



ORIGINAL

DISTRITO DE SAÚDE DE ORIGEM E CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS DAS MULHERES
ATENDIDAS EM UNIDADE SECUNDÁRIA DE REFERÊNCIA
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM CAMPINAS

*HEALTH DISTRICT OF ORIGIN AND SOCIO DEMOGRAPHIC
CHARACTERISTICS OF WOMEN ATTENDED IN A SECONDARY
REFERENCE UNIT OF SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE IN CAMPINAS*

Arlete Maria dos Santos FERNANDES^{1,2}

Elza Mitiko YAMADA²

Celina de Azevedo SOLLERO²

Larissa Capochin Paes LEME²

RESUMO

Objetivo

Avaliar as características sociodemográficas e verificar o distrito de saúde de origem de mulheres em atendimento secundário no Hospital e Maternidade Celso Pierro.

Métodos

Foi realizada análise de dados de 676 mulheres entrevistadas enquanto aguardavam consulta de ginecologia. As variáveis estudadas foram idade, escolaridade, naturalidade e procedência, distrito de saúde onde residia, condições

¹ Departamento de Tocoginecologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Caixa Postal 6181, 13084-971, Campinas, SP, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: A.M.S. FERNANDES. E-mail: <arlete@fcm.unicamp.br>.

² Curso de Medicina, Centro de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, SP, Brasil.

de moradia, trabalho e renda, estado marital, se com ou sem parceiro, tempo de relacionamento, escolaridade e trabalho do parceiro, bem como algumas características obstétricas e uso de métodos anticoncepcionais. A análise inicial foi descritiva; posteriormente, as mulheres foram distribuídas em dois grupos de idade, até 40 anos e mais de 40 anos, para evidenciar características ginecobiológicas, sendo calculado o *odds ratio* e o intervalo de confiança 95%.

Resultados

A prevalência de mulheres e homens com até oito anos de escolaridade foi de 89,8% e 87,2%, respectivamente. A maioria das mulheres era branca, convivia com o parceiro há mais de seis anos, 71,0% tinham renda de até cinco salários mínimos, 90,0% residiam em Campinas e Região Metropolitana e 30,0% delas exerciam trabalho remunerado. Do total de mulheres, 63,4% procediam dos distritos cobertos pelo serviço e 15,7% da Região Metropolitana.

Conclusão

O serviço estudado atende à população de nível socioeconômico baixo que reside nos distritos noroeste e sudoeste e na Região Metropolitana de Campinas.

Termos de indexação: Brasil, ginecologia, saúde da mulher, serviços de saúde, SUS (BR).

A B S T R A C T

Objective

The purpose of this study was to check the socio demographic characteristics of women attended in a secondary reference health service and also their health district of origin in the Hospital e Maternidade Celso Pierro.

Method

676 women were interviewed while awaiting their gynecological appointment. The variables analyzed were: age; school level; place of birth and of residence; health district of origin; house conditions; job and salary; marital status; with partner or not; duration of partnership; school level of partner and job; obstetric history and use of contraceptive methods. The first analysis was descriptive. The women were then divided into two groups according to age: up to 40 and over 40, in order to look for evidence of gynecological and obstetric characteristics. The odds ratio was calculated with a confidence interval of 95%.

Results

There is a prevalence of women and men with only 8 years of formal studies, 89.8% and 87.2% respectively. Most of the women were white, had lived with their partner for at least six years, 71.0% received less than 5 minimum wages, 90.0% came from the city of Campinas and surrounding areas and 30.0% were salaried workers. 63.4% of the women came from their reference health district and 15.7% from the metropolitan area.

Conclusion

The health service is shown to attend a low school level, low-income population, living in the northwest and southwest regions of their reference health district or the metropolitan area.

Indexing terms: *Brazil, gynecology, women's health, health service, SUS (BR).*

INTRODUÇÃO

A Constituição do Brasil de 1988 estabeleceu o Sistema Único de Saúde (SUS), de caráter público e formado por rede de serviços regionalizado, hierarquizado e descentralizado de atendimento à saúde, fundamentado nos princípios da universalidade, eqüidade e integralidade¹. Os serviços privados mantiveram-se à parte desse sistema, embora dele participem de forma complementar.

O SUS representou avanço por permitir a inclusão social de milhares de brasileiros às ações de saúde¹. Segundo dados do Ministério da Saúde, 90,0% da população brasileira são de algum modo usuários do SUS, 28,6% são usuários exclusivos, 61,5% utilizam o sistema além de outra forma de atenção e apenas 8,7% não o utilizam². Quanto à descentralização, dentre os 5 561 municípios de abrangência, somente 586 possuem gestão plena de sistema, isto é, são auto-suficientes nos serviços e no uso de recursos para funcionamento, recebendo valor de custeio integral a partir do orçamento do Ministério da Saúde e Fundo Nacional de Saúde².

Campinas é um dos municípios em gestão plena que, devido à sua complexidade estrutural e populacional, foi levado à distritalização: processo de descentralização progressiva do planejamento e gestão da saúde para áreas com mais de 200 mil habitantes. Esse processo foi iniciado na atenção básica, sendo seguido pelos serviços secundários próprios e, posteriormente, pelos serviços conveniados ou contratados. Toda a reestruturação exigiu o envolvimento e qualificação progressiva das equipes distritais e representou grande passo na consolidação da gestão plena do sistema no município. Atualmente a cidade é dividida em cinco distritos de saúde³.

Os desafios ao bom funcionamento do SUS são a definição da divisão de responsabilidades entre união, estados e municípios, a integração entre sistemas municipais, a implantação de política de recursos humanos em saúde, o financiamento e critérios de alocação de recursos orientados pelas necessidades da população, a garantia de resoluti-

vidade e de acesso aos serviços e a construção de sistemas regionais hierarquizados^{2,4}.

Para o funcionamento desejado, o primeiro nível de assistência deve ser dado por meio da Unidade Básica de Saúde (UBS), que se constitui a porta de entrada regular do sistema. No caso de necessidade de atenção secundária ou terciária, os pacientes são referenciados a determinado estabelecimento de saúde de maior complexidade, geralmente um centro regional mais próximo. Uma vez realizada a atenção, esse estabelecimento deverá emitir a contra-referência que pode ser entendida como o encaminhamento do paciente à sua unidade de origem, após a resolução da queixa que orientou a referência⁵.

Essa dinâmica ideal de funcionamento do sistema não tem sido fácil de ser implantada devido a inúmeros fatores, entre eles a falha na efetuação da referência e contra-referência. As dificuldades durante o encaminhamento, como demora para resultado de exames já realizados ou para marcação da consulta na referência, acabam por produzir desacordo na interação entre os níveis, propiciando que os pacientes procurem atenção em outros locais, dificultando assim a regionalização. O mesmo acontece pela forma como a população busca por atendimento à saúde, pois os pacientes ainda transitam livremente e muitas vezes optam por buscar atenção longe de seus locais de residência. Por outro lado, existe a situação particular do município de Campinas que conta com especialistas na rede de saúde, clínicos, pediatras e ginecologistas, que muitas vezes solucionam as necessidades da atenção especializada na própria UBS, tornando desnecessário o encaminhamento ao nível secundário⁶. Por tudo isso, não tem sido fácil medir o atendimento regional nos centros de referência.

Situado na região oeste da cidade de Campinas, o Hospital e Maternidade Celso Pierro, do Centro de Ciências da Vida da PUC-Campinas, é um dos centros de referência regionais contratados, e a ele compete receber os pacientes encaminhados para atendimento secundário, provenientes da rede

básica dos distritos noroeste e sudoeste, bem como uma série de procedimentos da atenção terciária. Este estudo foi uma análise de dados de pesquisa anterior, com mulheres atendidas em ambulatório geral de ginecologia. Os objetivos foram os de conhecer a população atendida através das características sociodemográficas desta amostra e verificar a regionalização a partir da determinação do distrito de saúde de origem das mulheres em atendimento no serviço.

MÉTODOS

Foi realizada análise de dados de 676 mulheres entrevistadas no período de fevereiro a outubro de 2001 no Hospital e Maternidade Celso Pierro do Centro de Ciências da Vida da PUC-Campinas, por ocasião de estudo sobre a associação entre tipo de parto e esterilização tubária. Todas as mulheres possuíam pelo menos dois filhos vivos e responderam a questionário estruturado, aplicado por entrevistadora treinada, enquanto aguardavam atendimento em ambulatório de ginecologia geral. Os dados sociodemográficos foram considerados para este estudo e as variáveis utilizadas foram idade, escolaridade, naturalidade e procedência da mulher, distrito de saúde ao qual pertencia, condições de moradia, trabalho e renda, estado marital, se com ou sem parceiro, tempo de relacionamento, escolaridade e trabalho do parceiro, bem como número de gestações e filhos vivos, número de abortos e partos por cesárea e uso atual de métodos anticoncepcionais.

A análise dos dados foi descritiva com cálculo de freqüências e, posteriormente, para evidenciar possíveis diferenças entre as características ginecobstétricas; as mulheres foram separadas por idade em dois grupos, até 40 anos e mais de 40 anos, foi calculado o *odds ratio* com respectivo intervalo de confiança (IC) 95%⁷. Para a análise dos dados, utilizou-se o programa SAS, versão 8.2⁸. O estudo teve a aprovação do Comitê de Ética do Centro de Ciências da Vida da PUC-Campinas.

RESULTADOS

A idade das mulheres variou de 17 a 82 anos e a distribuição por faixa etária mostrou que cerca de um terço tinha menos de 40 anos, um terço tinha 40 a 49 anos e o restante 50 anos ou mais (Tabela 1).

Com relação ao estado marital, dois terços das mulheres eram casadas, 12,6% estavam em união consensual e as restantes eram solteiras, separadas ou viúvas. Do total da amostra, 83,0% das mulheres tinham companheiro no momento da entrevista, a maior parte delas era branca, convivia com o parceiro há mais de seis anos e estava no primeiro casamento (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas.

Características das mulheres	n	%
Idade		
≤19 anos	2	0,3
20 – 29	78	11,5
30 – 39	157	23,2
40 – 49	204	30,2
50 – 59	139	20,6
≥ 60 anos	96	14,2
Raça		
Branca	525	77,7
Não branca	151	22,3
Estado civil*		
Casada	469	69,4
União consensual	84	12,4
Viúva	62	9,2
Solteira	35	5,2
Separada	26	3,8
Parceiro atual*		
Com parceiro	561	83,0
Sem parceiro	115	17,0
Tempo com o parceiro atual*		
≤1 ano	20	3,6
2 – 5 anos	42	7,5
≥ 6 anos	499	88,9
Casamento/união anterior		
Não	483	71,4
Sim	193	28,6
Total	676	100,0

* Somente mulheres com parceiro.

A maioria das mulheres afirmava ser natural do Estado de São Paulo (44,7%), sendo 33,0% da capital, 9,8% de Campinas ou da Região Metropolitana e 1,9% das demais cidades do interior

Tabela 2. Mulheres entrevistadas no serviço segundo algumas características.

Características das mulheres	n	%
Naturalidade		
São Paulo (Capital)	223	33,0
Região Nordeste	141	20,9
Região Sudeste (exceto estado de São Paulo)	125	18,5
Região Sul	83	12,3
Campinas e Região Metropolitana	66	9,8
Outras cidades do interior de São Paulo	25	3,7
Região Centro Oeste	13	1,9
Procedência		
Campinas	507	75,0
Região Metropolitana	106	15,7
Outras cidades do interior de São Paulo	36	5,3
São Paulo (Capital)	15	2,2
Outros Estados da União	12	1,8
Distritos de Saúde		
Noroeste	262	38,8
Sudoeste	166	24,6
Sul	42	6,2
Norte	25	3,7
Leste	12	1,8
Tipo de habitação		
Alvenaria	671	99,3
Madeira	5	0,7
Condição da casa		
Própria	578	85,5
Alugada	77	11,4
Doadada	18	2,7
Ocupação	3	0,4
Número de cômodos da casa		
Até 2	46	6,8
≥3	630	93,2
Pessoas com trabalho remunerado		
Nenhum	91	13,5
1	287	42,5
≥2	298	44,1
Renda*		
Até 2 SM	205	30,3
3 a 5 SM	275	40,7
>5 SM	196	29,0
Total	676	100,0

* SM= Salário mínimo, correspondia a R\$137,00, em 2001.

de São Paulo. Eram naturais dos estados da região Nordeste 20,9% delas, 18,5% dos demais estados da região Sudeste e 12,3% da região Sul (Tabela 2). Quanto à procedência, a grande maioria residia na cidade de Campinas ou na Região Metropolitana (Tabela 2).

Pertenciam aos distritos de saúde sudoeste ou noroeste, 63,4% das mulheres, ou seja, estavam utilizando o hospital de referência da região onde residiam. Poucas mulheres, 7,1%, procediam de outras cidades ou estados, enquanto 15,7% pertenciam às cidades da Região Metropolitana. As mulheres que pertenciam aos demais distritos de saúde fora da região de cobertura do serviço somaram 11,7%. Praticamente a totalidade das mulheres vivia em habitação de alvenaria, que declararam ser própria, 11,0% em casa alugada, poucas afirmaram estar em casa de outra família (casa doada) e 0,4% viviam em área de ocupação. A maior parte das moradias tinha mais de dois cômodos (Tabela 2).

O número de famílias com apenas uma pessoa com trabalho remunerado foi semelhante ao número daquelas com dois ou mais trabalhadores por habitação e, ainda, 13,5% das mulheres afirmaram que, naquele momento, não havia qualquer pessoa exercendo trabalho remunerado em casa. A maior parte das famílias recebia até cinco salários mínimos de renda mensal, sendo que um terço delas recebia até dois salários (Tabela 2).

Quanto à escolaridade, a maioria das mulheres tinha até oito anos de estudo, percentagem pouco maior que a dos parceiros com igual escolaridade (Tabela 3). Somente um terço delas referia exercer trabalho remunerado fora do lar no momento da entrevista. Das que trabalhavam, quase metade delas exerciam trabalho como doméstica ou diarista em casas de família, a segunda atividade mais freqüente foi trabalhar no comércio (18,4%) e o restante das mulheres exercia diferentes atividades de trabalho no setor de serviços, instituições públicas de saúde, limpeza e na indústria. O regime de trabalho mais freqüente foi o período integral (Tabela 3).

Quanto ao trabalho do parceiro, similar número deles exercia trabalho na construção civil ou era aposentado e 10,0% exerciam atividades no comércio. Todas as demais atividades eram exercidas por menos de 10,0% deles e foi referido desemprego de 8,0% dos parceiros (Tabela 3).

Quanto aos antecedentes ginecobiológicos, as mulheres com mais de 40 anos referiram maior número de gestações, de filhos vivos e de abortos. Entre as mais jovens, 59,6% tinham antecedente

de pelo menos uma cesárea anterior, enquanto entre as mulheres com mais de 40 anos, essa percentagem foi de 44,0% (Tabela 4).

Das mulheres com até 40 anos, 13,5% não utilizavam qualquer método anticoncepcional (MAC); entre as que utilizavam, o método de esterilização foi o mais freqüente: 35,3% de mulheres com laqueadura e 3,6% de parceiros vasectomizados. Entre as que utilizavam MAC reversíveis, 23,0% usavam anticoncepcional oral combinado (ACO), 10,3% condom e 5,6% o dispositivo intrauterino (DIU) (Tabela 4). Entre as mulheres com mais de 40 anos, 58,0% estavam laqueadas, 1,7% dos parceiros eram vasectomizados e menos de 3,0% delas utilizavam qualquer outro método (Tabela 4).

A análise multivariada com o cálculo do *odds ratio* ajustado mostrou que as mulheres com idade maior de 40 anos tinham maior número de gestações, filhos vivos e abortos e utilizavam com menos freqüência os métodos modernos reversíveis e a vasectomia. Entretanto, as mulheres de ambos os grupos tinham a mesma chance de estar laqueadas ou histerectomizadas e de estar utilizando tabela ou coito interrompido para anticoncepção (Tabela 4).

Tabela 3. Mulheres e seus parceiros segundo escolaridade e tipo de trabalho da mulher e do parceiro.

Características das mulheres	n	%
Escolaridade da mulher		
≤8 anos	607	89,8
>8 anos	69	10,2
Escolaridade do parceiro		
≤8 anos	489	87,2
>8 anos	72	12,8
Trabalho da mulher		
Não trabalha	452	66,9
Trabalha	207	30,6
Aposentada	12	1,8
Desempregada	5	0,7
Tipo de trabalho*		
Doméstica/diarista	95	45,9
Comércio	38	18,4
Outros	74	35,7
Tempo de trabalho*		
Integral	146	70,5
Parcial	61	29,5
Trabalho do parceiro**		
Construção civil	107	19,1
Aposentado	105	18,7
Comércio	56	10,0
Transporte	55	9,8
Industriário	48	8,6
Serviços de limpeza	41	7,3
Vigilância	28	5,0
Administrativo	26	4,6
Autônomo	25	4,4
Lavrador	19	4,3
Outros	5	0,9
Desempregado	46	8,2
Total	676	100,0

* Somente as mulheres que trabalham; ** Somente as mulheres com parceiro.

DISCUSSÃO

As características sociodemográficas das mulheres deste estudo mostraram uma população de baixa escolaridade e renda, com apenas uma de cada três mulheres empregada fora do lar, principalmente em atividades de baixa remuneração, e, ainda, alta percentagem de desemprego entre os parceiros.

A maior prevalência de mulheres que conviviam com o parceiro e a menor de solteiras, viúvas e separadas ou divorciadas foram diferentes da média nacional⁹ e essas diferenças podem ser explicadas pelas particularidades desta amostra, com mulheres em meio ou logo após o período de vida reprodutiva e todas com filhos. Esta amostra foi caracteristicamente constituída por famílias com mulheres em relacionamento estável há mais de seis anos. Essas famílias, em sua maioria, viviam em residência de alvenaria, declarada como própria e

Tabela 4. Mulheres com até 40 anos e maiores de 40 anos segundo antecedentes gestacionais, obstétricos e uso de métodos anticoncepcionais

Idade da mulher Características das mulheres	≤ 40 anos		> 40 anos		Odds ratio (IC 95%)	
	n	%	n	%		
Número de gestações						
2 – 3	158	62,7	161	38,0		ref
>3	94	37,3	263	62,0	2,75	1,99 a 3,79
Número de filhos vivos						
≤2	111	44,0	116	27,4		ref
≥3	141	56,0	308	72,6	2,09	1,51 a 2,90
Número de abortos						
Nenhum	195	77,4	260	61,3		ref
1	34	13,5	100	23,6	2,21	1,43 a 3,39
≥2	23	9,1	64	15,1	2,09	1,25 a 3,48
Parto cesárea						
Nenhum	102	40,5	237	55,9		ref
1 - 3	138	54,8	183	43,2	0,57	0,41 a 0,79
≥4	12	4,8	4	0,9	0,14	0,05 a 0,46
MAC atual						
Não utiliza método	34	13,5	139	32,8		ref
Laqueadura	89	35,3	246	58,0		ns
ACO	58	23,0	5	1,2	0,02	0,01 a 0,06
Condom	26	10,3	9	2,1	0,08	0,04 a 0,20
Injetável	18	7,1	2	0,5	0,03	0,01 a 0,12
DIU	14	5,6	3	0,7	0,05	0,01 a 0,19
Vasectomia	9	3,6	7	1,7	0,19	0,07 a 0,55
Tabela/CI	1	0,4	3	0,7		
Histerectomia	3	1,2	10	2,4		ns
Total	252	37,3	424	62,7		

ns= não significativo; MAC= método anticoncepcional; ACO= anticoncepcional oral combinado; DIU= dispositivo intrauterino.

com mais de dois cômodos. Apesar disso, existe possibilidade de que boa parte dessas construções não possua condições propícias à urbanização, já que a região oeste da cidade de Campinas é particularmente o setor mais pobre da cidade, com áreas recém-autorizadas para instalação de moradores, entretanto, com vários assentamentos e novas áreas de invasão.

As mulheres e seus parceiros apresentaram menor escolaridade que a descrita pela Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), realizada com 12 612 mulheres de 15 a 49 anos, cujos dados mostraram que as mulheres superaram os homens em anos de estudo, sendo que 70,0% tinham até oito anos de escolaridade e 29,4% tinham mais que oito anos; entre os homens a mesma prevalência foi de 75,6% e 24,4%, respectivamente⁹. Além desta

amostra de mulheres ter menos anos de estudo que os homens, somente 10,2% delas e 12,8% dos parceiros tinham mais de oito anos de escolaridade, ressaltando a característica de baixa escolaridade da população da região atendida pelo serviço.

Da mesma forma com relação a trabalho remunerado exercido pela mulher fora do lar, nos dados nacionais a prevalência de mulheres que trabalhavam foi de 42,7% no momento da pesquisa e 8,3% referiram trabalhar ocasionalmente⁹. Nesta amostra, somente uma em cada três mulheres estava trabalhando e é possível que o fato de existirem mulheres em faixas de idade maiores possa ter contribuído para o menor número delas no trabalho. Entretanto, nesses últimos anos, o mercado de trabalho também mudou, existe atualmente menor número de empregos disponíveis e é possível

perceber que a baixa escolaridade das mulheres não proporcionou opções de trabalho, visto que o emprego mais freqüente, entre as que trabalhavam, era exercido em atividades do lar em casas de família.

Essa característica de trabalho pouco diferenciado foi reforçada com os dados sobre o trabalho dos parceiros. A construção civil é o setor que mais emprega a população de baixa escolaridade e não especializada e, apesar do desaquecimento do setor em todo o território nacional, este ainda foi o que empregava a maior percentagem dos homens, um quinto da amostra. A segunda maior freqüência foi de homens aposentados e isto é esperado tendo em vista a distribuição etária das mulheres. Entretanto, esse número importante de aposentados, possivelmente, contribuiu para o maior número de casais com renda entre três e cinco salários-mínimos, pois os salários pagos pela construção civil e pelo comércio costumam ser menores que essa faixa para a mão-de-obra não especializada. Os empregos em área administrativa e como autônomo corresponderam a menos de 10% dos parceiros, enquanto todas as demais atividades também não dependiam de mão-de-obra especializada.

Nesta amostra de mulheres, a partir dos dados de baixa escolaridade, do tipo de trabalho não especializado exercido pela maioria e da alta taxa de desemprego entre os parceiros, é fácil reconhecer a dificuldade financeira e a estagnação econômica vivenciada no país, especialmente nas periferias das grandes cidades e em populações de migrantes que chegam com pouco preparo educacional e técnico buscando por emprego.

Quanto às características ginecobstétricas, apesar das mulheres com menos de 40 anos terem menor número de filhos, boa parte delas já havia encerrado a vida reprodutiva, 40% delas estavam laqueadas, histerectomizadas ou os parceiros vasectomizados. Esse resultado é concordante com os dados nacionais que mostram tendência à diminuição do número de filhos nas últimas décadas⁹.

Apesar de as mulheres de menor idade apresentarem menor número de gestações, o número de cesáreas entre elas foi maior, sendo que 60% tinham pelo menos uma cesárea anterior, enquanto entre as mulheres com 40 anos ou mais a freqüência

de cesárea foi de 44%. O aumento do número de cesáreas tem sido observado no Brasil nos últimos anos, a média nacional é de 36% dos partos, sendo que em áreas urbanas esses números chegam a superar 80% dos partos⁹.

Quanto ao uso de MAC, 86,5% das mulheres com até 40 anos utilizavam algum método, o que é uma elevada taxa de uso de anticoncepção, maior inclusive que a média nacional de 75,0%⁹. Esse elevado uso de MAC também é explicado pela característica da amostra de mulheres, a maior parte delas unida, com relacionamento estável e com pelo menos dois filhos vivos. Mesmo assim, pode-se aceitar que, além de existir preocupação maior das mulheres com o controle de sua fertilidade, na região estudada existe também acesso e disponibilidade de MAC reversíveis na atenção primária. Esse dado é ainda mais consistente quando se compara o grupo de mulheres com até 40 anos em uso de diferentes MAC com a prevalência de uso dos mesmos métodos descritos para a amostra nacional entre mulheres unidas. Nos dados da PNDS estavam laqueadas 40,1% e utilizavam ACO 20,7% das mulheres, 4,4% utilizavam condom, 1,2% injetáveis e 1,1% DIU, sendo que 2,6% dos homens eram vasectomizados⁹.

Entre as mulheres deste estudo, enquanto o número de laqueadas e usuárias de ACO (35,3% e 23,0%, respectivamente) foram similares aos dados nacionais, o uso de diferentes métodos foi maior, cinco vezes mais mulheres usavam o DIU, seis vezes mais usavam injetáveis, e mais que o dobro utilizava condom. Esses dados mostram que no município de Campinas tem existido melhor atenção à mulher em seu ciclo reprodutivo e um maior acesso aos métodos e cuidados com anticoncepção. Isto se deve, provavelmente, ao fato de existirem no município centros formadores de profissionais de saúde e especialistas na área de ginecologia.

Menos de 10% das mulheres eram naturais de Campinas ou da Região Metropolitana, caracterizando uma população migrante da capital do estado e também um ponto de convergência de migrantes da região Nordeste do país. Campinas tornou-se um importante pólo de desenvolvimento no interior de São Paulo há algumas décadas, quando o emprego, especialmente na indústria, atraiu população das demais regiões.

Por outro lado, mais de 90,0% das mulheres desta amostra residiam em Campinas ou nas cidades da Região Metropolitana. Quando se avaliou o fluxo de mulheres, apesar de dois terços das entrevistadas residirem na área de cobertura deste serviço de referência, isto pode não ter correspondido ao encaminhamento do setor primário. É possível que algumas destas mulheres tenham permanecido no centro de referência recebendo atenção primária e que, para esse tipo de cuidado, devam ser reencaminhadas às respectivas UBS. Outro dado importante é o de que 15,7% das mulheres provinham da Região Metropolitana de Campinas, que é composta por dezenove cidades ao redor do município¹⁰, muitas delas já com boa integração de atenção à saúde através das UBS e policlínicas ou hospitais municipais. Entretanto, outras não possuem infra-estrutura organizada para o atendimento primário ou secundário, sendo seus moradores deslocados através de transporte urbano ou de ambulâncias do próprio município para atendimento em hospitais de referência de Campinas. Poucas mulheres estavam de passagem por Campinas e buscaram o serviço de alguma forma, enquanto que a frequência de moradores de outros distritos foi de 11,7%, mostrando que o município ainda possui demanda de pacientes que optam por deslocar-se de seu distrito de origem para buscar atenção em outro.

CONCLUSÃO

Este estudo se limitou a avaliar a origem das mulheres que consultaram no serviço a partir de seu local de residência. Outros deverão ser realizados focando a análise da referência a partir das UBS, de forma a avaliar qualitativamente a demanda da população para este centro regional.

Com planejamento para o envio de recursos e sua implementação a cada ano garantidos pela constituição ao SUS¹¹ e com as dificuldades de efetivamente cumprir as metas devido a inúmeros fatores¹², a longo prazo, este ainda é um sistema exequível para que a maioria da população brasileira possa ter acesso à atenção de saúde com qualidade. Há necessidade de que as instituições formadoras

de médicos e profissionais de saúde que trabalharão na atenção primária se disponham e implementem qualitativamente essa formação e estejam avaliando o funcionamento e estimulando as ações necessárias ao crescimento do SUS. É imprescindível também melhorar as condições de vida, educação, trabalho e renda: fatores determinantes da boa saúde de qualquer população.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC). O SUS pode ser seu melhor plano de saúde. São Paulo; 2003.
2. Brasil. Ministério da Saúde. SUS-15 anos de implantação. Desafios e propostas para sua consolidação. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
3. Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Distritos de Saúde [homepage on the Internet] Campinas; 2003 [acesso 2003 Abr]. Disponível em: <http://www.campinas.sp.gov.br/saude/distritos.htm>
4. Tavares M, Takeda S. A prática da atenção primária à saúde. In: Duncan S, editor. Medicina ambulatorial. 2.ed. São Paulo: Artmed; 1996.
5. Simioni AMC. SUS: definições e princípios. Texto baseado na Cartilha ABC do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2003. SES/CRH/DDRH. Mimeografado.
6. Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Projeto Paidéia de Saúde da Família. Campinas: SUS; 2001.
7. Altman DG. Practical statistics for medical research. London: Shapman & Hall; 1991.
8. SAS Institut 1999-2001. SAS/STAT software changes and enhancements though release 8.2. Cary (NC): SAS Institute Inc; 2001.
9. Brasil. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde. BENFAM, 1996.
10. Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Região Metropolitana [relatório on the Internet] Campinas; 2003 [acesso 2003 Abr]. Disponível em: http://www.pmc.sp.gov.br/seplan/deplan/reg_metro.htm
11. Brasil. Ministério da Saúde. Primeiro semestre de 2003. Balanço de ações. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
12. Jorge E. O SUS é do Brasil. Folha de São Paulo, 01/10/2003.

Recebido para publicação em 3 de agosto de 2004 e aceito em 30 de maio de 2005.

