



Universidade Federal de Pelotas
DMS – CPE - PPGE
Ministério da Saúde
SAS - DAB – CAA



Situação de saúde, utilização de serviços e qualidade da atenção em crianças e familiares nas regiões Sul e Nordeste do Brasil

Projeto de Pesquisa

Novembro de 2009

Ministério
da Saúde



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

Reitor: Antonio César Gonçalves Borges

Vice-Reitor: Manoel Luiz Brenner de Moraes

Pró-Reitor de Graduação: Eliana Póvoas Pereira Estrela Brito

Pró-Reitor de Extensão e Cultura: Luiz Ernani Ávila

Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação: Manuel de Souza Maia

Pró-Reitor Administrativo: Francisco Carlos Gomes Luzzardi

Pró-Reitor de Planejamento e Desenvolvimento: Elio Paulo Zonta

Diretor da Faculdade de Medicina: Farid Butros Iunan Nader

Chefe do Departamento de Medicina Social: Luiz Augusto Facchini

Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia: Ana Maria Baptista Menezes

Presidente da Fundação Simon Bolívar (executora): Lisarb Crespo da Costa

EQUIPE TÉCNICA DO PROJETO

- Luiz Augusto Facchini
- Roberto Xavier Piccini
- Elaine Tomasi
- Denise Silveira
- Elaine Thumé
- Fernando V. Siqueira
- Vanessa Andina Teixeira
- Alessandro Osório
- Suele Manjourany
- Alitéia Dilélio
- Mercedes Lucas
- Danton Duro Filho
- Mirelle Saes
- Liliane Lino Jeziorski

Sumário

1. Introdução.....	4
2. Objetivo	7
3. Métodos	8
a. Delineamento e população de referência	8
b. Tamanho de Amostra	8
c. Plano Amostral	9
d. Grupos de exposição.....	15
e. Variáveis dependentes	16
f. Variáveis independentes.....	17
g. Co-variáveis de exposição	17
h. Instrumentos	17
i. Estudo piloto.....	18
j. Logística do Trabalho de Campo e Coleta de Dados	18
k. Processamento e Análise	19
4. Aspectos éticos	20
5. Resultados esperados.....	21
6. Cronograma	22
7. Referências	23

1. Introdução

Nas últimas décadas observa-se a ampliação do debate sobre as desigualdades em saúde e, conseqüentemente, sobre práticas, ações e intervenções públicas efetivas. A publicação do Informe Lalonde em 1974, a estratégia “Saúde para Todos no Ano 2000” em 1977 e a realização da Conferência de Alma Ata em 1978 pela OMS representam importantes marcadores deste processo.

Embora o estudo das desigualdades em saúde não seja novo, grandes mudanças institucionais e sociais decorrentes da globalização vêm repercutindo nos perfis de morbimortalidade da população e evidenciam os limites do cuidado à saúde e das práticas assistenciais.

Em 1982, a divulgação pelo governo britânico do “Black Report” (Townsend e Davidson, 1982) - relatório final do Research Working Group on Inequalities in Health - representa uma importante avanço na análise das relações entre saúde e condições sociais na Inglaterra.

Em 2003, o estudo “Solids Facts” (WHO, 2003) publicado pela Oficina Regional para a Europa da OMS sobre as relações entre saúde e condições sociais, reconheceu que os ricos vivem mais e ficam menos doentes que os pobres tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento. Segundo o estudo, as desvantagens em indicadores de saúde tendem a se concentrar entre grupos socialmente vulneráveis e ter efeitos cumulativos. Assim, a baixa escolaridade afeta decisões familiares sobre alimentação, cuidados com o corpo e prevenção de doenças, impactando nas condições de saúde. O desemprego, ao comprometer o acesso à renda, bens e serviços, também fragiliza a auto-

estima, a interação social e a identidade pessoal, podendo repercutir nas condições de saúde (Magalhães, 2007).

A crise econômica e os programas de ajuste da economia globalizada agravaram a pobreza e foi neste contexto que surgiram na América Latina e Caribe as redes de proteção social destinadas à focalização nos grupos mais vulneráveis. Em meados dos anos 90 tiveram início os primeiros programas de transferências monetárias condicionadas. Os programas apresentam como características a focalização – famílias pobres com crianças e adolescentes e a co-responsabilidade para os componentes de saúde e educação. Como apontam Fonseca e Viana (2007), focalização pode significar equidade, uma vez que os programas são dirigidos aos mais pobres e vulneráveis e por isto os sistemas de cadastramento e seleção da população-alvo são muito importantes.

O programa Bolsa Família, regulamentado pela Lei 10.836 de 09 de janeiro de 2004 e pelo Decreto nº 5.209 de 17 de setembro de 2004, objetiva assegurar o direito à alimentação adequada, promovendo a segurança alimentar e nutricional e contribuindo para a erradicação da extrema pobreza e conquista da cidadania pela parcela da população mais vulnerável à fome. Destacando-se como o mais abrangente programa de transferência condicionada de renda, em maio de 2006 beneficiou 9,2 milhões de famílias, o que representa uma cobertura de 83,2% das famílias pobres do Brasil e atualmente atende mais de 11 milhões de famílias.

Os sistemas de saúde baseados no fortalecimento da atenção básica estão organizados de modo a atender a maior parte dos problemas de saúde e enfatizar ações de promoção da saúde e prevenção dos agravos. Sua utilização é resultante da interação do comportamento do indivíduo que procura cuidados, do profissional que o conduz dentro do

sistema de saúde e dos recursos diagnósticos e terapêuticos disponibilizados. Entre seus determinantes, podem ser destacados aqueles relacionados às necessidades de saúde, aos usuários e às características da oferta dos serviços (Travassos e Martins, 2004; Castro *et al.*, 2005; Facchini *et al.*, 2006) .

Em recente estudo sobre a expansão do PSF no Sul e Nordeste do país, Facchini e colaboradores (2006) destacam que o desempenho do PSF foi regularmente melhor do que o de serviços tradicionais, tanto no Sul, quanto no Nordeste. O PSF representou um esforço bem-sucedido de promoção da equidade, pois normalmente sua presença era maior em regiões mais pobres e com população mais vulnerável. Seu melhor desempenho em contextos de maior iniquidade social e de saúde reforça o efeito do programa para melhorar a atenção básica como um todo. Apesar de suas limitações, comuns aos modelos de ABS, o PSF faz mais para quem mais precisa.

Ainda assim, diversos autores alertam para a necessidade de estudos mais aprofundados sobre o processo de interação entre o Bolsa Família e o PSF (Fonseca e Viana, 2007). Estudos capazes de particularizar o efeito do modelo de atenção básica à saúde em beneficiários do Bolsa Família justificam-se do ponto de vista social e metodológico.

2. Objetivo

- Comparar a situação de saúde, a utilização de serviços e a qualidade da atenção em crianças e seus familiares em duas regiões brasileiras (Sul e Nordeste), dois modelos de atenção (ESF e tradicional) e 3 grupos populacionais (recebe Bolsa Família, não recebe BF mas é elegível, não recebe BF e não é elegível).

3. Métodos

a. Delineamento e população de referência

O estudo terá delineamento transversal, de base comunitária, vinculada a serviços básicos de saúde. Serão incluídas crianças menores de sete anos, suas mães e suas famílias, que residam em setores censitários onde se localizam serviços básicos de saúde, classificados segundo o modelo de atenção (PSF x Tradicional).

As diferenças na situação de saúde, na utilização de serviços e na qualidade da atenção serão avaliadas, nos seguintes grupos de comparação: beneficiários do BF, não beneficiários com perfil de elegibilidade para o benefício e não beneficiários não elegíveis.

Desta maneira, o delineamento possibilitará a comparação do desempenho de dois modelos de atenção em relação a três grupos populacionais, de duas regiões do país.

b. Tamanho de Amostra

Para o estudo de associações, o cálculo de tamanho de amostra considerou desfechos com prevalências que variam de 14% a 41%, assumindo-se que as razões de prevalência possam variar entre 1,3 e 2,0 (Tabela 1). Considerando-se uma razão de dois não expostos ao Programa Bolsa Família para um exposto ao Programa, estima-se que a inclusão de cerca de 6200 crianças em cada região seja suficiente, acrescentados 20% para perdas, recusas e controle de fatores de confusão.

Este tamanho de amostra contempla a possibilidade da análise dos diferenciais pelas três categorias de exposição e pelos dois modelos de atenção – PSF e Tradicional (Tabela 1).

Tabela 1. Prevalências dos desfechos utilizados para o cálculo do tamanho da amostra.

	Prevalência	Razão NE / E	Razão de prevalências	n x 6 [#]
Diarréia	16%	2 / 1	1,6	3960
Início do pré-natal depois da 12 semanas	14%	2 / 1	2,0	1908
Mamas não examinadas no pré-natal	41%	2 / 1	1,5	1368
Crianças sem puericultura no primeiro ano	17%	2 / 1	2,0	1500
Atendido em P. Socorro	34%	2 / 1	1,3	5058

[#] Resultado da multiplicação de três categorias de exposição e dois modelos de atenção

c. Plano Amostral

A seleção da amostra de crianças menores de 7 anos de idade e suas famílias ocorrerá de acordo com um criterioso processo amostral. As famílias serão estudadas em duas regiões geopolíticas, Sul e Nordeste, e a mesma estratégia amostral será utilizada em ambas as regiões, obedecendo às seguintes etapas:

1) O ponto de partida do plano amostral foi o cálculo do tamanho de amostra necessário ao exame dos objetivos em cada região. Definida a amostra, buscou-se definir o perfil de municípios que seriam selecionados para o exame da relação entre Bolsa Família e Atenção à Saúde. Optou-se por avaliar municípios com cobertura de PSF compreendida entre 30% a 70%, de modo que em cada município fossem encontrados beneficiários do Programa Bolsa Família e não-beneficiários com e sem perfil de elegibilidade residindo tanto em setores censitários sob influência do PSF, quanto em setores censitários de serviço

tradicional. Desta maneira, buscou-se controlar o efeito de contexto regional e local sobre a situação de saúde, a utilização de serviços e a qualidade da atenção em beneficiários do BF e não beneficiários expostos ao PSF ou ao modelo tradicional. O estudo será limitado à população residente na zona urbana destes municípios.

2) Inicialmente foram selecionados todos os municípios das regiões Sul e Nordeste cuja cobertura de PSF estava entre 30% e 70%. A partir dos dados disponibilizados pelo Departamento de Atenção Básica (DAB/MS) e atualizados para setembro de 2009, entre os 1.794 municípios da região Nordeste, 124 (6,9%) foram classificados nesta faixa de cobertura. Entre os 1.188 municípios da região Sul, 120 (10,1%) estavam na mesma faixa de cobertura.

3) Os municípios foram estratificados segundo o porte populacional (Quadro 1) – COLUNA A. Agrupados nestes portes, obteve-se o total de municípios com cobertura de PSF entre 30% e 70% em cada porte – COLUNA B – e a proporção de municípios em cada porte – COLUNA C.

4) Somando-se as populações urbanas destes municípios (Quadro 1)– COLUNA D – foi possível calcular uma distribuição percentual da população urbana em cada porte dos municípios elegíveis – COLUNA E.

5) Em seguida, a amostra foi alocada proporcionalmente à distribuição da população urbana em cada porte (Quadro 1)– COLUNA F.

6) Estimando-se em 1000 pessoas por setor censitário, obteve-se o número de setores por porte populacional (Quadro 1) – COLUNA G.

Quadro 1. Plano amostral.

Porte do município	A	B	C	D	E	F	G
	População dos municípios	Municípios com cobertura de PSF entre 30 e 70%	% de municípios	População urbana	% da população urbana	Distribuição da amostra proporcional à distribuição da população urbana	Setores censitários estimados
Muito pequeno	10 a < 20 mil	44	35,5	650.973	8,2	517,6	651
Pequeno	20 a < 50 mil	53	42,7	1.703.181	21,5	1354,3	1703
Médio	50 a < 100 mil	11	8,9	688.095	8,7	547,2	688
Grande	100 mil a < 1 milhão	16	12,9	4.880.409	61,6	3880,8	4880
TOTAL		124	100,0	7.922.658	100,0	6300,0	7923

7) A seguir definiu-se o padrão de dispersão da amostra em cada uma das regiões, através da localização de uma cota de 27 crianças em cada setor censitário urbano, sendo 9 beneficiários do Programa Bolsa Família, 9 não-beneficiários com perfil de elegibilidade e 9 não-beneficiários sem perfil de elegibilidade.

8) Também foi definida a regra de selecionar dois setores censitários contíguos para cada UBS, de modo a favorecer a dispersão da amostra nos municípios e regiões em estudo. As UBS urbanas de cada município serão listadas com identificação do endereço, do modelo de atenção (saúde da família ou tradicional) e dos setores censitários na área de sua abrangência. Assim o número de UBS a ser selecionada para o estudo corresponderá à metade da amostra de setores censitários a ser definida.

9) Em seguida, dividiu-se o número de crianças necessárias em cada grupo de exposição – bolsa-família, não bolsa família elegíveis e não bolsa-família não elegíveis (Quadro 2) - COLUNAS H, I e J, voltando-se a somar estes números na COLUNA K, agora sem números decimais.

10) As COLUNAS L e M (Quadro 2) apresentam, respectivamente, as probabilidades de inclusão da amostra pela população e pelos setores censitários. A mesma probabilidade de inclusão de cada criança na amostra, em cada porte de município, indica uma adequada representatividade populacional da amostra no conjunto dos municípios selecionados.

Quadro 2. Plano amostral (continuação).

Porte do município	H	I	J	K	L	M
	BF	NBF EL	NBF NEL	Total da amostra	Probabilidade de inclusão amostra/população	Probabilidade de inclusão amostra/nº setores
Muito pequeno	173	173	173	518	0,000795	0,795188
Pequeno	451	451	451	1354	0,000795	0,795188
Médio	182	182	182	547	0,000795	0,795188
Grande	1294	1294	1294	3881	0,000795	0,795188
TOTAL	2100	2100	2100	6300	0,000795	0,795188

11) No Quadro 3, COLUNA N está o número de setores censitários necessários em cada porte, obtido pela divisão do total de crianças necessárias por uma cota de 27 crianças menores de sete anos por setor. Este número está corrigido na COLUNA O, de modo a garantir pareamento entre setores com UBS de Saúde da Família e com UBS tradicionais.

12) Finalmente, multiplicando-se o número de setores necessários em cada porte por 27 crianças por setor, chegou-se à amostra final de 6.318 crianças para o Nordeste (Quadro 3) - COLUNA P.

13) O número de municípios a ser incluído em cada porte foi definido com base em uma regra de alocação que partiu de quatro setores para os municípios do menor porte, duplicou para oito setores no porte entre 20.000 e menos de 50.000 habitantes, duplicou novamente para 16 setores para municípios entre 50.000 e menos de 100.000 e duplicou para 32 setores a serem localizados em municípios entre 100.000 e menos de 1.000.000 de

habitantes (Quadro 3) - COLUNA Q. O número final de municípios obedecida a regra de arredondamento decimal é apresentado na COLUNA R.

Quadro 3. Plano amostral (continuação).

Porte do município	N	O	P	Q	R
	Nº setores censitários/cota 27 <7 a	Nº setores censitários corrigidos por pareamento 1 SF : 1 TR	Amostra corrigida = nºsetores* cota crianças 27	Alocação de setores censitários por porte de município	Municípios a amostrar
Muito pequeno	19	20	540	4	5
Pequeno	50	50	1350	8	6
Médio	20	20	540	16	1
Grande	144	144	3888	32	5
TOTAL	233	234	6318	-	17

14) Assim, serão incluídos na amostra final 17 municípios na região Nordeste (Quadro 4).

Os municípios elegíveis foram listados em ordem crescente da população urbana.

Dividindo o número de municípios elegíveis (124 no Nordeste) pelo número de municípios a amostrar (17 no Nordeste) obteve-se o intervalo para a seleção sistemática dos municípios, com sorteio do ponto inicial.

Quadro 4. Municípios selecionados na Região Nordeste do Brasil.

Porte	Municípios da Região Nordeste
10 a < 20 mil	Independência – CE Una -BA Miguel Calmon - BA São José do Belmonte - PE Cabrobó – PE
20 a < 50 mil	Maracás- BA Boa Viagem-CE Bom Conselho-PE Barreiros- PE Ipiaú-BA Santo Amaro-BA
50 a < 100 mil	Senhor do Bonfim-BA
100 mil a < 1 milhão	Cabo de S Agostinho-PE Camaçari-BA Vitória da Conquista-BA Caucaia-CE Jaboatão dos Guararapes-PE

Para a região Sul, o processo amostral foi idêntico. Partindo-se de 120 municípios com cobertura de PSF entre 30% e 70% e utilizando-se os mesmos pressupostos, chegou-se a uma amostra final de 6.372 crianças em 18 municípios (Quadro 5).

Quadro 5. Municípios selecionados na Região Sul do Brasil.

Porte	Municípios da Região Sul
10 a < 20 mil	Serafina Correa-RS São Francisco de Assis-RS Candelária-RS Sarandi-RS São José do Norte-RS
20 a < 50 mil	Guaíra-PR São Lourenço do Sul-RS Soledade-RS Mandaguari-PR Curitibanos-SC Palmas-PR
50 a < 100 mil	Cianorte-PR Ijuí-RS Brusque-SC
100 mil a < 1 milhão	Araucária-PR Itajaí-SC Criciúma-SC Blumenau-SC

15) Nos dois setores censitários contíguos da área de abrangência de cada uma das UBS sorteadas em cada município serão buscados os domicílios para a composição dos grupos de exposição. A partir de um ponto inicial a ser sorteado e, de forma sistemática, os entrevistadores se deslocarão em cada setor censitário, de modo a localizar a cota de 27 crianças menores de 7 anos, sendo 9 de cada grupo de exposição. Logo cada UBS contribuirá com uma cota de 54 crianças.

d. Grupos de exposição

A identificação dos domicílios será feita com o objetivo de incluir três grupos de exposição:

- Grupo G1; Beneficiários do BF → famílias que, na data da pesquisa, recebem o benefício do Programa há pelo menos seis meses. Serão excluídas do estudo, as famílias e crianças recebendo o benefício há menos de seis meses.

- Grupo G2; Não beneficiários do BF elegíveis → famílias que não recebem o benefício, mas atendem os critérios de elegibilidade para o programa (renda familiar percapita inferior a 0,3 salários mínimos mensais).

- Grupo G3; Não beneficiários não elegíveis → famílias que não recebem o benefício, e não atendem os critérios de elegibilidade para o programa (renda familiar percapita igual ou superior a 0,3 salários mínimos mensais).

e. Variáveis dependentes

Os desfechos estudados podem ser reunidos em três grupos: aqueles relacionados à situação de saúde, os relacionados à utilização de serviços e os relacionados à qualidade do cuidado. O Quadro a seguir reúne os desfechos propostos nestes grupos:

Quadro 6. Variáveis dependentes. Pelotas, 2009.

Grupo	Variáveis
Situação de saúde da criança	Ocorrência de tosse, falta de ar ou dificuldade para respirar; diarreia e qualquer outro sintoma de saúde Situação vacinal em acordo com a idade da criança
Utilização de serviços de saúde pela criança	Puericultura até o primeiro ano de vida Crescimento e desenvolvimento até os 7 anos. Atendimento na UBS do bairro Atendimento em Pronto-Socorro Atendimento por médico especialista Atendimento por outro profissional de saúde Atendimento domiciliar Internação hospitalar
Qualidade do cuidado na gestação	Realização de Pré-natal Idade gestacional de início do pré-natal Consulta de revisão aos 15 dias Orientação de aleitamento materno exclusivo até 6 meses Realização de exame de Mamas Realização de Exame ginecológico Realização de Exame de urina Realização de HIV Realização de Ultrasonografia Prescrição de Sulfato ferroso a partir de 20 semanas de gestação e até o terceiro mês de pós-parto Acompanhamento de nutrízes
Qualidade do cuidado da puericultura no primeiro ano de vida	Idade de realização da primeira e da última consulta de puericultura Orientação e prática de aleitamento materno exclusivo até 6 meses Cobertura Vacinal completa para a idade da criança

f. Variáveis independentes

- Grupos de exposição: G1, G2 e G3.
- Modelo de atenção da UBS da área de residência: PSF ou Tradicional
- Região geográfica (Sul e Nordeste)

g. Co-variáveis de exposição

- idade da criança
- idade materna
- escolaridade materna
- renda familiar *per capita*
- composição familiar
- chefia do domicílio
- recebimento de outros benefícios
- participação em programas sócio-educativos
- trabalho infantil
- trabalho de outros membros da família
- frequência da criança à escola

h. Instrumentos

Serão utilizados dois questionários:

- um familiar, com informações socioeconômicas e sobre a moradia;
- um individual – com informações sobre a criança e seu responsável direto

Inicialmente, os questionários serão confeccionados em uma versão papel, contendo todas as perguntas de forma pré-codificada. Uma vez definidas todas as variáveis de

interesse, os questionários serão adaptados para a versão eletrônica, sendo constituídos os bancos de dados pertinentes.

i. Estudo piloto

Será realizado o estudo piloto em dois setores censitários contíguos a uma UBS de cada modelo de atenção no município de Pelotas, com a finalidade de estimar a composição dos grupos de exposição em cada área e refinar aspectos logísticos da coleta de dados.

j. Logística do Trabalho de Campo e Coleta de Dados

Após a identificação da UBS sorteada para o estudo, a localização dos setores censitários obedecerá a seguinte orientação:

O primeiro setor será aquele em que está localizada a UBS; o segundo setor será aquele contíguo ao primeiro, inicialmente localizado ao norte e, em caso de inexistência de setor nesta orientação, buscar o próximo setor contíguo seguindo a orientação a leste, sul e finalmente oeste.

Em cada setor será sorteado o ponto de início da localização dos domicílios e amostra de crianças, respeitando-se o “pulo” de cinco domicílios a partir do ponto inicial.

Ao localizar um domicílio com crianças menores de 7 anos, identificar sua categoria de exposição (BF, NBF elegível e NBF não elegível) e seguir a localização da amostra até completar a cota para cada categoria. Em cada domicílio, serão incluídas todas as crianças na faixa etária.

A coleta dos dados será realizada em meio eletrônico, através de um Pocket Device Assistent (PDA). A equipe apresenta experiência nesta modalidade de coleta, a mesma utilizada no estudo AQUARES - Acesso e Qualidade na Rede de Saúde – que teve por

objetivo avaliar o acesso e a utilização de serviços de saúde, seu desempenho e qualidade dos cuidados. Resultados preliminares indicam perdas em 8% dos registros, similar a estudos que utilizam questionários em papel, e uma economia de 40% nos custos da coleta de dados.

k. Processamento e Análise

Ao encerramento de cada unidade geográfica amostral, os arquivos de dados do cartão de memória do PDA de cada entrevistador será copiado para uma pen-drive e para um *notebook*. Uma vez copiados, os arquivos serão renomeados, identificando a data, o entrevistador e o supervisor.

Ao final de cada município, estes arquivos com os dados coletados serão enviados por correio eletrônico a três diferentes membros da coordenação do estudo.

Cada remessa das equipes será acompanhada de um relatório de alteração dos dados. Este relatório consistirá em uma planilha contendo o número de identificação do questionário, o bloco e a pergunta a que se refere o comentário e o dado que deverá ser corrigido com sua justificativa.

Uma vez recebidos os arquivos de dados oriundos do trabalho de campo, a primeira tarefa será reuni-los em lotes de aproximadamente 100 arquivos. Cada lote será testado em sua integridade e posteriormente processado, tornando-se o arquivo do lote de processamento.

Os bancos parciais serão convertidos, bloco a bloco, do formato Access® para um pacote estatístico. Após esta conversão, os blocos de cada questionário serão reunidos, constituindo-se assim, gradativamente, o arquivo final com todos os registros.

A análise descritiva incluirá cálculos de percentuais e intervalos de confiança de 95% para as variáveis categóricas; e média, mediana e desvio-padrão para as variáveis numéricas.

A análise bruta será conduzida com a intenção de calcular a prevalência dos desfechos em cada grupo das variáveis independentes. A significância das associações será avaliada com os testes do qui-quadrado para heterogeneidade ou tendência linear. Também serão conduzidas análises estratificadas por região e modelo de atenção. Se oportuno, será conduzida uma análise multivariável por Regressão de Poisson.

A análise de dados terá como objetivos:

- descrever a amostra em termos de variáveis socioeconômicas, demográficas e de saúde;
- explorar a associação bruta entre os desfechos e as variáveis independentes, com o uso de teste do qui-quadrado para heterogeneidade e tendência linear;
- avaliar o efeito das várias exposições sobre os desfechos, através de um modelo de regressão multivariável (Poisson).

4. Aspectos éticos

Os princípios éticos serão assegurados através do consentimento informado aos entrevistados, da garantia do direito de não participação na pesquisa e do sigilo sobre os dados individuais coletados. O presente projeto envolverá exclusivamente a aplicação de questionário, não havendo coleta de material biológico, ou experimento com seres humanos.

Considera-se este estudo como sendo de risco mínimo aos participantes, segundo os parâmetros do International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects. A proposta de pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de

Medicina da Universidade Federal de Pelotas, conforme ofício número 133/09, de 21 de dezembro de 2009 (em anexo).

5. Resultados esperados

O trabalho de campo será realizado por entrevistadores habilitados e motivados para a aplicação dos instrumentos de coleta de dados, recebendo o adequado apoio logístico com vistas ao cumprimento do cronograma estabelecido.

A análise dos dados compreenderá as dimensões uni, bi e multivariável, comparando os indicadores de situação de saúde, de utilização de serviços e de qualidade da atenção entre beneficiários do Programa Bolsa Família e não-beneficiários com e sem perfil de elegibilidade, em áreas sob influência da estratégia Saúde da Família e de serviços Tradicionais, em duas regiões do país (Sul e Nordeste).

A produção, a comunicação e a divulgação dos resultados se efetivarão através dos seguintes produtos. O relatório técnico final da pesquisa conterá todos os materiais do estudo, com destaque para os aspectos metodológicos, os instrumentos de coleta de dados, as estratégias analíticas, os resultados e a interpretação e discussão dos achados. O resumo executivo divulgará de modo sintético os principais achados do estudo, facilitando a leitura de gestores, trabalhadores de saúde e público em geral interessado no tema. A elaboração de pelo menos três artigos científicos prontos para submissão a periódicos de primeira linha. A elaboração de folder e de jornal (2000 exemplares) com notícias e resultados do estudo para divulgação em eventos científicos nacionais e internacionais, juntamente com apresentações que serão disponibilizadas ao Ministério da Saúde. A qualificação dos membros da equipe de pesquisa na condução de estudos complexos de grande abrangência será um produto indireto de significativa relevância acadêmica.

6. Cronograma

As atividades do Projeto previstas para o primeiro mês já estão em andamento, em função de seu caráter fundamental para o desenvolvimento das demais atividades, que serão iniciadas de acordo com o cronograma abaixo. Para efeitos práticos, o cronograma será iniciado a partir da aprovação do Projeto, prevista para janeiro de 2010. Se até março de 2010 for possível iniciar as atividades, os resultados serão entregues até agosto de 2011.

	Meses																	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Versão final do projeto, primeira versão dos instrumentos e aprovação no comitê de ética	X																	
Revisão do plano amostral e refinamento da logística do trabalho de campo	X	X																
Versão final dos instrumentos			X															
Seleção e capacitação de entrevistadores				X														
Estudo-piloto					X													
Coleta de dados						X	X	X	X	X								
Processamento e análise											X	X	X	X	X			
Divulgação dos resultados															X	X	X	X

7. Referências

Castro MSM, Travassos C, Carvalho MS. Efeito da oferta de serviços de saúde no uso de internações hospitalares no Brasil **Rev Saúde Pública**, 39(2):8, 2005.

Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira, FV et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(3):669-681, 2006.

Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Teixeira VA, Silveira DS, et al. Avaliação de efetividade da atenção básica à saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. **Cad Saúde Pública**, 24.(Supl 1):S159-S172, 2008.

Fonseca, AMM, Viana, ALA. Direito à saúde, atenção básica e transferências condicionadas de renda na América Latina. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(6):1505-1512, 2007.

Magalhães, R.. Monitoramento das desigualdades sociais em saúde: significados e potencialidades das fontes de informação. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(3):667-673, 2007.

Townsend P, Davidson N. **The Black Report**. London: Pelican Books; 1982.

Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad Saude Publica**, 20 (Supl 2):S190-8, 2004.

WHO Europe. **Social Determinants of Health: The Solid Facts**. Copenhagen: WHO; 2003.