

Paulo Sérgio Cardoso Da Silva

**DESIGUALDADES SOCIOECONÔMICAS NO USO DE
CONSULTAS MÉDICAS NO SUDESTE E NORDESTE DO
BRASIL: ANÁLISE DAS PESQUISAS NACIONAIS POR
AMOSTRA DE DOMICÍLIOS, PNAD 2003 E 2008.**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Área de concentração: Epidemiologia. Linha de Pesquisa: Desigualdades em Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a. Karen Glazer de Anselmo Peres

Co-orientador: Prof^o Dr. Antonio Fernando Boing

Florianópolis

2013

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Silva, Paulo Sérgio Cardoso da
DESIGUALDADES SOCIOECONÔMICAS NO USO DE CONSULTAS MÉDICAS
NO SUDESTE E NORDESTE DO BRASIL: ANÁLISE DAS PESQUISAS
NACIONAIS POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS, PNAD 2003 E 2008 /
Paulo Sérgio Cardoso da Silva ; orientadora, Karen Glazer
de Anselmo Peres ; co-orientador, Antonio Fernando
Boing. - Florianópolis, SC, 2013.
114 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva.

Inclui referências

1. Saúde Coletiva. 2. Serviços de Saúde. 3. Fatores
Socioeconômicos. 4. Desigualdades em Saúde. 5.
Epidemiologia. I. Peres, Karen Glazer de Anselmo . II.
Boing, Antonio Fernando . III. Universidade Federal de
Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.
IV. Título.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

“Desigualdades socioeconômicas no uso de consultas médicas no Sudeste e Nordeste do Brasil: análise das Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios, PNADs 2003 e 2008”


Paulo Sérgio Cardoso da Silva

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A OBTENÇÃO DO TÍTULO DE: **MESTRE EM SAÚDE COLETIVA**

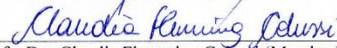
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: **Epidemiologia**

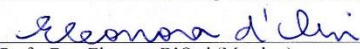
PROF. DR. RODRIGO OTAVIO MORETTI PIRES
Coordenador do Programa de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva

Banca Examinadora:


Prof. Dr. Rosimari Telino de Lacerda (Presidente)


Prof. Dr. Fúlvio Borges Nedel (Membro Externo)


Profa. Dra. Claudia Flemming Colussi (Membro)


Profa. Dra. Eleonora D'Orsi (Membro)

*Dedico este trabalho à minha
falecida avó Clarinda, que
embora não esteja mais entre
nós, me inspirou durante toda
esta fase que hoje concluo*

AGRADECIMENTOS

À Deus, por me dar forças para concluir mais esta etapa na minha vida, e me fortalecer em cada momento que me senti fraco e desconfiado de que chegaria até o fim;

À minha esposa Marcella, que eu amo mais a cada dia que passa, e que teve que me aturar nos momentos de “loucura” que passei no decorrer de todo este processo, me dando muitos conselhos e me apoiando sempre que precisei, te amo;

Aos meus pais, Paulo e Kathya, por confiarem nas minhas escolhas e me ensinarem a assumir os compromissos com responsabilidade desde a minha infância;

Aos meus irmãos, Arthur e João, que, cada um do seu jeito, estiveram presentes e me fortaleceram;

À minha orientadora, professora Karen, que aceitou a missão de me orientar desde o início, mesmo sem me conhecer, compartilhando seu conhecimento comigo;

Ao professor Boing, que me coorientou e deu todo o apoio para que eu pudesse chegar até aqui;

Aos professores Fúlvio, Eleonora, Josimari e Cláudia, que aceitaram participar da banca e contribuir com suas sugestões que com certeza auxiliarão no meu crescimento como futuro sanitarista;

Aos demais professores do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva que durante todo este percurso participaram ativamente da minha formação, em especial aos professores João Luiz, Rodrigo Moretti e Marta Verdi;

Aos professores Eduardo Jara, Jonathan Ache, Leonardo Secchi, Ana Paula, Patrícia Vendramini, Daniel Pinheiro, Maurício Serafim e tantos outros que dividiram momentos de angústia nos corredores da UDESC;

Aos meus amigos queridos Tiago Lima, Yuri Chaya, Gustavo Weber, Marco Aurélio, Filipe Medeiros, Marco Ferrari, João Vianey, Bruno Soldi e tantos outros, que apesar de me acharem loucos sempre estiveram nos momentos que precisei.

Aos amigos que fiz no PPGSC e que compartilharam das mesmas dificuldades das minhas, Leonardo Schneider, Marcelo Stuart, Franco, Zacarias e tantos outros;

À CAPES pela concessão da bolsa;

OBRIGADO!

**"O que você sabe não tem valor;
o valor está no que você faz
com o que sabe".**

Bruce Lee

RESUMO

SILVA, Paulo Sérgio Cardoso. **Desigualdades socioeconômicas no uso de consultas médicas no Sudeste e Nordeste do Brasil: análise das Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios, PNAD 2003 e 2008.** Florianópolis, 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva – área de concentração em Epidemiologia). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina.

O Brasil nas suas proporções continentais apresenta uma distribuição desequilibrada dos serviços de saúde. O conhecimento destas desigualdades é fundamental para o desenvolvimento de políticas públicas mais equânimes e eficazes à sociedade. Dentre os inúmeros determinantes, as questões socioeconômicas ainda carecem de estudos, principalmente no que tange relacionar a sua influência em diferentes regiões brasileiras. Objetivou-se com esta dissertação investigar as desigualdades socioeconômicas na utilização de consultas médicas nas regiões Sudeste e Nordeste do Brasil. Para isso, em um primeiro momento foi realizada uma busca sistemática nas bases de dados do Medline (*National Library of Medicine*, USA) e do LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde). No segundo momento foram analisados os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2003 e 2008. A variável de desfecho investiga o uso de consulta médica no último ano, sendo analisada a sua prevalência em adultos (maiores de 20 anos), segundo o primeiro (D1) e último (D10) decil de renda familiar *per capita*, nas regiões Sudeste e Nordeste do Brasil. As análises consideraram o desenho amostral complexo. Na região Nordeste a prevalência encontrada foi de 61,2% em 2003, tendo aumentado para 66,9% em 2008. No Sudeste a prevalência foi de 67,9% em 2003, subindo para 73,5% em 2008. A diferença absoluta na utilização de consultas médicas, segundo D1 e D10 no período analisado, mostrou na região Nordeste uma importante redução das desigualdades entre os homens (87% para 61%); naqueles sem doenças crônicas (67% para 41%); naqueles que tinham uma percepção positiva da sua saúde (75%

para 48%) e naqueles sem plano de saúde com direito a consulta médica (39% para 25%). Na região Sudeste destaque para a diminuição da desigualdade nas consultas médicas entre os homens (39% para 25%); entre os indivíduos sem doenças crônicas (34% para 23%) e com uma doença crônica (21% para 13%); naqueles que tinham uma percepção positiva da saúde (39% para 27%) e os que tinham percepção negativa da saúde (21% para 15%); e naqueles sem plano de saúde com direito a consulta médica (22% para 15%). Foi verificado um aumento na prevalência de consultas médicas além de uma significativa redução da desigualdade entre os mais pobres e os mais ricos, de 2003 para 2008, nas duas macrorregiões analisadas. Ainda assim, foram apresentados marcantes traços de desigualdade socioeconômica na utilização de consultas médicas nos diferentes grupos, com destaque para o Nordeste brasileiro.

Descritores: Serviços de Saúde, utilização. Desigualdades em Saúde. Fatores Socioeconômicos. Epidemiologia. Brasil.

ABSTRACT

SILVA, Paulo Sérgio Cardoso. ***Socioeconomic inequalities in the use of medical consultations in the Southeast and Northeast of Brazil: an analysis of Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios, PNAD 2003 e 2008.*** Florianópolis, 2013. Dissertation (Master's Program in Public Health – Epidemiology). Public Health Post-Graduation Program, Federal University of Santa Catarina.

The Brazil on its continental proportions presents an unbalanced distribution of health services. Knowledge of these inequalities is fundamental for the development of public policies more effective and equitable to society. Among the many determinants, the socioeconomic issues still need studies, especially with regard relate their influence in different regions. The aim of this study was compare socioeconomic inequalities in medical consultation in the Southeast and Northeast of Brazil. For this, at first we performed a systematic research in the databases of Medline (National Library of Medicine, USA) and LILACS (Latin American and Caribbean Health Sciences). In the second stage we analyzed the dataset from the Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), 2003 and 2008. The outcome variable investigates the use of medical visits in the last year, and analyzed their prevalence in adults (aged 20 years), according to the first (D1) and last (D10) decile of household income per capita, in the Southeast and northeast of Brazil. The proportion of people who consulted a physician in the last year increased in the Northeast (61.2% in 2003 to 66.9% in 2008) and Southeast (67.9% in 2003 to 73.5% in 2008). The absolute difference in the use of medical consultation, according to D1 and D10 in the analyzed period, in the Northeast showed a significant reduction of inequalities between men (87% to 61%), those without chronic diseases (67% to 41%), those who had a positive perception of their health (75% to 48%) and those without health insurance with the right medical consultation (39% to 25%). Featured in the Southeast for the reduction of inequality in medical consultations among men (39% to 25%), among individuals without chronic disease (34% to 23%) and with a chronic disease (21% to 13%),

those who had a positive perception of health (39% to 27%) and those who had a negative perception of health (21% to 15%) and those without health insurance with right to medical consultation (22% to 15%). We found an increased prevalence of medical consultation as well as a significant reduction in inequality between the poorest and the richest, from 2003 to 2008 in the two macro-regions analyzed. Still, was presented striking traits of socioeconomic inequality in the use of medical consultations in the different groups, with emphasis on the Brazilian Northeast.

Descriptors: Health Services, utilization. Health Inequalities. Socioeconomic Factors. Epidemiology. Brazil.

APRESENTAÇÃO AOS LEITORES

Esta dissertação, intitulada “Desigualdades socioeconômicas no uso de consultas médicas no Sudeste e Nordeste do Brasil: análise das Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios, PNAD 2003 e 2008”, é produto do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Santa Catarina, inserido na área de concentração em Epidemiologia, mais precisamente na linha de pesquisa de Desigualdades em Saúde. De acordo com as exigências do programa, o produto final da dissertação deve ser um artigo científico que deve ser submetido a um periódico para publicação. Sendo assim, este trabalho está dividido em duas partes.

Na primeira parte são apresentadas a contextualização e as características do estudo. Engloba a introdução e justificativa, o referencial teórico, os objetivos e a metodologia do estudo. São apresentadas informações sobre os serviços de saúde no Brasil e sua utilização, os inquéritos nacionais – a se destacar a PNAD, e ainda um panorama nacional e internacional sobre a utilização dos serviços de saúde.

No segundo momento é apresentado um artigo científico, escrito a partir dos resultados deste estudo. Este artigo foi submetido ao periódico “Revista Brasileira de Epidemiologia” para análise e posterior publicação.

Boa leitura!

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Proporção de pessoas que consultaram médico no último ano, com amplitude de variação entre os 10% mais ricos e os 10% mais pobres, nas regiões Nordeste e Sudeste do Brasil em 2003 e 2008.....	110
--	-----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Estratégias de busca de referencial teórico para Panorama Nacional.....	46
Quadro 2 - – Estratégias de busca de referencial teórico para Panorama Internacional	54
Quadro 3 - Variáveis independentes do estudo, segundo sua forma original de coleta. PNAD, 2003, 2008.....	76
Quadro 4 – Variáveis independentes do estudo, reagrupadas para as análises estatísticas. PNAD, 2003,2008.....	77

LISTA DE TABELA

Tabela 1 - - Prevalência e distribuição das variáveis relacionadas à utilização de consultas médicas no último ano no Nordeste. Brasil, 2003 (n=75.652) e 2008 (n=79.779).....	111
Tabela 2 - Prevalência e distribuição das variáveis relacionadas à utilização de consultas médicas no último ano no Sudeste. Brasil, 2003 (n=76.029) e 2008 (n=79.356).....	112
Tabela 3 - Proporção de pessoas que consultaram médico no último ano, segundo 1º e 10º decis de renda familiar per capita e variáveis relacionadas, na região Nordeste do Brasil, 2003 e 2008.....	113
Tabela 4 - Proporção de pessoas que consultaram médico no último ano, segundo 1º e 10º decis de renda familiar per capita e variáveis relacionadas, na região Sudeste do Brasil, 2003 e 2008.....	114

SUMÁRIO

PARTE I – CONTEXTO E CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO	25
1	INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA..... 27
2	REVISÃO DA LITERATURA 31
2.1	SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL..... 31
2.1.1	Breve histórico evolutivo da Saúde Pública brasileira.... 31
2.1.2	A criação do SUS e os seus princípios 33
2.2	UTILIZAÇÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE..... 35
2.2.1	Políticas de Saúde..... 38
2.2.2	Formas de Medir o Uso de Serviços de Saúde..... 42
2.2.3	Panorama Nacional e Internacional do Uso de Serviços 45
2.3	INQUÉRITOS NACIONAIS 62
2.3.1	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 63
2.3.2	Outros Inquéritos 66
3	OBJETIVOS 69
3.1	OBJETIVO GERAL..... 69
3.2	OBJETIVO ESPECÍFICO 69
4	MÉTODOS..... 71
4.1	TIPO DE ESTUDO 71
4.2	POPULAÇÃO DE REFERÊNCIA DO ESTUDO..... 71
4.3	CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DE REFERÊNCIA.. 71
4.4	CÁLCULO E SELEÇÃO DAS AMOSTRAS PNAD 2003 E 2008 73
4.5	VARIÁVEIS DO ESTUDO 75
4.5.1	Variável dependente..... 75
4.5.2	Variáveis independentes 75
4.5.3	Análise dos dados..... 78
4.5.4	Limitações..... 78
	REFERÊNCIAS..... 79
PARTE II – ARTIGO CIENTÍFICO.....	93

PARTE I – CONTEXTO E CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A partir da Constituição brasileira de 1988 a saúde passou a ser reconhecida como um direito de todo o cidadão e dever do Estado. A criação da Lei Orgânica da Saúde brasileira, formada pelas leis 8080/90 e 8142/90 auxilia no processo de transição do modelo antigo de saúde para o Sistema Único de Saúde (SUS), elencando alguns princípios a serem seguidos pelo mesmo (ANDRADE; PONTES; MARTINS JÚNIOR, 2000). Estes princípios em síntese buscam trazer um modelo universal e redistributivista, capaz de atenuar as desigualdades (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

Para entender os padrões de utilização dos serviços de saúde, devem-se verificar inúmeros determinantes, dentre eles as características socioeconômicas, as características de saúde, o perfil epidemiológico, e a própria oferta de serviços (SAWYER, LEITE, ALEXANDRINO, 2002; GOLDBAUM et al., 2005; RIBEIRO et al., 2006). A compreensão destes padrões possibilita a formulação de políticas mais eficientes que visam equilibrar de maneira justa o acesso e a utilização destes serviços à sociedade (SAWYER; LEITE; ALEXANDRINO, 2002).

De acordo com Giatti e Barreto (2011), muitos estudos mostram consideráveis níveis de desigualdades na distribuição e utilização dos serviços de saúde no Brasil. A Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde destaca que as iniquidades sociais e em saúde devem ser remediadas com políticas públicas específicas que promovam a educação, a redistribuição de renda e a ampliação da proteção social (CNDSS, 2008). Travassos, Oliveira e Viacava (2006) ainda colocam que estas políticas devem aumentar a média de utilização dos serviços de saúde nas regiões com taxa abaixo da média nacional garantindo uma distribuição igualitária e priorizar a distribuição social naquelas regiões com bom nível de acesso aos serviços.

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) vem desde 1998 incluindo sistematicamente o tema de investigação “saúde”, por meio do Suplemento de Saúde. Esse instrumento possibilita a obtenção de informações sobre a morbidade percebida, o acesso ao serviço de saúde, cobertura do plano e a utilização dos serviços de saúde (IBGE, 2005). Por

meio das informações levantadas, o monitoramento e o acompanhamento da situação de saúde da população vêm possibilitando a formação de políticas mais pontuais nos diferentes estratos socioeconômicos e geográficos, favorecendo ao acesso e a utilização dos serviços de saúde (TRAVASSO; VIACAVA; LAGUARDIA, 2008).

Desde 1998 o Suplemento Saúde na PNAD vem sofrendo pequenas alterações e inclusões, entretanto os aspectos essenciais são mantidos, possibilitando a comparabilidade nos resultados (IBGE, 2010). Viacava (2002) ainda coloca que estes inquéritos de saúde são necessários para o conhecimento das realidades do estado de saúde da população, além do acesso e da utilização de serviços. Malta et al. (2006) alerta para a importância dos estudos baseados nos inquéritos de saúde, que possibilitam a tradução das evidências científicas na criação de políticas mais pontuais à sociedade, favorecendo assim a diminuição das iniquidades na sociedade.

A Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde estimula a produção de evidências sobre a magnitude das desigualdades e sobre o papel dos determinantes sociais e em saúde, de modo a subsidiar a construção de políticas públicas direcionadas para a redução das desigualdades sociais e em saúde no Brasil. A associação entre o uso de serviço de saúde e outras variáveis demográficas, socioeconômicas e de comportamento devem ser mais bem estudadas para que as políticas públicas sejam melhor direcionadas (BASTOS et al. 2011).

As consultas médicas se caracterizam como a principal demanda no sistema de saúde, sobrecarregando-o tanto sob o aspecto tempo, com a maior demanda para o serviço, como sob o aspecto financeiro, com a maior solicitação de exames complementares (CAPILHEIRA; SANTOS, 2006). Conhecer a magnitude com que a população usa as consultas médicas e os seus fatores associados é essencial para o melhor planejamento e organização dos serviços de saúde (VIACAVA, 2002).

Contudo, tendo em vista que o Brasil possui desequilíbrios na distribuição da utilização de serviços de saúde nas diferentes regiões do seu território, e considerando ainda que a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio oferece informações fidedignas para a construção de evidências,

favorecendo assim a formulação de políticas públicas voltadas para a correção destas desigualdades, busca-se com esta dissertação investigar a associação entre a utilização de consultas médicas e as desigualdades socioeconômicas nas macrorregiões do Brasil, reconhecidamente marcadas por importantes diferenças contextuais e sociais entre si. Para tal, verificar-se-á a magnitude destas desigualdades em dois recortes temporais (2003 e 2008) comparando e analisando o padrão evolutivo nas macrorregiões Nordeste e Sudeste do Brasil.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL

2.1.1 Breve histórico evolutivo da Saúde Pública brasileira

A saúde pública passou por inúmeras transformações no século XX, repercutindo em mudanças na utilização dos serviços de saúde no Brasil. A República Velha (1889-1930) ficou marcada por inúmeras ações de cunho campanhista e pelas reformas sanitárias. Na primeira destaca-se a vacinação obrigatória contra febre amarela e varíola. Na segunda é possível evidenciar as ações nas zonas portuárias (onde as juntas municipais faziam o controle dos navios que atracavam e das pessoas aportadas) e posteriormente a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões, com a lei Elói Chaves (PAIM, 2003).

A Era Vargas (1930-1945) é caracterizada, dentre outras ações, pela aliança do governo com os principais sindicatos trabalhistas, formalizando uma aproximação com o proletariado e abrindo espaço para uma cidadania regulada, que foi alimentada por diversas ações, dentre as quais cita-se a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensão nas diversas categorias de trabalhadores, bem como da legislação trabalhista. Neste momento, as categorias não sindicalizadas não eram contempladas pelo acesso à assistência de saúde (LUZ, 1991).

A República Populista (1946-1964) foi um período marcado pelo avanço na industrialização, com grande desenvolvimento urbano e aumento da população. Foi criado o plano SALTE (Saúde, Alimentação, Transporte e Energia) pelo governo de Eurico Gaspar Dutra, de modo que na saúde abrangeu a Campanha Nacional de Saúde, visando elevar o nível sanitário da população, sobretudo a rural. Posteriormente cria-se a SUDENE (Superintendência para o Desenvolvimento do Nordeste) no governo de Juscelino Kubitschek, que visou a incorporação progressiva da Região Nordeste e, logo em seguida, da Amazônia, ao processo de desenvolvimento nacional (BERTOLOZZI, GRECO, 1996; JÚNIOR, ANDRADE, BOMFIM, 2011).

O Regime Militar Autoritário (1964-1985) desencadeou um processo de supressão das liberdades democráticas desde os primeiros atos instituídos, a partir de abril de 1964. Na Saúde se inicia dentro das universidades o movimento sanitário, liderado pelos trabalhadores e técnicos que tiveram sua participação suprimida nos processos decisórios das políticas de saúde (BERTOLOZZI; GRECO, 1996). Na economia, há uma rápida diversificação e modernização da indústria e serviços, sustentada por mecanismos de concentração de renda, endividamento externo e abertura ao capital estrangeiro (FERREIRA JÚNIOR; BITTAR, 2008).

O final do período é caracterizado pelo movimento neoliberal, com a internacionalização da economia e as políticas econômicas de concentração de renda, objetivando com isso o maior investimento no empreendimento público. Neste momento as políticas sociais são focadas nos indivíduos que possam consumir este tipo de recurso (PAIM, 2003).

Diversas disputas políticas e sociais ocorrem até a promulgação do Sistema Único de Saúde (SUS), desde as ideologias propostas durante o golpe militar até a superação de organizações centralizadoras, burocráticas, hospitalocêntricas e médico-centradas (MINAYO, 2008). Já no início da década de 80, as Ações Integradas de Saúde (AIS) são expandidas à população com o INAMPS e posteriormente para o SUDS, que a partir de julho de 1987 dão rumo à descentralização de poderes e do financiamento na saúde (PIMENTA, 1993).

Após a Constituição Federal de 1988 garantir-se-ia a sistematização de ações e serviços destinados à promoção, proteção, preservação e recuperação da saúde individual e coletiva. O grande desafio do movimento da Reforma Sanitária passa a ser então a transição do sistema, até então segmentado, para um sistema articulado nas esferas de governo. Além disso, nesse momento passa-se a evitar o modelo centralizado unicamente nos serviços médico-hospitalares (ANDRADE; PONTES; MARTINS JÚNIOR, 2000).

Contudo, inicia-se um processo de pactuação infraconstitucional, sendo publicada a Lei Orgânica da Saúde Brasileira, formada pela Lei 8080/90, que disciplina a descentralização político-administrativa do SUS, enfatizando seus aspectos de gestão e financiamento, e regulamentando as

condições para sua promoção, proteção e funcionamento; e a Lei 8142/90, que regulamenta a participação da comunidade, bem como as transferências intergovernamentais de recursos financeiros. Assim, surge a teoria de um modelo universal redistributivista, rompendo com o antigo modelo segmentado (ANDRADE; PONTES; MARTINS JÚNIOR, 2000).

2.1.2 A criação do SUS e os seus princípios

O Sistema Único de Saúde (SUS) teve sua criação iniciada com a promulgação da sétima Constituição da República Federativa do Brasil no ano de 1988 (BASTOS et al., 2011). Em seu artigo 196 ficou instituído princípios e diretrizes que passaram a considerar a saúde como um direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988).

Além disso, a Lei Orgânica da Saúde Brasileira vem com o objetivo de regulamentar a transição entre o modelo antigo de saúde, caracterizado pelo biologicismo, segmentação das ações e medicalização, e o SUS. Assim, o Ministério da Saúde passa a utilizar mecanismos normativos, dos quais se destacam as Normas Operacionais Básicas (NOB) para efetuar a regulação das transferências de recursos financeiros da União aos Estados e Municípios; a regulação do planejamento de ações de saúde e a regulação dos mecanismos de controle social. Com as NOB's, o processo de pactuação intergestores possibilita condições mais facilitadas de negociação para viabilizar a descentralização e construção do SUS. Ainda visando garantir essa maior flexibilidade no processo de descentralização e respeito às particularidade municipais e estaduais, são criadas as Comissões Intergestores Bipartites e Tripartites, para os Estados e União respectivamente. Outro ganho deste sistema foi a instalação das instâncias de participação social: os Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde (ANDRADE; PONTES; MARTINS JÚNIOR, 2000).

Dessa forma, no início da década de 90, novos atores passam a integrar o processo de regulamentação do SUS, como os Secretários Municipais de Saúde e os Secretários Estaduais de Saúde, liderados respectivamente pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e

pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) (ANDRADE; PONTES; MARTINS JÚNIOR, 2000).

Dentre os principais princípios e diretrizes do SUS, estabelecidos na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde destaca-se a universalidade; a igualdade na assistência à saúde; a integralidade da assistência; a participação da comunidade e a descentralização político-administrativa (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990).

A universalidade de acesso em todos os níveis de assistência diz respeito a todos terem o mesmo direito de obter as ações e os serviços de que necessitam independentemente da complexidade, custo e natureza dos serviços envolvidos. A igualdade na assistência à saúde propõe que não haja preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, não podendo existir qualquer discriminação no acesso ao serviço de saúde, incluindo motivos relacionados à renda, cor, gênero ou religião. A integralidade da assistência, nos termos da lei, é entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços de cunho individual e coletivo, preventivo e curativo, exigido em cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. A participação da comunidade é vista como a aproximação da comunidade ao processo de formulação de diretrizes e prioridades para as políticas de saúde, da fiscalização, do controle e da avaliação dos dispositivos legais e normativos do SUS. Por fim, a descentralização político-administrativa propõe a municipalização dos serviços e a regionalização e hierarquização dos serviços (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

Segundo Noronha, Lima e Machado (2008):

“A descentralização com comando único implica que governos estaduais e, principalmente, os municipais tenham maior responsabilidade e autonomia para decidir e implementar ações e serviços de saúde. Ela tem como propósito promover a democratização do processo decisório e aumentar a capacidade de resposta dos governos em relação aos problemas de saúde de uma dada comunidade” (p. 440)

Sobre a regionalização e a hierarquização, Oliveira et al. (2008) acrescentam ainda que estes princípios implicam que a rede de serviços SUS deve se organizar de modo que as diferentes regiões do país ofereçam serviços de saúde em diferentes níveis de atenção e que os mesmos se articulem a partir da sua hierarquização, de forma que haja um maior levantamento dos problemas de saúde por área. Isso favorece as melhores práticas e eficiência da vigilância sanitária, epidemiológica, de controle de vetores e da educação em saúde, além de ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade.

Quanto aos níveis de complexidade, a organização da assistência à saúde no SUS se dá de maneira articulada entre a atenção básica, média e alta complexidade. A integralidade está presente em todos os níveis. No caso da média e alta complexidade os serviços são regionalizados e ofertam serviços de emergência, especialidades e internações hospitalares (PIRES et al., 2010). Quanto à atenção básica, os serviços estão ligados a ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, além de serem mais próximos da população bem como a porta de entrada para as outras complexidades (STARFIELD, 2002). Visando reorganizar e possibilitar as práticas e ações do campo da saúde de maneira integral à sociedade, por meio da atenção básica em saúde, o Ministério da Saúde cria em 1994 o Programa Saúde da Família (PSF). Este programa teve uma repercussão tão positiva que foi ampliado para Estratégia Saúde da Família (ESF) a partir do ano de 2006 (Brasil, 2006b).

Além da ESF, no Brasil a saúde suplementar também tem se expandido, embasada principalmente nas leis 9.656/98 e 9.961/2000, responsáveis respectivamente pela disposição dos planos e seguros privados de assistência à saúde e da criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Compreender o alcance dessa complementaridade na população se torna fundamental para a verificação do alcance do SUS, bem como o acesso e a utilização dos serviços de saúde oferecidos pelo mesmo (MALTA et al., 2011)

2.2 UTILIZAÇÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE

A compreensão dos padrões de utilização dos serviços de saúde é um processo muito complexo que abarca inúmeros determinantes, dentre os quais destacam-se as características socioeconômicas, as características de saúde, o perfil epidemiológico e a própria oferta de serviços (SAWYER, LEITE, ALEXANDRINO, 2002; GOLDBAUM et al., 2005; RIBEIRO et al., 2006).

De acordo com Travassos e Martins (2004) os primeiros modelos teóricos a respeito da utilização de serviços de saúde são oriundos da década de 50 e 60, com destaque para os modelos de crenças em saúde na década de 50 e o modelo de Andersen de 1968. Este último, que tinha por objetivo compreender os mecanismos associados ao uso de serviços de saúde identificando as condições facilitadoras e impeditivas deste processo, sofreu modificações conceituais ao longo dos anos para que as demandas atuais pudessem ser explicadas, sem que, no entanto, a essência inicial do modelo fosse perdida (ANDERSEN, 2008).

Quanto a sua concepção, o modelo explicativo de Andersen traz a relação entre os aspectos contextuais e os individuais, chamando de fatores predisponentes aqueles que abarcam as características demográficas, socioeconômicas e culturais da população, as políticas em saúde, o financiamento, o acesso, os fatores de provisão dos serviços e as características da saúde da população; e de fatores capacitantes, os que incluem critérios em nível individual como a adesão de planos de saúde, a renda e outros aspectos estruturais e condicionantes para o uso do sistema de saúde (ANDERSEN, 1995). O comportamento de saúde considera todas as relações entre os pacientes e o provedor dos cuidados de saúde, abordando o aconselhamento ao paciente, a realização de exames, a divulgação e comunicação de informações, a prescrição propriamente dita e o modo como ocorre à comunicação. Quanto à necessidade dos indivíduos pelos serviços de saúde, estas podem ser identificadas de maneira autorreferida ou mesmo a partir de uma avaliação de um profissional da saúde. Após a verificação do estado de saúde percebido, avalia-se a satisfação deste usuário, identificando desta forma uma gama de aspectos

determinantes do uso dos serviços de saúde (ANDERSEN, 2008).

Zucchi, Del Nero e Malik (2000) colocam que a identificação destes determinantes deve ainda considerar o tipo de serviço, a frequência de utilização, a busca oportuna ou tardia, e os procedimentos preventivos, assistenciais, laboratoriais, ou terapêuticos envolvidos. Goldbaum et al. (2005) acrescentam os recursos oferecidos pelo SUS e a cobertura dos planos de saúde privados como importantes fatores relacionados a utilização dos serviços de saúde.

Quanto à organização, Pineault e Daveluy (1986) dividem esses fatores associados em cinco grupos. No primeiro estão as necessidades à saúde que abarcam a morbidade, a gravidade e a urgência da doença. O segundo são os usuários, onde estão as características demográficas (sexo e idade), geográficas (região), socioeconômicas (educação e renda), culturais (religião) e psíquicas. O terceiro refere-se aos prestadores de serviços onde o autor destaca as características demográficas, o tempo e o grau de escolaridade, a experiência profissional, o tipo de prática, a forma de pagamento e as características psíquicas. O quarto grupo diz respeito à organização, onde se destaca os recursos disponíveis, características da oferta de serviço, a acessibilidade (geográfica e social) dentre outras características; e o quinto grupo trata da política vigente, onde são considerados o sistema de saúde, o financiamento, o tipo de seguro de saúde dentre outras características.

Travassos e Martins (2004) ainda acrescenta que a influência destes determinantes varia de acordo com o tipo de serviço e com a proposta assistencial. Além disso, há de se destacar que fatores organizacionais também estão relacionados à utilização destes serviços, visto que a interação entre profissionais de saúde e seus pacientes ocorre em um ambiente cercado de traços sociais e culturais (ZUCCHI; DEL NERO; MALIK, 2000; SAWYER; LEITE; ALEXANDRINO, 2002).

A compreensão dos padrões de utilização destes serviços passa, contudo a ser vital para ofertar à sociedade uma resposta mais eficiente e justa, possibilitando uma melhor gestão dos custos. Sabe-se que a prevalência de utilização dos serviços de saúde é maior em mulheres; em crianças e idosos; em indivíduos com maior escolaridade e mais ricos; em detentores

de planos de saúde e por aqueles que apresentam morbidade. (SAWYER; LEITE; ALEXANDRINO, 2002). Em contrapartida, Travassos e Viacava (2007) destacam que há uma menor utilização de serviços de saúde entre as populações rurais, possivelmente pela dificuldade de acesso, visto que há menor disponibilidade de serviço, dificuldade de transporte, grandes distâncias, baixa renda da população dentre outros fatores.

2.2.1 Políticas de Saúde

Segundo Whitehead (2000), as iniquidades em saúde são àquelas desigualdades de saúde existentes entre grupos populacionais distintos que, além de sistemáticas, são desnecessárias, evitáveis, abusivas e ainda favorecem a uma injusta distribuição de recursos e oportunidades na população. Para que as iniquidades sejam resolvidas Vieira-da-Silva e Almeida Filho (2009) apontam para políticas que visem à equidade, que os autores conceituam como:

“...o resultado de políticas que tratam indivíduos que não são iguais de forma diferente. Nesse sentido, “equidade” e “iniquidade” correspondem a conceitos relacionados com a prática da justiça e à intencionalidade das políticas sociais e dos sistemas sociais.” (p.221)

Almeida (1996) afirma que muitas mudanças têm sido realizadas na formulação das políticas públicas em saúde com foco nas desigualdades. Isso se iniciou com as transformações histórico-econômicas ocorridas principalmente nos anos de 1970, a se destacar a crise econômica. Com isso, em 1980 o debate conceitual passa a ganhar força, focando em ações supletivas e na criação de mercados assistenciais no Estado. A Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde destaca as políticas públicas voltadas para a educação, redistribuição de renda e ampliação da proteção social como alternativas para diminuir as diferenças nos diferentes níveis de determinação social (CNDSS, 2008).

Mesmo com algumas evoluções no campo das discussões, Sisson (2007) afirma que na América Latina a desigualdade social continua presente de modo que a complexidade das relações sociais traga dificuldades na governabilidade. Não obstante, Almeida (2002) afirma que as políticas públicas com foco na equidade vêm evoluindo substancialmente tornando-se cada vez mais eficientes e efetivas. Isso também ocorre no Brasil, onde a municipalização e o empoderamento via participação popular vêm atenuando as diferenças existentes e aproximando a sociedade dos serviços de saúde (DOWBOR, 2009).

Uma das condicionantes das políticas voltadas para a equidade é que haja a redistribuição desigual dos recursos, de modo a ajustar os desequilíbrios de cunho biológico, social e gerenciais que possam haver naquela sociedade (PORTO, 1997; TRAVASSOS et al., 2000). Seguindo esta perspectiva, as políticas sociais e de saúde voltam-se aos grupos mais vulneráveis objetivando promover o acesso destes aos serviços e atenuar as desigualdades entre os diferentes estratos sociais (SENNÁ, 2002).

Segundo a CNDSS (2008), para a realização de uma análise da situação de saúde da população e posterior desenvolvimento e aprimoramento de políticas públicas de saúde, é importante considerar os seguintes itens: a) a situação e tendências da evolução demográfica, social e econômica do país; b) a estratificação socioeconômica e a saúde; c) as condições de vida, ambiente e trabalho; d) as redes sociais, comunitárias e saúde; e) os comportamentos, estilos de vida e saúde e f) a saúde materno-infantil e saúde indígena.

Em uma revisão realizada no triênio 2004-2006 em todo o território nacional, para a elaboração do Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, foram encontrados 390 programas e 4000 ações governamentais executadas anualmente relacionados às condições de vida e saúde, especificamente na área da saúde coletiva, ainda que não necessariamente em objeto de atuação do Ministério da Saúde e seus equivalentes nas esferas subnacionais. Foram contabilizadas ações que vêm, ao longo dos últimos anos, sendo tratadas pelo governo na redução das desigualdades sociais e

em saúde, sendo selecionados os programas e ações voltados àqueles em situação de vulnerabilidade.

Dentre os programas que levaram maior acesso e consequente utilização dos serviços de saúde à população, encontra-se o Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1994 e atingindo em 2006 uma cobertura de 80 milhões de pessoas, o que representa aproximadamente 44% da população nacional na época (CNDSS, 2008). No ano de 2011 essa cobertura chegou a 53,1% mostrando desde sua criação um aumento no seu alcance populacional (BRASIL, 2013). O PSF é uma proposta organizacional para a Atenção Básica em Saúde, de modo a acompanhar um número definido de famílias delimitadas em uma área geográfica pré-estabelecida. As equipes multiprofissionais atuam na promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação em doenças e agravos (CNDSS, 2008). Sisson (2007) cita o PSF como um produto das ações governamentais que visam reorganizar o sistema de saúde brasileiro de maneira mais igualitária. Através do modelo do PSF é possível obter um maior alcance na população, levando a atenção integral à saúde destas famílias. Cabe ressaltar que, mesmo sob este olhar humanista, as políticas em saúde estão alinhadas com a racionalidade econômica, científica e técnica, além de contextualizadas com as realidades ao qual estão inseridas.

Agindo em sincronia com o PSF, existem no Brasil outros programas paralelos e transversais que buscam atenuar as iniquidades em saúde, como: as Ações Integradas de Combate às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI); o Programa Nacional de Imunização (PNI); o Programa de Atenção Pré-Natal; a Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas, dentre outros (CNDSS, 2008). Peres et al. (2012) destacam ainda a Política Nacional de Saúde Bucal como um exemplo de estratégia para redução das desigualdades sociais em saúde.

O Ministério da Saúde conta ainda com políticas públicas em saúde que visam aumentar o acesso e utilização de serviços de saúde de grupos específicos da sociedade, como por exemplo, a Política Nacional da Atenção Integral à Saúde da Mulher; a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, todas estas políticas abrangentes que agem em consonância com a

lógica do Programa Saúde da Família (BRASIL, 2010; BRASIL, 2006; BRASIL, 2004).

A avaliação de muitos destes programas se dá de maneira dificultosa, o que prejudica a verificação dos impactos sobre as desigualdades em saúde haja vista que alguns deles não foram planejados ou implementados de forma a favorecer a medição do seu impacto (RIVERA et al. 2004). Especificamente sobre a Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas, tem-se muita dificuldade para se caracterizar as condições de saúde dos povos indígenas, pois estão ausentes elementos quantitativos que subsidiariam análises mais abrangentes e sofisticadas (CNDSS, 2008).

Visando melhorar a qualidade e acesso da atenção básica, muito recentemente o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, que objetiva induzir a instituição de processos que ampliem a capacidade das gestões federal, estadual e municipal, bem como as Equipes de Atenção Básica, para ofertarem serviços com maior qualidade e acessibilidade, de acordo com as necessidades concretas da população (BRASIL, 2012).

A partir do Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, as intervenções sobre os determinantes sociais de saúde (DSS) devem promover a equidade, contemplando os diversos níveis assinalados no modelo de Dahlgren e Whitehead (Whitehead; Dahlgren; Gilson, 2001), incidindo nas determinantes proximais, que se vinculam aos comportamentos individuais; as determinantes intermediárias, que estão relacionadas as condição de vida e trabalho e nas determinantes distais, que se referem a macro estrutura econômica, social e cultural (CNDSS, 2008).

Para tal, a CNDSS (2008) sugeriu quatro tipos de políticas, visando maior assertividade nestas intervenções, destacando: a) as políticas de caráter macroeconômico, de mercado de trabalho, de proteção ambiental e de promoção de uma cultura de paz e solidariedade, que tem por objetivo reduzir as desigualdades socioeconômicas, a violência, a degradação ambiental e seus efeitos na sociedade; b) as políticas que garantam a melhoria das condições de vida da população, proporcionando o acesso a saneamento básico, habitação

adequada, ambientes de trabalho saudáveis, serviços de saúde e de educação de qualidade, superando abordagens setoriais fragmentadas e promovendo uma ação planejada e integrada dos diversos níveis da administração pública; c) as políticas que promovam a saúde, que buscam fortalecer as relações solidárias e de confiança, construindo redes de apoio e fortalecendo a organização e participação das pessoas e das comunidades em ações coletivas que busquem a melhoria das condições de saúde e de bem estar, especialmente em grupos vulneráveis; e d) as políticas que estimulem a mudança de comportamento para o aumento da qualidade de vida e a redução de riscos, através de programas educativos, acesso facilitado a alimentos saudáveis, comunicação social, além da criação de espaços públicos para a prática de esportes e exercícios físicos, bem como a propaganda de tabaco e do álcool em todas as suas formas. Dessa forma, para que estas intervenções sejam possíveis de serem realizadas, bem como efetivas e sustentáveis, três pilares devem ser contemplados, a julgar-se a intersectorialidade, a participação social e as evidências científicas (CNDSS, 2008, p.141).

É importante, contudo, que estas políticas sejam sensíveis às variações das taxas de utilização, as variações da distribuição entre os grupos sociais e as variações regionais. A redução das iniquidades em saúde no Brasil deve conseguir aumentar a taxa média de utilização de serviço nas regiões abaixo da média nacional, garantindo uma distribuição mais igualitária e diminuindo assim as desigualdades, e melhorar a distribuição social nas regiões acima da média nacional (TRAVASSOS; OLIVEIRA; VIACAVA, 2006).

2.2.2 Formas de Medir o Uso de Serviços de Saúde

Para Santos e Victora (2004), a mensuração dos programas de saúde pode ocorrer tanto pela utilização de indicadores que podem refletir a oferta, a utilização, e a cobertura destes serviços, analisando assim o processo; como por indicadores de impacto, que analisam os resultados destas ações. Zucchi, Del Nero e Malik (2000) afirmam que a incorporação do perfil de utilização de serviços de saúde na análise é fundamental neste processo. A utilização de

parâmetros epidemiológicos para avaliar os serviços de saúde vem aumentando substancialmente, de modo a facilitar as decisões dos gestores de saúde e formuladores de políticas públicas (SANTOS; VICTORA, 2004). Segundo Vieira (2010) esta prática subsidia o planejamento e instrumentaliza as gerências dos serviços de saúde.

De acordo com Capilheira e Santos (2006) a escolha do serviço é diretamente influenciada pela proximidade e o acesso aos serviços de saúde, juntamente com os fatores sociais e culturais. Esta composição de fatores individuais, de serviço, de sistema de saúde e dos profissionais que o compõem, forma um complexo panorama contextual, difícil de ser mensurado (CAPILHEIRA; SANTOS, 2006). Louvison et al. (2006) afirmam que a mensuração da utilização dos serviços de saúde se dá de maneira muito íntima com a acessibilidade, de modo a dar subsídios inclusive para a avaliação da equidade de um sistema de saúde. Ainda sob este contexto, visualiza-se uma dinâmica entre clientela e serviço, composta pelo grau de satisfação dos usuários e pelo grau de resolatividade dos serviços de saúde, numa relação cíclica contínua (GOLDBAUM et al., 2005).

Sobre a relação da utilização e acesso do serviço de saúde, afirma-se que o primeiro pode ser uma medida do segundo, e não o inverso, visto que o conceito de acesso não se explica apenas pelo uso, sendo, portanto, mais amplo. Além disso, a utilização de serviços é explicada por um conjunto de fatores e a sua continuidade do tratamento depende ainda de condições distintas daquelas que definem a entrada do paciente no sistema de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Travassos et al. (2000) afirmam que não existe uma definição ou metodologia única para a mensuração do uso e acesso dos serviços de saúde de uma população. Não obstante, um indicador muito usado para se medir o acesso no serviço é a cobertura do plano de saúde, que inclusive favorece a análise da equidade no uso dos serviços de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

De acordo com Santos e Victora (2004) é fundamental que, antes de se oferecer cuidados à população, se comprovem cientificamente os impactos destas ações. Dessa forma, duas linhas de pesquisa vêm se desenvolvendo, uma que busca testar

a eficácia destas estratégias adotadas, e outra que busca avaliar os resultados destas sobre a vida dos usuários e da população.

Não obstante, Travassos e Novaes (2004) colocam que as investigações epidemiológicas que visam verificar a eficiência e a utilização dos serviços de saúde são fundamentais, pois possibilitam uma aproximação da realidade dos sistemas e serviços de saúde, orientando para uma melhora na qualidade e acurácia nas políticas públicas específicas. Ainda assim, Costa et al. (2008) colocam que a verificação dos padrões de utilização de serviços de saúde contribuem para uma melhor assistência, visto que possibilitam o aprimoramento do planejamento em saúde, a compreensão dos níveis de cobertura estabelecidos e ainda a identificação dos estratos populacionais excluídos.

Uma das melhores alternativas na obtenção de informações importantes para a caracterização dos usuários do sistema e do padrão de utilização dos serviços vem sendo os estudos de base populacional, que permitem uma compreensão mais apurada do contexto no qual a sociedade está inserida (TANAKA; MELO, 2004; VIEIRA, 2010). Quanto à mensuração, a utilização de serviços de saúde, por certo grupo populacional, pode se dar através dos gastos em saúde, ou através de medidas diretas, não monetárias, relativas ao risco e à intensidade do uso (RIBEIRO; 2005).

Referente aos gastos em saúde, Zucchi, Del Nero, Malik (2000) afirmam que o padrão de utilização dos serviços de saúde está estritamente relacionado aos custos com medicamento, com os honorários dos profissionais da saúde e por fim com os gastos em hospitalização e tratamento.

Sobre as medidas diretas, o volume de serviços de saúde, que é utilizado por cada população, resulta do risco de utilização e da quantidade utilizada. Sobre o risco de utilização dos serviços, defini-se utilização como o uso de pelo menos uma unidade do serviço de saúde, incluindo-se nestas medidas a cobertura populacional de consultas e internações, pois indicam a relação entre o contingente populacional que utiliza estes serviços e a população total no período de um ano, possibilitando comparações (RIBEIRO, 2005). Ao tratar da frequência de utilização dos serviços de saúde, pressupõe-se que, como o primeiro contato já ocorrera, o retorno dos indivíduos ao sistema de saúde passa a estar também

relacionado à decisão dos médicos e demais profissionais da saúde. Esta dimensão é fundamental, principalmente no caso de serviços ambulatoriais (NORONHA; ANDRADE, 2001).

2.2.3 Panorama Nacional e Internacional do Uso de Serviços

O referencial teórico deste estudo foi obtido através da busca bibliográfica nas bases de dados do Medline (National Library of Medicine, USA) e da LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde). A busca ocorreu durante o mês de setembro de 2012.

A pesquisa na base de dados da PUBMED teve como descritores Brazil, epidemiology, health services, consumption, use, utilization, cujas combinações podem ser visualizadas nos quadros 1 e 2. Foi utilizado o operador booleano AND em todas as combinações, exceção feita à pesquisa para o panorama internacional, onde o descritor “Brazil” teve como operador booleano o “not”. Os limites de busca foram os artigos publicados nos últimos 5 anos, escritos na língua inglesa, espanhola e portuguesa e estudos em seres humanos. Após a leitura dos títulos e resumos dos artigos, foram selecionados os que se tratavam de estudos epidemiológicos e os resultados apresentados de forma a constituírem um panorama nacional e outro internacional a respeito do objeto de investigação.

Para a pesquisa na LILACS, utilizaram-se os descritores epidemiology or epidemiologia, "medical services" or "medical service" or “serviços médicos” or “serviço médico”, utilization or use or consumption or utilização or uso. Foram encontrados 132 artigos. Destes artigos, um tratava do panorama nacional, entretanto já havia sido incluído através da pesquisa na PUBMED e outros três artigos relacionados ao panorama internacional, tratavam do desfecho com uma abordagem distinta de objetivo deste estudo, não sendo incluídos na revisão.

Além dos artigos obtidos pela estratégia de busca acima referida, foram analisados e quando oportuno incluídos, os estudos citados na lista de referências dos artigos oriundos da primeira etapa de busca, garantindo assim a melhor estruturação dos panoramas.

Panorama Nacional

Nessa etapa da pesquisa, foram utilizadas três combinações de descritores, totalizando 403 artigos. Destes, foram selecionados para a revisão teórica sobre o panorama nacional de utilização de serviços seis artigos (quadro 1). A pesquisa foi realizada na mesma ordem abaixo referida, de modo que na segunda combinação de descritores, foi encontrado um artigo que já estava selecionado na combinação acima; e na terceira combinação de descritores, foram encontrados quatro artigos já encontrados nas duas buscas acima. Por serem repetidos, estes artigos foram registrados na primeira chave de busca em que foram encontrados. Na segunda etapa de buscas, verificou-se as referências dos artigos selecionados, sendo incluídos mais nove artigos. Assim, o panorama nacional contou com um total de 15 artigos na sua execução.

Quadro 1 - Estratégias de busca de referencial teórico para Panorama Nacional

PUBMED/MEDLINE: Panorama Nacional			
Descritores	Artigos		
	Encontrados	Pré-selecionados*	Selecionados**
health services (and) epidemiology (and) Brazil (and)			
consumption (and)	37	10	4
utilization (and)	49	12	1
use (and)	317	21	1
Total	403	33	6

Fonte: Produção do próprio autor.

*Artigos selecionados para leitura do resumo. **Artigos incorporados na revisão. Nas categorias subsequentes à anterior foram excluídos os artigos repetidos.

Em um estudo baseado na PNAD 1998, verificou-se que as mulheres tiveram maior taxa de procura por serviços médicos (15,8%) contra 10,1% dos homens nos 15 dias que antecederam a pesquisa. Quanto aos exames de rotina, as mulheres procuraram 40,3% e os homens 28,4%. Dentre os serviços de saúde mais procurados por ambos os sexos, relatou-se primeiramente os postos ou centros de saúde com procura de 32,6% pelas mulheres e 30,2% pelos homens, os consultórios particulares, com 29,3% de procura pelas mulheres e 28,6% pelos homens e os hospitais com 19,5% de procura pelas mulheres e 20,0% pelos homens. No intervalo de um ano, as mulheres internam-se mais do que os homens (8,7% e 5,1% respectivamente). Quanto ao local de residência, aqueles da área urbana procuraram mais os serviços quando comparados aos da área rural (PINHEIRO et al., 2002).

Uma amostra com 1260 indivíduos com 15 anos ou mais, no Sul do Brasil, buscou identificar os fatores que levam uma pessoa a consultar o médico no Brasil e avaliar as diferenças entre os grupos socioeconômicos. Verificou-se que em relação aos mais jovens (15-24 anos) os indivíduos entre 25-44 anos consultaram 40% mais vezes. Outra característica encontrada foi a maior prevalência de consulta entre as mulheres, 55% a mais em relação aos homens. Àqueles que consideravam ter 2 ou mais eventos estressantes na vida consultaram 44% mais do que os que se consideravam não estressados. Os indivíduos que autoavaliavam sua saúde como boa consultaram 65% mais e os que consideravam sua saúde como ruim/regular consultaram 2,96 vezes mais àqueles com saúde excelente (MENDOZA-SASSI; BÉRIA; BARROS, 2003).

Outro estudo buscou descrever as condições de saúde e o uso de serviços de saúde da população idosa (60 anos ou mais) brasileira. Verificou-se que do total da amostra, 20,3% haviam procurado e sido atendidos por algum médico nas duas últimas semanas; 0,6% haviam procurado e não haviam sido atendidos e outros 78,5% não haviam procurado atendimento. Referente ao número de consultas, 44,3% haviam realizado 3 ou mais consultas no último ano; 14% haviam realizado 2 consultas; 13,9% haviam realizado 1 consulta e 27,8% nenhuma consulta. Quanto ao número de internações, 4,3% haviam se internado 2

ou mais vezes, 9,3% haviam se internado uma vez e 86,4% não haviam se internado nenhuma vez no último ano. Dessa amostra de idosos, 26,7% tinha plano privado de saúde e 73,1% não tinha nenhum plano privado de saúde (LIMA-COSTA; BARRETO; GIATTI, 2003).

Goldbaum et al. (2005) buscaram identificar, no ano de 2001 em dois municípios do estado de São Paulo, as mudanças no perfil de utilização de serviços de saúde após implantação do Programa Saúde da Família. Verificou-se que tanto na área coberta como na área não coberta pelo PSF as mulheres utilizaram mais os serviços de saúde nos 15 dias anteriores à entrevista. Quanto à escolaridade, nas áreas cobertas pelo PSF não houve diferença significativa entre os grupos na utilização de serviço, entretanto nas áreas não cobertas, aqueles com ensino superior usavam 3 vezes mais este tipo de serviço, comparado aos sem escolaridade nenhuma. Ao verificar a renda familiar per capita entre os usuários do sistema não cobertos pelo PSF, foi encontrada uma maior prevalência naqueles com maior renda, tendo 61% a mais do que os com menor renda.

Em um estudo de base populacional com 3.100 adultos maiores de 20 anos, moradores de Pelotas-RS em 2003, analisou-se as características individuais associadas às consultas médicas. Foi verificado que a consulta ao médico foi mais frequente entre as mulheres; entre indivíduos mais ricos e naqueles com 60 anos ou mais. Verificou-se ainda uma prevalência 11% menor de consultas entre os solteiros, viúvos/separados em relação aos casados ou que viviam maritalmente. Quanto aos aspectos de saúde associados, aqueles que referiram ser portadores de HAS ou Diabetes Mellitus e aqueles que relataram hospitalização no último ano tiveram probabilidades, respectivamente, 19%, 16% e 46% maiores de consultar nos três meses anteriores à entrevista do que suas referências. Os ex-fumantes consultaram 12% a mais do que os que nunca fumaram (CAPILHEIRA; SANTOS, 2006).

Através de dados da PNAD 2003, verificou-se que dos entrevistados que utilizaram os serviços de saúde nas duas últimas semanas antecedentes à pesquisa 61,7% eram mulheres; 59,8% tinham entre 15 e 59 anos; 88,4% tiveram como atendimento a consulta e 52,5% procuraram este atendimento por motivo de doença. Analisando a utilização de

serviços de saúde de modo a separar os serviços integrantes ao SUS e os não integrantes, algumas diferenças expressivas foram constatadas. Dentre os usuários do SUS, houve um equilíbrio na utilização dos serviços de saúde segundo a cor de pele, enquanto entre os não usuários, 70% eram brancos. Referente à escolaridade, a maioria (52,3%) dos usuários do SUS tinham até 3 anos de estudo enquanto que dentre os não usuários do SUS, ter 11 anos ou mais de estudo foi a situação mais prevalente (40,6%). Quando analisado a renda per capita, os usuários do SUS ficaram igualmente divididos entre os 4 primeiros quintis com aproximadamente 22,5% em cada e nos não usuários mais da metade (51,8%) pertenciam ao quintil mais rico. Por fim, 7,3% dos usuários do SUS tinham plano de saúde privado enquanto nos não usuários SUS este valor foi para 72,9%. Ao analisar por região brasileira, verifica-se diferença significativa entre os usuários do SUS que possuem plano de saúde privado. No nordeste este número é de 4,2% enquanto no sudeste, sul e centro-oeste é de 8,4%, 9,2% e 10,9% respectivamente. Quando feita a análise multivariável para os padrões de utilização do SUS, verifica-se maior chance de utilização entre os pretos e pardos (34% a mais) quando comparados aos brancos (RIBEIRO et al., 2006).

Outro estudo transversal avaliou o padrão de acesso e utilização de serviços de saúde dos idosos residentes em áreas rurais no Brasil e comparou com o padrão observado na população idosa urbana, através da PNAD 2003. Verificou-se que entre os idosos (60 anos ou mais), residentes em áreas rurais, 69,8% tem o SUS como financiador da sua saúde, 16,8% financia seus custos com recursos próprios, e 8,2% em plano de saúde particular. Além disso, 76% das mulheres consultaram algum médico nos últimos meses, contra 61,5% dos homens. Quanto à taxa de internação, 13,1% dos idosos afirmaram terem se internado nos últimos 12 meses antecedentes à pesquisa. Nos residentes nas áreas urbanas, o financiamento se deu da seguinte forma: 53,7% pelo SUS; 30% plano de saúde particular e 13,9% com recursos próprios. A maior prevalência de consultas nos últimos 12 meses entre as mulheres se repetiu: 84% contra 73,5% entre os homens. Quanto à taxa de internação, 12,6% relataram terem se internado nos últimos 12

meses, valor muito próximo ao da população rural (TRAVASSOS; VIACAVA, 2007).

Buscando estimar a prevalência de consultar com médico e os fatores associados, Costa et al. (2008) verificaram que os homens que mais consultavam os médicos eram aqueles com renda familiar per capita maior do que 10 salários mínimos, mais de 60 anos de idade, quadro de diabetes mellitus, IMC maior ou igual a 25 kg/m² e que haviam sido hospitalizados. Dentre as mulheres, as maiores prevalências apareceram naquelas com renda familiar per capita acima de seis salários mínimos, com mais de 60 anos, brancas, não fumantes, com hipertensão arterial, com diabetes e que haviam sido hospitalizadas. Contudo, fica evidente a presença de iniquidades em saúde com relação à cor da pele e renda familiar, além de diferenças na utilização destes serviços aos indivíduos mais idosos e com alguma doença crônica não transmissível.

Em uma amostra de 2.143 indivíduos com 60 anos ou mais, no município de São Paulo, um estudo transversal analisou os fatores relacionados à determinação no acesso e no uso dos serviços de saúde por idosos. Após análise multivariada verificou-se que referente à utilização de serviços de saúde: as mulheres tinham 55% a mais de chance de utilizarem mais os serviços de saúde do que os homens; aqueles que frequentaram a escola tinham 34% menos chance do que os que não frequentaram a escola; os com maior renda (4^a e 5^a quintis) e que tinham frequentado a escola tinham 40% mais chance em comparação aos mais pobres sem estudo; os com seguro privado tinham 57% mais chance do que os sem seguro privado e os que tinham pelo menos uma doença crônica tinham 2,73 vezes mais chance de utilizarem os serviços de saúde do que os sem doença crônica (LOUVISON et al. 2008).

Em um estudo transversal com 2.889 indivíduos em 2005, buscou-se avaliar a utilização de serviços de saúde entre idosos com idade a partir de 65 anos, moradores de 41 municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. Constatou-se que os idosos que moravam perto de Unidades Básicas de Saúde (UBS) com o modelo PSF participavam 2,5 vezes mais de atividades educativas do que os que moravam nas áreas de abrangência de UBS com modelo tradicional. Essa proximidade às UBS atendidas pelo modelo PSF ainda repercutiram

positivamente na prevalência de consultas, com 19% a mais na Região Sul e 61% na Região Nordeste; e na prevalência de pelo menos uma consulta nos últimos seis meses, com 44,8% na Região Sul e 45,6% na Região Norte, quando comparadas as áreas fora da abrangência do PSF nas respectivas regiões (RODRIGUES et al., 2009).

Baseado em uma amostra de 2.988 indivíduos de Porto Alegre-RS, um estudo transversal realizado em 2003 buscou analisar os padrões de utilização dos serviços de saúde em comunidades cobertas pela Estratégia Saúde da Família. Verificou-se que a probabilidade de utilizar os serviços de saúde em geral, após análise ajustada, foi maior entre as mulheres (55% mais do que os homens) e entre os idosos com 60 anos ou mais (21% a mais do que as crianças entre 0 e 9 anos). Aqueles que não tinham ido trabalhar nos últimos 30 dias utilizaram as unidades de saúde da família 19,1% enquanto aqueles que foram trabalhar utilizaram 9,7%. Quando analisado a utilização da unidade de saúde da família local, verificou-se prevalência de 15% entre os indivíduos sem cobertura de plano privado contra 5,5% entre os aqueles com plano, indicando uma maior prevalência desses serviços entre os mais pobres (FERNANDES; BERTOLDI; BARROS, 2009).

Tendo em vista que os inquéritos domiciliares são muito custosos e exigem de muito tempo para sua realização, o Ministério da Saúde em 2006 criou o sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), sendo este aplicado nas 26 capitais dos estados brasileiros e no Distrito Federal. Através do VIGITEL 2008, um estudo mostrou a característica dos usuários do SUS bem como a prevalência da realização de exames preventivos entre estes indivíduos. Verificou-se que da população estudada, 58,2% referiram não ter nenhum plano de saúde, sendo caracterizada como população SUS dependente, e 40,3% com um e 1,5% mais de um plano, totalizando 41,8% de adultos beneficiários de planos de saúde. Além disso, verificou-se que à medida que se aumenta a idade e a escolaridade dos indivíduos, maior é a frequência de realização de exames. Quanto à faixa etária, 34,1% dos indivíduos com 18-24 anos realizavam exames, contra 45,7% dos indivíduos com 40-44 anos e 51,2% nos indivíduos com 60 anos ou mais. Quanto à

escolaridade, 27,1% dos segurados entre 0-8 anos de estudo e 80,7% entre os indivíduos com 12 ou mais anos (MALTA et al., 2011).

Ao investigarem os fatores relacionados com a maior prevalência no uso dos serviços de saúde, pesquisadores verificaram que ter pelo menos uma doença crônica aumentou 2 vezes a ocorrência de internação; 2,18 vezes o uso de serviços de saúde nas duas semanas antecedentes à pesquisa; 31% as consultas médicas nos últimos 12 meses e 3,96 vezes o risco de estar acamado no Brasil (BARROS, et al., 2011).

Bastos et al. (2011) afirmam que a associação entre uso de serviço, características demográficas, socioeconômicas e de comportamento, não está bem estabelecida sendo necessários mais estudos a esse respeito. Os mesmos autores (Bastos et al., 2011), em um estudo transversal com 2.706 adultos com idade entre 20-69 anos em Pelotas, RS, em 2008, buscaram estimar a prevalência da utilização dos serviços médicos no sistema público e os fatores associados. Verificou que a prevalência de ter consultado um médico nos últimos 3 meses à pesquisa foi de 60,6%, sendo que destes, 42% consultaram os serviços de saúde público. Quanto ao perfil da utilização nos serviços públicos de saúde, 49,5% ocorreram nos postos de saúde, 18,2% nos ambulatórios das faculdades de medicina, 18,2% nos ambulatórios dos hospitais e 8,6% nos pronto-socorro. Os homens e os mais velhos (60-69 anos) consultaram 46% vezes mais do que os mais jovens (20-29 anos) e os com menor escolaridade (até 4 anos de estudo) consultaram 2,98 vezes mais do que os com 12 ou mais anos de estudo. Aqueles com menor renda per capita (0-5 salários mínimos) consultaram cerca de 10 vezes mais do que os indivíduos com renda igual a mais do que 8 salários mínimos. Entre as mulheres, utilizaram mais os serviços médicos aquelas com menos anos de estudos (4,46 vezes mais do que as com mais anos de estudo); com menor renda (3,32 vezes mais comparadas às mais ricas) e ainda as que tinham médico definido e se internado no último ano.

O uso de consulta médica foi analisado entre grupos que autorreferiram ou não hipertensão arterial sistêmica, nas áreas urbana e rural. Verificou-se uma maior proporção de consultas médicas na área urbana (71,8%) do que na área rural (63,6%). Verificou-se que aqueles que autorreferiram hipertensão arterial

consultaram o médico 15% mais na Região Sudeste comparado a Região Norte do país. Este padrão de maior número de consultas entre residentes no Sudeste manteve-se mesmo entre os não hipertensos de áreas urbanas e rurais. Na área urbana, a chance de consultar-se com o médico foi de 3,63 vezes maior quando comparada a área rural. Observou-se também mais chance de consulta entre as mulheres, entre usuários de medicamento contínuo, entre os que possuíam plano de saúde, entre os que referiram alguma morbidade, dentre outras variáveis (MOREIRA; MORAES; LUIZ, 2011).

Contudo, entende-se que o Brasil, na sua imensa variedade cultural, socioeconômica e extensão geográfica, possui diferentes perfis de utilização de serviço de saúde, principalmente no que diz respeito às desigualdades na utilização de serviços de saúde e consultas médicas. Mais pesquisas são necessárias para conhecer as desigualdades existentes no país, de modo a subsidiar melhores políticas públicas em saúde e a tomada de decisões gerenciais mais assertivas. Isso já vem acontecendo nas últimas décadas. Bastos et al. (2011) coloca que embora tenha havido uma redução na utilização dos serviços médicos de saúde no sistema público nos últimos 15 anos, o perfil dos usuários do sistema público de saúde vêm focando mais densamente nas camadas desassistidas (baixa renda e baixa escolaridade), o que sugere uma redução das iniquidades. Verificaram-se importantes associações entre a utilização dos serviços de saúde e as variáveis socioeconômicas, demográficas e geográficas. Além disso, através dos estudos de Rodrigues et al. (2009), Fernandes; Bertoldi e Barros (2009) e Goldbaum et al. (2005) fica claro o maior acesso e utilização dos serviços de saúde quando o modelo PSF está presente nestas unidades de saúde, mostrando-se uma importante política na diminuição das iniquidades em saúde.

Panorama Internacional

Na primeira etapa da pesquisa, foram utilizados duas combinações de descritores, totalizando 138 artigos encontrados. Destes, foram selecionados para a revisão teórica sobre o panorama internacional de utilização de serviços 15

artigos (quadro 2). Na segunda etapa incluíram-se 3 artigos a partir da consulta das referências dos artigos encontrados na primeira etapa. Dessa forma, totalizaram 18 artigos.

Quadro 2 - - Estratégias de busca de referencial teórico para Panorama Internacional

PUBMED/MEDLINE: Panorama internacional			
Descritores	Encontrados	Artigos	
		Pré-selecionados*	Selecionados**
epidemiolog y (and) Brazil (not)			
health services utilization (and)	85	44	10
health services use (and)	53	21	5
Total	138	65	15

Fonte: Produção do próprio autor.

*Artigos selecionados para leitura do resumo. **Artigos incorporados na revisão. Nas categorias subsequentes à anterior foram excluídos os artigos repetidos.

Tendo em vista que os padrões de utilização dos serviços de saúde são muito variados nas diferentes regiões do mundo, a revisão a seguir tenta trazer algumas das problemáticas em alguns países a partir da metodologia acima proposta. Algumas delas trazem questões muito próximas das encontradas no Sistema Único de Saúde do Brasil.

Um estudo buscou analisar a equidade na utilização de serviços médicos em 21 países pertencentes à *Organization for Economic Cooperation and Development* (OECD) no ano de 2000. Para a detecção da desigualdade, identificou-se o número de consultas de um médico nos últimos 12 meses, associando este número com a renda, baseado em dados da *European Community Household Panel*. Verificou-se que na Bélgica, Canadá, Irlanda, Holanda e Suíça os índices de desigualdades foram negativos, o que indica que nestes países a utilização de serviços médicos se dá de maneira mais equânime entre as diferentes rendas. Na Áustria, Finlândia, Portugal e Estados Unidos o índice apresentou-se significativamente positivo,

indicando que nestes países estes serviços apresentaram-se de maneira desigual, favorecendo aqueles com maior renda. O estudo verificou ainda que em quase todos os países da OCDE a probabilidade de ver um clínico geral está distribuída equitativamente entre as diferentes rendas, mostrando um quadro favorável. Quanto à distribuição de visitas de médicos especialistas, na grande maioria dos países apenas os grupos com renda mais alta utilizaram estes serviços (DOORSLAER; MASSERIA; KOOLMAN, 2006).

Um estudo transversal buscou identificar os padrões de utilização de serviços de saúde através do National Health Services Survey na China no ano de 2003. Verificou-se a relação de consultas com médicos e utilização de serviço hospitalar naqueles que tiveram alguma doença nas últimas duas semanas, avaliando a relação entre os residentes rurais e urbanos. Verificou-se que, dentre os indivíduos que relataram ter tido uma doença nas duas últimas semanas, 52% dos moradores de regiões rurais foram visitados por um médico, enquanto nos moradores urbanos este valor foi de 43%. Ao verificar a utilização de serviço hospitalar, foram 7,6% dos moradores rurais contra 11,1% dos moradores urbanos. Dentre os indivíduos que tiveram pelo menos uma consulta, os residentes rurais tiveram 16% mais consultas em relação aos urbanos, sendo que os indivíduos com 50 a 64 anos e com 65 anos ou mais consultaram respectivamente 5% e 9% menos do que os adultos de 18 a 49 anos. Quanto à hospitalização, este quadro inverte, sendo que os indivíduos com 50 a 64 anos e os com 65 anos ou mais utilizam respectivamente 11% e 40% a mais que os mais jovens. Ser segurado em algum plano de saúde aumentou a prevalência de visitas médicas em 9% e de utilização dos hospitais em 14% (LIU et al., 2007).

Grahan et al. (2008) verificou os padrões de utilização do serviço de saúde, Medicaid, nos Estados Unidos, para adultos que falavam inglês fluente, e para adultos com pouca fluência. Os grupos com mais fluência no idioma eram 94% mais propensos a usar os serviços primários e 78% menos propensos a usar o serviço de emergência quando controladas as variáveis idade, sexo, data de adesão no Medicaid e morbidade. Considerando que o tratamento preventivo e nos níveis básicos são muito menos custosos que as internações e serviços de

emergência, fica evidenciado que as questões linguísticas nessa realidade deve ser incorporada no planejamento dos serviços de saúde.

Ao investigarem os padrões de utilização dos imigrantes no sistema nacional de saúde de Portugal, o National Health Service, Dias, Severo e Barros (2008) verificaram que 20% dos imigrantes nunca haviam utilizado os sistema e 3,6% nem sabiam aonde ir, em caso de necessidade de saúde. Além disso, após ajuste das variáveis sociodemográficas, verificou-se que houve um aumento na chance de utilização dos serviços a medida que o imigrante aumentava seu tempo de permanência em Portugal.

Um estudo transversal com uma amostra de 18.837 indivíduos foi realizado na Espanha visando caracterizar a utilização de serviços de saúde segundo três indicadores socioeconômicos: o nível de escolaridade, a classe social e a renda. Após análise ajustada por idade, sexo e número de doenças crônicas, verificou-se que, à medida que estudavam menos, maior era o número de consultas a clínicos gerais e menor era o número de consultas à especialistas. Quanto à classe social, verificou-se que quanto mais baixa, maior o número de consultas com clínico geral. As consultas com especialista seguem a lógica inversa. A “classe C” consultou 15% menos que as “classes A e B”; a “classe D” consultou 21% menos e a “classe E” 33% menos. Quanto à renda, os mais pobres consultaram mais os clínicos gerais e os mais ricos consultaram mais os especialistas. A taxa de hospitalização tendeu a ser maior entre os mais vulneráveis socialmente, entretanto não apresentou significância estatística (REGIDOR et al., 2008).

Em se tratando da utilização dos serviços de saúde mental verificou-se que na Holanda, em uma amostra de 2.258 jovens adultos (19-32 anos) diagnosticado com problemas mentais severos, apenas 34,6% recorreram a algum serviço de saúde. A maior procura ocorreu entre as mulheres, nos economicamente inativos e nos estudantes (VANHEUSDEN et al., 2008). No Canadá, a maior prevalência de uso destes serviços, quanto ao grupo étnico, se deu entre os brancos quando comparado aos imigrantes asiáticos (TIWARI; WANG, 2008). Nos Estados Unidos, ao verificar a utilização de serviços

de saúde mental entre afroamericanos, a maior prevalência se deu entre os indivíduos com mais de 55 anos. Além disso, evidenciou-se uma diferença na prevalência de utilização quando verificada a situação geográfica, onde os residentes do sul utilizavam menos os serviços (NEIGHBORS et al., 2008).

Visando examinar a associação entre diferentes fatores e a utilização de serviços de saúde em mulheres desabrigadas dos Estados Unidos, Tam, Zlotnick e Bradley (2008), através de dados do National Survey of Homeless Assistance Providers and Clients verificaram que as mulheres que tinham algum sintoma de doença mental tendiam a usar mais os serviços de saúde. A chance de recorrer a algum serviço de saúde era de 4 vezes mais para aquelas mulheres com alguma patologia mental em fase aguda, 16% mais para aquelas com alguma ditúrbio mental crônico e 64% mais para aquelas usuárias de álcool ou drogas quando comparada àquelas sem sintomas.

Nájera-Ortiz et al. (2008) em um estudo que buscou analisar o alcance da Directly Observed Therapy Strategy (DOTS), considerada a melhor estratégia terapêutica para conter a tuberculose no mundo, no Estado de Chiapas, México, verificaram que as desigualdades socioeconômicas, culturais e geográficas interferiram negativamente na instrumentalização do mesmo. Embora o México tenha 100% de cobertura da estratégia DOTS nos municípios de alta prioridade, a região de Los Altos de Chiapas, no Estado de Chiapas, possui maior vulnerabilidade social, e com isso dispõe de um comprometimento no acesso e utilização destes serviços de saúde pela sociedade local.

Ao verificar os padrões de utilização dos serviços de saúde das três complexidades na região da Murcia na Espanha, Nicolás e Parreño (2009) alertam para uma diferença significativa na utilização média dos nativos e dos imigrantes. Embora a diferenças no uso de serviços de saúde entre imigrantes e população nativa na Espanha e em outros países não seja significativa, quando controladas as variáveis por sexo, idade, nível de renda e nível de escolaridade a busca por serviços como a hospitalização ou atendimento de emergência foi maior para os imigrantes.

Em estudo transversal com uma amostra de 2345 adultos, realizado no Canadá, verificou-se uma maior

prevalência na utilização dos serviços de saúde, em especial ao médico da família, naqueles com obesidade e obesidade morbida (TWELLS; KNIGHT; ALAGHEHBANDAN, 2010).

Ao analisar a utilização dos serviços de saúde entre a população rural e urbana da Tailândia antes e depois da introdução do Universal Coverage Scheme (UCS), Yienqprugsawan et al. (2010) verificaram que a população não segurada da Tailândia nos períodos de 2001 à 2005 diminuiu de 42,5% para 7,0% nas áreas urbanas e de 24,9% para 2,7% nas áreas rurais respectivamente. Com isso, os padrões de utilização dos serviços de saúde mudaram após a implementação da UCS, favorecendo as populações rurais e menos abastadas. Essa cobertura nacional deu mais ênfase na atenção básica e dentre seus objetivos, preocupa-se com a criação de políticas que promovam a melhoria contínua da atenção básica, bem como com os encaminhamentos adequados e oportunos aos serviços de média e alta complexidade para a sociedade.

Sobre os padrões de utilização de serviço de saúde da população idosa no México, Córdova et al. (2010) verificaram em estudo transversal com 2.030 adultos mexicanos com 60 anos ou mais, que as mulheres apresentaram menores níveis de saúde, maior prevalência de desnutrição e menos capacidade de realizar atividades cotidianas. Mesmo com essa diferença entre os homens e mulheres, as demandas de serviço de saúde apresentaram-se equilibradas entre os sexos no país para adultos idosos.

Lara e Gómez (2011) realizaram um estudo de cunho econômico visando identificar se o Sistema Geral de Previdência Social e Saúde de Bogotá, Colômbia (General Social Security Health System), é capaz de garantir a assistência à sociedade segurada pelo mesmo, quando submetidos a situações de saúde economicamente inesperadas. Para isso, foi levantada a renda das famílias a partir da soma da contribuição de cada membro. Verificou-se que 4,9% das famílias de Bogotá tinham gastos em saúde considerados exorbitantes, com incidência maior nas famílias de baixa renda, onde nenhum dos membros foram filiados a segurança social, onde algum membro tinha tido algum evento de saúde progresso e onde os chefes de família tinham mais de 60 anos de idade.

Com o objetivo de estimar os determinantes demográficos e socioeconômicos de utilização de serviços de saúde na Grécia, tanto na atenção primária como nos serviços hospitalares, Tountas et al. (2011) realizaram um estudo transversal com uma amostra representativa da população adulta grega. Neste estudo, verificou-se que moradores de regiões rurais e afastadas, indivíduos do sexo masculino, indivíduos sem seguro privado e indivíduos de baixa escolaridade tiveram menos contato com os profissionais da saúde. Além disso, foi relatada a maior adesão a planos de saúde privados pelas classes sociais mais altas. Essas desigualdades no acesso e utilização mostram a necessidade de políticas públicas que garantam maior igualdade social.

Sanz et al. (2011) com base na National Health Survey de 2006 da Espanha, buscaram determinar a frequência de utilização dos serviços de saúde dos imigrantes residentes na Espanha comparado à população espanhola. Verificou-se que os homens imigrantes usam os serviços de saúde com menos frequência que os espanhóis. As principais exceções são os homens latino-americanos, que têm 68% a mais de chance de usar os serviços de emergência e os homens da África subariana, que consultam quase 3 vezes mais os serviços de média complexidade do que os espanhóis. Adicionalmente, as mulheres da África subariana usaram mais os serviços das três complexidades quando comparadas às mulheres espanholas.

Em estudo que buscou identificar a associação da desnutrição e outras variáveis associadas ao padrão de utilização dos serviços de saúde em adultos desabrigados nos Estados Unidos, Baggett et al. (2011) verificaram uma maior prevalência de internação naqueles acometidos por insuficiência alimentar. A chance de internação por distúrbios psiquiátricos foi 3,12 maior nos indivíduos com insuficiência alimentar. Outro importante ponto colocado por Baggett et al. (2011) é que estes indivíduos que chegam à alta complexidade deveriam ter estes cuidados de saúde primários resolvidos já na atenção básica, o que mostra uma falta de iniciativas políticas no atendimento à sociedade menos abastada no país.

Ao analisar a introdução do National Health Insurance Scheme (NHIS) na Nigéria, Goar et al. (2012) avaliaram os padrões de utilização dos serviços de saúde na Nigéria, e

verificaram que, com a introdução do NHIS, do Governo Federal da Nigéria no ano de 2005, houve um abrupto aumento na demanda dos serviços o que ocasionou em um considerável aumento do custo de despesas médicas. Essa demanda se torna ainda maior pelo fato de que 70% dos nigerianos vivem abaixo da linha da pobreza nacional e porque existem muitas falhas no diagnóstico e tratamento das doenças, prejudicando ainda mais o sistema.

Percebe-se que cada país possui diferenças muito particulares nos padrões de utilização dos serviços de saúde e de organização do sistema de saúde, o que implica na utilização de consultas médicas. Além disso, é possível verificar que desigualdades entre diferentes grupos estão presentes em todos os estudos analisados o que sugere que políticas públicas específicas tenham que ser adotadas para atenuar estas iniquidades. Muitas destas iniquidades são também encontradas no Brasil. Dentre os padrões de utilização de serviço de saúde comumente encontrados pela literatura no Brasil e encontrados no contexto internacional destaca-se a maior prevalência na utilização de serviços de saúde por indivíduos com maior renda (LARA; GOMES, 2011); maior idade (NEIGHBORS et al., 2008); entre mulheres (VANHEUSDEN et al., 2008), cor branca (TIWARI; WANG, 2008); com doenças crônicas e mentais (BAGGETT et al., 2011; TWELLS; KNIGHT; ALAGHEHBANDAN, 2010; TAM; ZLOTNICK; BRADLEY, 2008); além de diferenças regionais e geográficas (TOUNTAS et al., 2011; YIENQPRUGSAWAN et al., 2010; NEIGHBORS et al., 2008; LIU et al., 2007). Foi encontrado também uma maior prevalência na utilização de serviços de saúde especializados entre os mais ricos (REGIDOR et al., 2008; DOORSLAER; MASSERIA; KOOLMAN, 2006). Outras problemáticas não são tão comuns no Sistema Único de Saúde, pois referem-se a características de países mais cosmopolitas, onde há uma maior variabilidade no idioma e no país de origem da população, situação comum em países da Europa como Espanha, Portugal e nos Estados Unidos da América (NICOLÁS; PARREÑO, 2009; DIAS; SEVERO; BARROS, 2008; GRAHAN et al., 2008). Por fim, mesmo na Nigéria, com a implementação de um sistema de saúde nacional (GOAR et al.; 2011), foi possível verificar que a presença das iniquidades podem comprometer o melhor

funcionamento desses sistemas de saúde. Dessa forma verifica-se que, embora possam ser diferentes, os padrões de utilização dos serviços de saúde nos diferentes países apresentam importantes desigualdades socioeconômicas, demográficas e geográficas que devem ser corrigidas via políticas públicas.

Contudo, a disponibilidade dos serviços de saúde que cada sociedade oferece para seus membros reflete na possibilidade destes indivíduos obterem ou não acesso e se beneficiar com o atendimento recebido. Quando há um maior risco de adoecer e morrer a um grupo, bem como diferenças no comportamento do indivíduo perante a doença, verifica-se um estado de desigualdade em saúde (TRAVASSOS et al., 2000). Esse risco se origina das diferenças socioeconômicas da sociedade somadas à heterogênea condição de acesso a bens e serviços de saúde no Brasil. Os melhores níveis de saúde efetivamente alcançados por certos grupos sociais, em dado momento passariam a ser um limite que poderia ser universalizado se houvesse maior igualdade na sociedade (SILVA; BARROS, 2002). Escoda (2004) alerta ainda que as desigualdades sociais, de tão extremas na sociedade brasileira, incorporaram ao seu processo de análise a significância de iniquidades.

Inúmeros estudos apontaram para situações de iniquidade em saúde, tanto no âmbito nacional como internacional. Embora a prevalência na utilização de serviços de saúde seja evidenciada recorrentemente, faz-se necessário compreender de que forma estas iniquidades vêm evoluindo ao longo do tempo no Brasil. Para isso, é fundamental que sejam utilizados inquéritos com expressiva abrangência nacional, dadas as diferenças contextuais acentuadas ao longo do seu território. Alguns estudos compararam esta evolução em dois momentos distintos (BARROS et al. 2011; PERES et al., 2012b), entretanto nenhum destes com este enfoque. Outros abordaram esta temática (PINHEIRO et al., 2002; LIMA COSTA; BARRETO; GIATTI, 2003; RIBEIRO et al., 2006; TRAVASSOS; VIACAVA, 2007; MOREIRA; MORAES; LUIZ, 2011), mas realizaram estudos utilizando apenas uma base de dados da PNAD, o que impossibilita a visualização de um quadro evolutivo, ou compararam as bases mais antigas (1998 e 2003). Dessa forma, julga-se oportuno comparar o padrão da utilização de serviços de

saúde no Brasil, considerando a mesma metodologia em momentos distintos, de modo a contribuir para a formulação de políticas públicas em prol da maior equidade nos serviços de saúde.

2.3 INQUÉRITOS NACIONAIS

Os inquéritos populacionais são uma das melhores maneiras de se realizar um diagnóstico em saúde, podendo revelar um quadro mais completo do que aquele construído apenas por registros de serviços e de instituições (CESAR et al., 1996). Por meio de inquéritos de saúde se torna possível extrair informações fundamentais para o monitoramento das condições de saúde da população. Com isso, há uma maior assertividade no desenvolvimento de políticas públicas, de modo que as mesmas sejam passíveis de serem avaliadas quanto ao seu impacto ao longo do tempo (PERES et al., 2012).

Para Moreira (2004), destacam-se entre os detentores de dados públicos o Ministério da Saúde, com informações de assistência à saúde e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), órgão responsável pelo sistema estatístico nacional, responsáveis pela execução dos censos, inquéritos, e pesquisas, por domicílios ou não, quantificando e qualificando a população brasileira.

Segundo Barata (2008), nos inquéritos populacionais diferentes estratégias devem ser consideradas durante o processo de caracterização dos diferentes grupos populacionais, operacionalizando as variáveis de modo a sumarizar um conjunto de dimensões. Dentre estas estratégias, pode-se, por exemplo, fazer uso de um conjunto de variáveis simples, de indicadores sintéticos, de indicadores compostos ou de modelos matemáticos.

Dentre os principais objetivos dos inquéritos em saúde, Malta et al. (2006) destacam sua importância gerencial, visto que traduzem evidências científicas em políticas específicas, informando os principais problemas e iniquidades populacionais aos gestores formadores de políticas públicas.

Vieira (2010) ainda salienta que a maioria dos estudos voltados para a avaliação do acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil utilizam fontes secundárias geradas a partir de

inquéritos populacionais de âmbito nacional, estadual e regional, tais como o Suplementos Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) desenvolvida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Uma das vantagens é a possibilidade de se coletar as informações de maneira autorreferida, o que proporciona maior facilidade na coleta, além de bons níveis de concordância, reprodutibilidade e custo-benefício, quando comparadas a avaliações clínicas (ALMEIDA et al., 2002; WEHRMEISTER; PERES, 2010)

Dentre as críticas destes inquéritos de base nacional, destaca-se a não consideração dos múltiplos aspectos da organização social das diferentes populações, haja vista a dimensão territorial e cultural do Brasil, além da falta de periodicidade e proximidade nas pesquisas (VIEIRA, 2010). Além disso, a transversalidade dos inquéritos não permite que seja inferida causalidade.

Quando não possível a reunião de dados via inquéritos populacionais, os gestores lançam mão de registros administrativos dos serviços de saúde, que embora menos completos, oferecem certa agilidade e periodicidade mais constante, facilitando o processo decisório (VIANNA et al., 2001). Viacava (2002) coloca que no Brasil as estatísticas de saúde de registro contínuo podem ser agrupadas em quatro grandes áreas: as estatísticas vitais produzidas pelo IBGE; as estatísticas de produção de serviços ambulatoriais e hospitalares; as estatísticas na área de vigilância epidemiológica e monitoramento da situação de saúde e por fim as estatísticas relacionadas aos recursos públicos e orçamento do sistema de saúde.

2.3.1 Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

Durante a década de 1960 a United States Agency for International Development (USAID) e o Inter-American Statistical Institute (IASI) propõem pesquisas contínuas populacionais, por meio de inquéritos para países da América Latina, visando subsidiar o planejamento do desenvolvimento socioeconômico, medida está conhecida por “Plano Atlântida”.

No Brasil, o Plano Atlântida chega em 1967 como um sistema de pesquisas domiciliares, implantado progressivamente e materializado com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). Assim como preconizou a USAID e a IASI, a PNAD tinha por objetivo a produção de informações básicas para o estudo do desenvolvimento socioeconômico do país. Quanto aos aspectos socioeconômicos que investiga, aborda as características gerais da população, a educação, o trabalho, o rendimento e habitação, e outras informações com periodicidade variável como questões envolvendo fluxo migratório, fecundidade, nupcialidade, saúde, nutrição e outros temas que podem ser incluídos de acordo com as necessidades vigentes do país (TRAVASSOS; VIACAVA; LAGUARDIA, 2008).

Até primeiro trimestre de 1970, a PNAD apresentou resultados trimestrais. Em 1971 a periodicidade passou a ser anual, com realização no último trimestre. Nos anos de 1970, 1980, 1991, 2000 e 2010 foi interrompida para a realização dos Censos Demográficos. Entre os anos de 1973 à 1975 foi novamente interrompida para realização do o Estudo Nacional da Despesa Familiar (ENDEF) e em 1976 volta ao formato anual de 1971 (TRAVASSOS; VIACAVA; LAGUARDIA, 2008).

A partir do ano de 1998 o IBGE vem incluindo sistematicamente o tema de investigação “saúde”. Isso vem se repetindo a cada cinco anos. Dessa forma torna-se possível a obtenção de informações sobre a morbidade autorreferida, o acesso ao serviço de saúde, a cobertura do plano de saúde e a utilização dos serviços de saúde (IBGE, 2005).

Travassos, Viacava e Laguardia (2008) ainda acrescentam que estas informações têm possibilitado o acompanhamento de aspectos relevantes da situação da saúde da população brasileira, além de conhecer e monitorar em diferentes estratos geográficos e socioeconômicos as políticas voltadas para o acesso e a utilização dos serviços em saúde. Além disso, o fato de haver uma periodicidade permite ainda que seja mapeada as modificações temporais dos padrões de serviços de saúde e suas relações.

Quanto às amostras desses inquéritos, Barros, César e Carandina (2006) afirmam que o desenho das mesmas objetivou representar a população brasileira nas diferentes regiões do país, constituindo-se como a mais importante fonte de

informação em saúde disponível no país. O Suplemento de Saúde da PNAD é um questionário adicional realizado quinquenalmente e que contém várias informações sobre saúde, incluindo acesso e utilização dos serviços (MOREIRA; MORAES; LUIZ, 2011). Viacava (2002) ainda acrescenta que os módulos sobre acesso e utilização de serviços permitem análises segundo caracterização social e demográfica, além de análises por área geográfica. Há ainda a possibilidade de desagregar as informações até o nível de estado, fazendo-se necessário inquéritos de saúde com abrangência mais regionalizada.

Quanto à escolha da amostra da PNAD, são realizados três estágios sucessivos: os Municípios, os Setores e as Unidades Domiciliares (TRAVASSOS; VIACAVA; LAGUARDIA, 2008). No primeiro estágio os municípios são classificados em duas categorias, que são as autorrepresentativas, que se caracteriza por ter uma probabilidade 1 de pertencer à amostra; e as não autorrepresentativas. Os municípios não pertencentes à segunda categoria passaram por um processo de estratificação, de modo que fosse selecionado com reposição probabilidade proporcional à população residente obtida no Censo Demográfico 2000. No segundo estágio os setores censitários foram selecionados dentro de cada município da amostra com o mesmo cálculo proporcional do segundo estágio, sendo usado o número de unidades domiciliares existentes no Censo Demográfico 2000 como medida de tamanho. No terceiro estágio selecionou-se em cada setor censitário os domicílios particulares e as unidades de habitação em domicílio coletivos, com equiprobabilidade (WEHRMEISTER; PERES, 2010).

Quanto aos tamanhos da amostra após a inclusão da inserção da temática saúde, a PNAD teve em 1998 um total aproximado de 350 mil pessoas enquanto em 2003 esse número foi para 385 mil aproximadamente (IBGE, 2005; TRAVASSOS; OLIVEIRA; VIACAVA, 2006). Na PNAD de 2003 aproximadamente 66% tinham mais de 18 anos e 38% haviam fornecido pessoalmente os dados para a pesquisa (BARROS et al. 2011).

No ano de 2008, a amostra pesquisada na PNAD marcou exatos 391.868 indivíduos, sendo que aproximadamente 70% destes tinham mais de 18 anos e 49% responderam pessoalmente ao questionário (BARROS et al. 2011). Além

disso, em 2008 a PNAD incluiu três levantamentos adicionais: a terceira realização da Pesquisa Suplementar de Saúde; a segunda realização da Pesquisa Suplementar sobre Acesso à Internet e Posse de Telefone Móvel Celular para Uso Pessoal, permitindo acompanhar a evolução de indicadores-chave da Tecnologia da Informação e Comunicação; e a Pesquisa Especial de Tabagismo – PETab (IBGE, 2010).

O levantamento suplementar sobre saúde realizado em 1998 foi repetido, com algumas alterações e inclusões, em 2003. Em sua terceira aplicação, em 2008, a pesquisa trouxe mais algumas alterações e inclusões, mas manteve aspectos essenciais da investigação, possibilitando a comparabilidade dos resultados desses três anos. A pesquisa foi elaborada para gerar informações sobre acesso e utilização de serviços de saúde, mobilidade física dos moradores e sobre a realização de exames preventivos da saúde das mulheres. Algumas das investigações incluídas neste último ano foram sobre fatores de risco e proteção à saúde da população (atividade física, tabagismo, trânsito e violência), uso de medicamentos de uso contínuo, realização de cirurgia para retirada do útero e cadastramento dos domicílios no Programa de Saúde da Família (IBGE 2010).

2.3.2 Outros Inquéritos

Segundo Viacava (2002), as estatísticas relacionadas aos recursos públicos e orçamentos do sistema de saúde, são organizadas pelo Sistema de Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) com investimento do Ministério da Saúde, podendo ter extensão em nível municipal, estadual ou federal.

Além disso, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística possui pesquisas especiais com interesse na área da saúde, destacando a pesquisa Assistência Sanitária (AMS), que possui informações sobre a rede de estabelecimentos de saúde desde 1934 com algumas interrupções na década de 1990; a Pesquisa sobre o Padrão de Vida (PPV) de 1996/97; a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN) de 1989; as Pesquisas de Orçamento Familiar (POF) e os suplementos de Saúde da Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios (PNAD). Ainda devendo ser lembrada, a pesquisa de amplitude nacional “Demographic and Health Survey” (DHS), que coletou dados sobre

características dos domicílios, saúde reprodutiva, antropometria, cuidados pré-natal, dentre outras informações relevantes para a avaliação em saúde (Viacava, 2002).

Szwarcwald e Viacava (2005) ainda destacam que no ano de 2001, a Organização Mundial da Saúde (OMS) propôs a elaboração da Pesquisa Mundial da Saúde (PMS) em vários países, com a intenção de realizar um inquérito domiciliar com dados fidedignos sobre o desempenho dos sistemas de saúde. Por iniciativa do Brasil, foi firmado em 2002 este acordo com a OMS a fim de adotar este inquérito dentro das estratégias do Ministério da Saúde. Dentre as questões levantadas, verificou-se aspectos sobre seis doenças: artrite, angina, asma, depressão, esquizofrenia e diabetes mellitus. De acordo com Theme-Filha, Szwarcwald e Souza-Júnior (2005), no ano de 2003 quando aplicada no Brasil, foram selecionados 5 mil indivíduos em 250 setores censitários, por amostra probabilística.

Dentre os inquéritos com maior amplitude no âmbito nacional, o Censo se destaca, sendo a principal fonte de dados sobre a situação de vida da população nos municípios e localidades. Sua cobertura abrange todos os domicílios brasileiros (cerca de 58 milhões) e necessita de aproximadamente 230 mil indivíduos para que sua logística seja possível. Através do Censo, são coletadas informações de modo a definirem-se mais pontualmente políticas públicas em nível nacional, estadual e municipal. Além disso, estas informações possibilitam o acompanhamento do crescimento, a distribuição geográfica e a evolução de outras características populacionais ao longo do tempo (IBGE, 2010b).

Tendo em vista que os inquéritos domiciliares são muito custosos e dependem de muito tempo, outra estratégia adotada pelo Ministério da Saúde vêm sendo os inquéritos telefônicos, que são ágeis e boas ferramentas para a vigilância em saúde (MOKDAD; REMINGTON, 2010; PERES et al., 2012). De acordo com Moura et al. (2008), no ano de 2006 foi instituído pelo Ministério da Saúde o sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por inquérito Telefônico (VIGITEL), que é aplicado nas 26 capitais dos estados brasileiros e no Distrito Federal. Peres et al. (2012) ainda colocam que são entrevistados mais de 54 mil adultos com idade mínima de 18 anos, residentes dos domicílios brasileiros com pelo menos uma

linha fixa de telefone. O objetivo do VIGITEL é obter informações sobre frequência e distribuição dos fatores de risco e proteção para doenças crônicas e estabelecer análise de tendência da situação de saúde da população brasileira. Moura et al. (2008) lembra ainda que o sistema segue o modelo do Behavioral Risk Factors Surveillance System (BRFSS), desenvolvido pelo Centers for Disease Control and Prevention (CDC) dos Estados Unidos. Este questionário é composto por 94 questões, segmentada por blocos, sendo eles as características demográficas e socioeconômicas, peso e altura referidos, padrão de alimentação e de atividade física, hábitos tabágicos e consumo de bebidas alcoólicas, autoavaliação do estado de saúde, prevenção de câncer e morbidade referida, incluindo neste último tópico a hipertensão arterial, o diabetes e a dislipidemia (BRASIL, 2010b).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Verificar a magnitude das desigualdades socioeconômicas na utilização de consultas médicas segundo as regiões Sudeste e Nordeste do país, em 2003 e 2008;

3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

- Descrever as desigualdades socioeconômicas na utilização de consultas médicas nas regiões Sudeste e Nordeste do Brasil do ano de 2003 para 2008;

- Comparar as desigualdades socioeconômicas na utilização de consultas médicas em 2003 e 2008;

- Analisar a variação das desigualdades socioeconômicas na utilização de consultas médicas de 2003 à 2008 segundo as regiões Sudeste e Nordeste.

4 MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal, utilizando dados secundários referentes à população brasileira, oriundos da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizadas nos anos de 2003 e 2008.

4.2 POPULAÇÃO DE REFERÊNCIA DO ESTUDO

A população do estudo foi composta por todos os indivíduos adultos da região Sudeste e Nordeste, com 20 anos ou mais de idade e que participaram da PNAD 2003 e da PNAD 2008.

4.3 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DE REFERÊNCIA

Ao longo da história, o Brasil passou por inúmeras transformações no âmbito da saúde. Por ter proporções continentais, os reflexos destas transformações se deram de maneiras distintas nas suas regiões, especificamente no Nordeste e Sudeste. Buscando compreender melhor a população do estudo, se faz fundamental, ao analisar os processos de desigualdade socioeconômica atrelado à saúde, compreender algumas características destas regiões, tais quais as características socioeconômicas e de saúde, a quantidade de médicos por habitante, a cobertura do Programa Saúde da Família e a cobertura dos planos de saúde.

De acordo com o IBGE, o Índice de Gini, que mede a desigualdade na distribuição de renda e varia de 0 a 1, onde 0 corresponde a completa igualdade e 1 a completa desigualdade, na região Nordeste apresentava no ano de 2000 o valor de 0,612, reduzindo para 0,555 no ano de 2010. No Sudeste a redução foi de 0,575 para 0,517 no mesmo período. Embora ambas as regiões tenham diminuído a desigualdade na distribuição de renda, verifica-se que a região Nordeste apresenta maior desigualdade se comparada à região Sudeste.

Além disso, a região Nordeste apresenta uma desigualdade maior que a média nacional (0,536 em 2010) (IBGE, 2010b).

Ao analisar o analfabetismo de ambas as regiões no ano de 2010, verifica-se no Nordeste um valor igual a 6,2%; 21,2% e 47,2% nos grupos de 15 a 29 anos; 30 a 59 anos e 60 anos ou mais, respectivamente. Na região Sudeste estes valores foram de 1,3%; 4,7% e 17,1% respectivamente, valores muito abaixo inclusive da média nacional (IBGE, 2013).

Quando analisadas esperança de vida ao nascer, verifica-se que no ano de 2005 o Nordeste apresentava uma expectativa de 69 anos, enquanto no Sudeste este valor era de 73,5 anos (IBGE, 2009). Ao verificar a taxa de mortalidade infantil, o Nordeste no ano de 2010 apresentou valor de 18,5 óbitos por 1000 enquanto o Sudeste 13,1 óbitos. Novamente a região Nordeste apresentou valor pior à média nacional (15,6 por 1000) e a região Sudeste apresentou valor inferior (IBGE, 2012).

Referente aos planos de saúde, a Agência Nacional de Saúde Suplementar afirma que a região Nordeste apresentou em 2012, 13,57% da sua população segurada, tendo um aumento de 24,72% do ano de 2010 para 2012. Quanto ao Sudeste, em 2012 41,39% da sua população era segurada, tendo um aumento de 4,97% de 2010 para 2012 (ANS, 2013).

Ao analisar o número de postos médicos por habitantes, o Nordeste, no ano de 2009, apresentou 2,3 (por 1000 habitantes) postos de trabalho médico. Este valor foi inferior ao encontrado no país, que foi de 3,3. Na região Sudeste, verificou-se, no ano de 2009, a existência de 4,3 postos de trabalho médico (IBGE, 2010c).

Por fim, o Programa Saúde da Família, iniciado em 1994, teve na sua fase de constituição (1994-1998) uma cobertura aproximada de 7% da população do Nordeste e logo na sua fase de expansão, no ano de 2000, um aumento na cobertura para 20,6% da sua população. No ano de 2004, na fase de consolidação do programa, o Nordeste alcançou uma cobertura aproximada de 55% da sua população. Na região Sudeste esta evolução se deu mais lentamente, visto que a prioridade, durante sua implementação, foram os municípios com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). No ano de 2004 a cobertura do PSF na região Sudeste foi de 30%, valor inferior ao encontrado na região Nordeste (BRASIL, 2009).

4.4 CÁLCULO E SELEÇÃO DAS AMOSTRAS PNAD 2003 E 2008

A realização da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) é feita por meio de amostragem de conglomerados, autoponderada, sendo dividida em três estágios, os municípios, os setores censitários e o domicílio, com estratificação geográfica das unidades de primeiro estágio definida para cada Unidade da Federação.

No primeiro estágio, as unidades (municípios) foram classificadas em duas categorias: autorrepresentativas (probabilidade 1 de pertencer à amostra) e não autorrepresentativas. Os municípios pertencentes à segunda categoria passaram por um processo de estratificação e, em cada estrato, foram selecionados com reposição e com probabilidade proporcional à população residente obtida no Censo Demográfico 2000 (IBGE, 2010).

No segundo estágio, as unidades (setores censitários) foram selecionadas, em cada município da amostra, também com probabilidade proporcional e com reposição, sendo utilizado o número de unidades domiciliares existentes por ocasião do Censo Demográfico 2000 como medida de tamanho (IBGE, 2010).

No último estágio foram selecionados, com equiprobabilidade em cada setor censitário da amostra, os domicílios particulares e as unidades de habitação em domicílios coletivos para investigação das características dos moradores e da habitação. As unidades domiciliares, que constituem as unidades de seleção do terceiro estágio, são formadas pelos domicílios particulares e pelas unidades de habitação em domicílios coletivos ocupadas por ocasião da operação de listagem. O número inicial de domicílios por setor na amostra foi fixado em 16 (IBGE, 2010).

As PNADs realizadas no ano de 2003 e 2008 seguiram exatamente a mesma metodologia, no que se refere à divisão destes estágios (IBGE, 2005; IBGE, 2010). Com o objetivo de identificar a proporção da população da amostra, foram criadas frações da amostragem. Estes valores estão compreendidos

entre 1/50, na área rural de Roraima e 1/800, em São Paulo (IBGE, 2010).

A PNAD 2003 foi realizada com um total de 133.255 domicílios com 384.834 pessoas. O desenho amostral da pesquisa visou possibilitar a inferência dos seus resultados para Brasil, Grandes Regiões, Unidades da Federação e nove regiões metropolitanas (Belém, Fortaleza, Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo, Curitiba e Porto Alegre). Não está garantida, portanto, a representatividade da amostra para níveis geográficos menores (município, distrito e setor) e demais regiões metropolitanas (IBGE, 2005).

Já na PNAD 2008, foram pesquisadas 391.868 pessoas e 150.591 unidades domiciliares distribuídas por todas as Unidades da Federação. A inclusão das áreas rurais de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá, em 2004, foram efetivados segundo uma metodologia que partiu dos municípios já selecionados no primeiro estágio do processo de seleção. Os setores rurais foram selecionados da mesma forma que os setores urbanos e mantendo a mesma fração de amostragem utilizada para os urbanos. Como para alguns municípios a aplicação direta dessa fração de amostragem resultaria em uma enorme quantidade de unidades domiciliares a serem entrevistadas sem o benefício equivalente no nível de precisão das estimativas, foram adotados fatores de subamostragem variados para esses municípios (IBGE, 2010).

Por ser uma pesquisa de múltiplos propósitos e de grande abrangência em termos de extensão territorial, a PNAD está sujeita a erros provenientes das diversas fontes que influem nos resultados finais. Estes erros podem surgir das flutuações aleatórias (erros de amostragem) ou ter uma origem não probabilística (erros alheios à amostragem). Este último pode ocorrer em qualquer fase da pesquisa e não são influenciados pelo desenho da amostra, sendo que sua mensuração normalmente exige análises complexas de custo elevado e maior dispêndio de tempo, comparados aos erros de amostragem. Contudo, o erro da amostragem deve levar em conta duas fontes de variação; a) o erro de amostragem provenientes da seleção das unidades domiciliares para a amostra e b) o erro provenientes do modelo matemático empregado para projetar a população. Considerando apenas o controle do primeiro,

assume-se que possam surgir erros de amostragem elevados no caso da utilização do plano de amostragem da PNAD na estimativa de populações pequenas em números absolutos ou concentradas geograficamente. Dessa forma, visando tornar mais precisas as estimativas da pesquisa, calcularam-se os erros da amostragem por meio do coeficiente de variação para cada variável constante do plano tabular de divulgação, exceto para aquelas estimativas das informações “sem declaração”, devido a sua natureza (IBGE, 2010).

4.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO

4.5.1 Variável dependente

A variável dependente a ser estudada foi a utilização de consultas médicas, obtida da Pesquisa Suplementar de Saúde das PNADs 2003 e 2008. Esta está incluída no bloco número 13 do dicionário de pessoas, referente às Características de Saúde dos Moradores.

A questão que investiga a utilização de consultas médicas tem como código “v1347”. No questionário está disposta da seguinte forma: “Nos doze últimos meses consultou médico?”, tendo como opção de resposta: sim, não ou sem declaração.

4.5.2 Variáveis independentes

As variáveis independentes escolhidas para este estudo são as variáveis demográficas (sexo e idade), socioeconômicas (renda), e de saúde (morbidade autorreferida, autopercepção de saúde e plano de saúde com direito a consulta médica). O quadro 3 representa estas variáveis na sua forma original.

Quadro 3 - Variáveis independentes do estudo, segundo sua forma original de coleta. PNAD, 2003, 2008.

Variável	Forma de Coleta
Bloco Demográfico	
Sexo	Masculino e feminino
Idade	Anos completos
Bloco Socioeconômico	
Renda	Medida em reais/mês
Bloco Saúde	
Morbidade autorreferida	
Doença de coluna ou costas	Sim; não
Artrite ou reumatismo	Sim; não
Câncer	Sim; não
Diabetes	Sim; não
Bronquite ou Asma	Sim; não
Hipertensão (Pressão Alta)	Sim; não
Doença do Coração	Sim; não
Insuficiência Renal Crônica	Sim; não
Depressão	Sim; não
Tuberculose	Sim; não
Tendinite ou tenossinovite	Sim; não
Cirrose	Sim; não
Autopercepção da saúde	Muito bom; bom; regular; ruim; muito ruim
Plano de Saúde e consulta médica	
Plano de Saúde	Sim, apenas 1; sim, mais de um; não
Dá direito a consultas médicas	Sim; não; sem declaração

Fonte: Produção do próprio autor

Durante o processo de análise dos dados, algumas variáveis foram recategorizadas de acordo com as necessidades do estudo. No caso da variável “morbidade autorreferida”, a classificação foi realizada segundo a quantidade de doenças, ou seja: nenhuma doença; 1 doença e 2 ou mais doenças. A variável “autopercepção da saúde” foi dicotomizada, convencionando-se que as respostas “muito bom” e “bom” representariam uma visão positiva da saúde enquanto as respostas “regular”, “ruim” e “muito ruim” uma visão negativa. Quanto à variável “Plano de Saúde com direito a consulta médica”, foram combinadas as respostas “sim, apenas um” e “sim, mais de um” da questão que investiga sobre a adesão aos Planos de Saúde (cód. v1321) com a resposta “sim” da questão que verifica se o plano de saúde dá direito a consultas médicas (cód. 1338). Estas recategorizações podem ser visualizadas no quadro 4.

Quadro 4 – Variáveis independentes do estudo, reagrupadas para as análises estatísticas. PNAD, 2003,2008

Variável	Tipo	Categorias
<u>Bloco Demográfico</u>		
Sexo	Categórica dicotômica	Masculino ou feminino
Idade	Categórica ordinal	20-29; 30-39; 40-49; 50-59; 60 ou mais
<u>Bloco Socioeconômico</u>		
Renda	Categórica ordinal	Decis de renda
<u>Bloco Saúde</u>		
Morbidade autorreferida	Categórica ordinal	nenhuma; 1; 2 ou mais
Autopercepção da saúde	Categórica dicotômica	Bom; Ruim
Plano de Saúde com consulta médica	Categórica dicotômica	Sim; não

Fonte: Produção do próprio autor

4.5.3 Análise dos dados

Para a análise dos dados, foram investigadas as regiões Sudeste e Nordeste do Brasil. Os bancos de dados das PNADs foram obtidos junto ao Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Os dados foram exportados para o software estatístico Stata versão 11.0, programa no qual foram realizadas as análises. Criou-se um banco de dados com todas as informações de interesse do estudo. Foram excluídos do banco todos os indivíduos com menos de 20 anos, através do comando drop.

As análises foram realizadas a fim de verificar as prevalências do desfecho segundo as variáveis socioeconômicas, demográficas e de saúde, nos anos de 2003 e 2008, entre aqueles com 20 ou mais anos de idade. Foram analisadas as proporções de pessoas que consultaram médico no último ano, segundo decis de renda familiar per capita, comparando os mais ricos (D10) com os mais pobres (D1). Isso permitiu a verificação de quadros de desigualdade intercategorial e inter-região em ambos os períodos estudados.

4.5.4 Limitações

Um fator limitante deste estudo é o possível viés de memória dos participantes, haja vista que o desfecho analisado explora a utilização de consultas médicas nos últimos doze meses, um período recordatório relativamente grande. Outra questão que deve ser abordada é que os dados analisados correspondem a apenas 20% do total da amostra, pois os indivíduos analisados estão contidos entre o primeiro e último decil de renda, caracterizando esta por uma análise das desigualdades extremas.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA MF, Barata RB, Monteiro CV, Silva ZP. **Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização de serviços de saúde**, PNAD/1998, Brasil. Rev C S Col 2002; 7(4):743-56.
- ALMEIDA C. **Os modelos de reforma sanitária dos anos 80: uma análise crítica**. Saúde e Sociedade 1996; São Paulo, 5(1):3-53.
- _____. **Eqüidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário**. Cad Saúde Pública 2002; 18:23-36.
- ANDERSEN RM. **Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?** J Health Soc Behav. 1995 Mar;36(1):1-10.
- _____. **National health surveys and the behavioral model of health services use**. Med Care. 2008 Jul; 46(7):647-53.
- ANDRADE LOM, Pontes RJS, Martins-Júnior TA. Descentralização no marco da reforma sanitária no Brasil. Rev Panam Salud Publica 2000 Jul-Ago: 8(1-2):85-91.
- ANS. **Ministério da Saúde**. Atlas econômico-financeiro da saúde suplementar 2012. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ano 8, Rio de Janeiro: ANS, 2013. 240p.
- BAGGETT TP, Singer DE, Rao SR, O'Connell JJ, Bharel M, Rigotti NA. **Food insufficiency and health services utilization in a national sample of homeless adults**. J Gen Intern Med. 2011; 26(6):627-34.
- BARATA RB. **Acesso e Uso de Serviços de Saúde - considerações sobre os resultados da Pesquisa de condições de vida 2006**. São Paulo em Perspectiva 2008 Jul-Dez; 22(2):19-29.
- BARROS MBA, Francisco PMSB, Zanchetta LM, César CLG. **Tendências das desigualdades sociais e demográficas na**

prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003-2008. C S Col 2011; 16(9):3755-68.

BARROS MBA, César Clg, Carandina L, et al. **Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil**, PNAD-2003. C S Col 2006; 11(4):911-26.

BASTOS GA, Duca GF, Hallal PC, Santos IS. *Utilization of medical services in the public health system in the Southern Brazil*. **Rev Saúde Pública** 2011 Jun; 45(3):475-84.

BERTOLOZZI MR, Greco RM. As políticas de saúde no brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Rev Esc Enf USP** 1996; 30(3): 380-98.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção Básica e Saúde da Família – Brasília**: Ministério da Saúde, 2013. Site: <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php#numeros>. Acesso em 02/01/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo / Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília**: Ministério da Saúde, 2012. 62 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência / Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 24 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Departamento de Análise de Situação de Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças**

Crônicas por Inquérito Telefônico, Vigitel 2009. Brasília: Ministério da Saúde; 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil** / Ministro da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. – Brasília: MS, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Portaria GM/**Ministério da Saúde nº 648 de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agente Comunitários de Saúde. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 março de 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: **Ministério da Saúde, 2004.**

Brasil. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990. P. 018055.

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

Capilheira MF, Santos IS. **Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos.** Rev. Saúde Pública 2006; 40(3):436-43.

CESAR CLG, Figueiredo GM, Westphal MF, Cardoso MRA, Costa MZ, Gattaás VL. Morbidade referida e utilização de serviços de saúde em localidades urbanas brasileiras: metodologia. Rev Saúde Pública 1996; 30:153-60.

CNDSS -Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **As causas das iniquidades em saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: CNDSS; 2008. (Relatório final). Disponível em:< www.cndss.fiocruz.br/pdf/home/relatorio.pdf > Acesso em 10 fev 2011

CÓRDOVA MI, Mier N, Curi EJ, Gómez TG, Quirarte NH, Barrios FF. **Personal and social determinants of health services utilization by Mexican older people.** Int J Older People Nurs 2010 Sep; 5(3):193-201.

COSTA Js, Reis MC, Silveira Filho CV, Linhares RS, Piccinni F. **Prevalence of medical visits and associated factors,** Pelotas, Southern Brazil, 1999-2000. Rev Saúde Pública 2008; 42(6):1074-84.

DIAS Sf, Severo M, Barros H. **Determinants of health care utilization by immigrants in Portugal.** BMC Health Serv Res 2008 Oct; 7-8:207.

DOORSLAER Ev, Masseria C, Koolman X. **Inequalities in access to medical care by income in developed countries.** Canadian Medical Association Journal 2006 jan; 174(2):177-83.

DOWBOR M. Da Inflexão Pré-Constitucional ao SUS Municipalizado. Lua Nova 2009; São Paulo; 78:185-222.
Escoda MSQ. Sobre Iniquidade em Saúde. **Revista Espaço para a Saúde 2004** Dez; Londrina; 6(1):16-24.

FERNANDES LCL, Bertoldi AD, Barros AJD. **Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família.** Rev. Saúde Pública 2009; 43(4): 595-603.

FERREIRA Júnior A, Bittar M. **Educação e Ideologia Tecnocrática na Ditadura Militar.** Cad. Cedes 2008 set/dez; Campinas; 28(76):333-55.

GIATTI L, Barreto SM. **Situação no mercado de trabalho e utilização de serviços de saúde no Brasil.** C S Col 2011; 16(9):3817-27.

GOAR SG, Obembe A, Audu MD, Agdir MT. **Utilization of health care services by depressed patients attending the general outpatients** department of the Jos University Teaching Hospital, Jos, Nigeria. Nigerian J Clin Prac 2012 Jan-mar; 15(1):59-62.

GOLDBAUM M, Gianini RJ, Novaes HMD, César CLG. **Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família (Qualis) no Município de São Paulo.** Rev Saúde Pública 2005; 39(1):90-9.

GRAHAM EA, Jacobs TA, Kwan-Gett TS, Cover J. **Health services utilization by low-income limited English proficient adults.** J Immigr Minor Health 2008 Jun; 10(3):207-17.

IBGE. Atlas do Censo Demográfico 2010. Ministério do Planejamento, **Orçamento e Gestão**, Rio de Janeiro: IBGE, 2013. 156p.

IBGE. Censo Demográfico 2010. **Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência.** Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Rio de Janeiro: IBGE, 2012. 215p.

IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – **Um Panorama da Saúde no Brasil - Acesso e Utilização dos Serviços, Condições de Saúde e Fatores de Risco e Proteção à**

Saúde 2008. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Brasília: IBGE, 2010. 26p.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Guia do Censo 2010 para Jornalistas**. Coordenação de Comunicação Social. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Brasília: IBGE, 2010b.

_____. Estatísticas da saúde: assistência médico-sanitária 2009. Ministério da Saúde e Ministério do Planejamento, **Orçamento e Gestão**, Rio de Janeiro: IBGE, 2010c.

IBGE. Indicadores Sociodemográficos e de saúde no Brasil 2009. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Estudos e pesquisas – **Informação Demográfica e Socioeconômica**, n.25, Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - Acesso e Utilização de Serviços 2003. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, **Orçamento e Gestão**, Brasília: IBGE, 2005. 169p.

JÚNIOR DP, Andrade, TAN, Bonfim, CV. **Instituições e políticas regionais: uma proposta para a nova Sudene**. Revista de Economia Política 2011; 31(5/125):813-31.

LARA JLA, Gómez FR. **Determining factors of catastrophic health spending in Bogota**, Colombia. Int J Health Care Finance Econ 2011 Jun; 11(2):83-100.

LIMA-COSTA MF, Barreto SM, Giatti L. **Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Cad. Saúde Pública 2003 Mai-Jun; Rio de Janeiro; 19(3):735-43.

LIU M, Zhang Q, Lu M, Know CS, Quan H. **Rural and Urban Disparity in Health Services Utilization in China**. Medical Care 2007 Aug; 45(8):767-74.

LOUVISON MCP, Lebrão ML, Oliveira D, Santos JLF, Malik AM, Almeida ES. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. *Rev. Saúde Pública* 2008; São Paulo; 42(4):733-40.

LUZ MT. Notas sobre as Políticas de Saúde no Brasil de “**Transição Demográfica**” – anos 80. *PHYSIS – Rev de Saúde Coletiva* 1991; 1(1).

MALTA DC, Moura EC, Olivira M, Santos FP. ***Health insurance users: self-reported morbidity and access to preventive tests according to a telephone survey***, Brazil, 2008. *Cad Saúde Pública* 2011 Jan; 27(1):57-66.

MALTA DC, Cesáreo AC, Moura L, Morais Neto OL, Silva Jr JB. **A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde**. *Epidemiol Serv Saúde* 2006; 15(3):47-65

MENDOZA-SASSI R, Béria JU, Barros ADJ. ***Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study***. *Rev Saúde Pública* 2003; 37(3):372-8

MINAYO MCS. **Os 20 anos do SUS e os avanços na vigilância e na proteção à saúde**. *Epidemiol. Serv. Saúde* [online] 2008; 17(4):245-6.

MOKDAD AH, Remington PL. ***Measuring health behaviors in populations***. *Prev Chronic Dis* 2010; 7(4): A75. Disponível em: http://www.cdc.gov/pcd/issues/2010/jul/10_0010.htm. Acesso [05/09/2012].

MOREIRA ML. ***Cobertura e utilização de serviços de saúde suplementar no Estado de São Paulo***. / Marizélia Leão Moreira. Rio de Janeiro: s.n., 2004. 128 p., tab., graf., mapas [Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública]

MOREIRA JPL, Moraes JR, Luiz RR. ***Use of medical consultations and the occurrence of systemic arterial***

hypertension in urban and rural areas of Brazil, according to PNAD data 2008. C S Col 2011; 16(9):3781-93.

MOURA EC, Neto OL, Malta DC, Moura L, Silva NN, Bernal R, et al. **Vigilância de Fatores de Risco para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal (2006).** Rev Bras Epidemiol 2008; 11 Suppl1:20-37.

NÁJERA-ORTIZ JC, Sánchez-Pérez HJ, Ochoa-Díaz H, Arana Cedeño M, Lezama MAS, Mateo MM. **Demographic, health services and socioeconomic factors associated with pulmonary tuberculosis mortality in Los Altos Region of Chiapas, Mexico.** International Journal of Epidemiology 2008; 37:786–95

NEIGHBORS HW, Woodward AT, Bullard KM, Ford BC, Taylor RJ, Jackson JS. **Mental health service use among older African Americans: the National Survey of American Life.** Am J Geriatr Psychiatry 2008 Dec; 16(12):948-56.

NICOLÁS AL, Parreño JMR. Utilización de servicios sanitarios por parte de las poblaciones inmigrante y nativa en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Gac Sanit. 2009; 23 Suppl1:12-18.

NORONHA KVM. **Dois ensaios sobre desigualdade social em saúde.** 2001. Dissertação (Mestrado em Economia) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001. Ensaio 2: Desigualdade social no acesso aos serviços de saúde no Brasil. f. 48-90.

NORONHA JC, Lima LD, Machado CV. O sistema único de saúde, SUS. In: Giovanella, Lígia; Escorel, Sarah; Lobato, Lenaura de Vasconcelos Costa; Noronha, José Carvalho de; Carvalho, Antonio Ivo de. **Políticas e sistema de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro, Fiocruz, 2008. p.435-72

NORONHA KVMS, Andrade MV. **Desigualdades sociais em saúde:** evidências empíricas sobre o caso brasileiro. Revista Econômica do Nordeste, 2001, 32:877-97.

OLIVEIRA DC, SÁ CP, Gomes AMT, Ramos RS, Pereira NA, Santos WCR. **A política pública de saúde brasileira:** representação e memória social de profissionais. Cad. Saúde Pública 2008 Jan; Rio de Janeiro; 24(1):197-206.

PAIM JS. Políticas de saúde no Brasil. In: Rouquayrol, Maria Zélia; Almeida Filho, Naomar (Org.). **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi. 2003, p.587-603.

PERES MA, Iser BPM, Boing AF, Yokota RTC, Malta DC, Peres KG. **Desigualdades no acesso e na utilização de serviços odontológicos no Brasil: análise do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL 2009).** Cad. Saúde Pública 2012; Rio de Janeiro, 28:S90-S100.

PERES KG, Peres MA, Boing AF, Bertoldi AD, Bastos JL, Barros AJD. **Redução das desigualdades sociais na utilização de serviços odontológicos no Brasil entre 1998 e 2008.** Rev Saúde Pública 2012b; 46(2):250-8.

PIMENTA AL. **O SUS e a Municipalização à Luz da Experiência Concreta. Saúde e Sociedade 1993;** São Paulo; 2(1):25-40.

PINEAULT R, Daveluy C. Les indicateurs d'utilisation des services de santé. In: Pineault R, Daveluy C, editors. **La planification de la santé: concepts, méthodes et stratégies.** Montréal: Agence d'Arc; 1986. p. 191-202.

PINHEIRO RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. **Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil.** C S Col 2002; 7(4):687-707.

PIRES MRGM, Gottens LBD, Martins CMF, Guilherm D, Alves ED. **Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica.** C S Col 2010; 15 Suppl1:1009-19.

PORTO SM. **Equidade na distribuição geográfica dos recursos em saúde:** uma contribuição para o caso brasileiro. /Silvia Marta Porto. Rio de Janeiro: s.n.,1997. 194p. [Tese de Doutorado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública - Ensp/Fiocruz].

REGIDOR E, Martinez D, Calle ME, Astasio P, Ortega P, Dominguez V. **Socioeconomic patterns in the use of public and private health services and equity in health care.** BMC Health Serv Res 2008 Sep; 14(8):183.

RIBEIRO MCSA, Barata RB, Almeida MF, Silva ZP. **Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS – PNAD 2003.** C S Col 2006; 11(4):1011-22.

RIBEIRO MM. **Utilização de Serviços de Saúde no Brasil:** Uma Investigação do Padrão Etário por Sexo e Cobertura por Plano de Saúde. / Miriam Martins Ribeiro. Belo Horizonte: 2005. 100p [Dissertação de Mestrado em Demografia apresentado à Universidade Federal de Minas Gerais].

RIVERA JA, Sotres-Alvarez D, et al. **Impact of the Mexican program for education, health, and nutrition (Progress) on rates of growth and anemia in infants and young children: a randomized effectiveness study.** JAMA. 2004; 291(21):2563-70.

RODRIGUES MA, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Panis VM. **Use of primary care services by elderly people with chronic conditions, Brazil.** Rev Saúde Pública 2009 Aug; 43(4):604-12.

SANTOS IS, Victora CG. **Serviços de saúde:** epidemiologia, pesquisa e avaliação. Opinião. Cad. Saúde Pública 2004; Rio de Janeiro; 20 Suppl2:S337-S341.

SANZ B, Regidor E, Galindo S, Pascual C, Lostao L, Diaz JM, Sánchez E. ***Pattern of health services use by immigrants from different regions of the world residing in Spain.*** Int J Public Health 2011 Oct; 56(5):567-76.

SAWYER DO, Leite IC, Alexandrino R. **Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil.** C S Col 2002; 7(4):757-76.

SENNA MCM. **Eqüidade e política de saúde:** algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. Cad. Saúde Pública 2002; Rio de Janeiro; 18(Supl):203-11.

SILVA JB, Barros MBA. **Epidemiologia e desigualdade:** notas sobre a teoria e a história. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 2002; 12(6):375-83.

SISSON MC. **Considerações sobre o Programa de Saúde da Família e a Promoção de Maior Eqüidade na Política de Saúde.** Saúde Soc 2007; São Paulo; 16(3):85-91.

STARFIELD B. **Atenção primária – equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: Unesco/Ministério da Saúde; 2002.

SZWARCWALD CL, Viacava, F. **Pesquisa Mundial de Saúde no Brasil.** Cad Saúde Pública 2005; 21(Supl):S4-S5.

TAM TW, Zlotnick C, Bradley K. **The link between homeless women's mental health and service system use.** Psychiatr Serv 2008 Sep; 59(9):1004-10.

TANAKA OY, Melo C. **Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa.** In: Bosi MLM, Mercado-Martinez FJ, organizadores. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis: Vozes; 2004. p.121-37.

THEME-FILHA MM, Szwarcwald CL, Souza-Junior PRB. **Socio-demographic characteristics, treatment coverage and self-rated health of individuals who reported six chronic**

diseases in Brazil, 2003. Cad Saúde Pública 2005; 21(Supl):S43-S53.

TIWARI SK, Wang J. **Ethnic differences in mental health service use among White, Chinese, South Asian and South East Asian populations living in Canada.** Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2008 Nov; 43(11):866-71.

TOUNTAS Y, Oikonomou N, Pallikarona G, Dimitrakaki C, Tzavara C, Souliotis K, et al. **Sociodemographic and socioeconomic determinants of health services utilization in Greece:** the Hellas Health I study. Health Serv Manage Res 2011 Feb; 24(1):8-18.

TRAVASSOS C, Martins M. **Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde.** Cad. Saúde Pública 2004; Rio de Janeiro; 20 (Supl 2):S190-S198.

TRAVASSOS C, Novaes HMD. **Investigação e avaliação em serviços de saúde.** Cad. Saúde Pública 2004; Rio de Janeiro; 20 (Supl 2):S144-S145.

TRAVASSOS C, Oliveira EXG, Viacava F. **Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003.** C S Col 2006; 11(4):975-86.

TRAVASSOS C, Viacava F, Laguardia J. **Os Suplementos Saúde na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) no Brasil.** Rev Bras Epidemiol, 2008; 11(supl 1): 98-112.

TRAVASSOS C, Viacava F, Fernandes C, Almeida CM. **Desigualdades Geográficas e Sociais na Utilização de Serviços de Saúde no Brasil.** C S Col 2000; Rio de Janeiro; 5(1):133-49

_____, Viacava F. **Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003.** Cad Saude Publica 2007; 23(10):2490-502.

TWELLS LK, Knight J, Alaghehbandan R. ***The relationship among body mass index, subjective reporting of chronic disease and the use of health care services in Newfoundland and Labrador, Canada.*** Popul Health Manag. 2010 Feb; 13(1):47-53.

VANHEUSDEN K, Van Der Ende J, Mulder CL, Van Venste FJ, Verhulst FC, Mackenback JP. The use of mental health services among Young adults with emotional and behavioural problems: equal use for equal needs? Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2008 Oct; 43(10):808-15.

VIACAVA F. **Informações em saúde:** a importância dos inquéritos populacionais. C S Col 2002; 7(4):607-21.

VIANNA SM, Nunes A, Santos JRS, Barata RB. Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento. Organização Pan-Americana de Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 224p, Brasília, 2001.

VIEIRA EWR. **Acesso e utilização dos serviços de saúde de atenção primária em população rural do Município de Jequitinhonha, Minas Gerais.** / Ed Wilson Rodrigues Vieira. Belo Horizonte: 2010. 123f.: il [Dissertação de Mestrado da Escola de Enfermagem apresentado à Universidade Federal de Minas Gerais].

VIEIRA-DA-SILVA LM, Almeida Filho N. **Eqüidade em saúde:** uma análise crítica de conceitos. Cad. Saúde Pública 2009; Rio de Janeiro; 25 (Supl 2):S217-S226.

ZUCCHI P, Del Nero C, Malik AM. **Gastos em Saúde:** Os Fatores que Agem na Demanda e na Oferta de Serviços de saúde. Saúde e Sociedade 2000; 9(1/2):127-50.

WEHRMEISTER FC, Peres KGA. **Desigualdades regionais na prevalência de diagnóstico de asma em crianças:** uma análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2003. Cad. Saúde Pública 2010 Set; Rio de Janeiro; 26(9):1839-52.

WHITEHEAD M, Dahlgren G, Gilson L. **Developing the policy response to inequities in Health: a global perspective.** ill;.- Challenging inequities in health care: from ethics to action. New York: Oxford University Press 2001:309-22

WHITEHEAD M. **The concepts and principles of equity and health.** EUR/ICP/RPD 414, 7734r, Geneva: WHO, 2000.

YIENQPRUGSAWAN V, Carmichael GA, Lim LL, Seubsman SA, Sleigh AC. ***Has universal health insurance reduced socioeconomic inequalities in urban and rural health service use in Thailand?*** Health Place. 2010 Sep; 16(5):1030-7.

PARTE II – ARTIGO CIENTÍFICO

Redução das desigualdades no uso de consultas médicas no Brasil: análise do Nordeste e Sudeste do Brasil entre 2003 e 2008

Reduction of inequalities in the use of medical in Brazil: analysis of the Northeast and Southeast regions of Brazil between 2003 and 2008

Título corrido: Desigualdades no uso de consultas médicas.

Running title: Inequalities in use of medical visits.

Paulo Sérgio Cardoso da Silva¹, Antonio Fernando Boing¹, Karen Glazer Peres^{1,2}.

1 - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Departamento de Saúde Pública. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil.

2 - Australian Research Centre for Population Oral Health, School of Dentistry, The University of Adelaide, Adelaide, Australia.

Endereço para correspondência:

Karen Glazer Peres

Universidade Federal de Santa Catarina - Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Campus Universitário – Trindade. Florianópolis – SC – Brasil 88010-970

E-mail: karen.peres@ufsc.br

Artigo baseado em dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC), da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), defendida em agosto de 2013.

RESUMO

Objetivos: Analisar as desigualdades socioeconômicas na utilização de consultas médicas no último ano (CM) no Brasil.

Métodos: Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (≥ 20 anos de idade) das regiões Nordeste (2003, $n=75.652$ e 2008, $n=79.779$) e Sudeste (2003, $n=76.029$ e 2008, $n=79.356$) foram analisados segundo CM. Comparou-se as prevalências de CM segundo as variáveis exploratórias demográficas e de saúde nos primeiro (D1) e último (D10) decis de renda familiar per capita. As análises consideraram o desenho amostral complexo.

Resultados: A proporção de pessoas com CM aumentou no período na região Nordeste (61,2% para 66,9%) e Sudeste (67,9% para 73,5%). A diferença absoluta de CM, segundo D1 e D10 no período foi de 6,4 pontos percentuais (pp) no Nordeste e 4,2 pp no Sudeste. Houve importante redução das desigualdades entre os homens (26 pp e 14 pp); naqueles sem doenças crônicas (26 pp e 11 pp); naqueles que tinham uma percepção positiva da sua saúde (27 pp e 12 pp) e naqueles sem plano de saúde com direito a consulta médica (14 pp e 7 pp) no Nordeste e Sudeste, respectivamente. A região Sudeste ainda apresentou redução entre aqueles com apenas uma morbidade autorreferida (8 pp) e com percepção negativa da saúde (6 pp).

Conclusões: Houve aumento de CM no Brasil. Observa-se ainda persistente desigualdade entre os mais pobres e os mais ricos, maior no Nordeste do que no Sudeste. Políticas para a redução da desigualdade em saúde mais eficazes e equânimes devem ser adotadas no Brasil.

Descritores: Serviços de Saúde, utilização. Desigualdades em Saúde. Fatores Socioeconômicos. Epidemiologia. Brasil. PNAD.

ABSTRACT

Objective: To analyze the socioeconomic inequalities in medical visits (MV) in Brazil.

Methods: Data from adults aged ≥ 20 years who participated in the Brazilian National Household Surveys and living in Northeast (2003 $n=75,652$, and 2008 $n=79,779$) and Southeast (2003

n=76,029 and 2008 n=79,356) regions were used. We compared MV according to demographic and health variables in the first (D1) and last (D10) decile of per capita family income. All analyses considered the complex cluster design.

Results: The proportion of people who have MV during this period increased in the Northeast (from 61.2% to 66.9%) and Southeast (from 67.9% to 73.5%). The absolute difference (AD) in the use of medical visit, according to D1 and D10 in this period, was equal to 6.4 percentage points (pp) in the Northeast and 4.2 pp in the Southeast. The AD decreased among those without chronic diseases (26 pp and 11 pp), those who had a positive perception of their health (27 pp and 12 pp), and those without health insurance which included medical visit (14 pp and 7 pp) in the Northeast and Southeast regions, respectively. The Southeast region has also showed significant reduction among those with a chronic disease and with negative self-perception of their health.

Conclusions: Increase in medical visits was found in Brazil. However, it was observed substantial inequalities between the poorest and the richest, higher in the Northeast region than in the Southeast region. Policies to reduce health inequalities more effectively and equitably should be adopted in Brazil.

Descriptors: Health Services, utilization. Health Inequalities. Socioeconomic Factors. Epidemiology. Brazil. PNAD.

INTRODUÇÃO

A partir da Constituição brasileira de 1988 a saúde passou a ser reconhecida no país como um direito de todo cidadão e dever do Estado. Logo no início da década de 1990, com a regulação das ações e serviços de saúde nas leis 8.080/90 e 8.142/90, criou-se a base legal dos princípios estruturantes do modelo universal e redistributivista do Sistema Único de Saúde (SUS)¹.

No entanto, ainda que o SUS tenha em seus pilares a equidade da atenção à saúde, observam-se no contexto nacional diferenças importantes no acesso e uso dos serviços de saúde. Dentre as principais variáveis determinantes destacam-se o perfil socioeconômico das pessoas, as suas características de saúde e

demanda por atenção e a própria estrutura de oferta de serviços^{2,3,4}. Diversos estudos mostram que há maior uso dos serviços de saúde entre as mulheres, aqueles com idade mais elevada e doentes crônicos^{5,6}.

Quanto às desigualdades socioeconômicas, Travassos et al.⁷ identificaram na década de 1990 maior utilização de consultas médicas no Brasil entre os mais ricos, havendo apenas discreta redução dessa diferença entre 1989 e 1996/7. Ao analisar o desfecho entre 1998 e 2008, Viacava⁸ identificou que todas as regiões brasileiras apresentaram aumento no percentual de atendimentos financeiros pelo SUS, sendo que a região Nordeste foi a que apresentou a maior prevalência (68,6%) e a região Sudeste a menor (49,9%) no ano de 2008. No entanto, não foram analisadas as variações nas desigualdades socioeconômicas de consultas médicas dentro das regiões nesse contexto de ampliação do seu acesso.

Marcado por fortes desigualdades sociais, o Brasil tem por recomendação da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde o estímulo à produção de evidências sobre a magnitude dessas desigualdades e sobre o papel dos determinantes sociais em saúde, de modo a subsidiar a construção de políticas públicas direcionadas para a redução das desigualdades sociais e em saúde no Brasil. A associação entre o uso de serviço de saúde e outras variáveis demográficas, socioeconômicas e de comportamento precisa ser mais bem estudada para que as políticas públicas sejam melhores direcionadas⁶.

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios entre 1998 e 2008 incluiu a cada cinco anos um conjunto de perguntas relacionadas à saúde, que se somam às socioeconômicas regularmente coletadas. Esse instrumento possibilita a obtenção de informações sobre a morbidade percebida, o acesso ao serviço de saúde, a cobertura do plano, a utilização dos serviços de saúde, entre outras de extrema relevância. Além disso, seu processo amostral permite a comparabilidade dos resultados entre os anos em que foi realizada⁹.

Considerando que o Brasil apresenta desigualdades na utilização de serviços de saúde nas suas macrorregiões, e sabendo que as regiões Nordeste e Sudeste apresentam o longo da história uma marcante desigualdade do uso dos serviços de

saúde^{7,10}, conhecer a magnitude destas desigualdades pode contribuir para a formulação de políticas públicas mais eficazes e equânimes, favorecendo a redução das desigualdades em saúde no Brasil. Destaca a relevância da análise das consultas médicas por se caracterizarem como a principal demanda no sistema de saúde, sobrecarregando-o tanto sob o aspecto tempo, com a maior demanda para o serviço, como sob o aspecto financeiro, com a maior solicitação de exames complementares¹¹.

Conhecer a magnitude e a variação das desigualdades no uso de consultas médicas é essencial para o melhor planejamento e organização dos serviços de saúde¹². O monitoramento constante das variáveis relacionadas à utilização dos serviços de saúde permite que políticas de saúde sejam melhores direcionadas em busca da universalidade e também da equidade⁵.

O objetivo deste estudo foi analisar a magnitude das desigualdades socioeconômicas na utilização de consultas médicas nas regiões Sudeste e Nordeste do Brasil, no período de 2003 e 2008.

MÉTODOS

O estudo foi realizado com base nos dados das PNADs de 2003 e de 2008 realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

A PNAD 2003 foi realizada em um total de 133.255 domicílios, com participação de 384.834 pessoas¹³. Em 2008 foram pesquisados 150.591 unidades domiciliares distribuídas por todas as Unidades da Federação, com um total de 391.868 pessoas. O modo como foi construída a amostra possibilita a inferência dos seus resultados para todo o Brasil. Sua amostra é por conglomerados com três estágios. No primeiro os municípios foram classificados em duas categorias: autorrepresentativa (probabilidade 1 de pertencer à amostra) e não autorrepresentativa, sendo que nesta última os municípios foram estratificados e selecionados com reposição e com probabilidade proporcional à população residente obtida no Censo Demográfico de 2000. No segundo estágio os setores censitários foram selecionados em cada município da amostra, também com probabilidade proporcional e com reposição, sendo utilizado o

número de unidades domiciliares existentes por ocasião do Censo Demográfico 2000 como medida de tamanho. No último estágio foram selecionados, com equiprobabilidade em cada setor censitário da amostra, os domicílios particulares e as unidades de habitação em domicílios coletivos para investigação das características dos moradores e da habitação. As unidades domiciliares, que constituem as unidades de seleção do terceiro estágio, foram formadas pelos domicílios particulares e pelas unidades de habitação em domicílios coletivos ocupados por ocasião da operação de listagem⁹. Para este estudo utilizou-se os dados das PNADs de 2003 e 2008 referentes aos adultos (≥ 20 anos de idade) das regiões Nordeste (2003 $n=75.652$ e 2008 $n=79.779$) e Sudeste (2003 $n=76.029$ e 2008 $n=79.356$).

O desfecho analisado foi a utilização de consultas médicas, informação obtida por meio da pergunta “Nos 12 últimos meses, o(a) Sr(a) consultou médico?”. As variáveis exploratórias foram sexo (masculino; feminino), idade em anos por faixa etária (20 a 29 anos; 30 a 39; 40 a 49; 50 a 59 e 60 ou mais), decil de renda familiar per capita, morbidade autorreferida (nenhuma doença; uma; duas ou mais), autopercepção de saúde (positiva; negativa) e ter plano de saúde com direito a consulta médica (sim; não). Excluíram-se os valores *missings* por não serem representativos ($<0,01\%$ da amostra).

Para a análise das desigualdades socioeconômicas foram testadas as associações do desfecho com as demais variáveis, sendo estimadas as prevalências do desfecho no primeiro (D1) e último (D10) decil de renda familiar per capita para os dois anos (2003 e 2008). Foi calculada a razão entre as proporções de indivíduos que consultaram médico nos últimos doze meses entre mais ricos (D10) e mais pobres (D1), nas regiões Nordeste e Sudeste e nos dois períodos (2003 e 2008).

As análises estatísticas foram realizadas no programa Stata 11.0, sendo considerados os pesos amostrais individuais existentes dos bancos de dados das duas PNADs (2003 e 2008) e plano de amostragem complexa dos estudos. Por se tratar de dados secundários, não se fez necessária submissão à Comitê de Ética.

RESULTADOS

Na região Nordeste, verificou-se aumento da proporção de pessoas que consultaram um médico no último ano, variando de 61,2% (2003) para 66,9% (2008). Foi verificada também maior prevalência de consultas médicas entre as mulheres e entre aqueles com mais idade, tanto em 2003 como em 2008. A prevalência entre aqueles pertencentes ao decil mais rico foi superior àqueles pertencentes ao decil mais pobre em ambos os anos. Quanto maior o número de doenças crônicas presentes, maior foi a utilização de consultas médicas. Indivíduos com autopercepção negativa de sua saúde apresentaram maior prevalência de consultas médicas em ambos os anos investigados, quando comparados àqueles com percepção positiva da saúde. A prevalência de utilização de consultas médicas de 2003 para 2008 pouco se modificou dentre aqueles com plano de saúde, entretanto, foi mais expressiva naqueles sem plano de saúde (Tabela 1).

Na região Sudeste, a proporção de pessoas que consultaram um médico no último ano também aumentou, variando 5,6 pontos percentuais (pp) de 2003 para 2008. Além disso, assim como no Nordeste, houve maior prevalência de consultas médicas entre as mulheres, os mais velhos e nos mais ricos nos dois períodos analisados. Aqueles com duas ou mais doenças crônicas também consultaram mais os médicos do que aqueles sem doenças crônicas ou com apenas uma doença crônica. Verificou-se aumento da prevalência de consultas médicas naqueles sem plano de saúde (6,3 pp) e naqueles com plano de saúde com direito a consulta médica (2,1 pp), nos períodos analisados (Tabela 2).

O Brasil apresentou uma diminuição da desigualdade na prevalência de utilização de consultas médicas de 2003 para 2008, de modo que a relação entre os mais pobres e os mais ricos diminuiu 3,7 pontos percentuais no período analisado. Quando analisada a região Nordeste, verificou-se diminuição da desigualdade na prevalência de consultas médicas entre os mais pobres (D1) e os mais ricos (D10) de 2003 para 2008 igual a 6,4 pp, enquanto que na região Sudeste essa redução foi menor (4,2 pp) (Figura 1).

A Tabela 3 apresenta a prevalência de consultas médicas segundo os primeiro e décimo decis de renda e as variáveis independentes na região Nordeste. Quando analisada a razão das prevalências de consulta médica entre os homens mais pobres e mais ricos (D10/D1) verificou-se uma redução de cerca de 13,9% na desigualdade (1,87 em 2003 para 1,61 em 2008). Entre as mulheres, essa redução foi de aproximadamente 9% no mesmo período. A razão entre as prevalências de consultas médicas entre os mais ricos (D10) e os mais pobres (D1) diminuiu em todas as faixas etárias, de 2003 para 2008. Foi verificada maior prevalência na utilização de consultas médicas naqueles com duas ou mais doenças crônicas, em ambos os anos, quando comparado àqueles que não reportaram doenças crônicas. Naqueles sem doenças crônicas houve redução na desigualdade de cerca de 15,6% (1,67 em 2003 para 1,41 em 2008). Verificou-se que a razão entre os mais pobres e mais ricos (D10/D1) diminuiu aproximadamente 15,4% entre aqueles que tinham uma percepção positiva de sua saúde (D10/D1 igual a 1,75 em 2003 e 1,48 em 2008). Entre aqueles sem plano de saúde, verifica-se aumento na prevalência de consultas médicas entre os mais pobres (54,6% em 2003 para 60,7% em 2008), o que explica a diminuição na razão entre grupos (D10/D1) em cerca de 10,1% no período analisado (de 1,39 em 2003 para 1,25 em 2008) (Tabela 3).

No Sudeste, houve aumento na prevalência de utilização de consultas médicas em todas as categorias. A razão dos mais ricos pelos mais pobres (D10/D1) diminuiu de 2003 para 2008 em ambos os sexos, sendo maior entre os homens (10,1%) do que entre as mulheres (4%). Verificou-se abaixo dos 50 anos uma diminuição na razão entre ricos e pobres (D10/D1) de 2003 para 2008 (9,1%, 4,8% e 12,2% respectivamente). Tanto entre os mais pobres (D1) como entre os mais ricos (D10), foi identificado um aumento na prevalência de utilização de consultas médicas em todas as categorias de número de doenças crônicas, exceto entre os mais pobres (D1) com duas ou mais doenças crônicas, onde a prevalência diminuiu 1,8 pp de 2003 para 2008. Tanto naqueles sem doenças crônicas, como naqueles com uma doença crônica a razão D10/D1 reduziu (8,2% e 6,6% respectivamente) no período analisado. Quando considerada a razão (D10/D1), verificou-se uma diminuição da

desigualdade do ano de 2003 para 2008, tanto entre aqueles com uma percepção positiva (cerca de 8,6%) como negativa da saúde (cerca de 5%). Independente da categoria de renda e de apresentar plano de saúde houve aumento na prevalência de consultas de 2003 para 2008. A desigualdade entre D10 e D1 diminuiu com relação a presença de plano de saúde (1,22 em 2003 para 1,15 em 2008) (Tabela 4).

DISCUSSÃO

A razão entre os mais ricos pelos mais pobres, quando analisado o uso de consultas médicas, foi maior na região Nordeste. Verificou-se um decréscimo desta diferença de 2003 para 2008, sugerindo uma redução nas desigualdades socioeconômicas, entretanto, o valor encontrado foi muito superior à média nacional. A região Sudeste, por sua vez, mostrou amplitude menor que a média nacional e muito inferior à encontrada na região Nordeste em ambos os anos, refletindo em menores níveis de desigualdades.

Travassos et al.¹⁰ verificaram no ano de 2003, que a chance de usar um serviço de saúde tendo alguma restrição de atividade rotineira por motivo de saúde, foi 69,1% maior nos mais ricos quando comparado aos mais pobres na região Nordeste. Na região Sudeste os mais ricos tiveram 17% mais chance que os mais pobres. Em um estudo baseado na PNAD 2003, foi verificado que a proporção de pessoas atendidas em serviços de saúde, nas duas últimas semanas à pesquisa, teve na região Nordeste uma das maiores proporções de pessoas atendidas pelo SUS, muito acima da média nacional; e as menores proporções de atendimento em serviços de saúde não SUS, dentre as outras macrorregiões. Na região Sudeste esta relação foi mais equilibrada, ainda que os atendimentos de saúde pelo SUS tenham sido superiores. Este mesmo estudo constatou que entre os usuários SUS a renda familiar per capita nada influenciou nas prevalências, enquanto que nos não usuários SUS ter mais renda significou em maior prevalência de utilização de serviço⁴. Capilheira & Santos¹¹ mostraram em seu estudo que aqueles que pertenciam às classes A e B consultaram médico 13% mais que aqueles pertencentes às classes D e E. Outro estudo mostrou que a prevalência de uso de serviço de saúde foi

de 26,7% nos mais ricos contra 15,1% nos mais pobres. Quando estratificado por ser ou não usuário SUS, verificou-se uma maior prevalência naqueles mais pobres dentre os usuários SUS, e uma maior prevalência entre os mais ricos nos não usuários SUS⁴. Goldbaum et al.³ encontraram resultados semelhantes em seu estudo.

Tanto na região Nordeste como Sudeste foi verificada maior prevalência no uso de consultas médicas entre as mulheres, nos mais velhos, nos mais ricos, naqueles com mais doenças crônicas, com uma percepção negativa da sua saúde e com plano de saúde com direito a consultas médicas corroborando os achados de outros estudos^{3,4,14,15,16,17,18,19}. Ainda assim, verificou-se diminuição da desigualdade entre os homens e entre as mulheres mais pobres, quando comparados aos mais ricos em ambas as macrorregiões estudadas. Um estudo de Giatti & Barreto¹⁸ mostrou aumento na prevalência de consultas médicas entre os homens do ano de 1998 para 2008, sendo este aumento maior nos desempregados (23,2%) se comparado aos trabalhadores com proteção social (17,9%).

Um achado que merece destaque foi que, na região Sudeste, os mais pobres com duas ou mais doenças crônicas apresentaram diminuição da prevalência de utilização de consultas médicas de 2003 para 2008 e os mais ricos neste mesmo grupo apresentaram aumento da prevalência o que fez com que a desigualdade aumentasse neste grupo em 1,8 pp no período analisado, situação bastante problemática uma vez que os indivíduos com mais doença crônica e menor renda são aqueles que dependem mais dos serviços públicos de saúde^{5,8,15}.

Em ambas as regiões analisadas houve o aumento da prevalência de consultas médicas entre os mais pobres, tanto naqueles com uma percepção positiva, como negativa da sua saúde, de 2003 para 2008. Bastos et al.⁶, ao avaliar a prevalência de consultas médicas no serviço público de saúde verificou que, entre os homens que tinham percepção negativa da sua saúde, a prevalência de consultas médicas foi 13% superior comparada àqueles com uma percepção excelente ou muito boa. Nas mulheres esse valor foi de 26%. Outro estudo mostrou que os que consideravam sua saúde como ruim/regular consultaram 2,96 vezes mais que aqueles com saúde

excelente¹⁴. Capilheira & Santos¹¹ mostraram prevalência de consultas médicas 33% superior naqueles que consideravam sua saúde como regular ou ruim, comparado àqueles que consideravam sua saúde excelente ou muito boa. Com a ampliação do Programa Saúde da Família, os serviços de saúde passaram a ter uma considerável melhora no acesso e utilização em diferentes grupos, mostrando inclusive um tratamento superior aos estratos de maior exclusão²⁰.

O presente estudo verificou que os indivíduos sem plano de saúde com direito a consulta médica apresentaram aumento na prevalência de consultas médicas em ambas as regiões no período analisado embora ainda consultem menos do que aqueles portadores destes planos. Referente aos planos de saúde, a Agência Nacional de Saúde Suplementar²¹ afirma que a região Nordeste apresentou em 2012, 13,57% da sua população segurada, tendo um aumento de 24,72% do ano de 2010 para 2012. Quanto ao Sudeste, em 2012 41,39% da sua população era segurada, tendo um aumento de 4,97% de 2010 para 2012. Um estudo mostrou que aqueles que tinham plano de saúde privado e não tinham doenças crônicas, consultaram médico 36,8% nos últimos 12 meses, enquanto naqueles com plano de saúde privado e doenças crônicas 11,4% foi a prevalência encontrada⁶. Outro estudo identificou chance 3,3 vezes maior de ter consultado um médico nos últimos 12 meses entre os usuários SUS e 6 vezes maior entre os portadores de plano de saúde, ambos comparados àqueles que financiaram a própria consulta¹⁹.

Ao relacionar a concentração de planos de saúde entre as regiões, um estudo de abrangência nacional mostrou ainda grande diferença entre as regiões do Brasil, sendo maior a cobertura do serviço suplementar no Sul e Sudeste⁹. Essa distinção repercute diretamente na razão dos usuários do SUS em relação à saúde suplementar, de modo que na região Sudeste enquanto esta relação é de 1:1, na região Nordeste alcança a proporção de 2 atendimentos pelo SUS para cada atendimento pelo sistema suplementar⁴.

A prevalência na utilização de consultas médicas aumentou e a desigualdade entre os mais ricos e mais pobres diminuiu em ambas as macrorregiões analisadas entre 2003 para 2008. Apesar da região Nordeste ainda apresentar

importantes diferenças na utilização de consultas médicas entre os mais ricos e os mais pobres, a diminuição da desigualdade foi mais acentuada nesta região quando comparada à região Sudeste.

A mensuração dos níveis de desigualdade socioeconômica na utilização de consultas médicas vem sendo uma prática muito utilizada entre os estudos nacionais^{6,7,8,10,11}. Algumas hipóteses para a expressiva redução dos níveis de desigualdade em saúde no Brasil nos últimos anos é o Programa Saúde da Família (PSF), adotado pelo governo federal. Surgido no ano de 1994, o PSF vem com o objetivo de reorganizar a atenção básica em saúde no país²², mas é em 2003, com o Programa de Expansão e Consolidação da Estratégia de Saúde da Família (PROESF) que o alcance dos serviços de saúde foram amplamente difundidos nos municípios brasileiros²⁰. A cobertura aproximada do Programa Saúde da Família era, no ano de 2000, de 20,6% da população do Nordeste, subindo para 55% da população no ano de 2004. O Sudeste no ano de 2004 apresentava 30% de cobertura²³.

As desigualdades em saúde, embora em declive, ainda se encontram em um patamar inaceitável, permeado por relações onde a iniquidade está fortemente presente. Segundo a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde as iniquidades devem ser remediadas com políticas públicas específicas que promovam a educação, a redistribuição de renda e a ampliação da proteção social²⁴. Estas políticas devem aumentar a média de utilização dos serviços de saúde nas regiões com taxa abaixo da média nacional garantindo uma distribuição igualitária e ainda priorizar a distribuição social naquelas regiões com bom nível de acesso aos serviços⁹. Estudos recentes vêm mostrando que o aumento de iniciativas como a Estratégia Saúde da Família parecem favorecer o acesso e consequente utilização de serviços de saúde da população^{4,6}. Contudo, a construção de políticas públicas de combate à desigualdade em saúde no Brasil carece de evidências científicas na sua constituição, sendo fundamental que mais estudos abordem esta temática e esclareçam melhor as relações da sociedade com os serviços de saúde nas diferentes macrorregiões e dimensões socioeconômicas,

possibilitando inclusive, o monitoramento das mudanças e das políticas adotadas no país.

REFERÊNCIAS

1. Noronha JC, Lima LD, Machado CV. O sistema único de saúde, SUS. In: Giovanella, L; Escorel, S; Lobato, LVC; Noronha, JC; Carvalho, AI. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 435-72.
2. Sawyer DO, Leite IC, Alexandrino R. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saude Coletiva* 2002; 7(4):757-76.
3. Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, César CLG. Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família (Qualis) no Município de São Paulo. *Rev Saude Publica* 2005; 39(1):90-9.
4. Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF, Silva ZP. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS – PNAD 2003. *Ciênc Saude Coletiva* 2006; 11(4):1011-22.
5. Barros MBA, Francisco PMSB, Zanchetta LM, César CLG. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003-2008. *Ciênc Saude Coletiva* 2011; 16(9):3755-68.
6. Bastos GA, Duca GF, Hallal PC, Santos IS. Utilization of medical services in the public health system in the Southern Brazil. *Rev Saude Publica* 2011; 45(3):475-84.
7. Travassos C, Viacava F, Fernandes C, Almeida CM. Desigualdades Geográficas e Sociais na Utilização de Serviços de Saúde no Brasil. *Ciênc Saude Coletiva* 2000; 5(1):133-49.
8. Viacava F. Acesso e Uso de Serviços de Saúde pelos Brasileiros. *Radis* 2010; 96:12-19.

9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 2008). Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
10. Travassos C, Oliveira EXG, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciênc Saude Coletiva* 2006; 11(4):975-86.
11. Capilheira MF, Santos IS. Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos. *Rev Saude Publica* 2006; 40(3):436-43.
12. Viacava F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. *Ciênc Saude Coletiva* 2002; 7(4):607-21.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de domicílios (PNAD 2003). Um panorama da Saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde. Rio de Janeiro: IBGE; 2005.
14. Mendoza-Sassi R, Béria JU, Barros ADJ. Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study. *Rev Saude Publica* 2003; 37(3):372-8.
15. Dias-da-Costa JS, Reis MC, Silveira Filho CV, Linhares RS, Piccinni F. Prevalence of medical visits and associated factors, Pelotas, Southern Brazil, 1999-2000. *Rev Saude Publica* 2008; 42(6):1074-84.
16. Fernandes LCL, Bertoldi AD, Barros AJD. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. *Rev Saude Publica* 2009; 43(4):595-603.
17. Boing, AF, Mato, IB, Arruda, MP, Oliveira, MC, Njaine, K. Prevalência de consultas médicas e fatores associados: um

estudo de base populacional no Sul do Brasil. Rev Assoc Med Bras 2010; 56(1):41-6.

18. Giatti L, Barreto SM. Situação no mercado de trabalho e utilização de serviços de saúde no Brasil. Ciênc Saude Coletiva 2011; 16(9):3817-27.

19. Moreira JPL, Moraes JR, Luiz RR. Use of medical consultations and the occurrence of systemic arterial hypertension in urban and rural areas of Brazil, according to PNAD data 2008. Ciênc Saude Coletiva 2011; 16(9):3781-93.

20. Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Junior AE et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. Ciênc Saude Coletiva 2006; 11(3):633-641.

21. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Ministério da Saúde. Atlas econômico-financeiro da saúde suplementar 2012. Ano 8, Rio de Janeiro: ANS, 2013. 240p. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Atlas/2012_atlas.pdf [Acessado em 09 de novembro de 2013].

22. Bousquat A, Gomes A, Alves MCGP. Acesso realizado ao Programa Saúde da Família em área com “alta” cobertura do subsistema privado. Ciênc Saude Coletiva 2012; 17(11):2913-2921.

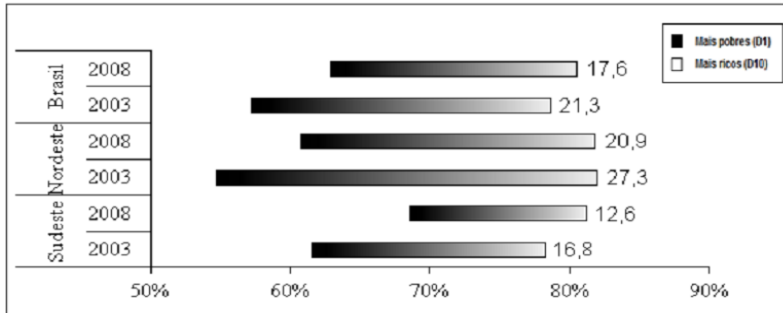
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Brasília: MS, 2009. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_brasil_2008_web_20_11.pdf [Acessado em 09 de novembro de 2013].

24. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). As causas das iniquidades em saúde no Brasil. Rio de Janeiro: CNDSS; 2008. (Relatório final). Disponível em

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf [Acessado em 09 de novembro de 2013].

Figura 1 - Proporção de pessoas que consultaram médico no último ano, com amplitude de variação entre os 10% mais ricos e os 10% mais pobres, nas regiões Nordeste e Sudeste do Brasil em 2003 e 2008.

Figure 1 - Proportion of people who consulted doctor in the last year, with amplitude of variation between the richest 10% and poorest 10% in the Northeast and Southeast regions of Brazil in 2003 and 2008.



Nota: valores ao lado das barras horizontais representam a diferença entre D1 e D10.

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2003 e 2008.

Tabela 1- Prevalência e distribuição das variáveis relacionadas à utilização de consultas médicas no último ano no Nordeste. Brasil, 2003 (n=75.652) e 2008 (n=79.779).

Table 1 - Prevalence and distribution of variables related to the use of medical visits in the last year in the Northeast. Brazil, 2003 (n = 75,652) and 2008 (n = 79,779).

Variáveis	2003		2008	
	Total	Consultou médico nos últimos 12 meses	Total	Consultou médico nos últimos 12 me
	n (%)	% (IC95%)	n (%)	% (IC95%)
Amostra total do Nordeste	75.652	61,2 (60,2-62,2)	79.779	66,9 (66,0-67
Sexo*				
Masculino	35.718 (47,2)	47,6 (46,5-48,8)	37.502 (47,0)	54,2 (53,2-55
Feminino	39.934 (52,8)	73,5 (72,6-74,5)	42.277 (53,0)	78,3 (77,5-79
Idade (anos)*				
20-29	23.349 (30,9)	54,7 (53,5-55,9)	22.918 (28,7)	61,0 (59,9-62
30-39	18.175 (24,0)	58,8 (57,5-60,1)	18.356 (23,0)	64,7 (63,6-65
40-49	13.612 (18,0)	62,3 (61,0-63,5)	15.333 (19,2)	66,9 (65,8-68
50-59	9.170 (12,1)	66,3 (64,9-67,7)	10.645 (13,3)	71,2 (70,0-72
60 ou mais	11.324 (15,0)	72,2 (70,8-73,5)	12.527 (15,7)	76,7 (75,7-77
Renda*				
1º decil	15.051 (20,4)	54,7 (53,3-56,0)	14.188 (18,2)	60,8 (59,5-62
10º decil	3.791 (5,13)	82,0 (80,3-83,7)	4.534 (5,8)	81,7 (80,2-83
Morbidade autorreferida*				
sem doenças	47.053 (62,2)	50,9 (49,7-52,0)	49.090 (61,5)	57,5 (56,5-58
1 doença	16.032 (21,2)	72,7 (71,7-73,8)	17.579 (22,0)	76,9 (75,9-77
2 ou mais doenças	12.556 (16,6)	84,9 (83,6-86,2)	13.110 (16,4)	88,3 (87,5-89
Autopercepção da saúde*				
Positiva	50.052 (66,2)	53,5 (52,2-54,7)	52.580 (65,9)	60,3 (59,2-61
Negativa	25.595 (33,8)	75,4 (74,5-76,2)	27.199 (34,1)	78,9 (78,0-79
Plano de Saúde c/ direito a consulta médica *				
Não	68.045 (89,9)	59,2 (58,2-60,2)	70.943 (88,9)	65,2 (64,3-66
Sim	7.604 (10,1)	83,4 (82,3-84,5)	8.836 (11,1)	84,2 (83,2-85

*p < 0,001 (Teste do qui-quadrado)

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2003 e 2008.

Tabela 2 - Prevalência e distribuição das variáveis relacionadas à utilização de consultas médicas no último ano no Sudeste. Brasil, 2003 (n=76.029) e 2008 (n=79.356).

Table 2 - Prevalence and distribution of variables related to the use of medical visits in the last year in the Southeast. Brazil, 2003 (n = 76,029) and 2008 (n = 79,356).

Variáveis	2003		2008	
	Total	Consultou médico nos últimos 12 meses	Total	Consultou médico nos últimos 12 me
	n (%)	% (IC95%)	n (%)	% (IC95%)
Amostra total do Sudeste	76.029	67,9 (67,2-68,5)	79.356	73,5 (73,0-74)
Sexo*				
Masculino	35.787 (47,1)	56,2 (55,4-57,0)	37.264 (47,0)	62,3 (61,6-63)
Feminino	40.242 (52,9)	78,2 (77,6-78,9)	42.092 (53,0)	83,4 (82,9-84)
Idade (anos)*				
20-29	20.112 (26,5)	58,7 (57,8-59,7)	19.200 (24,2)	65,1 (64,1-66)
30-39	17.456 (23,0)	64,7 (63,7-65,7)	17.021 (21,5)	70,7 (69,8-71)
40-49	15.693 (20,7)	69,0 (68,1-69,9)	16.353 (20,6)	74,0 (73,2-74)
50-59	10.696 (14,1)	73,5 (72,5-74,5)	12.581 (15,9)	77,5 (76,6-78)
60 ou mais	12.047 (15,9)	81,2 (80,4-82,0)	14.201 (17,9)	84,3 (83,5-85)
Renda*				
1º decil	4.463 (6,07)	61,5 (59,8-63,3)	3.711 (4,91)	68,6 (66,7-70)
10º decil	9.435 (12,84)	78,3 (77,1-79,4)	9.421 (12,47)	81,2 (80,2-82)
Morbidade autorreferida*				
sem doenças	43.497 (57,2)	56,8 (55,9-57,6)	44.388 (55,9)	63,6 (62,8-64)
1 doença	17.462 (23,0)	76,6 (75,9-77,4)	18.480 (23,3)	81,7 (81,0-82)
2 ou mais doenças	15.035 (19,8)	90,0 (89,5-90,6)	16.488 (20,8)	91,3 (90,7-91)
Autopercepção da saúde*				
Positiva	57.047 (75,0)	62,2 (61,5-63,0)	58.689 (74,0)	68,8 (68,1-69)
Negativa	18.976 (25,0)	85,0 (84,4-85,7)	20.667 (26,0)	87,3 (86,7-87)
Plano de Saúde c/ direito a consulta médica *				
Não	60.536 (79,6)	64,9 (64,2-65,6)	61.385 (77,4)	71,2 (70,6-71)
Sim	15.490 (20,4)	78,9 (78,1-79,8)	17.971 (22,7)	81,0 (80,3-81)

*p < 0,001 (Teste do qui-quadrado)

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2003 e 2008.

Tabela 3 - Proporção de pessoas que consultaram médico no último ano, segundo 1º e 10º decis de renda familiar per capita e variáveis relacionadas, na região Nordeste do Brasil, 2003 e 2008.

Table 3 - Proportion of people who consulted doctor in the last year, according to the 1st and 10th deciles of per capita family income and related variables, in Northeast Brazil, in 2003 and 2008.

Variável	2003				2008			
	Prevalências			Razão	Prevalências			Razão
	Todos	D1	D10	D10/D1*	Todos	D1	D10	D10/D1*
Amostra Total	61,2	54,7	82,0	1,50	66,9	60,8	81,7	1,34
Sexo								
Masculino	47,6	38,9	72,9	1,87	54,2	45,3	73,0	1,61
Feminino	73,5	68,0	90,3	1,33	78,3	74,1	89,7	1,21
Idade (anos)								
20-29	54,7	53,6	73,3	1,37	61,0	59,9	77,6	1,30
30-39	58,8	53,4	80,3	1,50	64,7	60,9	78,0	1,28
40-49	62,3	55,3	83,7	1,51	66,9	59,8	82,1	1,37
50-59	66,3	58,2	88,0	1,51	71,2	63,6	81,8	1,29
60 ou mais	72,2	63,2	86,5	1,37	76,7	65,7	89,2	1,36
Morbidade autorreferida								
Sem doenças	50,9	46,0	76,9	1,67	57,5	53,1	75,1	1,41
1 doença	72,7	70,7	84,9	1,20	76,9	72,8	88,3	1,21
2 ou mais doenças	84,9	80,2	92,2	1,15	88,3	84,9	93,1	1,10
Autopercepção da saúde								
Positiva	53,5	46,1	80,5	1,75	60,3	53,9	79,6	1,48
Negativa	75,4	71,2	88,2	1,24	78,9	74,4	90,6	1,22
Plano de Saúde c/ direito a consulta médica								
Não	59,2	54,6	75,9	1,39	65,2	60,7	76,0	1,25
Sim	83,4	75,7	88,3	1,17	84,2	77,7	87,8	1,13

*p < 0,001 (Teste do qui-quadrado)

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2003 e 2008.

Tabela 4 - Proporção de pessoas que consultaram médico no último ano, segundo 1º e 10º decis de renda familiar per capita e variáveis relacionadas, na região Sudeste do Brasil, 2003 e 2008.

Table 4 - Proportion of people who consulted doctor in the last year, according to the 1st and 10th deciles of per capita family income and related variables, in Southeast Brazil, in 2003 and 2008.

Variável	2003				2008			
	Prevalências			Razão	Prevalências			Razão
	Todos	D1	D10	D10/D1*	Todos	D1	D10	D10/D1*
Amostra Total	67,9	61,5	78,3	1,27	73,5	68,6	81,2	1,18
Sexo								
Masculino	56,2	49,4	68,5	1,39	62,3	56,7	71,0	1,25
Feminino	78,2	70,1	87,0	1,24	83,4	76,4	90,5	1,19
Idade (anos)								
20-29	58,7	58,7	70,9	1,21	65,1	65,6	72,5	1,10
30-39	64,7	60,5	75,4	1,25	70,7	66,8	79,4	1,19
40-49	69,0	61,3	80,0	1,31	74,0	70,8	81,2	1,15
50-59	73,5	69,0	78,9	1,14	77,5	71,6	82,3	1,15
60 ou mais	81,2	79,3	86,4	1,09	84,3	79,6	89,0	1,12
Morbidade autorreferida								
Sem doenças	56,8	52,3	70,2	1,34	63,6	60,0	73,6	1,23
1 doença	76,6	69,9	85,0	1,21	81,7	78,0	87,8	1,13
2 ou mais doenças	90,0	86,1	93,6	1,09	91,3	84,3	94,1	1,12
Autopercepção da saúde								
Positiva	62,2	54,7	75,9	1,39	68,8	62,2	79,2	1,27
Negativa	85,0	77,1	93,5	1,21	87,3	80,8	92,8	1,15
Plano de Saúde c/ direito a consulta médica								
Não	64,9	61,1	74,7	1,22	71,2	67,9	78,0	1,15
Sim	78,9	81,1	81,7	1,01	81,0	87,4	84,1	0,96

*p < 0,001 (Teste do qui-quadrado)

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2003 e 2008.