

GABRIELA MORAES MAUTONE

**UMA ANÁLISE HISTÓRICA DOS SERVIÇOS
DE SAÚDE NO BRASIL: procura, acesso e suas
desigualdades**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, como
requisito para a conclusão do Curso de
Graduação em Medicina.**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2022**

GABRIELA MORAES MAUTONE

**UMA ANÁLISE HISTÓRICA DOS SERVIÇOS
DE SAÚDE NO BRASIL: procura, acesso e suas
desigualdades**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, como
requisito para a conclusão do Curso de
Graduação em Medicina.**

Presidente do colegiado: Prof. Dr. Edevard José de Araújo

Professor orientador: Prof. Dr. Antonio Fernando Boing

Florianópolis

Universidade Federal de Santa Catarina

2022

DEDICATÓRIA

Dedico este artigo, em forma de homenagem, à existência do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS sobrevive e resiste, apesar de um projeto antigo de desmantelamento que vem se aprofundando nos últimos anos. Enquanto sustentáculo da frágil democracia brasileira, é esse modelo de cuidado universal e gratuito que garante o mínimo de dignidade à população, tantas vezes privada de direitos humanos básicos. Demonstro aqui minha gratidão aos que o protegem e trabalham pela sua excelência. Através desses, aprendo a praticar uma medicina centrada nas pessoas, descolada de lógicas mercantis nas quais pacientes são números (números de leito ou números em cifras no bolso de uma minora). E não posso me esquecer daquela que, sem dúvida, inspirou-me a amar o SUS e defendê-lo: minha mãe, terapeuta ocupacional, que faz saúde com empenho e entrega em todas as funções a que se propõe. Sou grata por ter sido conduzida nesse caminho bonito que é o da saúde pública e por, graças ao empenho diário dos meus pais, poder trabalhar/lutar pela dignidade do nosso povo. A tempo, deixo aqui pequeno trecho de uma música que me acompanha e ensina: “Então, sorria, um pouco por você, pelo outro. Lute, é parte de você, se escute”.

Uma análise histórica dos serviços de saúde no Brasil: procura, acesso e suas desigualdades

A historical analysis of the health services in Brazil: search, access and its equalities
Un análisis histórico de los servicios de salud en Brasil: demanda, acceso y sus desigualdades

A ser submetido à Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde

Gabriela Moraes Mautone¹

Graduanda no Curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), e-mail: gabriela.mautone.ufsc@gmail.com. ORCID: 0000-0002-8922-3854

Antonio Fernando Boing²

Prof. Dr. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da UFSC, e-mail: antonio.boing@ufsc.br. ORCID: 0000-0001-9331-1550

Yaná Tamara Tomasi³

Profa. Dra. Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), e-mail: yanaatomasi@gmail.com. ORCID: 0000-0001-6034-1497

Autor para correspondência:

Gabriela Moraes Mautone

Endereço: R. Douglas Seabra Levier, 80, apto 304. Bairro Trindade. Florianópolis - SC.

E-mail: gabriela.mautone.ufsc@gmail.com

Telefone: (47) 98883-8727

RESUMO

Objetivo: analisar fatores associados à busca e acesso a serviços de saúde no Brasil entre 2003-2019. **Métodos:** painel de estudos transversais através de inquéritos nacionais da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2003-2008) e Pesquisa Nacional de Saúde (2013-2019). Através da análise de Poisson, estimou-se a associação entre variáveis de exposição e os desfechos de procura, além do acesso aos serviços de saúde no país. **Resultados:** no período, ampliou-se a busca por atendimento nos serviços de saúde (14,6 *versus* 16,6) com redução da proporção de não atendidos (3,6 *versus* 2,5), porém, há disparidades condicionadas à região, renda, posse de plano de saúde e raça/cor. **Conclusão:** observou-se melhoria da cobertura assistencial com a persistência de iniquidades de acesso aos serviços de saúde. Teme-se o agravamento da problemática diante das políticas de austeridade, as quais devem aprofundar o subfinanciamento do Sistema Único de Saúde, desassistindo aqueles mais vulneráveis.

Palavras-chave: Acesso aos Serviços de Saúde; Fatores Socioeconômicos; Demografia; Disparidades em Assistência à Saúde; Estudos de Séries Temporais.

ABSTRACT

Objective: to analyze factors associated with the search for and access to health services in Brazil between 2003-2019. **Methods:** cross-sectional panel studies through national surveys from the Pesquisa Nacional Por Amostra de Domicílio (2003-2008) and the Pesquisa Nacional de Saúde (2013-2019). Through Logistic Regression, the association between exposure variables and search outcomes and access to health services in the country was estimated. **Results:** in the period, the search for assistance in health services increased (14.6 versus 16.6) with a reduction in the proportion of unattended people (3.6 versus 2.5), however, there are disparities depending on the region, income, possession of health insurance and race/color. **Conclusion:** there was an improvement in care coverage, but persistence of inequities in access to health services. There is a fear that the problem will worsen due to austerity policies, which should deepen the underfunding of the Sistema Único de Saúde, leaving the most vulnerable unassisted.

Key-words: Health Services Accessibility; Socioeconomic Factors; Demography; Healthcare Disparities; Time Series Studies.

Introdução

O Brasil reconhece, desde 1988, através da Constituição Cidadã, a saúde como direito de todos e dever do Estado.¹ Para garanti-la integralmente, estrutura-se o Sistema Único de Saúde (SUS), modelo construído coletivamente no Brasil a partir da Reforma Sanitária e ratificado na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986). Um modelo descentralizado, que prioriza ações de prevenção e preza pela participação social. É, portanto, um dos componentes do tripé do *Welfare State* (ou Estado de Bem-Estar Social), conceito inglês que agrega um conjunto de políticas públicas intervencionistas e assistenciais com o intuito de amenizar a desigualdade social. Há de se destacar, todavia, que a execução de ações e serviços, por lei, também pode ser realizada por empresas de direito privado no Brasil, portanto, contamos, hoje, com um sistema misto.

Na era pré-redemocratização, era o extinto Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) que vigorava como modelo de assistência à saúde, o qual contemplava apenas os trabalhadores que contribuía com a previdência social (uma minoria). Os governos militares incentivavam ativamente hospitais e outros empreendimentos de saúde privados.² O restante da população buscava atendimento em instituições filantrópicas ou permanecia à margem do acesso a serviços de saúde.

Portanto, o início da década 1990, após a institucionalização do SUS, foi marcado por importantes avanços nas políticas de saúde. Isso significa ampliação do uso desses serviços, sobretudo por pessoas em situação socioeconômica vulnerável, e mudanças no padrão de acesso: proporcionalmente, reduziu a procura de cuidado por motivo de doença e cresceu a procura pela atenção preventiva, o que vai diretamente ao encontro do preconizado no SUS.³ Também houve impacto positivo nos indicadores de saúde relacionados à desigualdade. Evidências apontam que programas como o Bolsa Família e a Estratégia Saúde da Família (ESF) corroboraram para que o país atingisse, ainda em 2013, um dos Objetivos para o Desenvolvimento do Milênio (ODM) dois anos antes do prazo previsto: a redução de dois terços das taxas de mortalidade em crianças menores de cinco anos.⁴ Ainda, em relação à ESF, sabe-se que o programa atua reduzindo iniquidades e índices de mortalidade geral, especialmente em municípios com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH): estende acesso a serviços médicos e visitas domiciliares, melhora a cobertura de vacinação e promove cuidados de pré-natal a gestantes.⁵

Apesar dessas importantes conquistas, a existência de um sistema misto e deficiências do setor público levam uma parcela dos brasileiros a procurar recursos pagos. Entre os anos de

2003 e 2014, por exemplo, houve aumento na demanda por serviços de planos de saúde.² Entretanto, essas alternativas atendem a aproximadamente ¼ dos brasileiros e mesmo esses, frequentemente, realizam inúmeros procedimentos no SUS, sendo que alguns são exclusivamente oferecidos na saúde pública, como transplantes, hemodiálise e vários outros de alta complexidade e custo.^{6,7} Hoje, para garantir o direito à saúde, o próprio SUS contrata empresas privadas mas, ao mesmo tempo, essas dependem invariavelmente de grande montante de recurso público.³

Diante de tal complexidade, o Brasil enfrenta entraves diversos à manutenção do SUS: por se estruturar em um país em que aproximadamente 30% da população vive com até meio salário mínimo per capita (2019);⁸ pelas dimensões continentais do nosso território, onde vivem populações ribeirinhas, indígenas e trabalhadores rurais distantes dos centros urbanos; ambos se somam ao subfinanciamento crônico e aos interesses privados que concorrem com o ideal de cuidado em saúde descolado da lógica mercantilista (isto é, que não visa ao lucro).

Esses desafios devem se aprofundar diante das políticas de austeridade instituídas frente à crise político-econômica em que o país adentrou em 2015, a qual resultou em queda de 3,8% do Produto Interno Bruto (PIB) em 2015 e 3,6% em 2016. Dentre as estratégias adotadas, destaca-se a Emenda Constitucional (EC) 95, a qual congela as despesas públicas, uma vez que estabelece um teto para os gastos baseado no valor de 2016, sendo corrigido pela inflação do ano anterior nos próximos vinte anos.⁹

Portanto, entendendo que no país coexistem público e privado oferecendo cuidados em saúde, ciente das dificuldades de garantir o direito universal ao cuidado e alerta para as políticas adotadas e seus efeitos no financiamento do SUS, este estudo pretende analisar fatores associados à busca e ao acesso a serviços de saúde no Brasil entre os anos de 2003 a 2019 por meio de inquéritos nacionais.

Método

O presente artigo consiste em um painel de estudos transversais, de base nacional, contendo dados das Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2003 e 2008 (as quais contaram com um suplemento sobre saúde) e das Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013 e 2019. Essas pesquisas têm o objetivo de gerar dados para o Brasil, para Grandes Regiões, Unidades da Federação e nove Regiões Metropolitanas. A PNAD contou com 362.555 entrevistados em 2003 e 391.868 em 2008; ^{10,11,12} já a PNS obteve informações de 222.385 entrevistados em 2013 e 293.725 em 2019: ^{13,14} participaram, no total, 1.270.533 indivíduos

durante os quatro anos. Mais informações acerca da metodologia das pesquisas podem ser obtidas em outras publicações.^{15,16}

Os desfechos analisados neste estudo foram a procura e o acesso aos serviços de saúde no país, ambos autorreferidos pelos indivíduos. Para estimar a procura por atendimento, foi utilizada a seguinte pergunta: “Nas duas últimas semanas, procurou algum lugar, serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à própria saúde?” (sim/não). Já o acesso aos serviços foi mensurado por meio da questão: “Nessa primeira vez que procurou atendimento de saúde, nas duas últimas semanas, foi atendido?” (sim/não).

Como variáveis de exposição, foram consideradas as regiões do país (Norte/Nordeste/Sul/Sudeste/Centro-Oeste); cor/raça (branco/preto/pardo); situação de trabalho (com ocupação/sem ocupação); posse de plano de saúde (sim/não); renda familiar per capita (quintis), - e motivo pelos quais não foi atendido na primeira vez que procurou atendimento (Não conseguiu vaga, Não tinha médico ou dentista, Não havia profissional da saúde, Serviço ou equipamento não funcionando, Não podia pagar, Desistiu, Outros). Todas as variáveis utilizadas em cada um dos inquéritos estão apresentadas no Quadro 1.

Primeiramente, foram estimadas as proporções da procura e acesso aos serviços de saúde com seus respectivos Intervalos de Confiança (IC_{95%}), de acordo com as seguintes variáveis de exposição: região de residência, situação de trabalho, posse de plano de saúde, cor e renda familiar per capita. A fim de que fosse possível observar a continuidade da série histórica dos dados, as análises foram estimadas para cada um dos anos das pesquisas (2003, 2008, 2013, 2019). Foram colhidas as proporções dos serviços onde se procurou atendimento, bem como os motivos pelos quais não houve atendimento.

As associações entre as variáveis independentes e o desfecho em modelos brutos e ajustados foram estimados por meio de regressão de Poisson, tendo como medida de associação a *Razão de Prevalência* (RP) e seus respectivos IC_{95%}. As análises dos dados públicos agregados foram conduzidas no programa estatístico Stata® 14, utilizando-se o módulo *survey*, que considera os pesos amostrais adotados em cada inquérito.

Os bancos de dados foram obtidos no sítio eletrônico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (www.ibge.gov.br/home). Por se tratar do uso de dados agregados de caráter público, tal pesquisa dispensa a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH), mas reforça que seguiu integralmente os preceitos éticos propostos pela resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

No país, a proporção de pessoas que procuraram serviços de saúde nos quinze dias anteriores à entrevista foi de 14,6%, 14,5%, 15,3% e 18,6% em 2003, 2008, 2013 e 2019, respectivamente. Já quanto à proporção de pessoas que conseguiram acesso ao atendimento os valores foram iguais a 96,4%, 96,2%, 95,3% e 97,5%, respectivamente. A Tabela 1 quantifica a busca por atendimento de saúde segundo variáveis de estudo em cada um dos quatro anos. É possível observar que Sul e Sudeste, em todos os anos, destacam-se como as regiões com maior percentual de busca por atendimento e em que, proporcionalmente, pacientes mais foram atendidas (Sul: 97,2; 97,4; 96,2; 98,3 - Sudeste: 97,1; 97,0; 96,3; 97,7).

Da mesma forma, nota-se que brancos procuraram mais os serviços de saúde (15,8; 15,6; 16,9; 20,1) e foram mais atendidos proporcionalmente (97,2; 97,3; 96,2; 98,1) em comparação a pretos e pardos. Com o passar dos anos, cresceu, entre indivíduos com e sem ocupação, a busca por atendimento, sendo que, com alguma exceção (em 2018, 96% com e 96,1% sem ocupação foram atendidos), os que possuíam emprego obtiveram mais êxito na procura (Com: 96,6; 96,0; 95,0; 97,7 - Sem: 92,7; 96,1; 92,2; 95,7). Durante o período analisado, há padrões particulares a cada variável no que diz respeito à efetivação do atendimento, porém, em todas as regiões do país, houve melhora em 2019 nesse quesito em comparação a 2003 ou a 2013.

Na Figura 1, é possível observar o percentual de pessoas que conseguiram atendimento de acordo com o quintil de renda, nos anos de 2003, 2008, 2013 e 2019. É notável, durante o período, que quanto melhor a condição socioeconômica, maior a probabilidade de ser atendido. Também vale destacar que, comparando os números de 2003 e 2019, houve pequena melhora do indicador para todos os quintis de renda (1º quintil: 94,2; 95,8 - 2º quintil: 94,8; 96,8 - 3º quintil: 96,2; 97,1 - 4º quintil: 96,8; 97,9 - 5º quintil: 98,5; 98,7).

Já na Figura 2, descrevem-se as razões pelas quais indivíduos não foram atendidos nos quatro anos retratados. A falta de profissional de saúde, assim como serviços ou equipamentos não funcionantes, foram motivos crescentes desde 2003 até 2019 (incremento de 5,4%). Já a falta apenas de médico ou dentista foi cada vez mais apontada até 2013, mas teve queda em 2019 (31,4; 37,7; 40,7; 32,4). No que diz respeito à falta de vagas, a proporção de pacientes a quem foi negado atendimento reduziu de 2003 a 2013, mas teve expressivo aumento em 2019 (48,6; 39,5; 32,9; 38,3), ainda que, nesse último ano, a porcentagem de pessoas atendidas (97,5%) tenha sido maior que nos outros anos. Portanto, as principais razões referidas pelos

pacientes que não obtiveram atendimento, em todos os estabelecimentos, foram “não conseguiu vaga” e “não tinha médico ou dentista”.

A Tabela 2 apresenta as análises bruta e ajustada da procura por atendimento de saúde. Nas análises ajustadas, depreende-se que a prevalência de busca por atendimento em saúde foi maior nas regiões Sul e Sudeste; em contraponto, na região Norte foram observadas as menores proporções em todos os anos. Durante toda a série, pessoas sem ocupação/trabalho apresentaram as maiores proporções de procura por serviços de saúde, mas essa diferença só foi estatisticamente significativa em 2003 (RP:1,07; IC_{95%}: 1,02; 1,11) e 2008 (RP:1,34; IC_{95%}: 1,31; 1,36). Pretos (RP:1,09; IC_{95%}: 1,04; 1,13) proporcionalmente buscaram mais atendimento de saúde que brancos ou pardos (RP:1,01; IC_{95%}: 1,98; 1,03) em 2008 e 2019 (Pretos - RP:1,09; IC_{95%}: 1,02; 1,16). Em relação à posse de plano de saúde, aqueles que não o tinham apresentaram menor proporção de busca em todos os anos. Chama atenção a disparidade em 2019, sendo que a prevalência de procura por um serviço de saúde foi 36,0% menor nas pessoas sem plano se comparado àqueles com plano de saúde (RP:0,64; IC_{95%}: 0,61; 0,68). E, semelhantemente ao que foi descrito na Tabela 1, em linhas gerais, quanto maior a renda (em quintis), maior a proporção de busca por atendimento em saúde.

A Tabela 3 também contém análises bruta e ajustada com informações sobre quem foi atendido ao procurar um serviço. Nas análises ajustadas, em 2003 e 2008, a prevalência relacionada a conseguir atendimento em saúde ao buscar o serviço foi menor entre pretos e pardos se comparados aos brancos. Por outro lado, nos anos de 2013 e 2019 não houve disparidades estatisticamente significantes nesse sentido. Quanto à situação de trabalho, apenas em 2003, pessoas sem ocupação apresentaram menor prevalência de atendimento ao procurar os serviços de saúde se comparadas àqueles com trabalho (RP:0,96; IC_{95%}: 0,95; 0,98), sendo que nos demais anos da série a diferença entre os grupos não foi estatisticamente significativa. Ainda, a menor prevalência de atendimento foi observada entre aqueles sem plano de saúde, resultado que permaneceu significativo em todos os anos analisados. Por fim, classes mais ricas, no geral (mas com exceções), mostraram maior probabilidade de terem seu atendimento efetivado, sendo que mesmo quando os valores não são estatisticamente significantes, os números são maiores em todos os anos quanto mais alto o quintil de renda.

Discussão

A série temporal e as variáveis analisadas circundam o tema “acesso”, ou seja, objetiva-se debater quem acessa e por que acessa (ou não) o cuidado em saúde no Brasil. Nesse sentido,

cabe citar dois dos princípios doutrinários do SUS: universalidade e equidade. O primeiro diz respeito à “garantia de atenção à saúde a todo e qualquer cidadão”, enquanto o segundo versa sobre ações e serviços a serem oferecidos “sem privilégios” e conforme as necessidades, ou seja, mais a quem mais precisa.¹⁷ Sabe-se que as pessoas mais pobres tendem a apresentar pior estado de saúde,¹⁸ o que implica enfatizar o cuidado a essa população. Os resultados deste estudo, todavia, mostram que os percentuais de cidadãos que procuraram um serviço de saúde público ou privado e que tiveram o atendimento efetivado são geralmente maiores no Sul e Sudeste - duas regiões cujos estados estão todos enquadrados na faixa de Alto Desenvolvimento Humano. O Norte, por outro lado, onde as porcentagens foram menores, tem cinco dos sete estados na faixa de Médio Desenvolvimento Humano.¹⁹ Uma revisão sistemática e meta-análise concluiu que, entre 2003 e 2013, aumentaram as consultas médicas e odontológicas em todas as regiões, exceto no Norte.²⁰ Tal constatação aponta para os desafios geográficos de cobertura assistencial e consequentemente acesso, tendo em vista, por exemplo, que apenas 20,6% das UBS do Norte estão assentadas em áreas rurais.²¹ Ainda assim, o presente artigo mostra uma melhora da proporção de pessoas que conseguiram ser atendidas de 2003 para 2019 em todas as regiões, o que sugere uma ampliação de acesso, a qual está de acordo com a literatura científica.^{18,22,23} Todavia, também há de se aventar a possibilidade de que as consultas por planos de saúde e setor privado no geral tenham contribuído com esse incremento, já que, entre dezembro de 2006 e 2016, houve um incremento de aproximadamente 10 milhões de beneficiários de plano de assistência médica no Brasil.²⁴

Em relação à posse de plano de saúde, em todos os anos, as pessoas não beneficiárias tiveram menor probabilidade de procurar atendimento e de o conseguirem. Já é sabido que possuir plano implica dupla entrada,¹⁸ ou seja, alcance privilegiado ao cuidado em saúde. Tais dados sugerem, primeiramente, uma relação entre renda e acesso - que fica provada neste estudo - , visto que a proporção de planos é maior entre indivíduos com mais escolaridade (cabe ressaltar que escolaridade é um *proxy* de renda).²⁵ Também nos levam ao seguinte questionamento: se a porcentagem de pessoas atendidas com o passar dos anos aumentou, mas aquelas sem plano de saúde tiveram menor prevalência na busca por atendimento ao longo do estudo, será que a primeira informação não mascara uma demanda reprimida no SUS? Diante dessa dúvida, faz-se necessário um estudo que seja capaz de mensurar a parcela da população adoecida que não busca os serviços (e por quais motivos) ou que não consegue ser atendida especificamente no SUS.

No que tange diretamente à renda das famílias, a maior prevalência de procura por um serviço de saúde e de efetivação do atendimento esteve entre quintis mais altos, o que já era de

se esperar, tendo em vista que este artigo não discerne serviços de saúde públicos e privados. Porém, a probabilidade de um usuário ser atendido em 2019 não mais guardou relação com a renda. Algumas hipóteses são: de que os serviços públicos estejam se tornando mais capazes de oferecer cuidado a populações antes negligenciadas; de que as pessoas estejam buscando assistência no sistema privado; de que a parcela mais desfavorecida por vezes não busque assistência e, portanto, não se quantifica essa lacuna. O primeiro cenário é bem verossímil, considerando que programas como a ESF têm sido eficientes em proporcionar atenção à saúde sobretudo aos mais pobres. Por outro lado, vale pontuar que sistemas de saúde mistos (nos quais o Estado cofinancia também as instituições privadas) apresentam maiores iniquidades ao redor do mundo,¹⁸ ou seja, enquanto as classes mais abastadas acessarem os serviços tanto via SUS como via pagamento, o desequilíbrio permanecerá marcante, já que apenas 23% dos brasileiros tem condição de utilizar o setor privado.²⁶ O terceiro cenário (no qual a parcela mais carente não busca assistência) também pode encontrar respaldo. Isso porque, segundo o IBGE, o Brasil entrou em uma crescente do índice de desemprego a partir do início de 2015, a qual se confere até o momento.²⁷ Nesse sentido, seria natural, não só que a população se mostrasse mais adoecida,⁹ mas também que dependesse mais do SUS. Os números deste artigo demonstram, todavia, que os estratos menos abastados não procuraram mais os serviços de saúde em 2019 (tampouco nos outros anos). É necessário questionar as barreiras a essa procura em outros estudos.

Quanto às RP que relacionam a prevalência de busca por um serviço de saúde com condição de trabalho, a situação de desemprego favoreceu a busca em 2003 e 2008. Isso pode ser facilmente atribuído à disponibilidade de tempo, principalmente se levando em conta que boa parte das unidades de atenção primária funcionam apenas em horário comercial. É fato que esses números seriam bem diferentes caso não houvesse um sistema de saúde gratuito - nesse caso, as pessoas sem ocupação não poderiam pagar pela assistência. Em 2013 e 2019, não houve diferença estatisticamente significativa entre pessoas sem ou com ocupação. É possível que se deva à ampliação da assistência em unidades de atenção básica ou mesmo ao atendimento em outras unidades, como Unidades de Pronto-Atendimento (UPAS) 24h, o que confere um indício preciso de melhora especificamente do SUS. Ao nos depararmos com as RP que exploram as probabilidades de se conseguir atendimento, não é possível estabelecer um padrão que guie um raciocínio de causa e efeito, pois os resultados ao longo dos quatro anos são bem heterogêneos.

Cor, uma variável também analisada neste artigo, apresenta resultados bem relevantes. Em 2008 e 2019, pretos tinham maior prevalência na busca por serviços de saúde; em 2003 e

2008, brancos apresentaram maior prevalência de conseguir atendimento nestes serviços, enquanto nos anos subsequentes os dados não mostram diferença estatisticamente significativa. Os dados dizem um pouco sobre o cenário já conhecido de as populações não brancas serem menos assistidas e isso se confere, igualmente, no acesso à saúde. A falta de uma disparidade em 2013 e 2019 poderia nos sugerir grande avanço na equiparação do contexto racista brasileiro, porém, a literatura científica dispõe de informações que contrariam essa expectativa e devem ser pontuadas. Um artigo de 2016 compara as vivências de gestação e parto entre mulheres brancas, pardas e pretas: pretas e pardas possuíam mais risco de terem pré-natal inadequado; quando submetidas à episiotomia, mulheres pretas tinham menor chance de receber analgesia para o procedimento em relação às brancas; brancas apresentavam maior nível de satisfação ao serem atendidas, seguidas de pardas e, por último, pretas.²⁸ Fica claro que as iniquidades raciais ainda impactam, talvez menos o acesso, mas ainda certamente a experiência do cuidado em saúde, o que deve ser considerando em análises qualitativas.

Ao analisar as variáveis relacionadas àqueles que requereram atendimento, mas não o conseguiram, nota-se que as UBS são os estabelecimentos mais procurados dentre os serviços de saúde e também os locais onde há menor taxa de efetivação do atendimento em todos os anos. Esse dado é interessante pois justamente a atenção primária se propõe a ser uma porta de entrada ao usuário. Porém, na prática, tem sido negligenciada pelos governos, uma vez que recebeu apenas 14% dos recursos da Saúde em 2013.²⁰ Esse investimento, por ser insuficiente, compromete a função *gatekeeper* das UBS: resolver as demandas sensíveis ao nível primário - prevenção primária e secundária, educação e promoção de saúde, etc. - e encaminhar somente o que se faz mais complexo. E, de fato, Szwarcwald et al. (2010), em seu estudo, apontam que o sistema de saúde do Brasil é eficiente na redução de desigualdades sociais “quando a necessidade de cuidado é mais intensa”.¹⁸

Ainda em relação às pessoas não atendidas, observa-se que em todo o período analisado (2003 a 2019) as queixas de falta de profissionais e serviços ou equipamentos não funcionantes foram crescentes. Isso fala a favor da precarização do sistema público, que é o que mais sofre com os empecilhos infraestruturais. Já o motivo “falta de médico ou dentista”, relatado crescentemente até 2013, sofreu queda em 2019, o que pode se relacionar à implantação do Programa Mais Médicos (Lei Nº 12.871, 22 de outubro de 2013) - a literatura ratifica o sucesso do projeto em dispor de médicos, sobretudo em áreas mais vulneráveis.^{29,30} Há, todavia, uma ressalva a ser feita sobre o assunto. Em 2019, o governo federal instituiu o programa Médicos pelo Brasil, que a princípio seria uma continuidade do anterior, mas criou a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS): pessoa jurídica de direito privado

sem fins lucrativos. Assim como a EBSEH, instituição que gerencia hospitais, a Adaps também fornece margem para privatizações no SUS, configurando mais um indício de desmonte do sistema e contemplando as estratégias políticas neoliberais.^{31, 32}

A “falta de vagas” enquanto motivo de não ter sido atendido(a) sofreu aumento importante no ano de 2019, dado esse que vai de encontro com outra informação deste estudo: a porcentagem de pessoas que conseguiu atendimento, ao procurá-lo, foi a maior dentre o período em 2019. Se, proporcionalmente, mais pessoas acessaram os serviços de saúde, ao mesmo tempo em que aumentou o relato de falta de vagas, então, pode-se hipotetizar que essa melhora na efetivação dos atendimentos se deve ao fato de que a população tem migrado para o setor suplementar da saúde, quando tem condição para tal. Uma preocupação que deve ser esboçada, porém, é de que o aumento do desemprego, aos poucos, force o retorno dessa demanda ao SUS, já que boa parte dos planos de saúde são contratados por intermédio do vínculo empregatício com empresas. Nesse caso, há dois cenários possíveis a serem analisados em artigos posteriores: ou os dados devem apontar queda na proporção de pessoas que acessaram os serviços de saúde ou haverá uma demanda represada, ou seja, uma população adoentada que sequer chega a procurar atendimento, por vários motivos – voltamos às barreiras de acesso.

Ainda, é necessário, embora não seja o foco deste artigo, refletir sobre as condições de trabalho impostas aos profissionais de saúde, em um cenário paradoxal de melhoras no acesso ao longo dos anos, ao mesmo tempo em que crescem queixas dos usuários relacionadas sobretudo à infraestrutura dos serviços. Há poucos estudos qualitativos que analisem saúde mental dos trabalhadores em diferentes organizações de trabalho no Brasil. Porém, sabe-se de algumas condições que vulnerabilizam o trabalhador e o expõe a estresse crônico, que pode até se agravar em *síndrome de burnout* (quadro de sofrimento e sintomatologia complexa que inclui esgotamento emocional, despersonalização e baixa realização pessoal).³⁵ A literatura dispõe de dados que relacionam terceirização com jornada semanal mais longa, pior remuneração, mais acidentes de trabalho, entre outros indicadores de precarização – o que preocupa diante das flexibilizações dos vínculos empregatícios observadas nos últimos anos, o fenômeno da “pejotização”, e do crescimento do mercado informal.³⁶ Junqueira, Goulart e Lacaz (2017) dissertam em sua obra que dinâmicas “gerencialistas” de trabalho na saúde, como estabelecer metas de produtividade e realizar avaliações de desempenho (estratégias que vem ganhando mais espaço nos serviços de saúde no sentido de reduzir custos), também geram insegurança e agravos à saúde.³⁷ Alguns desses e outros fatores são abordados em um artigo que colheu relatos de trabalhadores da atenção primária, em 2016, em Fortaleza – Ceará.

Chama atenção o aumento do escopo de tarefas exigidas, a falta de recursos e, conseqüentemente, o prejuízo sobretudo das ações de prevenção e promoção nas entrevistas. É necessário, portanto, assumir que um acesso ampliado pode se dar às custas de sobrecarga e dinâmicas de trabalho adoecedoras. É válido ratificar que o acesso e a qualidade dos serviços de saúde também são dependentes da qualidade de vida dos trabalhadores. O esgotamento mental, por exemplo, tem sido descrito como um preditor de erros médicos na prática do cuidado.³⁸

A análise, em síntese, apresenta dados que confirmam avanços na garantia do direito à saúde, ao mesmo tempo em que aponta evidências de precarização do SUS e da desigualdade social latente no Brasil. As análises se basearam na literatura disponível para estudar algumas possíveis causas das tendências observadas ao longo do período, mas também podem ser úteis para o planejamento público e organização dos serviços de saúde no país, uma vez que expõem algumas persistentes iniquidades de acesso.

O fato de a procura por serviços de saúde não ter sido discriminada entre público e privado representa uma limitação do estudo, no sentido de que restringe algumas conclusões, não sendo possível quantificar uma real melhora do acesso à saúde pública em específico. Outra limitação deste artigo é a impossibilidade de se quantificar o número real de pessoas que necessitou dos serviços, uma vez que parcela da população sequer procurará os locais, principalmente se a precarização reduz o número de estabelecimentos, limita horários ou presta um atendimento que desagrade a comunidade. Nesses casos, ainda que a porcentagem de pessoas atendidas sofra aumento, não é possível discernir uma melhora do acesso de um cenário em que menos pessoas foram até o serviço de fato. Deve-se observar, ainda, que os questionários base para os dados (PNAD e PNS) contam com informações autorreferidas transversalmente, o que pode implicar um viés de memória.

Quanto ao impacto da atual crise econômica e medidas de austeridade nos atendimentos em saúde, deparamo-nos com a dificuldade em correlacionar diretamente os parâmetros porque 1) a demanda represada não está expressa; 2) entre 2015 e 2019 houve poucos anos, então, o período de tempo pode ter sido insuficiente para avaliar mudanças tão profundas. Mesmo assim, é notável a desigualdade social (e condições decorrentes dela) enquanto determinante do acesso - o que a OMS chama de Determinantes Sociais da Saúde - e, nesse sentido, as melhorias do SUS, assim como outros programas federais, têm sido primordiais na garantia do direito à saúde e, por extensão, à vida.

O que se teme é o aprofundamento da problemática durante a crise. Sabe-se que a saúde de uma população é vulnerabilizada diante de mudanças negativas no cenário social. Nota-se,

dessa forma, que são grandes fatores estressores as questões ligadas à manutenção da renda familiar e, como consequência de sua redução, aumenta a demanda no sistema público de saúde, visto que os provedores têm mais dificuldade de comprar medicamentos e custear serviços (incluindo planos privados de saúde).⁹ Na contramão das necessidades da população e das evidências de que o gasto em saúde é um importante multiplicador do PIB, verifica-se que, em crises econômicas, países com lideranças políticas de diferentes matizes aplicaram medidas de austeridade.^{33,5,9} O corte de gastos compromete os já insuficientes serviços de prevenção e promoção à saúde, assim como de proteção social no geral, os quais se mostram importantes atenuadores das desigualdades em saúde.⁹

Sabendo-se que déficits na economia resultam comumente em aumento do desemprego, da exclusão social e da pobreza - visto que levam à redução no investimento destinado a programas de proteção social -, é esperado que medidas como a EC 95 se constituam como mais um agravante no risco de adoecimento da população. Dados do IBGE já apontam em tal sentido: o Brasil havia saído do Mapa Mundial Fome em 2014, mas a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2017-2018 constatou que o país voltou ao Mapa. São 36,7% de moradias com comprometimento de qualidade/quantidade da alimentação, preocupação com suprimento futuro ou mesmo restrições sérias.³⁴ Assim, questiona-se: essas pessoas buscam os serviços de saúde? Se não, torna-se ainda mais desafiador promover saúde diante de tamanhas vulnerabilidades, pois essa parcela se torna invisível e não se configura como demanda nos dados oficiais. Se sim, faz-se necessário não limitar os recursos como propõe a EC 95, mas ampliá-los para fortalecer programas como o Bolsa Família e a ESF, capazes de mitigar as situações de pobreza.

Por fim, este artigo fornece um panorama geral do acesso aos serviços de saúde através da lente dos usuários que os requerem. O foco, portanto, foi analisar o quanto da demanda que chega aos estabelecimentos pôde ser acolhida e qual a fração de pacientes que teve seu direito aos cuidados de saúde negado, seja pelo modelo político-econômico em voga, seja pela sua cor, porque não pôde custear assistência ou porque as disparidades entre os estados do país marcaram as condições de vida dos indivíduos.

Referências

1. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil). Brasília, DF: Senado Federal; 1988 [citado 09 ago 2021]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaofederal.pdf

2. Araújo A, Silva J. Análise de tendência da sinistralidade e impacto na diminuição do número de operadoras de saúde suplementar no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2018, 23(8):2763-2770. Doi: 10.1590/1413-81232018238.20572016.
3. Viacava F, Oliveira R, Carvalho C, Laguardia J, Bellido J. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2018, 23(6):1751-1762. Doi: 10.1590/1413-81232018236.06022018.
4. Rasella D, Basu S, Hone T, Paes-Sousa R, Ocke-Reis CO, Millett C. Child morbidity and mortality associated with alternative policy responses to the economic crisis in Brazil: A nationwide microsimulation study. *PLoS Med*, 2018, 15 (5): e1002570. Doi: 10.1371/journal.pmed.1002570
5. Paes-Sousa R, Rasella D, Carepa-Sousa J. Política econômica e saúde pública: equilíbrio fiscal e bem-estar da população. *Saúde em Debate*, 2018 Nov;42(spe3):172–82. Doi: 10.1590/0103-11042018S313.
6. Leal R. 8ª Jornada de Estudos de Regulação - IPEA. O mercado de saúde suplementar no Brasil: regulação e resultados econômicos dos planos privados de saúde. IPEA: 2015, p. [1]-20, fev. [citado 09 ago 2021]. Disponível em: <https://web.bndes.gov.br/bib/jspui/handle/1408/3722>
7. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*, 2011. volume 377, issue 9779, p1778-1797. Doi: 10.1016/S0140-6736(11)60054-8
8. Instituto Brasileiro de Geografia Estatística - IBGE. Síntese de Indicadores Sociais. [citado 09 ago 2021] . Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/29431-sintese-de-indicadores-sociais-em-2019-proporcao-de-pobres-cai-para-24-7-e-extrema-pobreza-se-mantem-em-6-5-da-populacao>.
9. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA. Nota Técnica n. 26 (Disoc): Crise econômica, austeridade fiscal e saúde: que lições podem ser aprendidas? Brasília: IPEA, 2016 [citado 09 ago 2021]. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/7266>
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios : O que é. [citado 09 ago 2021]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/educacao/9127-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios.html?=&t=o-que-e>
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa Nacional por amostra de Domicílios, 2003. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2005. 169p. [citado 09 ago 2021]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv6194.pdf>
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa Nacional por amostra de Domicílios, 2008. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2008. 129 p. [citado 09 ago 2021]. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/59/pnad_2008_v29_br.pdf
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 106 p. [citado 09 ago 2021]. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/junho/09/PNS-2013-1.pdf>

14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. 119 p. [citado 09 ago 2021]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101764.pdf>
15. Szwarcwald CM, Malta DC, Pereira CA, Vieira MLFP, Conde WL, Souza Junior PRN et al. Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil: concepção e metodologia de aplicação. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2014, v. 19, n. 02, p. 333-342. Doi: 10.1590/1413-81232014192.14072012.
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Um panorama da Saúde no Brasil: Acesso e Utilização de Serviços, Condições de Saúde e Fatores de Risco e Proteção à Saúde 2008. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. [citado 09 ago 2021]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnad_panorama_saude_brasil.pdf
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. ABC do SUS - Doutrinas e Princípios [Internet]. Brasília/DF, 1990 [citado 09 ago 2021]. Disponível em: http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf
18. Andrade M, Noronha K, Menezes R, Souza M, Reis R, Martins D, et al. Desigualdade socioeconômica no acesso aos serviços de saúde no Brasil: um estudo comparativo entre as regiões brasileiras em 1998 e 2008. *Economia Aplicada*, v. 17, n. 4, 2013, pp. 623-645. Doi: S1413-80502013000400005
19. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD. Fundação João Pinheiro (FJP). Desenvolvimento humano nas macrorregiões brasileiras: 2016 [Internet]. Brasília, 2016 [citado 09 ago 2021]. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/20160331_livro-idhm.pdf
20. Araújo M, Silva M, Andrade K, Galvão T, Pereira M. Prevalência de utilização de serviços de saúde no Brasil: revisão sistemática e metanálise. *Epidemiol. Serv. Saúd*, 2017, 26 (3). Doi: 10.5123/S1679-49742017000300016
21. Garnelo L, Lima J, Rocha E, Herkrath F. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. *Saúde debate*, 2018, 42 (spe1). Doi: 10.1590/0103-11042018S106
22. Costa MF, Macinko J. Horizontal equity in health care utilization in Brazil, 1998-2008. *International Journal for Equity in Health*. 2012, vol.11, pp. 33. Doi: 10.1186/1475-9276-11-33
23. Almeida G, Sarti F, Ferreira F, Diaz MD, Campino, C. Analysis of the evolution and determinants of income-related inequalities in the Brazilian health system, 1998-2008. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 2013, 33(2), 90-97.. Doi: 10.1590/s1020-49892013000200003
24. Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. Dados gerais [citado 09 ago 2021]. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>
25. Malta D, Stopa S, Pereira C, Szwarcwald C, Oliveira M, Reis A. Private Health Care Coverage in the Brazilian population, according to the 2013 Brazilian National Health Survey. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2017 Jan 1;22(1):179–90. Doi: 10.1590/1413-

81232017221.16782015

26. Saldiva P, Veras M. Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras. *Estudos Avançados*, 2017;32(92). Doi: 10.5935/0103-4014.20180005 .
27. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. PNAD Contínua - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua. Séries Históricas [citado 09 ago 2021]. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9173-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-trimestral.html?=&t=series-historicas&utm_source=landing&utm_medium=explica&utm_campaign=desemprego
28. Leal M, Gama S, Pereira A, Pacheco V, Carmo C, Santos R. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 2017;33(supl 1). Doi: 10.1590/0102-311X00078816
29. Brasil. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 23 Out 2013;(206 seção 1):1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm
30. Mourão Netto J, Rodrigues A, Aragão O, Goyanna N, Cavalcante A, Vasconcelos M, et al. Programa Mais Médicos e suas contribuições para a saúde no Brasil: revisão integrativa. *Rev Panam Salud Publica*, 2018;42:e2. Doi: 10.26633/RPSP.2018.2
31. Brasil. Medida Provisória n.º 890, de 1 de agosto de 2019. Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde, e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde. *Diário Oficial da União* 1 Ago 2019; Seção 1 - Extra. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/medida-provisoria-n-890-de-1-de-agosto-de-2019-208356620>
32. Melo Neto A, Barreto D. Programa Médicos pelo Brasil: inovação ou continuidade?. *Rev Bras Med Fam Comunidade*, 2019;14(41):2162. Doi: 10.5712/rbmfc14(41)2162
33. Santos IS, Vieira FS. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2018 Jul;23(7):2303–14. Doi: 10.1590/1413-81232018237.09192018
34. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. POF 2017-2018: proporção de domicílios com segurança alimentar fica abaixo do resultado de 2004 [citado 09 ago 2021] . Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/28896-pof-2017-2018-proporcao-de-domicilios-com-seguranca-alimentar-fica-abaixo-do-resultado-de-2004>
35. Patlán Pérez J. Efecto del burnout y la sobrecarga en la calidad de vida en el trabajo. *Estudios Gerenciales: Journal of Management and Economics for Iberoamerica* v. 29, 2013; 445-455. Doi: [10.1016/j.estger.2013.11.010](https://doi.org/10.1016/j.estger.2013.11.010)
36. Adriano Braz de Aquino C, Bezerra de Saboia I, Beserra de Melo P, Alcântara de Carvalho T, Morais Ximenes V. Terceirização e saúde do trabalhador: uma revisão da literatura nacional. *Rev. Psicol., Organ. Trab.* v. 16, 2016; 130-142. Doi: 0.17652/rpot/2016.2.660
37. Lacaz A, Goulart P, Junqueira V. Trabalhar no SUS: Gestão, repercussões

psicossociais e política de proteção à saúde. São Paulo: Editora Hucitec/FAPESP, 2017; 379.

38. Collier R. Physician Burnout a major concern. Canadian Medical Association Journal, 2017; 189. Doi: 10.1503/cmaj.1095496

Quadro 1 – Questões selecionadas para o estudo apresentadas nos inquéritos da PNAD (2003 – 2008) e PNS (2013 – 2019).

	PNAD 2003	PNAD 2008	PNS 2013	PNS 2019
Estado	Unidade da Federação	Unidade da Federação	Unidade da Federação	Unidade da Federação
Cor/raça	V0404 - Cor ou raça	V0404 - Cor ou raça	C9 - Cor ou raça	C9 - Cor ou raça
Ocupação/situação de trabalho	V4705- Condição de ocupação na semana de referência	V7090 – Ocupação no trabalho na semana de referência	VDE002 - Condição de ocupação na semana de referência para pessoas de 14 anos ou mais de idade	VDE002 - Condição de ocupação na semana de referência para pessoas de 14 anos ou mais de idade
Renda familiar per capita	V4722 – Valor do rendimento mensal familiar para todas as unidades familiares V4724 – Número de componentes da família	V4722 – Valor do rendimento mensal familiar para todas as unidades familiares V4724 – Número de componentes da família	VDF003 - Rendimento domiciliar per capita	VDF003 - Rendimento domiciliar per capita
Posse plano de saúde	V1321 - Tem plano de saúde	V1321 - Tem direito a algum plano de saúde, médico ou odontológico, particular, de empresa ou órgão público	I001 -Tem algum plano de saúde, médico ou odontológico, particular, de empresa ou órgão público?	I1b - Tem algum plano de saúde médico particular, de empresa ou órgão público?
Uso dos serviços de saúde nos últimos 15 dias	V1350 - Procurou algum lugar, serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à própria saúde nas duas últimas semanas	V1350 - Nas duas últimas semanas, procurou algum lugar, serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à própria saúde	J14 - Nas duas últimas semanas, procurou algum lugar, serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à própria saúde	J14 - Nas duas últimas semanas, procurou algum lugar, serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à própria saúde
Foi atendido (a)	V1354- Foi atendido na primeira vez que procurou atendimento	V1354- Nessa primeira vez que procurou atendimento de saúde, nas duas últimas semanas, foi atendido	J17 - Nessa primeira vez que procurou atendimento de saúde, nas duas últimas semanas, foi atendido	J17 - Nessa primeira vez que procurou atendimento de saúde, nas duas últimas semanas, foi atendido
Por qual motivo não foi atendido	V1359 - Motivo pelo qual não foi atendido na última vez que procurou atendimento	V3359 - Por que motivo não foi atendido nessa última vez que procurou atendimento de saúde nas duas últimas semanas	J22 - Por que motivo não foi atendido nessa última vez que procurou atendimento de saúde nas duas últimas semanas	J22a - Por que motivo não foi atendido nessa última vez que procurou atendimento de saúde nas duas últimas semanas

Tabela 1 – Busca por atendimento de saúde no Brasil nos anos 2003-2019, segundo variáveis de estudo.

	Procurou atendimento de saúde				Foi atendido			
	PNAD 2003 (%)	PNAD 2008 (%)	PNS 2013 (%)	PNS 2019 (%)	PNAD 2003 (%)	PNAD 2008 (%)	PNS 2013 (%)	PNS 2019 (%)
<i>Regiões</i>								
Sul	16,0	16,1	17,8	19,8	97,2	97,4	96,2	98,3
Sudeste	15,7	16,0	17,1	20,9	97,1	97,0	96,3	97,7
Norte	12,4	11,1	10,0	13,7	94,4	94,8	93,6	97,5
Nordeste	12,9	12,7	13,3	16,6	95,2	94,5	93,7	95,9
Centro-Oeste	13,6	13,6	13,7	16,7	95,9	95,6	93,7	96,8
<i>Cor/raça</i>								
Branco	15,8	15,6	16,9	20,1	97,2	97,3	96,2	98,1
Preto	14,6	14,6	14,7	19,1	95,4	94,1	94,8	97,5
Pardo	13,1	13,3	13,6	17,0	95,3	95,2	94,3	96,9
<i>Situação de trabalho</i>								
Ocupado	13,1	12,9	13,6	17,2	96,6	96,0	95,0	97,7
Sem ocupação	12,9	16,4	13,7	16,2	92,7	96,1	92,2	95,7
<i>Posse plano saúde</i>								
Sim	19,9	19,1	19,4	24,8	98,8	98,8	98,5	99,1
Não	12,9	12,9	13,7	16,5	95,2	94,9	93,6	96,7
<i>Renda per capita</i>								
1 quintil	11,7	11,6	12,3	14,6	94,2	93,7	92,5	95,8
2 quintil	13,0	13,0	13,2	16,6	94,8	94,8	93,3	96,8
3 quintil	14,6	14,7	15,6	18,2	96,2	95,7	94,7	97,1
4 quintil	15,4	15,2	16,0	19,2	96,8	97,0	96,0	97,9
5 quintil	17,9	17,5	18,4	22,8	98,5	98,3	97,8	98,7
Total	14,6	14,5	15,3	18,6	96,4	96,2	95,3	97,5

Fonte: Elaborada pela autora, 2022.

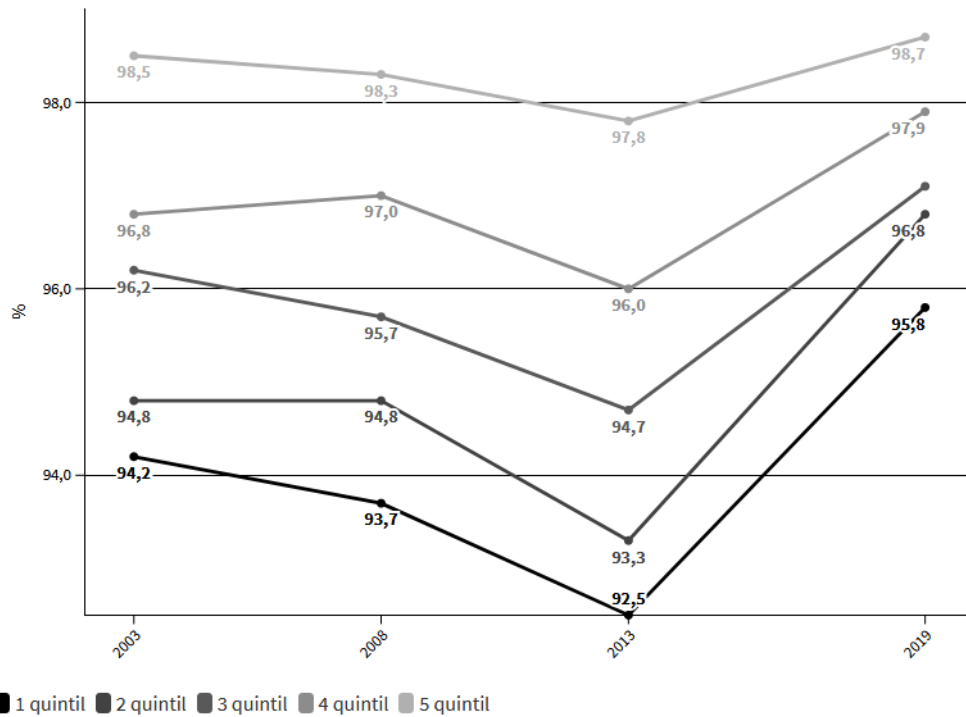


Figura 1 – Proporção de pessoas atendidas ao procurarem um serviço de saúde no Brasil, segundo ano e quintil de renda.

Fonte: Elaborada pela autora, 2022.

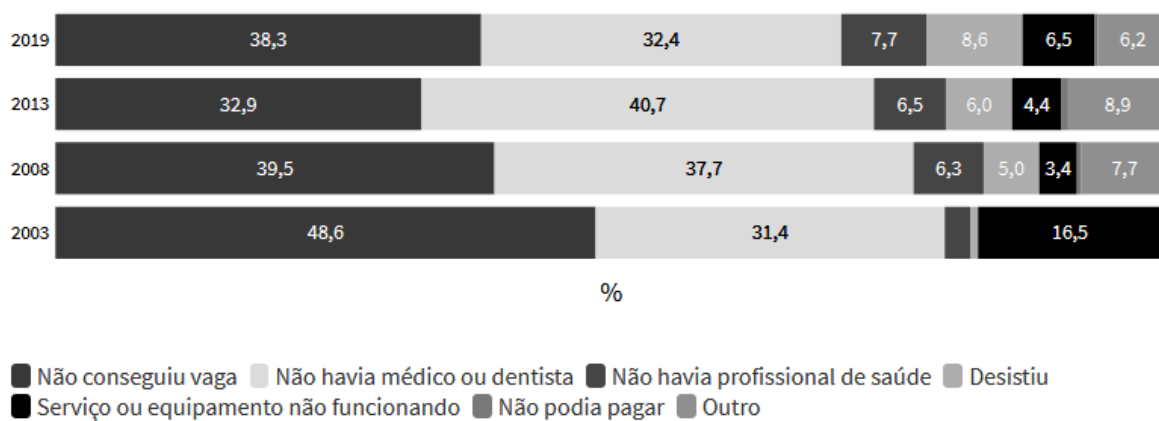


Figura 2 – Proporções relacionadas aos principais motivos pelos quais pessoas não foram atendidas nos serviços de saúde, segundo ano.

Fonte: Elaborada pela autora, 2022.

Tabela 2 – Análise bruta e ajustada da procura por atendimento de saúde no Brasil, 2003-2019.

	PNAD 2003				PNAD 2008				PNS 2013				PNS 2019			
	RP bruta		RP ajustada*		RP bruta		RP ajustada*		RP bruta		RP ajustada*		RP bruta		RP ajustada*	
<i>Regiões</i>																
Nordeste	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
Norte	0,96	0,88;1,04	0,98	0,90;1,07	0,87	0,81;0,94	0,85	0,79;0,90	0,75	0,69; 0,80	0,76	0,69;0,84	0,82	0,78;0,86	0,87	0,81;0,92
Sul	1,24	1,17;1,31	1,12	1,06;1,19	1,27	1,19;1,33	1,14	1,08;1,21	1,33	1,25;1,43	1,15	1,05;1,27	1,19	1,14;1,24	1,03	0,96;1,09
Sudeste	1,21	1,17;1,31	1,01	0,95;1,07	1,26	1,04;1,32	1,10	1,05;1,16	1,27	1,20;1,43	1,07	0,98;1,16	1,26	1,21;1,31	1,11	1,05;1,17
Centro-Oeste	1,06	0,99;1,12	0,98	0,92;1,05	1,07	1,01;1,13	1,00	0,94;1,05	1,03	0,96;1,09	0,95	0,87;1,04	1,01	0,95;1,07	0,89	0,83;0,96
<i>Cor/raça</i>																
Branco	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
Preto	0,92	0,88;0,96	1,06	0,99;1,1	0,93	0,89;0,97	1,09	1,04;1,13	0,86	0,80;0,93	1,07	0,96;1,17	0,94	0,90;0,99	1,09	1,02;1,16
Pardo	0,83	0,80;0,85	1,00	0,96;1,04	0,85	0,83;0,87	1,01	0,98;1,03	0,80	0,77;0,83	0,98	0,92;1,05	0,84	0,81;0,87	1,00	0,95;1,07
<i>Situação de trabalho</i>																
Ocupado	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
Sem ocupação	0,98	0,94;1,03	1,07	1,02;1,11	1,27	1,24;1,29	1,34	1,31;1,36	0,99	0,86;1,11	1,08	0,96;1,22	0,94	0,88;1,01	1,05	0,98;1,13
<i>Posse plano saúde</i>																
Sim	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
Não	0,90	0,89;0,91	0,88	0,87;0,89	0,90	0,90;0,91	0,93	0,92;0,94	0,70	0,67;0,3	0,73	0,68;0,78	0,66	0,64;0,68	0,64	0,61;0,68
<i>Renda per capita</i>																

1 quintil	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
2 quintil	1,11	1,07;1,16	1,05	0,99;1,02	1,11	1,07;1,15	1,09	1,05;1,13	1,07	0,99; 1,15	0,95	0,86;1,07	1,13	1,06;1,19	0,99	0,91;1,08
3 quintil	1,22	1,19;1,30	1,06	1,00;1,14	1,25	1,20;1,30	1,21	1,17;1,27	1,27	1,18;1,36	0,98	0,88;1,10	1,24	1,17;1,31	0,99	0,91;1,09
4 quintil	1,31	1,26;1,37	1,09	1,03;1,14	1,30	1,25;1,35	1,23	1,17;1,28	1,29	1,20;1,39	1,05	0,93;1,17	1,31	1,23;1,38	1,00	0,92;1,09
5 quintil	1,53	1,46;1,60	1,15	1,08;1,21	1,50	1,43;1,57	1,31	1,25;1,37	1,49	1,38;1,60	1,13	1,01;1,28	1,55	1,47;1,63	1,11	1,02;1,20

RP: razão de prevalência

*Ajustado segundo regiões, situação de trabalho, cor/raça e renda per capita.

Tabela 3 – Análise bruta e ajustada acerca de quem foi atendido ao procurar atendimento de saúde, no Brasil, 2003- 2019.

	PNAD 2003				PNAD 2008				PNS 2013				PNS 2019			
	RP bruta		RP ajustada*		RP bruta		RP ajustada*		RP bruta*		RP ajustada*		RP bruta		RP ajustada*	
<i>Regiões</i>																
Nordeste	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
Norte	0,99	0,98;1,00	0,98	0,97;1,00	1,00	0,99;1,01	1,00	0,99;1,01	0,99	0,98;1,02	1,01	0,98;1,04	1,01	0,99;1,01	1,01	0,99;1,01
Sul	1,02	1,01;1,03	1,01	0,99;1,02	1,03	1,01;1,04	1,02	1,01;1,03	1,03	1,01;1,04	1,02	0,99;1,03	1,01	1,00;1,01	1,00	0,99;1,01
Sudeste	1,02	1,01;1,03	1,01	0,99;1,02	1,02	1,01;1,03	1,01	1,00;1,02	1,03	1,02;1,03	1,01	0,99;1,04	1,00	1,00;1,01	0,99	0,98;1,06
Centro-Oeste	1,01	0,99;1,02	0,99	0,98;1,01	1,01	1,00;1,02	0,99	0,98;1,01	1,00	0,98;1,01	0,98	0,96;1,01	0,99	0,99;1,01	0,99	0,99;1,03
<i>Cor/raça</i>																
Branco	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
Preto	0,98	0,97;0,99	0,99	0,98;1,00	0,97	0,95;0,98	0,97	0,96;0,98	0,99	0,96;1,00	1,01	0,98;1,03	0,99	0,98;1,00	1,01	0,99;1,02
Pardo	0,98	0,97;0,98	0,98	0,98;0,99	0,98	0,97;0,99	0,99	0,98;0,99	0,98	0,97;0,99	0,98	0,97;1,00	0,98	0,98;0,99	1,00	0,99;1,01
<i>Situação de trabalho</i>																
Ocupado	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
Sem ocupação	0,95	0,94;0,97	0,96	0,95;0,98	1,00	0,99;1,01	1,01	1,00;1,01	0,97	0,94;1,00	1,00	0,96;1,03	0,97	0,96;0,99	0,99	0,97;1,00
<i>Posse plano saúde</i>																
Sim	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
Não	0,99	0,98;0,99	0,99	0,99;0,99	0,99	0,98;0,99	0,99	0,98;0,99	0,95	0,94;0,96	0,94	0,93;0,96	0,98	0,97;0,99	0,97	0,96;0,98

<i>Renda per capita</i>																
1 quintil	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
2 quintil	1,00	0,99;1,01	1,00	0,99;1,01	1,01	1,00;1,02	1,01	1,00;1,02	1,00	0,98;1,02	1,01	0,97;1,05	1,01	0,99;1,02	0,99	0,97;1,01
3 quintil	1,02	1,01;1,03	1,01	0,99;1,02	1,02	1,01;1,03	1,02	1,01;1,03	1,02	1,00;1,04	1,02	0,98;1,06	1,01	1,00;1,02	1,00	0,99;1,02
4 quintil	1,03	1,02;1,03	1,01	1,00;1,02	1,03	1,02;1,04	1,03	1,02;1,04	1,04	1,02;1,06	1,04	1,01;1,07	1,02	1,01;1,03	1,01	0,99; 1,03
5 quintil	1,05	1,04;1,05	1,02	1,00;1,03	1,05	1,04;1,06	1,03	1,02; 1,04	1,06	1,04;1,07	1,05	1,01;1,08	1,03	1,02;1,04	1,01	0,99;1,03

RP: razão de prevalência

*Ajustado segundo regiões, cor/raça, posse de plano, situação de trabalho e renda per capita.

ANEXO 1 -Normas de Publicação da Revista

Epidemiologia e Serviços de Saúde [Internet]. Submissão [citado 27 out 2021]. Disponível em: <https://submission.scielo.br/index.php/ress/about/submissions#authorGuidelines>

Formato dos manuscritos

Serão acolhidos manuscritos redigidos em língua portuguesa. O trabalho deverá ser digitado em espaço duplo, utilizando fonte Times New Roman 12, no formato RTF (Rich Text Format) ou DOC (Documento do Word), em folha de tamanho A4, com margens de 3cm. Não são aceitas notas de rodapé. Cada manuscrito, obrigatoriamente, deverá conter:

Folha de rosto

- a) modalidade do manuscrito;
- b) título do manuscrito, em português, inglês e espanhol;
- c) título resumido em português, para referência no cabeçalho das páginas;
- d) nome, instituição de afiliação, unidade ou departamento (até três níveis, com somente uma instituição por autor), cidade, estado, país, ORCID iD e *e-mail* de cada um dos autores;
- e) nome do autor correspondente, endereço completo, *e-mail* e telefone;
- f) paginação e número máximo de palavras nos resumos e no texto;
- g) informação sobre trabalho acadêmico (trabalho de conclusão de curso, monografia, dissertação ou tese) que originou o manuscrito, nomeando o autor, tipo e título do trabalho ano de defesa e instituição, se pertinente; e
- h) créditos a órgãos financiadores da pesquisa, incluindo número do processo), se pertinente.

Resumo

Deverá ser redigido em parágrafo único, contendo até 150 palavras, estruturado com as seguintes seções: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusão. Para a modalidade relato de experiência, o resumo deverá ser redigido em parágrafo único, contendo até 150 palavras, não necessariamente em formato estruturado.

Palavras-chave

Deverão ser selecionadas quatro a seis, impreterivelmente a partir da lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), vocabulário estruturado pelo Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, também conhecido pelo nome original de Biblioteca Regional de Medicina (BIREME). Os DeCS foram criados para padronizar uma linguagem

única de indexação e recuperação de documentos científicos (disponíveis em: **Erro! A referência de hiperlink não é válida.**

Abstract

Versão fidedigna do Resumo, redigida em inglês, contendo as seguintes seções: *Objective, Methods, Results* e *Conclusion*.

Keywords

Versão em inglês das mesmas palavras-chave selecionadas a partir dos DeCS.

Resumen

Versão em espanhol do Resumo, contendo as seguintes seções: *Objetivos, Métodos, Resultados* e *Conclusión*.

Palabras-clave

Versão em espanhol das mesmas palavras-chave selecionadas a partir dos DeCS.

Texto completo

O texto de manuscritos nas modalidades de artigo original e nota de pesquisa deverão apresentar, impreterivelmente, as seguintes seções, nesta ordem: Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Contribuição dos Autores e Referências. Tabelas e figuras deverão ser referidas nos Resultados e apresentadas ao final do artigo, quando possível, ou em arquivo separado (em formato editável).

Definições e conteúdos das seções:

Introdução – deverá apresentar o problema gerador da questão de pesquisa, a justificativa e o objetivo do estudo, nesta ordem.

Métodos – deverá conter a descrição do desenho do estudo, da população estudada, dos métodos empregados, incluindo, quando pertinente, o cálculo do tamanho da amostra, a amostragem, os procedimentos de coleta dos dados, as variáveis estudadas com suas respectivas categorias, os procedimentos de processamento e análise dos dados; quando se tratar de estudo envolvendo seres humanos ou animais, devem estar contempladas as considerações éticas pertinentes (ver seção Ética na pesquisa envolvendo seres humanos).

Resultados – síntese dos resultados encontrados: é desejável incluir tabelas e figuras autoexplicativas (ver o item Tabelas e figuras destas Instruções).

Discussão – comentários sobre os resultados, suas implicações e limitações; confrontação do estudo com outras publicações e literatura científica de relevância para o tema.

O último parágrafo da seção deverá conter as conclusões e implicações dos resultados para os serviços ou políticas de saúde.

Agradecimentos –vêm após a discussão; devem ser nominais e limitar-se ao mínimo indispensável.

Contribuição dos autores – parágrafo descritivo da contribuição específica de cada um dos autores.

Referências –para a citação das referências no texto, deve-se utilizar o sistema numérico; os números devem ser grafados em sobrescrito, sem parênteses, imediatamente após a passagem do texto em que é feita a citação, separados entre si por vírgulas; em caso de números sequenciais de referências, separá-los por um hífen, enumerando apenas a primeira e a última referência do intervalo sequencial de citação (exemplo: 7,10-16. As referências deverão ser listadas segundo a ordem de citação no texto, após a seção Contribuição dos autores Em cada referência, deve-se listar até os seis primeiros autores, seguidos da expressão “et al.” para os demais; os títulos de periódicos deverão ser grafados de forma abreviada; títulos de livros e nomes de editoras deverão constar por extenso; as citações são limitadas a 30; para artigos de revisão sistemática e metanálise, não há limite de citações, e o manuscrito fica condicionado ao limite de palavras definidas nestas Instruções; o formato das Referências deverá seguir os *Recomendações para elaboração, redação, edição e publicação de trabalhos acadêmicos em periódicos médicos*, do ICMJE (disponíveis em: <http://www.icmje.org/>), com adaptações definidas pelos editores.

Tabelas e figuras

Artigos originais e de revisão deverão conter até cinco tabelas e/ou figuras, no total. Para notas de pesquisa, o limite é de três tabelas e/ou figuras; e para relatos de experiência, quatro tabelas e/ou figuras. As figuras e as tabelas devem ser colocadas ao final do manuscrito (quando possível) ou em arquivos separados, por ordem de citação no texto, sempre em formato editável. Os títulos das tabelas e das figuras devem ser concisos e evitar o uso de abreviaturas ou siglas; estas, quando indispensáveis, deverão ser descritas por extenso em legendas ao pé da própria tabela ou figura. Tabelas e figuras devem ser elaboradas em branco e preto ou escala de cinza. Tabelas e quadros (estes, classificados e intitulados como figuras) devem ser apresentados em arquivo de texto. São aceitos arquivos dos tipos: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). Organogramas e fluxogramas devem ser apresentados em arquivo de texto ou em formato vetorial. São aceitos arquivos dos tipos: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Mapas devem ser apresentados em formato vetorial. São aceitos arquivos dos tipos: WMF (Windows

MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Mapas originalmente produzidos em formato de imagem e posteriormente salvos em formato vetorial não serão aceitos. Gráficos devem ser apresentados em formato vetorial. São aceitos arquivos dos tipos: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Imagens de satélite e fotografias devem ser apresentadas em arquivos dos tipos: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura e limite de tamanho do arquivo de 10Mb.

Uso de siglas

Recomenda-se evitar o uso de siglas ou acrônimos não usuais. Siglas ou acrônimos só devem ser empregados quando forem consagrados na literatura, prezando-se pela clareza do manuscrito. Exemplos de siglas consagradas: ONU, HIV, aids. Siglas ou acrônimos de até três letras devem ser escritos com letras maiúsculas (exemplos: DOU; USP; OIT). Na primeira citação no texto, os acrônimos desconhecidos devem ser escritos por extenso, acompanhados da sigla entre parênteses. Siglas e abreviaturas compostas apenas por consoantes devem ser escritas em letras maiúsculas. Siglas com quatro letras ou mais devem ser escritas em maiúsculas se cada uma delas for pronunciada separadamente (exemplos: BNDES; INSS; IBGE). Siglas com quatro letras ou mais e que formarem uma palavra (siglema), ou seja, que incluam vogais e consoantes, devem ser escritas apenas com a inicial maiúscula (exemplos: Funasa; Datasus; Sinan). Siglas que incluam letras maiúsculas e minúsculas originalmente devem ser escritas como foram criadas (exemplos: CNPq; UnB). Para as siglas estrangeiras, recomenda-se a correspondente tradução em português, se universalmente aceita; ou seu uso na forma original, se não houver correspondência em português, ainda que o nome por extenso – em português – não corresponda à sigla (exemplo: Unesco = Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura). Algumas siglas, popularizadas pelos meios de comunicação, assumiram um sentido nominal: é o caso de AIDS (em inglês), a síndrome da imunodeficiência adquirida. Quanto a esta sigla, a Comissão Nacional de Aids do Ministério da Saúde (que se faz representar pela sigla CNAIDS) decidiu recomendar que todos os documentos e publicações do ministério nomeiem por sua forma original em inglês – aids –, em letras minúsculas (Brasil. Fundação Nacional de Saúde. *Manual de editoração e produção visual da Fundação Nacional de Saúde*. Brasília: Funasa, 2004. 272p