIAL SCIENCES FOR WINDOWS. *Advanced statistics. Release 5*. Chicago, 1992. 580p.
23. TANAKA, A.C.d'A. et al. Situação de saúde materna e perinatal no estado de São Paulo, Brasil. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v.23, n.1, p.67-75, 1989.
24. TANAKA, O.Y., ROSENBERG, C.P. Análise da utilização pela clientela de uma unidade ambulatorial da Secretaria da Saúde do Município de São Paulo, SP (Brasil). *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v.24, n.1, p.60-68, 1990.
25. UNGER, J.P., KILLINGSWORTH, J.R. Selective primary health care: a critical review of methods and results. *Soc Sci Med*, Oxford, v.22, n.10, p.1001-1013, 1986.
26. VERAS, F.M.F. Atenção primária em saúde. In: ROUQUAYROL, M.Z. *Epidemiologia e saúde*. 3.ed. Rio de Janeiro : Medsi, 1988. p. 439-47.

27. VICTORA, C.G. et al. *Epidemiologia da desigualdade*. São Paulo : Hucitec, 1988. 187p.
28. YUNES, J. et al. Assistência à infância, à adolescência e à maternidade no Brasil. *Bol Of Sanit Panam*, Washington DC, v.103, n.1, p.33-42, 1987.

Recebido para publicação em 28 de outubro de 1997 e aceito em 17 de fevereiro de 1998.