

População infantil brasileira: Acesso e Utilização aos serviços de Saúde.

BRAGA, Carolina Thumé.¹; NUNES, Bruno Pereira²; FACCHINI, Luiz Augusto³

¹Universidade Católica de Pelotas / Direito; Bolsista PIBIC/CNPQ.
E-mail: carolinabraga11@gmail.com

²Universidade Federal de Pelotas Mestrando do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia,
Departamento de Medicina Social. E-mail: bpereiranunes@yahoo.com.br

³Universidade Federal de Pelotas, Departamento de Medicina Social. E-mail: luizfacchini@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

Em 1988 foi criada a nova Constituição Federal Brasileira, que em seu artigo 196 declarou a saúde como um direito resguardado a toda população. Sendo um dever do Estado garantir este direito através de políticas sociais. Para tanto, divide esta responsabilidade entre as suas respectivas esferas Federal, Estadual e Municipal (Brasil, 1988). A norma Constitucional foi regulamentada pela Lei 8.080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organizando o funcionamento dos serviços correspondentes. É regulamentado pelo artigo 1º as ações e serviços de saúde executadas, isoladamente ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas tanto de direito público como privado. Em seu artigo segundo, afirma que a saúde é um Direito fundamental, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício (Brasil, 1990). No artigo terceiro, é afirmado que:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. (Brasil, 1990)

Deste modo, este trabalho objetiva investigar a garantia fundamental relacionada ao acesso e a utilização dos serviços de saúde pela população infantil, positivada pela Carta Magna. Para tanto, foram utilizados os dados obtidos através do Projeto AQUARES – Avaliação de Serviços de Saúde no Brasil: Acesso e Qualidade da Atenção, realizado em 100 municípios das cinco regiões do Brasil.

2 METODOLOGIA (MATERIAL E MÉTODOS)

O trabalho de campo do Projeto AQUARES foi realizado no período de 04 de agosto de 2008 a 04 de abril de 2009, através de um estudo transversal de base populacional. Este tipo de estudo é adequado para diagnosticar de forma rápida a prevalência de desfechos de interesse à saúde e, é indicado para subsidiar os gestores com informações de interesse no planejamento de políticas e ações de saúde que atendam às necessidades da população (Des Jarlais e col, 2004).

Este trabalho descreve as variáveis demográficas (sexo, idade, cor da pele), socioeconômicas (situação conjugal, classe social de acordo com a Associação Brasileira de Estudos Populacionais - ABEP, renda *per capita* em salários mínimos, escolaridade) e o acesso e a utilização de serviços de saúde, avaliados através da ocorrência de sinais, sintomas e síndromes comuns que ocorreram nos três meses ou um ano anteriores à entrevista (dor muito forte; falta de ar ou dificuldade para respirar; febre e perda súbita da consciência). Também foi avaliado o percentual de participação do Sistema Único de Saúde (SUS) nas internações hospitalares, do atendimento no pronto-socorro e domiciliar, atendimento por médico e por outro profissional de saúde que não o médico.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da UFPel, conforme ofício 152/07.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados 6.397 crianças, dentre estas 8% residiam na região Norte, 25% na região Nordeste, 35% na região Sudeste, 22% na região Sul e 10% na região Centro-Oeste. Do total da amostra, metade das crianças eram do sexo masculino (50,2%), a maioria tinha acima de 02 anos de idade (59%) e 50,2% de cor branca e 29,3% de pele morena. Dentre eles, 98,5% nasceu em hospital, sendo de parto cesariana (50,2%). O baixo peso atingiu 11,3% da amostra. Foi observada uma baixa proporção de famílias classificadas nas classes “A” (2%) e “E” (6%), os extremos da escala da ABEP, sendo que a maior parte pertencia a famílias da classe “B” (48%). A renda familiar *per capita* inferior a 0,25 salários mínimos mensais foi observada em 25% dos entrevistados e metade da amostra teve renda *per capita* inferior ou igual a um salário mínimo. Um quarto das famílias (25%) eram chefiadas por mulheres, sendo que 7% dos domicílios não tinham água potável, e a falta de geladeira era uma realidade para 8% das famílias responsáveis pelas crianças.

As prevalências de crianças que necessitaram buscar um atendimento de saúde para os sinais e sintomas estudados mostraram variação entre 7,1% (dor de ouvido) e 36,8% (tosse ou falta de ar).

Tabela 1. Necessidade de saúde, demanda potencial de atendimento e utilização de serviços para crianças que apresentaram os sinais e sintomas estudados (n=6.397). AQUARES – UFPel. Pelotas, 2008 – 2009.

Variável*	% (IC 95%)
Tosse ou falta de ar (2.340)*	36,8 (35,6 – 38,0)
Necessitaram de atendimento (1.279) ⇨	54,7 (52,6 – 56,2)
Consultaram (1.222)	95,7 (94,6 – 96,8)
Febre (1.977)*	31,1 (30,0 – 32,3)
Necessitaram de atendimento (1.086) ⇨	55,0 (52,8 – 57,2)
Consultaram (1.045)	96,3 (95,2 – 97,4)
Diarréia (1.007)*	15,9 (15,0 - 16,8)
Necessitaram de atendimento (415) ⇨	41,3 (38,2 – 44,3)
Consultaram (399)	96,1 (94,3 – 98,0)
Dor de ouvido (448)*	7,1 (6,4 – 7,7)

Necessitaram de atendimento (226) ⇨	50,4 (45,8 – 55,1)
Consultaram (219)	97,3 (95,2 – 99,5)

*Ocorrência no último mês.

*Denominador das variáveis de necessidade de atendimento.

⇨ Denominador das variáveis de utilização do serviço.

Foi analisado o atendimento em crianças menores de 05 anos, sendo que o SUS respondeu por 75% das internações hospitalares, 79% do atendimento no pronto-socorro, 60% dos atendimentos médicos, 80% de atendimento por outros profissionais de saúde e 94% dos atendimentos domiciliares.

A Tabela 2 apresenta a proporção de crianças que tiveram indicação de uso de serviços ou atendimentos em saúde e não tiveram acesso. Destaca-se a maior falta de acesso para atenção domiciliar e por outros profissionais de saúde.

Tabela 2. Crianças que necessitaram de atendimento e serviços de saúde e não tiveram acesso (n = 6.397). AQUARES – UFPel. Pelotas, 2008 – 2009.

Tipo de serviço/atendimento	Falta de acesso ao serviço % (IC 95%)
Internação hospitalar# (n=700)	2,7 (1,7 – 4,3)
Atendimento:	
Pronto socorro# (n=2.163)	0,9 (0,5 – 1,4)
Domiciliar## (n=525)	3,6 (2,3 – 5,7)
Médico## (n=3.456)	1,0 (0,7 – 1,4)
Outro profissional de saúde## (n=777)	3,1 (2,0 – 4,6)

No último ano

Nos últimos três meses

4 CONCLUSÃO

A partir do presente estudo observa-se que o SUS foi responsável pela maior parte dos atendimentos nos hospitais, pronto-socorros, no domicílio, na atenção médica e de outros profissionais da área da saúde. Desta forma, o preceito constitucional do acesso à saúde foi garantido através do sistema público de saúde, para as crianças que necessitaram dos serviços. Portanto, a garantia fundamental prevista na Constituição Federal de 1988 de modo geral foi objetivada.

Reforça-se a importância do SUS para que se continue a proporcionar atendimento à população brasileira, além de tentar alcançar a todos, como assegura a Carta Magna, pois a grande maioria recebe o atendimento e possui o acesso desejado, porém uma minoria acaba sem tê-lo, fazendo com que se trabalhe para alcançar o objetivo idealizado. As análises deste estudo não controlaram para os possíveis fatores de confusão e, por este motivo, se sugere uma análise multivariada no estudo do acesso e utilização dos serviços de saúde.

5 REFERÊNCIAS

ABRASCO. **Agenda Estratégica para a Saúde no Brasil**, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<http://www.saudeigualparatodos.org.br/>>. Acesso em: 20 de agosto de 2011.

BRASIL, Lei 8080/90 – 19 de set. 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **CONASEMS** – Publicações técnicas – nº 2.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

Des Jarlais DC, Lyles C, Crepaz N. Improving the reporting quality of nonrandomized evaluations of behavioral and public health interventions: the TREND statement. **American Journal of Public Health**. 2004;94(3):361-6

Universidade Federal de Pelotas. Departamento de Medicina Social. **Relatório Projeto Aquares – Avaliação do Acesso e da Qualidade da Rede de Serviços**. Pelotas, 2009.