Ana Luiza Braz Pavão

Avaliação da eqüidade no uso de serviços de saúde em uma população brasileira em idade laboral: o estudo pró-saúde

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora: Cláudia Medina Coeli

Rio de Janeiro

2008

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

Avaliação da Eqüidade no Uso de Serviços de Saúde em uma População Brasileira em Idade Laboral: O Estudo Pró-Saúde

Ana Luiza Braz Pavão

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva – área de concentração em Epidemiologia, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora: Profª. Drª. Cláudia Medina Coeli

Rio de Janeiro

2008

C A T A L O G A Ç Ã O N A F O N T E
U E R J / R E D E S I R I U S / C B C

P337 Pavão, Ana Luiza Braz.
Avaliação da eqüidade no uso de serviços de saúde de uma população brasileira em idade laboral: o Estudo Pró-Saúde / Ana Luiza Braz Pavão. – 2008.
70f.: il.

Orientadora: Cláudia Medina Coeli.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Serviços de saúde – Teses. 2. Trabalhadores – Condições sociais – Teses. I. Coeli, Cláudia Medina. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 614.2

1080010186

DP1/2008 ER000823555
Doação CB/C
0.01 24/09/2008

Rede Sirius UERJ	Compra Doação Permuta
Nº 10186	Data 24/09/2008

A meus pais e familiares, por estarem sempre presentes e me incentivarem a persistir em meus objetivos

AGRADECIMENTOS

À professora e orientadora Cláudia Medina Coeli, por sua intensa dedicação e preocupação, por sua rapidez e eficiência, pelas dicas extremamente úteis, pelo apoio e incentivo em todos os momentos, pelo convívio tão enriquecedor e, sobretudo, pela grande contribuição em minha vida acadêmica e profissional;

Aos professores Michael Reichenheim e Cláudia Lopes, por terem gentilmente aceitado fazer parte de minha banca e pelas sugestões extremamente valiosas que me foram dadas e que em muito contribuíram para a execução deste trabalho;

À professora Rejane Sobrino Pinheiro, por ter gentilmente aceitado fazer parte de minha banca, por sua disponibilidade e acessibilidade;

À professora Cláudia Lopes, novamente, por ter aceitado ser o ledor prévio de minha dissertação e por sua grande contribuição;

À professora Cláudia Travassos, pela disponibilidade em acolher as minhas dúvidas e prontamente respondê-las e pelo rico conhecimento que me foi proporcionado com suas aulas;

Ao professor Eduardo Faerstein, por seu apoio e atenção, desde o início da elaboração desta dissertação;

Aos professores Guilherme Werneck, Dora Chor e Cláudia Lopes e à toda equipe do Pró-Saúde, da qual tive a oportunidade de participar, pelos debates sempre ricos em discussões e contribuições para o conhecimento;

A meus colegas do curso, pelos momentos em que dividimos angústias e em que comemoramos vitórias ao longo do mestrado;

Aos funcionários do IMS pelo apoio dado sempre que foi necessário;

A meus pais Ana Maria e Carlos Alberto, por todo o investimento que fizeram e fazem em mim, estando sempre presentes e prontos a me acolher;

À minha irmã Cristiane, à minha avó Adilia, aos meus tios Carlos Alberto e Irles, aos meus primos Mario Sergio e João Paulo e à minha amiga Renata, por todo o apoio e torcida desde o início do curso;

A todos os meus amigos que colaboraram (presentes ou não) para a elaboração desta dissertação.

"O cuidado em saúde é um bem intermediário do bem final que é a saúde"

O'Donnell & Propper

RESUMO

Avaliação da Eqüidade no Uso de Serviços de Saúde em uma População Brasileira em Idade Laboral: O Estudo Pró-Saúde

Introdução: Os estudos de eqüidade no uso de serviços de saúde fornecem subsídios para a formulação de políticas, que irão se refletir na manutenção da saúde dos indivíduos. Na população brasileira, foi observada desigualdade social no uso em favor dos indivíduos de maior renda e escolaridade, com base em dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). Estudos deste tipo em populações economicamente ativas são escassos, apesar de serem as que mais produzem para o país. ***Objetivo:*** Avaliar a eqüidade no uso de serviços de saúde, segundo escolaridade, em uma população em idade laboral, que referiu restrição das atividades habituais. ***Métodos:*** Estudo transversal a partir de dados de uma coorte prospectiva, iniciada em 1999, de funcionários de uma universidade pública brasileira, o Estudo Pró-Saúde. Foram avaliados 767 indivíduos que referiram restrição das atividades habituais por motivo de saúde nos quinze dias anteriores à segunda entrevista, realizada em 2001. O uso de serviços foi avaliado pela *proxy* busca por assistência de saúde e tipo de serviço buscado. A presença de variações adicionais na morbidade foi verificada pelos motivos que causaram a restrição e pelo tempo de restrição, considerado marcador de gravidade da necessidade. A variável social empregada foi a escolaridade. As análises foram estratificadas por sexo e ajustadas por idade. ***Resultados:*** Após o ajuste por idade, as proporções do uso de serviços foram, em percentuais, de 81,1 (IC 95%: 68,9-89,3) e 70,8 (IC 95%: 60,6-79,3), para o menor e maior estrato de escolaridade, respectivamente, em homens e de 83,0 (IC 95%: 71,9-90,3) e 69,5 (IC 95%: 63,2-75,2), para o menor e maior estrato de escolaridade, respectivamente, em mulheres. Quanto maior a escolaridade, maior foi a freqüência do uso de consultórios médicos e menor a freqüência do uso de hospitais. Em relação às causas da restrição, foi observado um aumento no relato dos motivos dos sistemas nervoso e respiratório e uma diminuição no dos sistemas músculo-esquelético e circulatório, com o aumento da escolaridade. O tempo de restrição apresentou associação inversa com a escolaridade. ***Discussão:*** Foi verificado um padrão de desigualdade social no uso de serviços de saúde em favor dos indivíduos de menor escolaridade, o qual foi inverso ao observado na população brasileira, mesmo após o controle por necessidade. Por esta razão, acredita-se que apenas as diferenças remanescentes na morbidade dos indivíduos não sejam suficientes para explicar o achado. Os fatores ocupacionais, como a necessidade de atestado médico entre os indivíduos de menor escolaridade, devem exercer maior influência no uso de serviços de saúde nesta população específica.

Palavras-chave: Eqüidade, Uso, Serviços de saúde, Escolaridade, Variáveis sociais.

ABSTRACT

Evaluation of Equity in Health Services Use by Educational Levels in a Brazilian Population of Workers: The Pro-Saude Study

Background: Studies of equity in health services use are important tools in helping the development of policies to ultimately maintain and improve people's health. In brazilian population, social inequality in health services use in favor of individuals with major income and educational levels was observed, on the basis of data from the National Research for Sample of Domiciles (PNAD). These type of studies in economically active populations are scarce, although they account for a great part of the national production. ***Objective:*** To evaluate equity in use of health care services, according to educational levels, in a population of workers who referred restriction of daily activities. ***Methods:*** Cross-sectional study, using data from a prospective cohort, initiated in 1999, of civil servants at a brazilian public university in Rio de Janeiro, the Pro-Saude Study. Participants were 767 individuals who referred restriction of daily activities because of health problems in the 15 days preceding the second interview at 2001. Use was evaluated using a proxy variable defined by the decision of searching a health service and the type of health service searched. Additional variations in morbidity were verified by the reasons that caused the restriction and the restriction time, which was considered in this study a severity marker for need. The social indicator chosen was educational level. Analyses were stratified by sex and adjusted by age. ***Results:*** After the adjustment for age, the percentage ratios of health services use were 81,1 (CI 95%: 68,9-89,3) and 70,8 (CI 95%: 60,6-79,3) for the lowest and highest educational levels in men, and were 83,0 (CI 95%: 71,9-90,3) and 69,5 (CI 95%: 63,2-75,2) for the lowest and highest educational levels in women, respectively. The frequency of doctor's office use increased and the frequency of hospital use decreased with the increase in education. In relation to restriction causes, it was observed an increase in frequency of neurological and respiratory reasons, and a reduction of muscle-skeletal and cardiological system reasons, with the increase in educational levels. Restriction time presented inverse association with educational levels. ***Discussion:*** A standard of social inequality in health services use in favor of individuals with minor educational levels, which was inverse to the observed in brazilian population, even after controlling for need variables, was verified. For this reason, the remaining differences in morbidity do not appear enough to explain this finding. The presence of some occupational factors, as the need for doctor's statement among individuals with minor educational levels, must exert greater influence in this specific population of workers.

Key words: Equity, Use, Health Services, Education, Social variables.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

PRIMEIRA PARTE

Figura 1 - Modelo de Andersen (fase 1)....18

Figura 2 - Modelo de Andersen (fase 4 ou modelo emergente)....19

Figura 3 - Fluxograma de obtenção da população final do estudo....31

SEGUNDA PARTE

Figura 1 - Fluxograma de obtenção da população final do estudo....51

Tabela 1 - Distribuição da idade e da presença de plano de saúde, segundo escolaridade, estratificada por sexo. Estudo Pró-Saúde, Rio de Janeiro, Brasil, 2001....55

Tabela 2 - Distribuição do tempo de interrupção das atividades habituais, segundo escolaridade, estratificada por sexo. Estudo Pró-Saúde, Rio de Janeiro, Brasil, 2001....56

Tabela 3 - Distribuição dos motivos de saúde que causaram a interrupção, de acordo com os capítulos da ICPC-2, segundo escolaridade, estratificada por sexo. Estudo Pró-Saúde, Rio de Janeiro, Brasil, 2001....58

Tabela 4 - Distribuição da busca por assistência de saúde em situação de restrição das atividades habituais por motivo de saúde, segundo escolaridade, estratificada por sexo. Estudo Pró-Saúde, Rio de Janeiro, Brasil, 2001....59

Tabela 5 - Distribuição do tipo de serviço de saúde buscado, segundo escolaridade, estratificada por sexo. Estudo Pró-Saúde, Rio de Janeiro, Brasil, 2001....61

ANEXO

Figura 4 - Modelo de crenças em saúde....72

Figura 5 - Modelo de Dutton....73

Figura 6 - Modelo de Evans & Stoddart....75

Tabela 6 - Síntese das principais características dos modelos teóricos do uso de serviços de saúde: Crenças em saúde, Andersen, Dutton e Evans & Stoddart, com relação aos determinantes do uso considerados e as especificações encontradas....76

LISTA DE ABREVIATURAS

DESSAUDE – Departamento de Segurança e Saúde no Trabalho (UERJ)

DISCAM – Divisão de Saúde no Campus (UERJ)

DISHUPE – Divisão de Saúde no Hospital Pedro Ernesto (UERJ)

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC – Intervalo de Confiança

ICPC-2 – Classificação Internacional de Cuidados Primários

INCA – Instituto Nacional de Câncer

IQR – Intervalo Inter-Quartil

OECD – *Organization for Economic Cooperation and Development*

OMS – Organização Mundial de Saúde

OR – *Odds Ratio*

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

SM – Salário-Mínimo

SME – Sistema Músculo-Esquelético

UERJ – Universidade Pública do Estado do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....12

1. Primeira Parte: Introdução, Justificativa, Objetivos e Métodos.....14

1.1.Introdução.....15
1.1.1. Uso de serviços de saúde.....15
1.1.2. Eqüidade no uso de serviços de saúde.....19
1.1.3. Variáveis sociais e o uso de serviços de saúde: estudos empíricos.....22
1.2.Justificativa.....27
1.3.Objetivos.....28
1.3.1. Objetivo geral.....28
1.3.2. Objetivos específicos.....28
1.4.Métodos.....29
1.4.1. Estudo Pró-Saúde.....29
1.4.2. Delineamento.....30
1.4.3. População do estudo.....30
1.4.4. Necessidade em saúde.....31
1.4.5. Uso dos serviços de saúde.....33
1.4.6. Escolaridade.....35
1.4.7. Outras variáveis.....35
1.4.8. Análise dos dados.....36
1.5.Referências bibliográficas.....37

2. Segunda Parte: Artigo.....44

2.1.Resumo.....45
2.2.Introdução.....46
2.3.Métodos.....50
2.4.Resultados.....54
2.4.1. Características sócio-demográficas.....54
2.4.2. Necessidade em saúde.....55
2.4.3. Uso dos serviços de saúde.....59
2.5.Discussão.....62
2.6.Referências.....68

ANEXO.....71

APRESENTAÇÃO

Estudos de eqüidade no uso de serviços de saúde constituem-se ferramentas para a avaliação da existência de desigualdades no processo de utilização dos serviços de saúde em situação de necessidade, que inclui desde o ato de procurar, ao acesso aos serviços e à obtenção do benefício, que irá se refletir, em última análise, na manutenção da saúde dos indivíduos. Até o presente momento, os estudos de eqüidade no uso de serviços de saúde conduzidos no Brasil, com controle pela variável de necessidade, são poucos e ainda não foi realizado nenhum estudo de eqüidade no uso de serviços em populações economicamente ativas, em idade laboral, que seja de nosso conhecimento. Na literatura internacional, foi encontrado um único estudo nesta população específica. Estudos deste tipo se tornam importantes na medida em que populações de trabalhadores são as que mais produzem para o país. O presente estudo visa avaliar a eqüidade no uso de serviços de saúde em uma população brasileira, em idade laboral, composta pelos participantes do Estudo Pró-Saúde que referiram restrição das atividades habituais por motivo de saúde nos últimos 15 dias anteriores à segunda entrevista.

Para abordar este tema, a presente dissertação será estruturada em duas partes. A primeira parte é constituída pela Introdução, Justificativa, Objetivos e Métodos. A Introdução possui 3 seções principais. A primeira seção aborda o tema Uso de Serviços de Saúde (seção 1.1.1.), na qual são apresentadas questões relativas ao uso e seus determinantes e, a seguir, é feita uma narrativa sobre o modelo teórico explicativo do uso de serviços, desenvolvido por Andersen. A segunda seção relata a Eqüidade no Uso de Serviços de Saúde (seção 1.1.2.) por meio de uma revisão dos principais conceitos de eqüidade no uso de serviços e de comparações com os conceitos de eqüidade no acesso e eqüidade em saúde. A terceira seção refere-se ao tópico: Variáveis Sociais e o Uso de Serviços de Saúde: Estudos Empíricos

(seção 1.1.3.), na qual são revisados os principais estudos que avaliaram variáveis sociais no contexto do uso de serviços, em âmbito nacional e internacional.

A Justificativa (1.2.) apresenta a importância do tema em questão, as lacunas existentes na literatura e as inovações propostas por este trabalho. Os Objetivos (1.3.) incluem o objetivo principal do estudo (1.3.1.), qual seja, a avaliação da eqüidade no uso de serviços de saúde, segundo escolaridade, numa população adulta, economicamente ativa, que apresentou restrição de atividades habituais por motivo de saúde nos últimos 15 dias anteriores à entrevista, bem como os objetivos específicos (1.3.2.). Os Métodos (1.4.) são subdivididos em 8 seções, a saber, Estudo Pró-Saúde (1.4.1.), Delineamento (1.4.2.), População do estudo (1.4.3.), Necessidade em saúde (1.4.4.), Uso dos serviços de saúde (1.4.5.), Escolaridade (1.4.6.), Outras variáveis (1.4.7.) e Análise dos dados (1.4.8.). A primeira parte da dissertação é encerrada com as Referências Bibliográficas (1.5).

A segunda parte da dissertação compreende o artigo científico. Encontra-se estruturada em seis seções, conforme as normas de publicação vigentes. É composta, portanto, pelo Resumo (2.1.); Introdução (2.2.); Métodos (2.3.); Resultados (2.4.); Discussão (2.5.) e Referências (2.6.). A seção de Resultados é composta por 3 subseções, a saber, Características sócio-demográficas (2.4.1.), Necessidade em saúde (2.4.2.) e Uso dos serviços de saúde (2.4.3.). Ao final da dissertação, é apresentado um Anexo, o qual irá conter um maior aprofundamento de alguns aspectos discutidos na Introdução e encerrará este trabalho.

1. PRIMEIRA PARTE: INTRODUÇÃO, JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS E MÉTODOS.

1.1. INTRODUÇÃO

1.1.1. Uso de serviços de saúde

O uso de serviços de saúde é uma interação entre os consumidores e os prestadores destes serviços. É um comportamento complexo, determinado por uma grande variedade de fatores (Dever, 1988). Compreende tanto o contato direto com os serviços de saúde (consultas médicas, hospitalizações), como o indireto (realização de exames preventivos e diagnósticos). Resulta ainda da interação do comportamento do indivíduo que procura cuidados e do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde (Travassos & Martins, 2004).

Os motivos pelos quais um indivíduo se consulta vão além da carga de morbidade que este possa estar sofrendo (Mendoza-Sassi & Béria, 2001). Segundo Donabedian (1973), o conjunto de interações entre os profissionais de saúde e os seus clientes não ocorre em um vácuo, mas sim dentro de um ambiente organizacional que, por sua vez, é rodeado e penetrado por traços sociais e culturais. A utilização dos serviços de saúde, portanto, é influenciada por fatores sócio-culturais e organizacionais, e fatores relacionados com o consumidor e prestador de serviços (Dever, 1988).

Hulka & Wheat (1985) realizaram uma revisão da literatura sobre os fatores que influenciam a utilização dos serviços de saúde e os dividiram em cinco categorias principais, a saber, estado de saúde e necessidade, características demográficas, disponibilidade de médicos, aspectos organizacionais dos serviços de saúde e mecanismos financeiros. O principal determinante do uso de serviços foi o estado de saúde ou necessidade do indivíduo, a qual possui relação de causalidade com o uso. Outros fatores como sexo, idade, disponibilidade de médicos, plano de saúde, mecanismos financeiros e o nível sócio-econômico dos indivíduos também estiveram associados ao uso de serviços.

A relação entre a utilização dos serviços e seus determinantes pode ser melhor compreendida por meio de modelos teóricos explicativos do uso de serviços de saúde, como o

Modelo Comportamental de Andersen, o Modelo de Crenças em Saúde, o Modelo de Dutton e o Modelo de Evans & Stoddart (Andersen, 1995; Rosenstock, 1966; Dutton, 1986; Evans & Stoddart, 1994). Destes, o modelo de Andersen tem sido o mais aplicado, tanto nos estudos de uso, quanto nos estudos de acesso (Travassos & Martins, 2004). O Modelo Comportamental de Andersen foi um dos modelos pioneiros do uso de serviços, tendo influenciado modelos posteriores. Destacou-se pela introdução de novos conceitos e discussões acerca dos determinantes do uso, bem como pelo maior aprofundamento da reflexão sobre o conceito de acesso. Ademais, sofreu constantes atualizações, o que permitiu o seu aperfeiçoamento ao longo dos anos. Por esta razão, será utilizado como base teórica neste trabalho. Os demais modelos teóricos explicativos do uso de serviços serão descritos com maior detalhamento no Anexo desta dissertação, incluindo uma tabela comparativa entre eles.

O Modelo Comportamental de Andersen foi inicialmente desenvolvido em 1968 para avaliar e compreender o comportamento do uso de serviços de saúde dos indivíduos, definir e medir o acesso eqüitativo aos serviços, bem como auxiliar na implementação de políticas que promovam a eqüidade no acesso. O seu processo de elaboração envolveu quatro fases distintas. Segundo a primeira fase do modelo (década de 60), o uso dos serviços de saúde é uma função dos fatores de predisposição ou predisponentes, dos fatores de capacitação ou capacitantes e da necessidade por cuidado.

Os fatores predisponentes estão ligados ao fato de o indivíduo estar mais ou menos susceptível ao uso dos serviços de saúde. Encontram-se subdivididos em três categorias: os demográficos, os da estrutura social e as crenças em saúde. Os fatores demográficos, como idade e sexo, são aqueles que representam características biológicas pré-determinadas, as quais conferem maior chance ao indivíduo de vir a necessitar dos serviços de saúde. Os fatores de estrutura social, como escolaridade, ocupação e raça, determinam o *status* do indivíduo na comunidade, sua habilidade em lidar com problemas e o quão saudável ou não é

o ambiente físico em que ele vive. As crenças em saúde são atitudes, valores e conhecimento que os indivíduos têm sobre sua saúde e sobre os serviços de saúde, que irão influenciar a sua percepção de necessidade e, conseqüentemente, o uso de serviços.

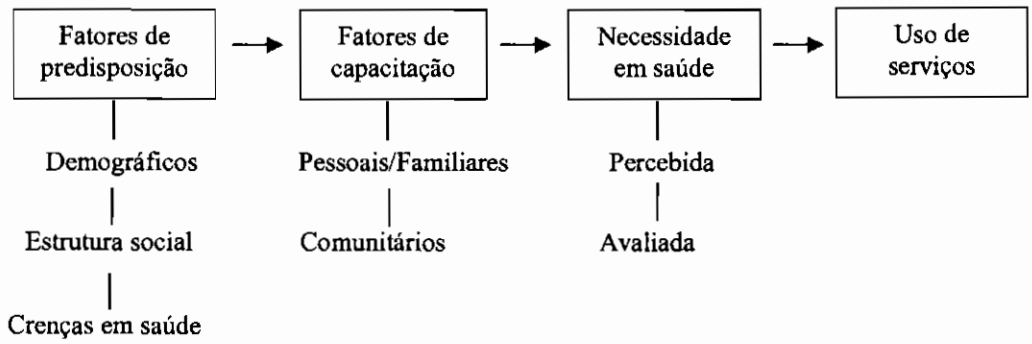
Os fatores capacitantes relacionam-se à possibilidade de acesso ao serviço, englobando tanto fatores individuais e familiares, quanto fatores da oferta de serviços na comunidade. Estes fatores incluem: renda, plano de saúde, uso regular dos serviços de saúde, transporte e tempo de espera pelo serviço.

A necessidade inclui tanto o estado de saúde dos indivíduos, avaliado por profissionais, quanto a auto-percepção de saúde dos pacientes. A necessidade percebida está relacionada à procura pelo cuidado e à adesão ao tratamento. A necessidade avaliada relaciona-se mais ao tipo de tratamento que será realizado, após a consulta inicial.

O desfecho do modelo é o uso de serviços de saúde, medido, por exemplo, através de consultas em ambulatórios médicos, hospitais e consultórios dentários. Uma das hipóteses do modelo é de que o uso de diferentes tipos de serviços pode ser explicado por diferentes tipos de fatores.

Na primeira fase do modelo, os fatores predisponentes influenciam os capacitantes e a necessidade é o determinante mais proximal da utilização de serviços (Figura 1).

Figura 1 - Modelo de Andersen (fase 1)*.



*Fonte: Andersen, R.M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal of Health and Social Behavior 1995; 36(1): 1-10.*

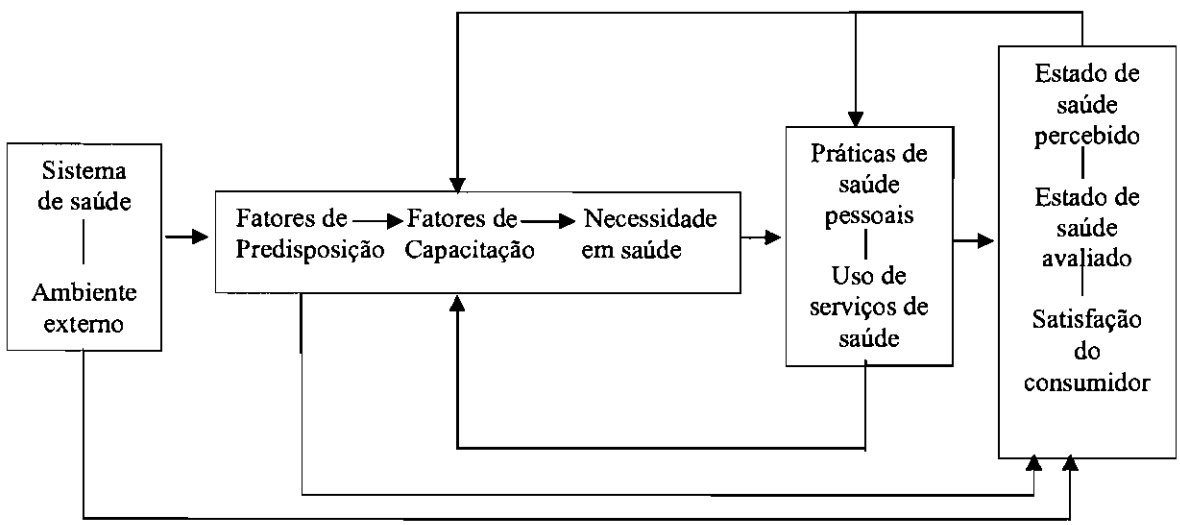
A fase 2 do modelo originou-se na década de 70 e caracterizou-se pela inclusão do sistema de saúde como determinante do uso, através de três dimensões: políticas em saúde, recursos financeiros e aspectos organizacionais. Além disso, nesta fase, houve o reconhecimento do uso de serviços como meio para outros desfechos finais, e não como o "fim da linha". Foi introduzido, portanto, o conceito de satisfação do consumidor, como um resultado do uso de serviços.

No modelo de fase 3, criado nas décadas de 80 e 90, foram introduzidos outros desfechos em saúde, resultantes do uso de serviços, como o estado de saúde percebido e avaliado, além da satisfação do consumidor que já havia sido introduzida na fase anterior do modelo. Também foram identificados, na fase 3, as práticas de saúde pessoais, como dieta e exercícios, as quais podem interagir com o uso dos serviços, influenciando os desfechos em saúde.

A última fase do modelo é a fase 4, ou modelo emergente, na qual Andersen enfatiza a natureza dinâmica da utilização dos serviços de saúde, incluindo as múltiplas influências dos determinantes no uso e, conseqüentemente, nos desfechos em saúde (Andersen, 1995). Esta fase também irá englobar as relações de *feedback* (retroalimentação) dos desfechos em saúde

com os fatores predisponentes, com a necessidade percebida e com o comportamento em saúde (Figura 2).

Figura 2 - Modelo de Andersen (fase 4 ou modelo emergente)*.



*Fonte: Andersen, R.M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal of Health and Social Behavior 1995; 36(1): 1-10.*

A última e mais recente fase do modelo de Andersen mostra, portanto, a complexidade existente no contexto da utilização de serviços de saúde, com a presença de múltiplos determinantes do uso de serviços. Dentre eles, a necessidade em saúde ainda é o fator mais proximal, sendo importante preditor do uso. As variáveis sociais também são fatores importantes, segundo o modelo de Andersen. Entretanto, o efeito destas variáveis sobre o uso de serviços de saúde pode ser modificado pela presença de outros fatores individuais e contextuais, fazendo com que diferenças na magnitude, e mesmo na direção da associação, possam ser observadas, dependendo da população em estudo.

1.1.2. Eqüidade no uso de serviços de saúde

Eqüidade é a disposição de reconhecer igualmente o direito de cada um (Ferreira, 1986). É um princípio de justiça social (Wright, 1989). Pode ser entendida como sinônimo de justiça natural e igualitária (Rocha, 1996). Ou, ainda, é definida como um princípio

distributivo governamental designado a reduzir ou eximir iniqüidades socialmente injustas, além de avaliar a distribuição de recursos financeiros e o uso de serviços de saúde (Almeida *et. al.*, 2000).

Duas dimensões importantes do conceito de eqüidade, na área da saúde, são: *eqüidade em saúde* e *eqüidade no uso de serviços de saúde*, as quais apresentam diferenças entre si, que merecem ser destacadas. Segundo Travassos (1997), os determinantes da desigualdade em saúde, ou ainda, da desigualdade no adoecer e no morrer, diferem daqueles das desigualdades no uso dos serviços de saúde. Os determinantes da saúde são múltiplos, englobando desde aspectos de saúde mental e física, até fatores ambientais, sociais e organizacionais. O uso dos serviços de saúde seria apenas um destes determinantes e, em função da efetividade relativa das ações de saúde, a eqüidade no uso de serviços não se traduz, necessariamente, em eqüidade em saúde.

De toda forma, as desigualdades no uso de serviços referem-se às variações sociais na procura pelos serviços, acesso aos mesmos e no benefício obtido com o atendimento recebido. Refletirão as desigualdades em saúde, as diferenças no comportamento dos indivíduos perante a doença e as características da oferta de serviços que cada sociedade disponibiliza para seus membros, incluindo formas de financiamento e os serviços e recursos disponíveis para a população (Travassos *et. al.*, 2000).

Embora haja aparentemente um consenso generalizado de que o conceito de eqüidade no uso seja o mais preciso no debate sobre eqüidade, não é infreqüente a expressão, em textos constitucionais, do termo eqüidade de acesso (Giraldes, 2001). De acordo com a Constituição Brasileira, a eqüidade foi entendida como igualdade no acesso aos serviços de saúde (Travassos, 1997). Este princípio tem sido operacionalmente tratado, pela maioria dos países, como igualdade de oportunidade na utilização de serviços de saúde para necessidades iguais (Van Doorslaer *et. al.*, 1993). Goddard & Smith (2001) definiram a eqüidade no acesso aos

serviços como a disponibilidade de serviços equivalentes para necessidades equivalentes, sendo meramente uma questão da oferta.

No entanto, o conceito de eqüidade no uso, como mencionado anteriormente, pressupõe que exista um encontro entre a procura e a oferta. Não basta que exista eqüidade de acesso. Os serviços podem existir sem serem utilizados, devido, por exemplo, à falta de informação. Por outro lado, também de nada adianta existir a procura se a demanda não for atendida e, conseqüentemente, não houver a utilização dos serviços. Apenas o conceito do uso de serviços pressupõe um ponto de encontro entre a oferta e a procura, sendo mais abrangente em seu significado. Segundo Giraldes (2001), a inclusão de um novo componente no conceito de uso, o da satisfação do consumidor, o torna ainda mais correto.

Em termos práticos, haverá eqüidade no uso de serviços quando as consultas médicas *per capita*, os dias de internação *per capita* e a realização de medidas preventivas ou de exames complementares *per capita* forem distribuídos eqüitativamente, a nível local, segundo as necessidades dos indivíduos (traduzidas pelo número de episódios de doença) e, simultaneamente, sejam idênticos ao nível de satisfação, manifestado pelos consumidores, perante os serviços prestados (Giraldes, 2001).

Na literatura internacional, um termo comumente utilizado é a eqüidade no cuidado em saúde. Segundo Braveman (2006), o uso dos serviços seria um dos aspectos do cuidado em saúde, que inclui também a alocação dos recursos, o financiamento e a qualidade do cuidado. O cuidado seria um bem intermediário, usado na produção, juntamente a outros bens, do bem final que é a saúde (O'Donnell & Propper, 1989).

Existem diferentes definições para a eqüidade no cuidado em saúde. Segundo Whitehead, esta consiste no "acesso igual para uma necessidade igual, no mesmo uso para uma mesma necessidade, ou, ainda, na qualidade do cuidado eqüitativa para todos" (Whitehead, 1990). De acordo com a definição de Aday, a eqüidade no cuidado em saúde

ocorre quando a alocação dos recursos e o acesso ao cuidado são determinados pelas necessidades em saúde (Aday *et. al.*, 1984). Culyer & Wagstaff (1993) consideram-na como o uso eqüitativo, a distribuição de acordo com a necessidade e o acesso e os desfechos em saúde eqüitativos. Mooney (1983) propõe o conceito de eqüidade horizontal (tratamentos iguais para as mesmas necessidades) e vertical (diferentes tratamentos para diferentes necessidades e, neste caso, maiores recursos são necessários para maiores necessidades), em sua reflexão sobre a eqüidade no cuidado em saúde.

1.1.3. Variáveis sociais e o uso de serviços de saúde: estudos empíricos

Os estudos dos efeitos de variáveis sociais, como renda, escolaridade e ocupação, sobre a utilização de serviços de saúde, podem apresentar resultados diferenciados, dependendo do tipo de serviço de saúde analisado (p.ex., exames preventivos, consultas com médicos generalistas ou especialistas, hospitalizações), da variável social escolhida e de características contextuais do local avaliado (p.ex., mecanismo de financiamento e disponibilidade de serviços).

Outro fator que deve ser considerado é a presença ou ausência de controle por restrição da variável de necessidade. Conforme já ressaltado anteriormente, a necessidade é um importante preditor do uso de serviços de saúde. Diversos autores atribuem a maior utilização em níveis sócio-econômicos mais baixos à necessidade em saúde mais acentuada destes grupos, em comparação aos níveis sócio-econômicos mais elevados. Desta forma, a relação entre o uso por estes grupos e os grupos mais favorecidos seria, portanto, um indicador da eqüidade do sistema do país em questão (Andersen, 1978; Wan & Soifer, 1974). Keinman *et. al.* (1981) e Newacheck (1988), ao estudarem a utilização de serviços por diferentes grupos sociais de acordo com níveis de necessidade, verificaram o surgimento de variações nos resultados. Quando a análise era feita sem a separação por diferentes grupos de necessidade, não eram verificadas diferenças no uso entre os grupos sociais. No entanto,

quando se estudou o grupo com maior necessidade em saúde, os indivíduos pertencentes a classes sociais mais baixas tiveram menor uso dos serviços de saúde do que os de classes sociais mais altas, evidenciando um padrão de iniqüidade.

Ademais, a necessidade em saúde é um conceito multidimensional, apresentando diferentes perspectivas, desde aquelas relacionadas ao paciente até as avaliadas pelo médico, além do fato de o *status* de saúde de um indivíduo poder ser diferente de seu estado de saúde (Blaxter, 1985; O'Donnell & Propper, 1989; Hulka & Wheat, 1985). Este construto pode ser operacionalizado por meio de medidas derivadas de avaliações médicas diretas e indiretas (usando registros de saúde) e, mais comumente, a morbidade referida, sendo esta última avaliada por meio da auto-avaliação do estado de saúde, do relato de doenças crônicas, do relato de sintomas ou da restrição das atividades rotineiras por motivo de saúde (Mendoza-Sassi & Béria, 2001).

As desigualdades sociais no uso não são observadas em todos os países e expressam particularidades do sistema de saúde de cada local, como mostram os resultados de uma revisão sistemática sobre o uso de serviços de saúde e os seus fatores relacionados. A revisão foi baseada em estudos de diferentes países, publicados entre 1970 e 1999. Nos países como Inglaterra, Canadá e Irlanda, foi observado que as classes mais pobres apresentavam maior possibilidade de serem consultadas ou internadas. O mesmo padrão ocorreu na Itália, onde foi observado que indivíduos com menor escolaridade apresentavam maior chance de uso de serviços. Por outro lado, nos Estados Unidos, na Austrália e na Nova Zelândia, observou-se maior chance de uso nos indivíduos de maior renda. Os estudos realizados no Brasil também mostraram um padrão de iniqüidade, com maiores chances de uso relacionadas a indivíduos pertencentes a classes sociais mais altas. Diversos estudos mostraram maior uso de serviços em indivíduos com maior escolaridade, principalmente em relação aos serviços preventivos. Em um estudo brasileiro, conduzido em uma população de indivíduos com 60 anos ou mais,

não foi encontrada associação entre escolaridade e uso de serviços (Mendoza-Sassi & Béria, 2001).

Outro estudo recente, que comparou o acesso a serviços de saúde e a existência de desigualdade, com controle por necessidade, entre os países da *Organization for Economic Cooperation and Development* (OECD), verificou a presença de iniqüidade no uso de consultas médicas em favor dos mais ricos em aproximadamente metade dos países estudados. A desigualdade foi mais pronunciada em países como Estados Unidos e México, em que não há cobertura universal do sistema de saúde, seguidos pela Finlândia, Portugal e Suécia, corroborando o achado do estudo anterior, no que diz respeito aos Estados Unidos. Em relação a consultas com médicos generalistas, praticamente não foram observadas desigualdades segundo renda e, quando existentes, eram em favor dos mais pobres, na maioria dos países. A existência de mecanismos financeiros favorecendo esta classe, como a isenção de co-pagamento e a redução de taxas, pode ter influenciado o resultado, segundo os autores. Em relação a consultas com médicos especialistas, foi verificada desigualdade em favor dos mais ricos em todos os países, sendo especialmente mais acentuada em Portugal, Finlândia e Irlanda (Van Doorslaer *et. al.*, 2006).

No Brasil, ainda persistem grandes desigualdades no uso de serviços, seja entre regiões ou entre segmentos sociais. Os inquéritos brasileiros Pesquisa Mundial de Saúde, o Inquérito do Instituto Nacional de Câncer (INCA) e a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) também avaliaram recentemente dados sobre o acesso e a utilização dos serviços de saúde na população, segundo renda e escolaridade.

A Pesquisa Mundial de Saúde, versão brasileira do inquérito da Organização Mundial de Saúde, realizada em 2003, teve como objetivo avaliar o desempenho dos sistemas de saúde dos países membros, a partir da coleta de informações sobre o estado de saúde da população, da avaliação dos programas de saúde e da qualidade da resposta dos serviços, sob a ótica do

usuário. O *Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Agravos não Transmissíveis*, do INCA, teve como meta estimar a prevalência de exposição a comportamentos e fatores de risco para doenças e agravos não transmissíveis, a prevalência de hipertensão e diabetes auto-referidos e o percentual de acesso a exames de detecção precoce de câncer de colo uterino e de mama em 15 capitais brasileiras e no Distrito Federal, dentre outros Já a PNAD, realizada em 1998 e em 2003, objetivou investigar diversas características da população brasileira, como educação, trabalho, rendimento, habitação, migração, fecundidade, nupcialidade, nutrição e saúde (morbidade percebida, acesso aos serviços de saúde, cobertura por planos de saúde, utilização dos serviços de saúde e gastos com saúde), dentre outros, de acordo com as necessidades de informação para o país.

De um modo geral, estes inquéritos mostraram que, em relação à taxa de internações, houve associação inversa com as variáveis sociais; e, em relação às consultas médicas e à realização de exames preventivos, houve associação positiva com estas variáveis (PNAD, 2000 & 2005; Szwarcwald, *et. al.*, 2005; INCA, 2002-2003). O padrão inverso para o uso de internações hospitalares poderia ser explicado pela maior morbidade dos indivíduos de menor renda e escolaridade, enquanto que os resultados para a realização de consultas médicas e exames preventivos denotam um padrão de iniqüidades sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil.

Castro (2006) fez uma comparação dos fatores associados às internações hospitalares no Brasil, baseando-se no Modelo Comportamental de Andersen para verificar a força de associação entre diferentes fatores explicativos do uso e o uso de serviços, utilizando-se dos dados das duas pesquisas da PNAD. A autora observou um aumento na chance de internação de indivíduos de maior renda, de 1998 para 2003, em comparação aos indivíduos de menor renda. Em 2003, a escolaridade não se mostrou associada ao uso de internações,

diferentemente de 1998, quando indivíduos com menor escolaridade tinham maior chance de internação hospitalar.

Ainda com base em dados da PNAD, Travassos *et. al.* (2006) avaliaram a desigualdade social no uso de serviços de saúde na população que referiu restrição de atividades habituais por motivo de saúde nos últimos 15 dias antecedentes à entrevista, excetuando-se a população rural. Entre os participantes que referiram restrição das atividades rotineiras, foram verificadas maiores chances de uso de serviços entre os indivíduos com maiores níveis de renda e escolaridade (OR=1,2 para os indivíduos com 9 anos de escolaridade ou mais, comparativamente aos indivíduos com 0 a 4 anos de escolaridade; e OR=1,6 para indivíduos com renda familiar *per capita* de 2 SM ou mais, comparativamente aos indivíduos com renda entre 0 a 0,75 SM; $p<0,10$). Dessa forma, foi verificado padrão marcante de desigualdade social na utilização de serviços de saúde no Brasil, em favor dos mais ricos e com maior escolaridade, mesmo após o controle por necessidade.

Outro dois estudos conduzidos no Brasil foram baseados em uma coorte de adultos, moradores no sul do país, para a identificação de fatores associados à utilização de consultas médicas. Em um dos estudos, foram avaliadas as variáveis escolaridade e classe econômica e não foram observadas associações das mesmas com o uso de serviços (Capilheira & Santos, 2006). No entanto, o outro estudo, que avaliou indivíduos com um mesmo padrão de morbidade (doença crônica), encontrou que indivíduos com menor renda apresentaram uma redução de 62% na chance de se consultarem, quando comparados aos de maior renda, o que está de acordo com os achados de Travassos *et. al.* (2006). A escolaridade também apresentou associação positiva com o uso de serviços de saúde neste grupo populacional (Mendoza-Sassi *et. al.*, 2003).

Não foram encontrados estudos nacionais conduzidos em populações em idade laboral. Na literatura internacional, foi encontrado um único estudo que verificou diferenças na

utilização de serviços de saúde segundo a posição hierárquica ocupacional, com controle por necessidade. A população avaliada era composta de funcionários públicos ingleses, oriundos do estudo *Whitehall II* e não foi encontrada associação entre a variável social e o uso de serviços de saúde (Britton *et. al.*, 2004).

1.2. JUSTIFICATIVA

Estudos de eqüidade no uso de serviços de saúde constituem-se ferramentas para a avaliação da existência de desigualdades no processo de utilização dos serviços de saúde em situação de necessidade, que inclui desde o ato de procurar, ao acesso aos serviços e à obtenção do benefício, que irá se refletir, em última análise, na manutenção da saúde dos indivíduos. Dessa forma, fornecem subsídios importantes para a formulação de políticas de saúde voltadas para a redução dessas iniqüidades, por meio da identificação de subgrupos populacionais menos favorecidos e dos fatores envolvidos com o perfil de utilização por eles apresentado, permitindo a implementação de medidas direcionadas a estes fatores, como a diminuição de barreiras de acesso, possibilitando a manutenção da eqüidade no uso de serviços de saúde entre os diferentes grupos sociais.

Até o presente momento, os estudos de eqüidade no uso de serviços de saúde conduzidos no Brasil, com controle pela variável de necessidade, são poucos. Até onde nos é possível saber, ainda não foi realizado nenhum estudo de eqüidade no uso de serviços em populações economicamente ativas, em idade laboral. Na literatura internacional, foi encontrado um único estudo nesta população específica, o qual foi realizado no contexto de um país desenvolvido. Estudos deste tipo se tornam importantes na medida em que populações de trabalhadores são as que mais produzem para o país e, sendo assim, avaliações do uso de serviços de saúde nas mesmas são de grande importância. Além disso, estudos em

subgrupos específicos, podem identificar diferentes padrões de utilização de serviços ou, ainda, novos fatores explicativos do uso.

Outro aspecto importante é que, além de ser realizado o controle por necessidade por meio da avaliação de uma população que apresenta morbidade aguda (medida por meio da restrição das atividades habituais por motivo de doença), a análise da morbidade será complementada com outras duas variáveis (tempo de restrição das atividades rotineiras e motivo da restrição), permitindo melhor avaliação da necessidade em saúde dos indivíduos avaliados. Para o motivo da restrição, a resposta foi obtida por meio de pergunta aberta, o que permitiu maior variabilidade nas respostas fornecidas pelos entrevistados.

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo Geral

Avaliar a eqüidade no uso de serviços de saúde, segundo escolaridade, numa população adulta, economicamente ativa, que apresentou restrição de atividades habituais por motivo de saúde nos últimos 15 dias anteriores à entrevista (morbidade aguda).

1.3.2. Objetivos Específicos

a) Descrever as características sócio-demográficas da população do estudo;

b) Analisar a proporção de uso de serviços de saúde, segundo sexo e escolaridade, ajustando por idade;

c) Analisar os tipos de serviços de saúde utilizados, segundo sexo e escolaridade;

d) Descrever o tempo de restrição das atividades habituais por motivo de saúde, segundo sexo e escolaridade;

e) Avaliar os principais motivos de saúde que causaram a restrição das atividades habituais, segundo sexo e escolaridade.

1.4. MÉTODOS

1.4.1. Estudo Pró-Saúde

O Estudo Pró-Saúde é formado por funcionários técnico-administrativos do quadro efetivo da Universidade Pública do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), acompanhados por um período de aproximadamente nove anos, para a investigação de determinantes sociais em saúde.

São detalhadamente investigados, nesta coorte, os marcadores de posição sócio-econômica, raça/ etnia, religião, história conjugal e de migração, indicadores de desigualdade e trajetórias sociais, efeitos contextuais das áreas de residência e setores de trabalho, rede e apoio social, estresse no trabalho e experiência de discriminação. Durante o estudo, foram aplicados questionários auto-preenchíveis e coletadas medidas de pressão arterial, altura, peso e circunferência abdominal. Até o momento, foram concluídas duas fases de coleta de dados: o censo de 1999 e de 2001. A primeira fase ocorreu entre agosto e outubro de 1999 (N=4030 funcionários; 91% dos elegíveis) e a segunda, entre setembro de 2001 e março de 2002 (N=3574 funcionários; 83% dos elegíveis) (Faerstein *et. al.*, 2005). O terceiro censo ocorreu nos anos de 2006 e 2007 e suas análises ainda estão em andamento.

O segundo censo teve como objetivo permitir a avaliação dos desfechos estudados no primeiro censo, bem como complementar os dados iniciais. Desta forma, algumas perguntas foram mantidas, outras acrescentadas, excluídas ou modificadas. No primeiro censo, a pergunta sobre restrição das atividades habituais por motivo de saúde era subdividida em duas, sendo uma delas fechada (restrição de atividade por dor de cabeça, dor de dente, dor no

pescoço ou ombros, dor nas costas ou coluna e dor de estômago), e a outra aberta (restrição de atividade por outros problemas de saúde). No segundo censo, estas duas perguntas foram sintetizadas em uma única pergunta aberta. Por esta razão, apenas os dados do segundo censo foram utilizados para a codificação dos motivos de restrição das atividades habituais, por meio da Classificação Internacional de Cuidados Primários, em estudo recente (Sampaio *et. al.*, 2008).

1.4.2. Delineamento

Este estudo apresentou um desenho seccional a partir de dados de uma coorte, o Estudo Pró-Saúde.

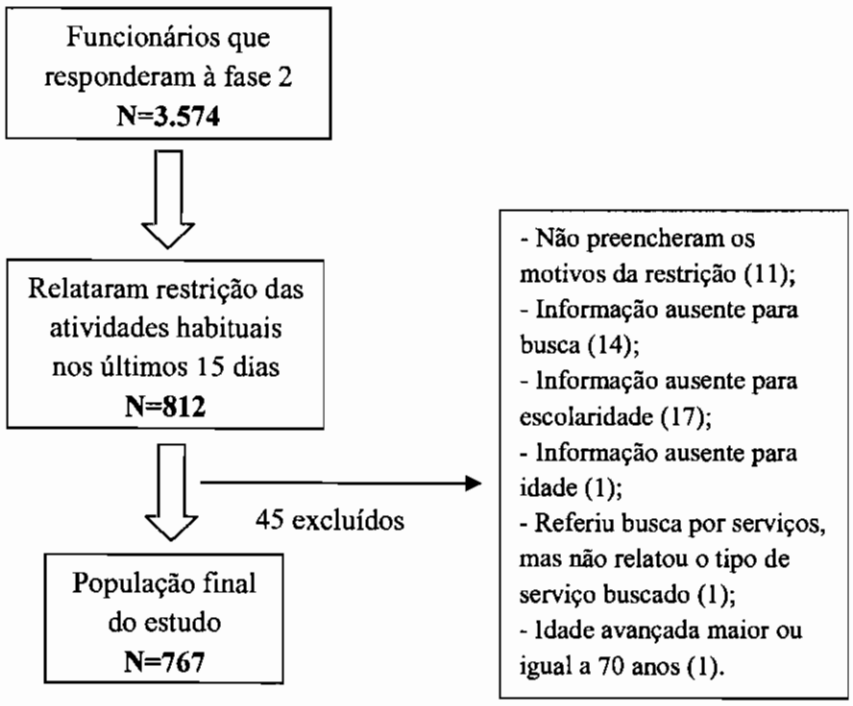
1.4.3. População do estudo

A população fonte do presente estudo foi composta pelos participantes do Estudo Pró-Saúde que responderam à segunda etapa (censo de 2001) e que referiram restrição das atividades habituais nas 2 semanas anteriores à segunda entrevista, de acordo com a seguinte pergunta:

"Nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, você ficou impedido(a) de realizar alguma de suas atividades habituais (por exemplo, trabalho, estudo, lazer ou tarefas domésticas) por algum problema de saúde que você teve ou tem?"

A população total que relatou ter ficado impedido de realizar suas atividades habituais nos 15 dias anteriores à segunda coleta de dados, era composta de 812 indivíduos. Foram excluídos 45 indivíduos, pelos seguintes motivos: não preencheram os motivos de restrição das atividades habituais (N=11); aqueles com informação ausente para busca (14), escolaridade (17) e idade (1), aqueles que referiram ter buscado serviço de saúde, mas não preencheram nenhum tipo de serviço buscado (N=1); e indivíduos em idade avançada (idade ≥70 anos) (N=1). A população final do estudo constituiu-se por um total de 767 indivíduos. A figura 3 a seguir apresenta um fluxograma explicativo da obtenção da população do estudo.

Figura 3 – Fluxograma de obtenção da população final do estudo.



Em relação ao conjunto dos indivíduos que participaram do segundo censo, 18,7% dos homens (262/1404) e 29,2% das mulheres (530/1815) relataram restrição das atividades habituais nas duas semanas anteriores à segunda entrevista, após a exclusão dos dados ausentes para a pergunta de restrição das atividades habituais e para escolaridade. Foram observadas as seguintes proporções de restrição das atividades rotineiras por motivo de saúde, segundo escolaridade, entre os sexos: (1) Homens – até primeiro grau completo 19,3% (69/357); segundo grau completo 18,7% (97/519); terceiro grau completo ou mais 18,2% (96/528); (2) Mulheres até primeiro grau completo 30,5% (90/295); segundo grau completo 33,4% (202/605); terceiro grau completo ou mais 26% (238/915).

1.4.4. Necessidade em saúde

Neste estudo, foi empregada, como medida da necessidade em saúde, a restrição das atividades habituais nos últimos 15 dias por motivo de doença. A avaliação do uso de serviços de saúde em uma população com o mesmo padrão de morbidade (morbidade aguda) teve

como objetivo controlar o efeito desta variável no uso de serviços, por meio do controle de confundimento por restrição.

O relato, pelo indivíduo, da presença de restrição de atividades habituais por motivo de saúde, nos últimos 15 dias, representa a perspectiva de possuir habilidade para lidar com as atividades usuais e representa o seu estado de saúde, e não o seu *status* de saúde. No entanto, como a utilização dos serviços de saúde também se refere aos últimos 15 dias, é provável que a morbidade aguda esteja representando bem a dimensão da necessidade, no contexto do uso de serviços, para o período de tempo avaliado (Hulka & Wheat, 1985; Travassos *et. al.*, 2002).

Além do controle pela morbidade aguda, a análise da necessidade em saúde dos indivíduos foi complementada por duas variáveis, a saber, o tempo de restrição das atividades habituais e o motivo de saúde que causou a restrição, a fim de se identificar variações adicionais na necessidade dos indivíduos, as quais possam estar afetando o padrão de utilização dos serviços de saúde. As variáveis serão descritas a seguir.

Tempo de restrição

"Nessas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, por QUANTOS DIAS, no total, você ficou impedido(a) de realizar alguma de suas atividades habituais (por exemplo, trabalho, estudo, lazer ou tarefas domésticas) devido a este(s) problema(s) de saúde que você teve ou tem?"

O tempo de restrição das atividades habituais por motivo de saúde foi avaliado como *proxy* da gravidade da necessidade (morbidade aguda) dos participantes do estudo.

Motivo de interrupção das atividades habituais por problemas de saúde

"Nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, qual foi ou quais foram esses problemas de saúde que você teve ou tem que o(a) impediram de realizar algumas dessas suas atividades habituais (por exemplo, trabalho, estudo, lazer ou tarefas domésticas)?"

Foram analisados todos os motivos relatados, por meio de pergunta aberta, os quais foram codificados empregando-se a Classificação Internacional de Cuidados Primários (ICPC-2) em estudo anterior[1]. Os motivos foram codificados por duas classificadoras independentes. A concordância foi de 0,94 (IC 95%: 0,93-0,94). Em relação aos códigos de capítulos, o coeficiente kappa foi de 0,89 (IC 95%: 0,88-0,90) e, para o código completo, de 0,76 (IC 95%: 0,76-0,78). As concordâncias em relação aos códigos mais freqüentes apresentaram coeficientes simples de 0,99 (IC 95%: 0,98-1,00) para cefaléia, 0,95 (IC 95%: 0,92-0,98) para perturbações depressivas e 0,91 (IC 95%: 0,87-0,96) para sensação de ansiedade/nervosismo/tensão. As discordâncias foram resolvidas por consenso, obtendo-se a classificação final empregada neste estudo (Sampaio *et. al.*, 2008).

1.4.5. Uso dos serviços de saúde

Serão listadas, a seguir, as principais questões utilizadas para capturar as informações referentes à utilização dos serviços de saúde. Quando pertinente, serão efetuadas explicações das mesmas.

Busca por assistência de saúde

"Agora, pense no PRINCIPAL problema de saúde que você mencionou na pergunta anterior. Você procurou algum tipo de assistência ou atendimento para tratar desse problema?"

A variável "busca por assistência de saúde" foi empregada como *proxy* de utilização de serviços de saúde, para as duas últimas semanas anteriores à entrevista. A busca por serviços de saúde ou a procura por estes serviços seria um dos aspectos da utilização, que engloba ainda o acesso e, num contexto mais amplo, o benefício obtido com o atendimento recebido. No Brasil, levando-se em consideração o elevado índice de atendimento entre os que procuram o serviço, publicado pela PNAD e pela Pesquisa Mundial de Saúde, em 2003, e o

[1] Sampaio, M.M.A. Avaliação da Classificação Internacional de Cuidados Primários na codificação dos motivos de interrupção das atividades habituais no estudo Pró-Saúde. Dissertação de Mestrado. IMS/UERJ. Rio de Janeiro, 2006.

fato de esta população específica ter possivelmente um maior acesso, por serem funcionários da UERJ e pela proximidade com o hospital universitário, acredita-se que a variável *proxy* busca deva representar bem a utilização.

Tipo de serviço buscado

"Que tipo de assistência ou atendimento você procurou?"

Opções de resposta:

1. Farmácia

2. Posto ou centro de saúde

3. Consultório médico (particular ou plano de saúde)

4. Consultório odontológico

5. Consultório de outros profissionais de saúde (fisioterapeutas, psicólogos, etc)

6. Ambulatório ou consultório de clínica

7. Pronto-socorro ou emergência

8. Hospital

9. Laboratório ou clínica para exames complementares

10. Atendimento domiciliar

11. Agente comunitário de saúde

12. Curas espirituais (templos, terreiros, centros, etc)

13. Outros

Da mesma forma que o uso de serviços, o tipo de serviço de saúde buscado foi avaliado como *proxy* do tipo de serviço de saúde utilizado, nesta população, para as duas últimas semanas anteriores à entrevista. Foi criada uma nova categoria denominada "Ambulatórios da Uerj", referente à busca pelos serviços DESSAUDE, DISCAM e DISHUPE, até então relatados na opção "Outros". A opção "Outros" permitia o relato pelo próprio indivíduo. Os relatos de auto-medicação, atividade física, meditação, tratamentos caseiros e massagem, na

ausência de outros tipos de serviço buscados, não foram considerados uso de serviços porque não configuram tipos de serviços de saúde. Foram considerados tipos de serviço de saúde buscados, relatados na opção "Outros": contato telefônico ou conversa com médico e utilização de serviços de acupuntura, homeopatia e de pronto-atendimento.

1.4.6. Escolaridade

A variável social avaliada foi a escolaridade, definida como categórica de acordo com os estratos de "até 1° grau completo", "2° grau completo" ou "3° grau completo ou mais".

Segundo Galobardes *et. al.* (2006), os conhecimentos e habilidades adquiridos por meio da educação afetam o desenvolvimento cognitivo dos indivíduos, tornando-os mais receptíveis a informações educacionais em saúde, mais capacitados para a procura e o acesso aos serviços de saúde e fornecendo os recursos cognitivos necessários para a modificação de comportamentos de risco em saúde.

Além disso, para o presente estudo, o uso da variável escolaridade como indicador do nível sócio-econômico dos indivíduos, a fim de se avaliar eqüidade, baseou-se na sua relativa maior facilidade e praticidade de medição e avaliação em questionários auto-preenchíveis, bem como nas altas taxas de resposta das questões relativas à escolaridade, obtidas nestes questionários, em comparação a outras medidas sócio-econômicas, como a renda (Galobardes *et. al.*, 2006).

1.4.7. Outras variáveis

As variáveis gênero e idade foram analisadas, a fim de se identificar diferenças esperadas no padrão de uso de serviços e efetuar o controle por confundimento, no caso da variável idade. A variável plano de saúde também foi avaliada, utilizando-se as respostas referentes ao 1° censo. Todas as demais variáveis basearam-se nas respostas do 2° censo.

1.4.8. Análise dos dados

Todas as análises foram estratificadas, segundo o gênero e escolaridade. Os resultados das variáveis contínuas foram apresentados por meio de valores de mediana e demais quartis, enquanto as variáveis categóricas foram apresentadas como proporções. Foram calculadas proporções de uso de serviço, brutas e ajustadas por idade, e os respectivos intervalos de confiança de 95%. Para as comparações entre os sexos, foram utilizados os testes de Mann-Whitney e o qui-quadrado. Para as comparações dos estratos de escolaridade dentro dos grupos de homens e mulheres, foram utilizados os testes de Kruskal-Wallis e o qui-quadrado. As análises foram desenvolvidas no programa estatístico Stata versão 9.1.

1.4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS (PRIMEIRA PARTE)

Aday, L.A., Fleming, G.V., Anderson, R.M. An overview of current access issues. In: Access to medical care in the U.S.: who have it, who don't. 1: 1-18. Chicago, IL: Pluribus Press/Univ. Chicago, 1984. pp. 229;

Almeida, C., Travassos, C., Porto, S., Labra, M.E. Health sector reform in Brazil: a case study of inequity. *Int J Health Serv 2000; 30: 129-162;*

Andersen, A.S., Aday, L.A. Access to medical care in the U.S.: realized and potential. *Medical Care 1978; 16: 533-546;*

Andersen, R.M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal oh Health and Social Behavior 1995; 36(1): 1-10*;

Arber, S. Integrating nonemployment into research on health inequalities. *Int J Health Serv 1996; 26(3): 445-481;*

Blaxter, M. Self definition of health status and consulting rates in primary care. *Q J Soc Aff 1985; 1(2): 131-171;*

Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2003. Acesso e Utilização de Serviços de Saúde. Rio de Janeiro: IBGE; 2005;

Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 1998. Acesso e Utilização de Serviços de Saúde. Rio de Janeiro: IBGE; 2000;

Braveman, P. Health disparities and health equity: concepts and measurement. *Annu Rev Public Health 2006; 27: 167-194;*

Britton, A., Shipley, M., Marmot, M., Hermingway, H. Does access to cardiac investigation and treatment contribute to social and ethnic differences in coronary heart disease? Whitehall II prospective cohort study. *BMJ 2004; 329 (7461): 318-323;*

Capilheira, M., Santos, I.S. Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos. *Rev Saúde Pública 2006; 40 (3): 436-443;*

Castro, M.S.M. Desigualdades sociais no uso de internações hospitalares no Brasil: o que mudou entre 1998 e 2003. *Ciência & Saúde Coletiva 2006; 11 (4): 987-998;*

Culyer, A.J., Wagstaff, A. Equity and equality in health and health care. *J Health Econ 1993; 12: 431-457;*

Dever, G.E.A. A Epidemiologia na Administração dos Serviços de Saúde. São Paulo: Livraria Pioneira e Editora, 1988. Cap. I, pg. 211;

Donabedian, A. aspects of medical care administration: specifying requirements for health care. Cambridge, Mass.: Harvard University, 1973, pg. 60;

Doyal, L. Gender equity in health: debates and dilemmas. *Soc Sci Med 2000; 51(6): 931-939*;

Dutton, D. Financial, organizational and Professional factors affecting health care utilization. *Soc Sci Med 1986; 23(7): 721-735*;

Erikson, R., Goldthorpe, J.H., Portocarero, L. Intergenerational class mobility in three Western European societies: England, France and Sweden. *Br J Sociology 1979; 30(4): 415-441;*

Evans, R.G. Stoddart, G.L. Producing health, consuming health care. In: Evans, R.G., Barer, M.L., Marmor, T.R., eds. Why are some people health and others not? The determinants of health of populations, New York: Walter de Gruyter, 1994, pgs. 27-64;

Faerstein, E. Chor, D., Lopes, C.S., Werneck, G.L. Estudo Pró-Saúde: características gerais e aspectos metodológicos. *Rev. Bras. Epidemiol. 2005; 8(4)*;

Ferreira, A.B.H. Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira (2ª Ed.); 1986. pp. 675;

Galobardes, B., Shaw, M., Lawlor, D.A., Smith, G.D., Lynch, J. Indicators of socioeconomic position. In: Oakes, J.M., Kaufman, J.S. Methods in Social Epidemiology. Chapter 3. Jossey-Bass; 2006. pp. 47-85;

Giraldes, M.R. Eqüidade de utilização segundo o Inquérito Nacional de Saúde 1995/96, a nível regional. Qual a satisfação dos utentes? *Revista Portuguesa de Saúde Pública 2001; 19(2): 15-26*;

Goddard, M., Smith, P. Equity of access to health care services: theory and evidence from the UK. *Soc Sci & Med 2001; 53: 1149-1162;*

Gomes, R., Nascimento, E.F., Araújo, F.C. Por que os homens buscam menos os services de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad Saúde Pública 2007; 23(3): 565-574;*

Graham, H. Social determinants and their unequal distribution: clarifying policy understandings. *Milbank Q 2004; 82: 101-124;*

Hulka, B.S., Wheat, J.R. Patterns of utilization – the patient perspective. *Medical Care 1985; 23(5): 438-460*;

Instituto Nacional do Câncer (INCA). Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis, 2002-2003. http://www.inca.gov.br/inquerito/ (acessado em dezembro de 2007);

International Society for Equity in Health (ISEqH). Working definitions. 2005. http://www.iseqh.org/en/workdef.htm (acessado em agosto de 2007);

Kleinman, J.C., Gold, M., Makuc, D. Use of ambulatory medical care by the poor: another look at equity. *Medical Care 1981; 19: 1011-1029;*

Machado, C.V., *Regulação da Política Nacional de Saúde: estratégias e tendências*. In: Negri, B., Viana, A.L. O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio. O passo a passo de uma reforma que alarga o desenvolvimento e estreita a desigualdade social. São Paulo: Sobravime; Cealag, 2002 pp. 579;

Macinko, J., Starfield, B. Annotated bibliography on equity in health, 1980-2001. *Int J Equity Health 2002; 1: 1-20.* http://www.equityhealthj.com/content/1/1/1 (acessado em agosto de 2007);

Mendoza-Sassi, R. e Béria, J.U. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cad. Saúde Pública 2001; 17(4): 819-832*;

Mendoza-Sassi, R., Béria, J.U., Barros, A.J.D. Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study. *Rev Saúde Pública 2003; 37 (3): 372-378;*

Mooney, G. Equity in health care: confronting the confusion. *Eff Health Care 1983; 1: 179-185;*

Naess, O., Claussen, B., Thelle, D.S., Smith, G.D. Four indicators of socioeconomic position : relative ranking across causes of death. *Scand J Public Health 2005; 33: 215-221*;

Newacheck, P.W. Access to ambulatory care for poor persons. *Health Serv Res 1988; 23: 401-419;*

O'Donnell, O., Propper, C. Equity and the distribution of national health service resources. Discussion paper. The Welfare State Programme. Suntory Toyota International Centre for Economics and Related Disciplines, London School of Economics, 1989. pp. 1-23;

Organização Mundial de Saúde. Pesquisa Mundial de Saúde, 2003. Coordenação: Célia Landmann Szwarcwald e Francisco Viacava.

http://www.ensp.fiocruz.br/eventos_processabusca2.cfm?ID_evento=1549 (acessado em dezembro de 2007);

Pope, G.C. Medical conditions, health status, and health services utilization. *Health Services Research 1988; 22:6*;

Rocha, R. Minidicionário. São Paulo: Editora Scipione (7ª Ed.); 1996. pp. 241;

Rosenstock, I.M. Why people use health services. *The Milbank Memorial Fund Quarterly 1966; 44(3, Pt.2): 94-124*;

Sampaio, M.M.A., Coeli, C.M., de Miranda, N.N., Faerstein, E., Werneck, G.L., Chor, D., Lopes, C.S. Confiabilidade Interobservador da Classificação Internacional de Cuidados Primários. *Revista de Saúde Pública [no prelo] 2008;*

Schoen, C., Doty, M.M. Inequities in access to medical care in five countries: findings from the 2001 Commonwealth Fund International Health Policy Survey. *Health Policy 2004; 67: 309-322;*

Starfield, B. Improving equity in health: a research agenda. *Int J Health Serv 2001; 31: 545-566;*

Szwarcwald, C.L., Leal, M.C., Souza, W.V. Desigualdades sócio-econômicas em saúde no Brasil: resultados da Pesquisa Mundial de Saúde, 2003. *Rev Bras Saúde Mat Infant 2005; 5 (Supl 1): S11-S22;*

Travassos, C. Eqüidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. *Cad Saúde Pública 1997; 13: 2490-2502;*

Travassos, C. Equity in the use of private hospitals contracted by a compulsory insurance scheme in the city of Rio de Janeiro, Brazil, 1986 [tese de doutoramento]. London: The London School of Economics and Political Science; 1992;

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

Travassos, C., Oliveira, E.X.G., Viacava, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciência & Saúde Coletiva 2006; 11(4): 975-986*;

Travassos, C., Viacava, F., Fernandes, C., Almeida, C.M. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva 2000; 5(1): 133-149*;

Travassos, C., Viacava, F., Pinheiro R., Brito, A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Rev Panam Salud Publica 2002; 11(5-6): 365-373*;

Van Doorslaer, E., Masseria, C., Koolman, X. Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *CMAJ 2006; 174(2): 177-180;*

Van Doorslaer, E., Wagstaff, A., Rutten, E. Equity in the finance and delivery of care: an international perspective. Oxford: Oxford Medical Publications, Comission of the European Community. Research series n. 8;

Viacava, F., Travassos, C.M., Pinheiro, R.S., Brito, A. Projeto: gênero e utilização de serviços de saúde no Brasil, financiado pela OPS, [relatório final de pesquisa]. Rio de Janeiro: Departamento de Informações em Saúde/ Centro de Informação Científica e Tecnológica/ Fundação Oswaldo Cruz; 2001;

Wan, T.T.H., Soifer, S.J. Determinants of physician utilization: a causal analysis. *Journal of Health and Social Behavior 1974; 15: 999-1009;*

Wennberg, J.E. On patient need, equity, supplier-induced demand, and the need to assess the outcome of common medical practices. *Med Care 1985; 23(5): 512-520*;

Whitehead, M. The concepts and principles of equity in health. Copenhagen: WHO, Reg. Off. Eur. (EUR/ICP/RPD 414 7734r); 1990. pp.29;

Whitehead, M. The concepts and principles of equity in health. *Int J Health Serv 1992; 22: 429-445;*

Wright, E.O. Rethinking, once again, the concept of class structure. In: The Debate on Classes. London: Wright Ed; 1989. pp. 269-348.

2. SEGUNDA PARTE: ARTIGO

2.1. RESUMO

Avaliação da Eqüidade no Uso de Serviços de Saúde em uma População Brasileira em Idade Laboral: O Estudo Pró-Saúde

Introdução: Os estudos de eqüidade no uso de serviços de saúde fornecem subsídios para a formulação de políticas, que irão se refletir na manutenção da saúde dos indivíduos. Na população brasileira, foi observada desigualdade social no uso em favor dos indivíduos de maior renda e escolaridade, com base em dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). Estudos deste tipo em populações economicamente ativas são escassos, apesar de serem as que mais produzem para o país. ***Objetivo:*** Avaliar a eqüidade no uso de serviços de saúde, segundo escolaridade, em uma população em idade laboral, que referiu restrição das atividades habituais. ***Métodos:*** Estudo transversal a partir de dados de uma coorte prospectiva, iniciada em 1999, de funcionários de uma universidade pública brasileira, o Estudo Pró-Saúde. Foram avaliados 767 indivíduos que referiram restrição das atividades habituais por motivo de saúde nos quinze dias anteriores à segunda entrevista, realizada em 2001. O uso de serviços foi avaliado pela *proxy* busca por assistência de saúde e tipo de serviço buscado. A presença de variações adicionais na morbidade foi verificada pelos motivos que causaram a restrição e pelo tempo de restrição, considerado marcador de gravidade da necessidade. A variável social empregada foi a escolaridade. As análises foram estratificadas por sexo e ajustadas por idade. ***Resultados:*** Após o ajuste por idade, as proporções do uso de serviços foram, em percentuais, de 81,1 (IC 95%: 68,9-89,3) e 70,8 (IC 95%: 60,6-79,3), para o menor e maior estrato de escolaridade, respectivamente, em homens e de 83,0 (IC 95%: 71,9-90,3) e 69,5 (IC 95%: 63,2-75,2), para o menor e maior estrato de escolaridade, respectivamente, em mulheres. Quanto maior a escolaridade, maior foi a freqüência do uso de consultórios médicos e menor a freqüência do uso de hospitais. Em relação às causas da restrição, foi observado um aumento no relato dos motivos dos sistemas nervoso e respiratório e uma diminuição no dos sistemas músculo-esquelético e circulatório, com o aumento da escolaridade. O tempo de restrição apresentou associação inversa com a escolaridade. ***Discussão:*** Foi verificado um padrão de desigualdade social no uso de serviços de saúde em favor dos indivíduos de menor escolaridade, o qual foi inverso ao observado na população brasileira, mesmo após o controle por necessidade. Por esta razão, acredita-se que apenas as diferenças remanescentes na morbidade dos indivíduos não sejam suficientes para explicar o achado. Os fatores ocupacionais, como a necessidade de atestado médico entre os indivíduos de menor escolaridade, devem exercer maior influência no uso de serviços de saúde nesta população específica.

Palavras-chave: Eqüidade, Uso, Serviços de saúde, Escolaridade, Variáveis sociais.

2.2. INTRODUÇÃO

O uso de serviços de saúde é um comportamento complexo, determinado por uma grande variedade de fatores (Dever, 1988). O efeito destes fatores sobre o uso de serviços pode ainda ser modificado pela presença de características individuais ou contextuais, fazendo com que as diferenças na magnitude, ou mesmo na direção da associação, possam ser observadas, dependendo da população em estudo. A relação entre o uso de serviços e os seus fatores relacionados, ou os determinantes do uso, pode ser melhor compreendida por meio dos modelos teóricos explicativos do uso, como o Modelo Comportamental de Andersen.

Segundo Andersen, o uso de serviços de saúde é função dos fatores predisponentes, ou de predisposição, capacitantes, ou de capacitação, e da necessidade em saúde. Os fatores predisponentes estão ligados à susceptibilidade do indivíduo em utilizar os serviços e incluem características demográficas (p.ex., idade e sexo), de estrutura social (p.ex., escolaridade, ocupação e raça) e as crenças em saúde. Os fatores capacitantes relacionam-se à possibilidade de acesso ao serviço e incluem aspectos como renda, plano de saúde e uso regular de serviços, dentre outros. A necessidade em saúde inclui tanto o estado de saúde dos indivíduos, avaliado por profissionais, quanto a auto-percepção de saúde dos pacientes e é o determinante mais proximal do uso de serviços (Andersen, 1995).

Eqüidade é a disposição de reconhecer igualmente o direito de cada um, é um princípio de justiça social (Ferreira, 1986; Wright, 1989). Pode ser entendida como um princípio distributivo governamental designado a reduzir ou eximir iniqüidades socialmente injustas, além de avaliar a distribuição de recursos financeiros e o uso de serviços de saúde (Almeida *et. al.*, 2000).

As desigualdades no uso de serviços referem-se às variações sociais na procura pelos serviços, acesso aos mesmos e no benefício obtido com o atendimento recebido. Refletirão as

desigualdades em saúde ou necessidade em saúde, as diferenças no comportamento dos indivíduos perante a doença e as características da oferta de serviços que cada sociedade disponibiliza para seus membros, incluindo formas de financiamento e os serviços e recursos disponíveis para a população (Travassos *et. al.*, 2000).

Os estudos dos efeitos das variáveis sociais, como renda, escolaridade e ocupação, sobre a utilização de serviços de saúde, podem apresentar resultados diferenciados, dependendo do tipo de serviço de saúde analisado (p.ex., exames preventivos, consultas com médicos generalistas ou especialistas, hospitalizações), da variável social escolhida e de características contextuais do local avaliado (p.ex., mecanismos de financiamento e disponibilidade de serviços). Outro fator que deve ser considerado é a presença ou ausência de controle por restrição pela variável de necessidade, pois é o principal determinante do uso de serviços de saúde. Diversos autores atribuem a maior utilização em níveis sócio-econômicos mais baixos à necessidade em saúde mais acentuada destes grupos, em comparação aos níveis sócio-econômicos mais elevados (Andersen & Aday, 1978; Wan & Soifer, 1974). Este construto pode ser operacionalizado por meio de medidas derivadas de avaliações médicas diretas e indiretas (usando registros de saúde) e, mais comumente, a morbidade referida, sendo esta última avaliada por meio da auto-avaliação do estado de saúde, do relato de doenças crônicas, de sintomas ou da restrição das atividades rotineiras por motivo de saúde (Mendoza-Sassi & Béria, 2001).

As desigualdades sociais no uso não são observadas em todos os países e expressam particularidades do sistema de saúde de cada local, como mostram os resultados de uma revisão sistemática sobre o uso de serviços de saúde e os seus fatores relacionados, baseada em estudos de diferentes países, publicados entre 1970 e 1999 (Mendoza-Sassi & Béria, 2001). Em países como Inglaterra, Canadá e Irlanda, as classes mais pobres apresentavam maior possibilidade de serem consultadas ou internadas, o que também ocorreu na Itália, onde

foi observado que indivíduos com menor escolaridade apresentavam maior chance de uso de serviços. Por outro lado, nos Estados Unidos, na Austrália e na Nova Zelândia, observou-se maior chance de uso nos indivíduos de maior renda. No Brasil, também foi verificado um padrão de iniqüidade, com maiores chances de uso relacionadas a indivíduos pertencentes a classes sociais mais altas, e, maior uso de serviços, principalmente os preventivos, entre os indivíduos de maior escolaridade. Segundo esta revisão, um estudo brasileiro, conduzido em uma população de indivíduos com 60 anos ou mais, não encontrou associação entre escolaridade e uso de serviços.

Outro estudo recente, que comparou o acesso a serviços de saúde e a existência de desigualdade, com controle por necessidade, entre os países da *Organization for Economic Cooperation and Development* (OECD), verificou a presença de iniqüidade no uso de consultas médicas em favor dos mais ricos em aproximadamente metade dos países estudados, incluindo os Estados Unidos, o que corrobora o achado do estudo anterior relativo a este país. Em relação a consultas com médicos generalistas, praticamente não foram observadas desigualdades segundo renda e, quando existentes, eram em favor dos mais pobres, na maioria dos países. A existência de mecanismos financeiros favorecendo esta classe, como a isenção de co-pagamento e a redução de taxas, pode ter influenciado o resultado, segundo os autores. Em relação a consultas com médicos especialistas, foi verificada desigualdade em favor dos mais ricos em todos os países (Van Doorslaer *et. al.*, 2006).

No Brasil, ainda persistem grandes desigualdades no uso de serviços, seja entre regiões ou segmentos sociais. Os inquéritos nacionais Pesquisa Mundial de Saúde, da Organização Mundial de Saúde (OMS), o Inquérito Domiciliar sobre Comportamento de Risco e Morbidade Referida de Agravos não Transmissíveis, do Instituto Nacional de Câncer (INCA), e a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), do Instituto Brasileiro de

Geografia e Estatística (IBGE) também avaliaram recentemente dados sobre o acesso e a utilização dos serviços de saúde na população, segundo renda e escolaridade. De um modo geral, estes inquéritos mostraram que, em relação à taxa de internações, houve associação inversa com as variáveis sociais; e, em relação às consultas médicas e à realização de exames preventivos, houve associação positiva com estas variáveis (PNAD, 2000 & 2005; Szwarcwald *et. al.*, 2005; INCA, 2002-2003).

Ainda com base em dados da PNAD, Travassos *et. al.* (2006) avaliaram a desigualdade social no uso de serviços de saúde, na população que referiu restrição de atividades habituais por motivo de saúde nos últimos 15 dias antecedentes à entrevista tendo verificado um padrão marcante de desigualdade social na utilização de serviços de saúde no Brasil, em favor dos mais ricos e com maior escolaridade, na situação de restrição. Outro estudo conduzido no Brasil foi baseado em uma coorte de adultos, moradores no sul do país e verificou que, entre indivíduos com um mesmo padrão de morbidade (doença crônica), aqueles com menor renda apresentaram uma redução de 62% na chance de se consultarem, quando comparados aos de maior renda, o que está de acordo com o estudo de Travassos *et. al.* (2006). A escolaridade também apresentou associação positiva com o uso de serviços neste grupo populacional (Mendoza-Sassi *et. al.*, 2003).

Não foram encontrados estudos nacionais conduzidos em populações em idade laboral. Estudos deste tipo se tornam importantes na medida em que populações de trabalhadores são as que mais produzem para o país e, sendo assim, avaliações do uso de serviços de saúde nas mesmas são de grande importância. Além disso, estudos em subgrupos específicos, podem identificar diferentes padrões de utilização de serviços ou, ainda, novos fatores explicativos do uso. Na literatura internacional, foi encontrado um único estudo que verificou diferenças na utilização de serviços de saúde segundo a posição hierárquica ocupacional, em um subgrupo populacional composto de funcionários públicos ingleses, baseado no estudo

Whitehall II. Neste estudo, após o controle por necessidade, não foi encontrada associação entre a variável social e o uso de serviços de saúde (Britton *et. al.*, 2004).

O presente estudo tem como objetivo principal avaliar a eqüidade no uso de serviços de saúde, segundo escolaridade, em uma população brasileira economicamente ativa, em idade laboral, composta por participantes do estudo Pró-Saúde.

2.3. MÉTODOS

O Estudo Pró-Saúde é uma coorte constituída por funcionários técnico-administrativos do quadro efetivo da Universidade Pública do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), acompanhados por um período de aproximadamente nove anos, para a investigação de determinantes sociais em saúde. Até o momento, foram concluídas duas fases de coleta de dados, referentes aos censos de 1999 e 2001 (Faerstein *et. al.*, 2005). O presente estudo apresentou um desenho seccional a partir dos dados do Estudo Pró-Saúde.

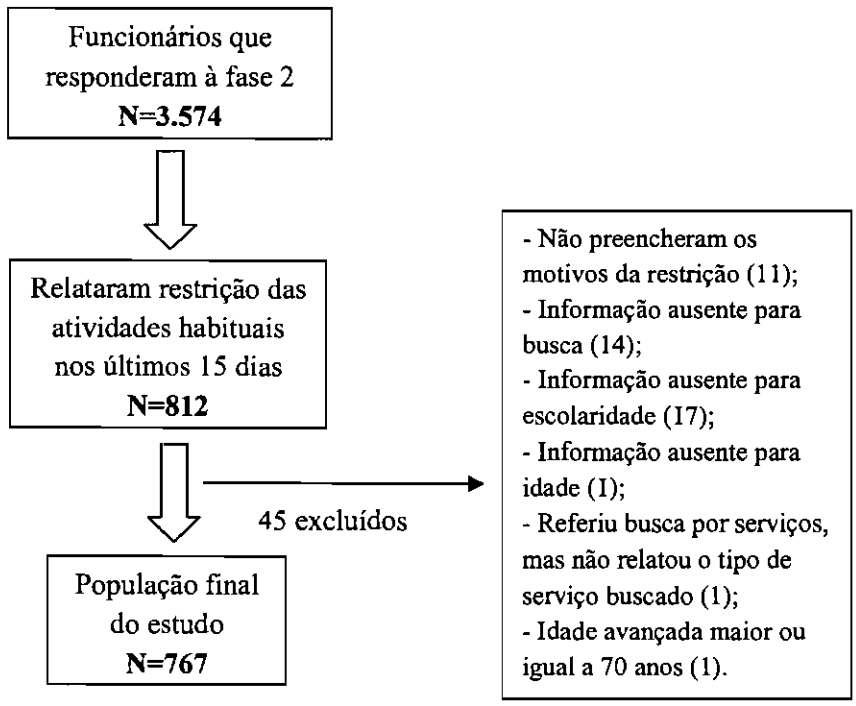
A população fonte foi composta pelos participantes que responderam à segunda etapa (N=3.574, sendo 83% dos elegíveis) e que referiram restrição das atividades habituais nas 2 semanas anteriores à segunda entrevista, de acordo com a seguinte pergunta:

"Nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, você ficou impedido(a) de realizar alguma de suas atividades habituais (por exemplo, trabalho, estudo, lazer ou tarefas domésticas) por algum problema de saúde que você teve ou tem?"

A população total que relatou ter ficado impedido de realizar suas atividades habituais nos 15 dias anteriores à segunda coleta de dados, era composta de 812 indivíduos. Foram excluídos os indivíduos que não preencheram os motivos da restrição (N=11); os que referiram ter buscado serviço de saúde, mas não preencheram nenhum tipo de serviço buscado (N=1); os indivíduos em idade avançada (idade ≥70 anos) (N=1) e aqueles com informação

ausente para escolaridade (N=17), idade (N=1) e busca (N=14). A população final do estudo constituiu-se por um total de 767 indivíduos. A figura 1 a seguir apresenta um fluxograma explicativo da obtenção da população do estudo.

Figura 1 – Fluxograma de obtenção da população final do estudo.



Todos os participantes do estudo apresentavam morbidade aguda, o que tende a melhorar o efeito de variáveis sociais explicativas do uso, por meio do controle de confundimento por restrição. Afinal, a necessidade em saúde é um fator proximal na utilização de serviços e, desta forma, um provável confundidor nos estudos de eqüidade no uso de serviços (Hulka & Wheat, 1985; Andersen, 1995). Além do controle por restrição da variável representativa de morbidade aguda, a análise da necessidade em saúde dos indivíduos foi complementada por duas variáveis, a saber, o tempo de restrição das atividades habituais e o motivo de saúde que causou a restrição, a fim de se identificar variações adicionais na necessidade dos indivíduos, as quais possam estar afetando o padrão de utilização dos serviços de saúde.

Os motivos de saúde que causaram a restrição foram obtidos por meio de pergunta aberta, que permite maior variabilidade nas respostas dos indivíduos. Todos os motivos relatados no segundo censo foram codificados por meio da Classificação Internacional de Cuidados Primários (ICPC-2), em estudo anterior (Sampaio *et. al.* 2008).

O uso de serviços de saúde foi avaliado por meio das variáveis *proxy* busca por serviços de saúde e tipo de serviço buscado.

A busca por serviços de saúde ou a procura por estes serviços seria um dos aspectos da utilização, que engloba ainda o acesso e, num contexto mais amplo, o benefício obtido com o atendimento recebido. No Brasil, levando-se em consideração o elevado índice de atendimento entre os que procuram o serviço, publicado pela PNAD e pela Pesquisa Mundial de Saúde, em 2003, e o fato de esta população específica ter possivelmente um maior acesso, por serem funcionários da UERJ e pela proximidade com o hospital universitário, acredita-se que a variável *proxy* busca deva representar bem a utilização.

Os tipos de serviço avaliados foram farmácia, posto ou centro de saúde, consultório médico (particular ou plano de saúde), consultório odontológico, consultório de outros profissionais de saúde (fisioterapeutas, psicólogos, etc), ambulatório ou consultório de clínica, pronto-socorro ou emergência, hospital (hospital universitário ou outro), laboratório ou clínica para exames complementares, atendimento domiciliar, agente comunitário de saúde, curas espirituais (templos, terreiros, centros, etc) e outros. A opção "Outros" permitia o relato pelo próprio indivíduo. Os relatos de auto-medicação, atividade física, meditação, tratamentos caseiros e massagem, na ausência de outros tipos de serviço buscados, não foram considerados uso de serviços porque não configuram tipos de serviços de saúde. Foram considerados tipos de serviço de saúde buscados, relatados na opção "Outros": contato telefônico ou conversa com médico e utilização de serviços de acupuntura, homeopatia e de pronto-atendimento. Foi criada uma nova categoria denominada "Ambulatórios da Uerj",

referente à busca pelos serviços DESSAUDE, DISCAM e DISHUPE, até então relatados na opção "Outros".

A variável social avaliada foi a escolaridade, definida como categórica de acordo com os estratos de "até 1° grau completo", "2° grau completo" ou "3° grau completo ou mais". Segundo Galobardes *et. al.* (2006), os conhecimentos e habilidades adquiridos por meio da educação afetam o desenvolvimento cognitivo dos indivíduos, tornando-os mais receptíveis a informações educacionais em saúde, mais capacitados para a procura e o acesso aos serviços de saúde e fornecendo os recursos cognitivos necessários para a modificação de comportamentos de risco em saúde. Além disso, para o presente estudo, o uso da variável escolaridade como indicador do nível sócio-econômico dos indivíduos, a fim de se avaliar eqüidade, baseou-se na sua relativa maior facilidade e praticidade de medição e avaliação em questionários auto-preenchíveis, bem como nas altas taxas de resposta das questões relativas à escolaridade, obtidas nestes questionários, em comparação a outras medidas sócio-econômicas, como a renda (Galobardes *et. al.*, 2006).

As variáveis gênero e idade foram analisadas, a fim de se identificar diferenças esperadas no padrão de uso de serviços e efetuar o controle por confundimento, no caso da variável idade. A variável plano de saúde também foi avaliada, utilizando-se as respostas referentes ao primeiro censo. As demais variáveis basearam-se nas respostas do segundo censo.

Todas as análises foram estratificadas, segundo o sexo e escolaridade. Os resultados das variáveis contínuas foram apresentados por meio de valores de mediana e demais quartis, enquanto as variáveis categóricas serão apresentadas como proporções. Foram calculadas proporções de uso de serviço, brutas e ajustadas por idade, e os respectivos intervalos de confiança de 95%. Para as comparações entre os sexos, foram utilizados os testes de Mann-Whitney e o qui-quadrado. Para as comparações dos estratos de escolaridade dentro dos

grupos de homens e mulheres, foram utilizados os testes de Kruskal-Wallis e o qui-quadrado. As análises foram desenvolvidas no programa estatístico Stata versão 9.1.

2.4. RESULTADOS

2.4.1. Características sócio-demográficas

Foram estudados 767 participantes que referiram restrição das atividades habituais nos quinze dias anteriores à entrevista. Em relação às características sócio-demográficas, a maioria era de mulheres (67%) e a mediana de idade era de 41 anos (Intervalo Inter-Quartil - IQR: 35 – 46). Aproximadamente 20% tinham escolaridade de primeiro grau completo ou menos, 38% tinham escolaridade de segundo grau completo e cerca de 43% tinham escolaridade de terceiro grau completo ou mais. Aproximadamente 87,5% dos participantes tinham informação sobre plano de saúde (671/767) e, destes, cerca de 55% possuíam plano de saúde (366/671).

A distribuição dos indivíduos nos diferentes níveis de escolaridade, entre homens e mulheres, foi de, respectivamente, 26% e 17%, para primeiro grau completo ou menos; 37% e 38%, para segundo grau completo; e 37% e 46%, para terceiro grau completo ou mais. A distribuição populacional entre os estratos de escolaridade apresentou diferença estatisticamente significativa entre os sexos ($p=0,008$), havendo maior concentração de mulheres em níveis de escolaridade mais altos, quando comparadas aos homens.

Homens e mulheres apresentaram medianas de idade próximas (mulheres=41; homens=40) Em contrapartida, tanto no grupo de homens como no grupo das mulheres, observou-se um decréscimo da mediana de idade com o aumento do nível de escolaridade, sendo este estatisticamente significativo ($p<0,001$ em ambos os sexos).

Observou-se, na comparação entre os diferentes estratos de escolaridade, um crescimento significativo da presença de plano de saúde com o aumento da escolaridade, em ambos os sexos (p<0,001). Verificou-se ainda uma maior proporção de participantes que relataram possuir plano de saúde no grupo das mulheres, quando comparadas aos homens (p<0,001). (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição da idade e da presença de plano de saúde, segundo escolaridade, estratificada por sexo. Estudo Pró-Saúde, Rio de Janeiro, Brasil, 2001.

		HOMENS		MULHERES	
	N	Idade mediana (IQR[1])	Plano de saúde N (%)	Idade mediana (IQR)	Plano de saúde N (%)
Escolaridade					
Até 1° grau completo	150	45 (39-52)	15 (27)	49 (45-55)	23 (30)
2° grau completo	288	39 (34-43)	25 (29)	40 (36-46)	95 (57)
3° grau completo ou mais	329	37 (32-43)[2]	56 (65)[3]	39 (34-44)[2]	152 (76)[3]
Total	767	40 (35-46)	96 (42)	41 (36-47)	270 (61)[4]

[1]Intervalo Inter-quartil; [2]p<0,001; [3]p<0,001; [4]p<0,001.

2.4.2. Necessidade em saúde

Com relação à duração da restrição de atividades, observou-se que, quanto maior a escolaridade dos indivíduos, menor foi o tempo de restrição (p=0,01 nos homens; p=0,04 nas mulheres) (Tabela 2). No grupo das mulheres, embora para todos os níveis tenha se observado uma mediana de dois dias de restrição, foram observados valores mais elevados de terceiro quartil entre as participantes com os menores níveis de escolaridade.

Tabela 2 – Distribuição do tempo de restrição das atividades habituais, segundo escolaridade, estratificada por sexo. Estudo Pró-Saúde, Rio de Janeiro, Brasil, 2001.

		HOMENS	MULHERES
	N	Tempo mediana (IQR[1])	Tempo mediana (IQR)
Escolaridade			
Até 1° grau completo	150	3 (2-14)	2 (1-7)
2° grau completo	288	2 (1-5)	2 (1-6)
3° grau completo ou mais	329	2 (1-4)[2]	2 (1-3)[3]
Total	767	2 (1-5)	2 (1-5)

[1] Intervalo inter-quartil; [2]p=0,01; [3]p=0,04.

No que diz respeito aos motivos de saúde que causaram a restrição, foi observado que, na população total, os motivos mais freqüentes foram aqueles ligados ao sistema músculo-esquelético (SME), seguidos pelos motivos relativos ao sistema nervoso e os motivos de ordem psicológica.

Entre homens e mulheres, para todos os níveis de escolaridade, o motivo mais freqüentemente citado foi o do capítulo da ICPC-2 referente ao SME. Dentro deste capítulo, o código mais relatado foi o relativo aos sinais e sintomas da região dorsal, para indivíduos com até segundo grau completo, e, da região lombar, para indivíduos com terceiro grau completo ou mais.

Em segundo lugar, entre homens com segundo grau completo e terceiro grau completo ou mais, o motivo mais freqüentemente relatado foi de ordem psicológica e, entre mulheres com segundo grau completo e terceiro grau completo ou mais, o motivo mais citado foi do sistema nervoso. Entre os homens com primeiro grau completo ou menos, o motivo mais relatado foi o relativo ao capítulo "Geral e inespecífico" e, entre mulheres com primeiro grau completo ou menos, o motivo mais relatado foi de ordem psicológica. Dentre os motivos psicológicos, o código mais citado foi o de perturbações depressivas, para indivíduos com até

segundo grau completo e, para indivíduos com terceiro grau completo ou mais, o código mais citado foi o de ansiedade/nervosismo/tensão; entre os códigos do sistema nervoso, o mais relatado foi dor de cabeça; e, entre os do capítulo "Geral e inespecífico", o mais citado foi debilidade/cansaço geral/fadiga.

Em terceiro lugar, o motivo mais relatado entre homens com primeiro grau completo ou menos e terceiro grau completo ou mais foi do aparelho respiratório e, entre os homens com segundo grau completo, foi do sistema nervoso. Entre as mulheres com primeiro grau completo ou menos, os mais relatados foram os do sistema nervoso e os do capítulo "Geral e inespecífico". Entre as mulheres com segundo grau completo e terceiro grau completo ou mais, os mais citados foram os de ordem psicológica. Dentre os motivos do aparelho respiratório, o mais citado foi gripe, para indivíduos com segundo grau completo ou mais e, entre os indivíduos com até primeiro grau completo, o código mais citado foi o relativo a infecção aguda do aparelho respiratório superior.

Quanto maior a escolaridade, foi observada uma redução na freqüência dos motivos relativos ao SME e do aparelho circulatório em homens e mulheres, bem como um aumento nos motivos relacionados ao sistema nervoso e respiratório, também em ambos os sexos. Dentre os motivos do aparelho circulatório, o mais freqüentemente citado, entre os homens, foi o código relativo à pressão arterial elevada e, entre as mulheres, este foi o relativo à hipertensão arterial sem complicações e à elevação da pressão arterial, na mesma proporção.

Nesta população, os homens não apresentaram relato de motivos relacionados ao aparelho genital masculino ou ao capítulo referente a desordens sangüíneas, dos órgãos hematopoiéticos e linfáticos (baço e medula óssea) (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição dos motivos de saúde que causaram a restrição, de acordo com os capítulos da ICPC-2, segundo escolaridade, estratificada por sexo. Estudo Pró-Saúde, Rio de Janeiro, Brasil, 2001.

Motivos (%)			
HOMENS	**Escolaridade**		
	Até 1º grau completo (n=118)	2º grau completo (n=170)	3º grau completo ou mais (n=181)
L. Sistema Músculo-Esquelético	25,4	24,1	21,5
A. Geral e inespecífico	14,4	9,4	12,7
R. Aparelho Respiratório	11,9	12,4	16,6
D. Aparelho Digestivo	11,0	9,4	9,9
P. Psicológico	9,3	17,6	17,1
N. Sistema Nervoso	8,5	15,3	13,8
K. Aparelho Circulatório	7,6	4,7	3,3
F. Olhos	2,5	1,8	1,7
S. Pele	1,7	0,6	1,1
H. Ouvidos	0,8	1,2	0,6
T. Endócrino, Metabólico e Nutricional	0,8	1,8	1,1
Z. Problemas sociais	0,8	0,0	0,0
U. Aparelho Urinário	0,0	1,8	0,6
MULHERES	(n=191)	(n=414)	(n=513)
L. Sistema Músculo-Esquelético	28,3	27,3	19,5
P. Psicológico	16,2	14,5	15,4
N. Sistema Nervoso	11,0	15,7	17,7
A. Geral e inespecífico	11,0	7,7	9,6
K. Aparelho Circulatório	8,9	6,3	2,7
R. Aparelho Respiratório	8,4	9,9	10,1
D. Aparelho Digestivo	5,2	7,0	9,9
X. Aparelho Genital Feminino[1]	2,6	4,1	7,2
F. Olhos	2,1	1,9	1,2
S. Pele	1,6	1,2	0,8
H. Ouvidos	1,0	1,0	1,6
U. Aparelho Urinário	1,0	0,7	1,9
T. Endócrino, Metabólico e Nutricional	0,5	1,2	0,6
W. Gravidez e planejamento familiar	0,5	1,0	1,0
B. Sangue[2]	0,5	0,2	0,4
Z. Problemas sociais	0,0	0,2	0,4

[1]incluindo mamas, [2]incluindo órgãos hematopoiéticos e linfáticos (baço, medula óssea).

2.4.3. Uso dos serviços de saúde

Foram observadas maiores proporções de busca nos menores estratos de escolaridade, em ambos os sexos, para valores brutos, e, o mesmo padrão foi observado, após o ajuste pela variável idade. A proporção de busca por serviços de saúde foi de 77,2% (IC 95% 73,5–80,8), nas mulheres, e de 73,2% (IC 95% 67,7–78,7), nos homens (p=0,23). (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição da busca por assistência de saúde, bruta e ajustada por idade, segundo escolaridade, estratificada por sexo. Estudo Pró-Saúde, Rio de Janeiro, Brasil, 2001.

			HOMENS		MULHERES	
	N	Casos	Proporção (%)		Proporção (%)	
			Bruta (IC 95%)	Ajustada (IC 95%)	Bruta (IC 95%)	Ajustada (IC 95%)
Escolaridade						
Até 1° grau completo	150	127	83,1 (73,7-92,4)	81,1 (68,9-89,3)	85,9 (78,3-93,4)	83,0 (71,9-90,3)
2° grau completo	288	230	71,3 (62,0-80,6)	73,2 (63,2-81,3)	84,0 (78,8-89,2)	84,4 (78,5-88,8)
3° grau completo ou mais	329	225	68,4 (58,9-77,9)	70,8 (60,6-79,3)	68,4 (62,4-74,4)	69,5 (63,2-75,2)
Total	767	582	73,2 (67,7-78,7)	74,2 (68,5-79,3)	77,2 (73,5-80,8)[1]	77,4 (73,5-80,8)

[1]p=0,23.

Em relação ao tipo de serviço de saúde buscado, o hospital foi o serviço mais freqüentemente buscado entre participantes com primeiro grau completo ou menos em ambos os sexos e entre os participantes com segundo grau completo do sexo masculino. De todos os participantes que buscaram hospital, cerca de 85% procuraram o próprio hospital universitário da UERJ e o restante buscou outros hospitais. Entre os participantes com terceiro grau completo ou mais de ambos os sexos e entre os participantes com segundo grau completo do sexo feminino, o consultório médico predominou como principal tipo de serviço buscado. Foi observada uma diminuição na busca por hospitais e um aumento na busca por consultório médico (particular ou plano) com o aumento dos níveis de escolaridade, em ambos os sexos.

Entre os homens, no estrato de maior escolaridade, farmácia foi o terceiro tipo de serviço mais buscado e, nos dois primeiros estratos, posto ou centro de saúde foi o terceiro tipo de serviço mais freqüentemente buscado.

A busca de serviços de laboratório para exames complementares esteve entre os três tipos de serviços mais referidos por mulheres com primeiro grau completo ou menos e com terceiro grau completo ou mais. Os consultórios de outros profissionais foram referidos como o terceiro tipo de serviço mais buscado pelas mulheres com primeiro grau completo ou menos e pelas mulheres com segundo grau completo (Tabela 5).

Tabela 5 – Distribuição do tipo de serviço de saúde buscado, segundo escolaridade, estratificada por sexo. Estudo Pró-Saúde, Rio de Janeiro, Brasil, 2001.

Tipo de serviço de saúde (%)			
HOMENS	**Escolaridade**		
	Até 1° grau completo (n=65)	2° grau completo (n=94)	3° grau completo ou mais (n=95)
Hospital	44,6	41,5	20,0
Consultório médico[1]	18,5	17,0	34,7
Ambulatório ou consultório de clínica	18,5	4,3	4,2
Posto ou centro de saúde	12,3	12,8	8,4
Pronto-socorro ou emergência	12,3	1,1	5,3
Laboratório ou clínica para exames	10,8	5,3	9,5
Consultório de outros profissionais	9,2	7,4	8,4
Farmácia	9,2	11,7	13,7
Consultório odontológico	7,7	3,2	3,2
Atendimento domiciliar	3,1	1,1	0,0
Curas espirituais	3,1	6,4	6,3
Ambulatórios da Uerj[2]	0,0	4,3	3,2
Outros[3]	0,0	0,0	3,2
MULHERES	(n=85)	(n=194)	(n=234)
Hospital	51,8	39,2	19,2
Consultório médico	28,2	40,2	35,5
Consultório de outros profissionais	12,9	11,9	9,0
Laboratório ou clínica para exames	12,9	9,3	11,1
Farmácia	11,8	9,8	7,3
Posto ou centro de saúde	9,4	2,6	3,8
Ambulatório ou consultório de clínica	5,9	3,1	3,4
Pronto-socorro ou emergência	3,5	3,1	4,3
Consultório odontológico	2,4	3,1	4,7
Curas espirituais	2,4	3,1	5,6
Atendimento domiciliar	1,2	0,5	2,1
Outros	1,2	0,5	1,3
Ambulatórios da Uerj	0,0	2,1	1,3

[1]particular ou plano; [2]DESSAUDE, DISCAM, DISHUPE; [3]acupuntura, homeopatia, pronto-atendimento devido à crise, contato telefônico ou conversa com médico.

2.5. DISCUSSÃO

No presente estudo, conduzido em uma população brasileira, em idade laboral, composta por funcionários de uma universidade pública do Rio de Janeiro, verificou-se que os indivíduos pertencentes aos menores estratos da variável social escolaridade apresentaram maior uso dos serviços de saúde, mesmo após o controle por restrição da variável de morbidade, a qual foi avaliada pela restrição de atividades habituais nos últimos quinze dias.

No estudo de avaliação da eqüidade no uso de serviços, baseado em dados da PNAD, a mesma variável de necessidade foi usada (morbidade aguda) no controle por restrição e o resultado observado foi inverso, revelando um padrão de desigualdade social em favor dos mais ricos e de maior escolaridade, na população brasileira (Travassos *et. al.*, 2006). É importante salientar que, na população do presente estudo, indivíduos de níveis sócio-econômicos muito baixos não foram incluídos. Outro estudo, que avaliou desigualdades no acesso segundo renda, em diversos países pertencentes à OECD, observou um padrão de desigualdade em favor dos mais pobres, mesmo após controle por necessidade, em alguns países como Irlanda e Bélgica, e apontou a existência de aspectos financeiros, tais como a isenção de mecanismos de co-pagamento e a redução de taxas para o uso de serviços de saúde entre os mais pobres, sendo possíveis fatores explicativos do achado (Van Doorslaer *et. al.*, 2006).

Algumas hipóteses para esse resultado, observado neste estudo, podem ser aventadas. Em primeiro lugar, a persistência de diferenças na morbidade dos indivíduos, apesar do controle pela variável de necessidade em saúde, poderiam influenciar no maior uso dos serviços de saúde pelos indivíduos de menor escolaridade, já que a necessidade é o determinante principal do uso e apresenta múltiplas dimensões e, desta forma, a variável utilizada poderia não estar captando de forma completa suas possíveis variações. Cabe

ressaltar que a necessidade em saúde dos indivíduos apresentou variações segundo escolaridade, avaliadas pelo tempo de restrição das atividades habituais, o qual foi considerado um marcador de gravidade da necessidade, e pelo motivo de saúde que causou a restrição. O tempo de restrição foi maior quanto menor a escolaridade dos indivíduos, indicando morbidade provavelmente mais grave nos estratos mais baixos. Por outro lado, quanto maior a escolaridade, foi observada uma redução na proporção de motivos relacionados ao SME (sinais e sintomas da região lombar) e circulatório (elevação da pressão arterial ou hipertensão arterial sem complicações) e um aumento na proporção de motivos relacionados ao sistema nervoso (dor de cabeça) e respiratório (gripe). Este padrão poderia estar relacionado a uma morbidade mais grave entre os indivíduos de menor escolaridade, na medida em que a maior ocorrência de motivos relacionados a patologias crônicas estaria conferindo um pior *status* de saúde. Esses achados poderiam estar explicando o maior uso de serviços de saúde no grupo de menor escolaridade, ainda que não totalmente.

Em segundo lugar, a utilização dos serviços de saúde é um comportamento complexo, determinado por uma grande variedade de fatores (Dever, 1988). A última e mais recente fase do modelo de Andersen demonstra essa complexidade, revelando a presença de múltiplos determinantes do uso de serviços e a natureza dinâmica de sua relação (Andersen, 1995). Sendo assim, poderia ser especulado, no presente trabalho, que características ocupacionais, relativas a esta população específica, estariam influenciando o uso de serviços de saúde nos indivíduos de menor escolaridade. Estes indivíduos poderiam necessitar de atestado médico para se ausentar do trabalho, em situação de morbidade aguda, o que influenciaria a sua maior busca por serviços de saúde, apesar de a situação de restrição englobar todas as atividades habituais, não apenas o trabalho. Já em relação ao grupo de maior escolaridade do estudo Pró-Saúde, espera-se que este seja composto por indivíduos que apresentem maior flexibilidade em suas relações de trabalho, os quais não necessitariam de atestado médico para

interromper suas atividades habituais, ao menos no que diz respeito às situações de menor duração da restrição. Dessa forma, as características da própria relação de trabalho destes indivíduos, como, por exemplo, as relações de demanda-controle, poderiam estar influenciando o seu comportamento na busca por serviços de saúde. Por fim, em uma possível situação de menor barreira de acesso aos serviços, devido à proximidade ao hospital universitário, este comportamento tenderia a ser melhor observado.

No único estudo encontrado que avaliou uma população em idade laboral, composta de funcionários públicos, conduzido na Inglaterra, não foram verificadas diferenças no uso de serviços de saúde segundo a posição hierárquica ocupacional, após o controle por morbidade, indicando um padrão de eqüidade no uso (Britton *et. al.*, 2004). No entanto, além do estudo ter sido conduzido no contexto de um país desenvolvido, onde podem existir diferenças no tocante às relações de trabalho comparativamente ao Brasil, a variável de necessidade empregada no estudo foi baseada em sintomas de doença e resultados de exames realizados pelo médico, o que pode ter conferido melhor controle. No entanto, estudo conduzido na população geral da Inglaterra mostrou iniqüidade no uso de consultas ambulatoriais em favor dos mais pobres (Van Doorslaer *et. al.*, 2006).

Sendo assim, nesta população específica, pode ser especulado que a variável escolhida para representar morbidade (restrição de atividades habituais) estaria interagindo com um determinado fator ocupacional (necessidade de atestado médico), o qual varia de acordo com os níveis de escolaridade, produzindo o resultado observado. Dessa forma, nossos resultados sugerem que o emprego da restrição de atividades habituais por motivo de saúde como variável de necessidade deva ser melhor discutido no contexto da avaliação do uso de serviços em uma população laboral, pois pode existir uma interação entre esta variável e fatores ocupacionais, pelo menos na realidade brasileira.

As mulheres utilizaram mais serviços de saúde, mas a diferença entre os sexos não foi estatisticamente significativa nesta população. Diversos estudos apontam para a associação positiva entre o sexo feminino e o uso de serviços de saúde (Mendoza-Sassi & Béria, 2001; Hulka & Wheat, 1985). Os motivos acerca dessa associação envolvem diferentes aspectos, desde aqueles relacionados a crenças da sociedade, como a visão de que o cuidado em saúde é uma tarefa feminina e o imaginário masculino de que os homens são invulneráveis, o maior uso de serviços por mulheres em idade fértil, relacionado a motivos ginecológicos e obstétricos, até aqueles relacionados à falta de serviços de saúde direcionados especificamente aos homens e a dificuldade deles em obter cuidado, uma vez que precisam trabalhar e nem sempre possuem tempo disponível ou são liberados para cuidar da saúde (Gomes *et. al.*, 2007). Nessa população específica, na qual homens e mulheres trabalham, este último aspecto pode coexistir em ambos os sexos, podendo contribuir na redução das diferenças esperadas no uso de serviços entre os gêneros. Em estudo conduzido na população geral brasileira, com base em dados da PNAD de 1998, as taxas de procura por serviços de saúde nos últimos quinze dias anteriores à entrevista foram maiores nas mulheres (15,8%) do que nos homens (10,1%) e as taxas de utilização seguiram o mesmo padrão, devido à prevalência de atendimento elevada e praticamente invariável entre os gêneros (Pinheiro *et. al.*, 2002).

Observou-se, ainda, que os indivíduos de menor escolaridade utilizaram mais os hospitais, ao passo que, os indivíduos de maior escolaridade utilizaram mais os consultórios médicos particulares ou de planos de saúde. A presença de plano de saúde aumentou com o aumento da escolaridade, o que está de acordo com os achados da literatura, que mostram associação positiva entre nível sócio-econômico e presença de plano de saúde (Schoen & Doty, 2004). Cerca de oitenta por cento da população que procurou atendimento em hospitais buscou no próprio hospital universitário, mas não se sabe se a busca foi por serviços ambulatoriais ou de internação. De toda forma, a maior busca por hospitais entre os

indivíduos de menor escolaridade pode ter sido provocada pela existência de uma morbidade mais grave neste grupo, no que diz respeito aos serviços de internação.

As limitações do presente estudo estão relacionadas a três aspectos principais. Em primeiro lugar, conforme já comentado, a medida empregada para o ajuste da necessidade pode ter ocasionado algum confundimento residual. No entanto, como as variáveis de utilização e de necessidade foram analisadas para um mesmo período de tempo específico, referente à situação de morbidade aguda, acredita-se que elas, a princípio, estejam bem correlacionadas (Travassos *et. al.*, 2002). Adicionalmente, a análise da morbidade foi ampliada para outras duas variáveis para a sua melhor compreensão. Em segundo lugar, foi utilizada a variável *proxy* busca, e não o próprio uso de serviços, para representar a utilização. A busca ou procura por serviços de saúde não representa a totalidade da dimensão da utilização de serviços, que engloba também aspectos relacionados ao acesso e, em algumas situações, o benefício recebido. Entretanto, o elevado índice de demandas atendidas observado em alguns inquéritos nacionais sugere que esta variável possa apresentar boa representatividade da variável de origem. E, em terceiro lugar, não foi feita a comparação do uso com indivíduos sem restrição de atividades habituais, conforme demonstrado em estudo anterior, devido à ausência desta informação na coorte estudada (O'Donnell & Propper, 1989). Por fim, seria interessante, em estudos futuros, a avaliação da ocupação como variável social, uma vez que foi levantada a hipótese de que fatores ocupacionais possam estar envolvidos com maior intensidade no uso de serviços, bem como a avaliação de mais de um marcador de posição sócio-econômica, nesta população.

Concluindo, o presente estudo verificou um padrão de desigualdade social no uso de serviços de saúde em favor dos indivíduos de menor escolaridade, em uma população brasileira economicamente ativa, em idade laboral, mesmo após o controle pela variável de necessidade. Este padrão foi inverso ao observado para a população brasileira, segundo

resultados da PNAD após o controle por necessidade (Travassos *et. al.*, 2006). Por esta razão, acredita-se que apenas as diferenças remanescentes em relação à morbidade dos indivíduos não sejam suficientes para explicar o achado. Não obstante, os fatores ocupacionais, como a necessidade de atestado médico entre os indivíduos de menor escolaridade, devem exercer maior influência no uso de serviços de saúde nesta população específica. Além disso, o maior uso de serviços de serviços de saúde não pressupõe maior nível de saúde, haja visto que, nesta população, apesar da desigualdade social no uso de serviços ter ocorrido em favor dos menos favorecidos, os resultados apontam para uma desigualdade social em saúde em favor dos mais favorecidos.

2.6. REFERÊNCIAS (ARTIGO)

Almeida, C., Travassos, C., Porto, S., Labra, M.E. Health sector reform in Brazil: a case study of inequity. *Int J Health Serv 2000; 30: 129-162;*

Andersen, R.M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal oh Health and Social Behavior 1995; 36(1): 1-10*;

Andersen, A.S., Aday, L.A. Access to medical care in the U.S.: realized and potential. *Medical Care 1978; 16: 533-546;*

Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 1998. Acesso e Utilização de Serviços de Saúde. Rio de Janeiro: IBGE; 2000;

Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2003. Acesso e Utilização de Serviços de Saúde. Rio de Janeiro: IBGE; 2005;

Britton, A., Shipley, M., Marmot, M., Hermingway, H. Does access to cardiac investigation and treatment contribute to social and ethnic differences in coronary heart disease? Whitehall II prospective cohort study. *BMJ 2004; 329 (7461): 318-323;*

Dever, G.E.A. A Epidemiologia na Administração dos Serviços de Saúde. São Paulo: Livraria Pioneira e Editora, 1988. Cap. I, pg. 211;

Faerstein, E., Chor, D., Lopes, C.S., Werneck, G.L. Estudo Pró-Saúde: características gerais e aspectos metodológicos. *Rev. Bras. Epidemiol. 2005; 8(4)*;

Ferreira, A.B.H. Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira (2ª Ed.); 1986. pp. 675;

Galobardes, B., Shaw, M., Lawlor, D.A., Smith, G.D., Lynch, J. Indicators of socioeconomic position. In: Oakes, J.M., Kaufman, J.S. Methods in Social Epidemiology. Chapter 3. Jossey-Bass; 2006. pp. 47-85;

Gomes, R., Nascimento, E.F., Araújo, F.C. Por que os homens buscam menos os services de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad Saúde Pública 2007; 23(3): 565-574;*

Hulka, B.S., Wheat, J.R. Patterns of utilization – the patient perspective. *Medical Care 1985; 23(5): 438-460*;

Instituto Nacional do Câncer (INCA). Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis, 2002-2003. http://www.inca.gov.br/inquerito/ (acessado em dezembro de 2007);

Mendoza-Sassi, R. e Béria, J.U. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cad. Saúde Pública 2001; 17(4): 819-832*;

Mendoza-Sassi, R., Béria, J.U., Barros, A.J.D. Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study. *Rev Saúde Pública 2003; 37 (3): 372-378;*

O'Donnell, O., Propper, C. Equity and the distribution of national health service resources. Discussion paper. The Welfare State Programme. Suntory Toyota International Centre for Economics and Related Disciplines, London School of Economics, 1989. pp. 1-23;

Organização Mundial de Saúde. Pesquisa Mundial de Saúde, 2003. Coordenação: Célia Landmann Szwarcwald e Francisco Viacava. http://www.ensp.fiocruz.br/eventos_processabusca2.cfm?ID_evento=1549 (acessado em dezembro de 2007);

Pinheiro, R.S., Viacava, F., Travassos, C., Brito, A.S. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva 2002; 7(4): 687-707;*

Sampaio, M.M.A., Coeli, C.M., de Miranda, N.N., Faerstein, E., Werneck, G.L., Chor, D., Lopes, C.S. Confiabilidade Interobservador da Classificação Internacional de Cuidados Primários. *Revista de Saúde Pública [no prelo] 2008;*

Schoen, C., Doty, M.M. Inequities in access to medical care in five countries: findings from the 2001 Commonwealth Fund International Health Policy Survey. *Health Policy 2004; 67: 309-322;*

Szwarcwald, C.L., Leal, M.C., Souza, W.V. Desigualdades sócio-econômicas em saúde no Brasil: resultados da Pesquisa Mundial de Saúde, 2003. *Rev Bras Saúde Mat Infant 2005; 5 (Supl 1): S11-S22;*

Travassos, C., Oliveira, E.X.G., Viacava, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciência & Saúde Coletiva 2006; 11(4): 975-986*;

Travassos, C., Viacava, F., Fernandes, C., Almeida, C.M. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva 2000; 5(1): 133-149*;

Travassos, C., Viacava, F., Pinheiro R., Brito, A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Rev Panam Salud Publica 2002; 11(5-6): 365-373*;

Van Doorslaer, E., Masseria, C., Koolman, X. Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *CMAJ 2006; 174(2): 177-180;*

Wan, T.T.H., Soifer, S.J. Determinants of physician utilization: a causal analysis. *Journal of Health and Social Behavior 1974; 15: 999-1009;*

Wright, E.O. Rethinking, once again, the concept of class structure. In: The Debate on Classes. London: Wright Ed; 1989. pp. 269-348.

ANEXO

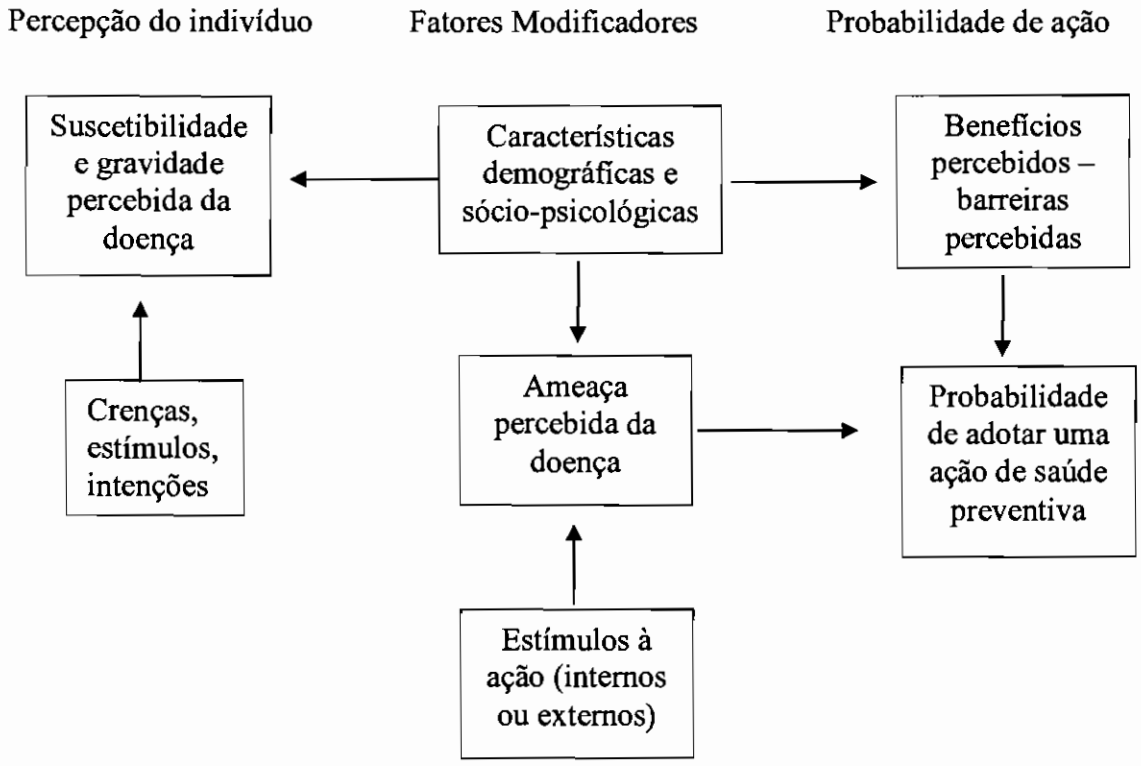
Os demais modelos teóricos explicativos do uso, a saber, o modelo de crenças em saúde, o modelo de Dutton e o modelo de Evans & Stoddart serão descritos a seguir. Ao final desta seção, uma tabela irá sumarizar as principais características dos modelos teóricos de uso abordados nesta dissertação.

Modelo de crenças em saúde (*health belief model*)

O modelo comportamental baseado nas crenças dos indivíduos foi desenhado nos anos 50, a fim de explicar falhas na adesão aos programas de prevenção e detecção precoce de doenças. Ele busca explicar o comportamento dos indivíduos em relação à saúde e ao uso de serviços, segundo suas crenças, intenções e percepções dos riscos (Travassos & Martins, 2004). Segundo sua hipótese principal, a decisão de se realizar um exame preventivo ou diagnóstico não é feita se as seguintes condições não forem atendidas: a) o indivíduo está psicologicamente preparado para realizar a ação (*readiness to act*), e este estado de prontidão dependerá do quanto ele se sente susceptível a contrair a condição em questão e da percepção da gravidade das conseqüências da mesma para a sua saúde; b) a crença de que o exame preventivo ou diagnóstico é viável e apropriado para a sua saúde, de que o mesmo poderá diminuir sua susceptibilidade ou gravidade percebida e de que não há barreiras psicológicas importantes para a tomada de ação; c) presença de um fator de estímulo, uma espécie de "gatilho" para a tomada de ação, o qual pode ser interno (p.ex. percepção de alterações orgânicas) ou externo (p.ex. relações inter-pessoais, influência dos meios de comunicação, propagandas de médicos ou dentistas, conhecimento de indivíduos que contraíram a doença, dentre outros). Este modelo analisa o comportamento de indivíduos saudáveis na utilização de serviços de prevenção e tratamento e os seus determinantes. Neste caso, tem maior aplicabilidade em classes sociais mais altas do que nas baixas, pois as crenças e os

comportamentos de saúde, que estão relacionados a uma maior preocupação com o futuro e com a longevidade, tendem a serem mais presentes em níveis sócio-econômicos mais elevados (Rosenstock, 1966).

Figura 4 – Modelo de crenças em saúde.

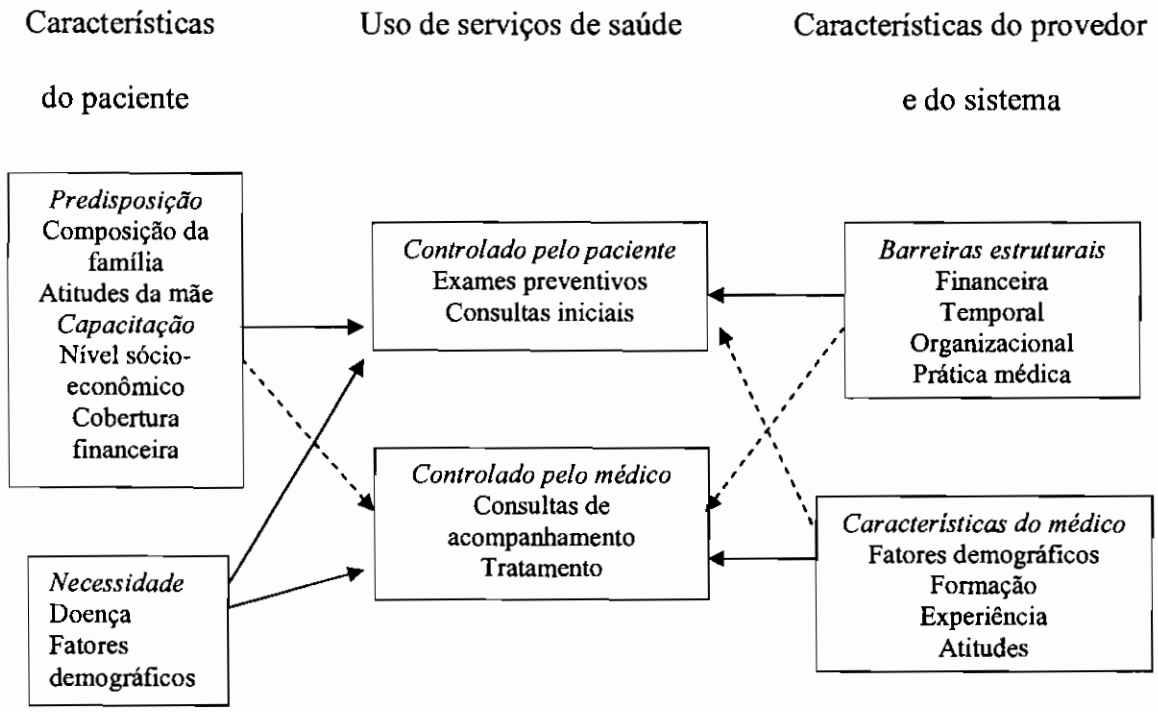


Modelo de Dutton

O modelo proposto por Dutton, publicado em 1986, analisa fatores financeiros, organizacionais e profissionais que afetam a utilização dos serviços de saúde, tomando como base um inquérito de 3.058 indivíduos, entre adultos e crianças. A utilização é vista como o produto de características do paciente, do prestador do cuidado e do sistema de saúde. Consiste num dos poucos modelos que inclui características individuais do prestador/ profissional de saúde como fatores de explicação do uso. Neste modelo, as características dos pacientes são compostas pelos determinantes individuais definidos por Andersen; as características dos médicos são determinadas por aspectos demográficos, de formação, experiência e atitudes; e as características do sistema são relacionadas aos obstáculos

estruturais que influenciam a utilização, tais como: financeiros, temporais (tempo de espera e distância), organizacionais e aqueles ligados à prática médica. A autora mostra que diferentes tipos de serviços podem ser influenciados por diferentes fatores. O uso de exames preventivos e a primeira consulta são, em geral, fatores controlados pelo paciente, e que dependerão de suas características e das barreiras estruturais do sistema. Já o uso de consultas subseqüentes e a realização de tratamentos estão relacionados ao controle pelos médicos, dependendo da necessidade de saúde do paciente e das características destes profissionais. Segundo a autora, os elementos determinantes de uma consulta de primeira vez são distintos daqueles que influenciam as consultas subseqüentes; no entanto, a necessidade de saúde permanece um determinante importante em todos os tipos de uso de serviços (Travassos & Martins, 2004; Dutton, 1986).

Figura 5 – Modelo de Dutton.



Modelo de Evans & Stoddart

Evans & Stoddart propuseram, em 1990, a criação de um modelo mais complexo, flexível e de fácil compreensão, que representasse a grande variedade das relações dos determinantes de saúde, chamado de "Modelo de Produção da Saúde". Este foi criado em várias etapas, evoluindo em sua complexidade, na medida em que eram identificadas inadequações nos estágios anteriores. Constituiu-se, portanto, de cinco estágios principais. No primeiro e mais simples estágio, chamado de "modelo simples de feedback entre a saúde e o cuidado em saúde", o foco principal era a relação entre a doença (ausência de saúde) e o cuidado, sendo a saúde representada em termos de categorias e capacidades do cuidado. O indivíduo que se sente doente procura um sistema de cuidado, onde será diagnosticada a doença e definido o cuidado específico. Esta interação é mediada pela necessidade do indivíduo e pelo acesso ao cuidado. O sistema responde positivamente através da provisão do cuidado e este, através de sua efetividade, diminuirá o nível de doença. O segundo estágio do modelo, chamado de "modelo de feedback da expansão dos sistemas de cuidado", reflete a crise financeira dos sistemas de cuidado com a situação de tensão entre as necessidades crescentes e os recursos diminuídos. A demanda por cuidado aumenta consideravelmente, assim como seus custos, e começam a surgir interesses pela efetividade com a qual os serviços de cuidado respondem às necessidades, representados pela expansão da Epidemiologia Clínica, da avaliação do cuidado em saúde e de pesquisas dos serviços de saúde. Um terceiro estágio do modelo foi desenvolvido para introduzir significado aos determinantes de saúde. Estes foram categorizados em: estilo de vida, ambientais, biológicos e organizacionais dos sistemas de cuidado. Este estágio do modelo enfatizou a importância da saúde como objetivo primordial e a existência de diversos determinantes para alcançá-la, e não apenas a provisão do cuidado. A quarta etapa do modelo apresentou duas mudanças estruturais: a introdução dos determinantes sociais na relação com a saúde, o que, segundo os

autores, poderia explicar o achado de que a morbidade e a mortalidade variam de acordo com o gradiente sócio-econômico; e a distinção entre doença, a qual é diagnosticada e tratada pelo sistema de cuidado, e saúde e função, que seria o conceito de saúde/ doença, percebido pelo indivíduo, o qual é ampliado para o seu bem-estar. Na quinta e última etapa, os autores introduzem a idéia de que a expansão dos sistemas de cuidado pode trazer efeitos negativos para a saúde dos indivíduos, na medida em que seus gastos excessivos impedem investimentos em outros setores que poderiam promover o bem-estar e, da mesma forma, aumentar a saúde da população (Evans & Stoddart, 1994).

Figura 6 – Modelo de Evans & Stoddart.

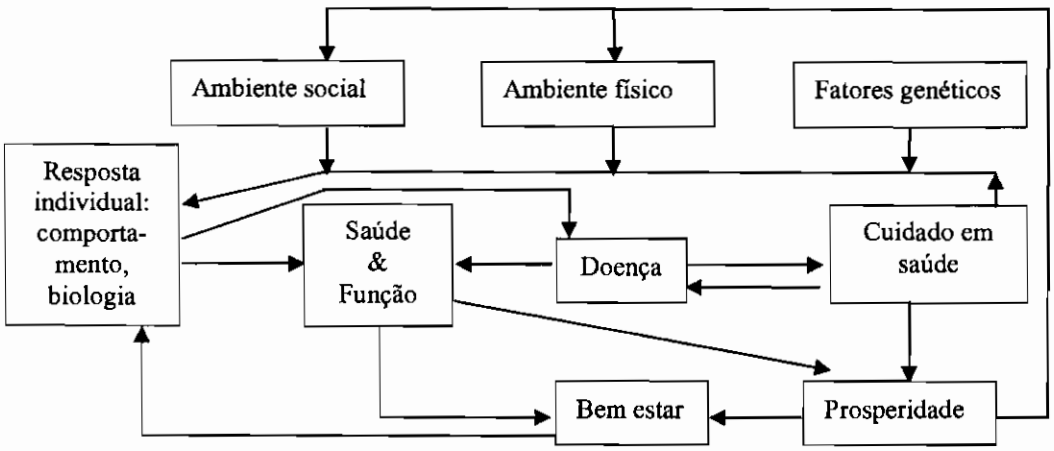


Tabela 6 – Síntese das principais características dos modelos teóricos do uso de serviços de saúde: Crenças em saúde, Andersen, Dutton e Evans & Stoddart, com relação aos determinantes do uso considerados e as especificações encontradas.

Modelos	Determinantes do uso	Especificações
Crenças em Saúde (1950-1960)	• *Readiness to act* • Crença na efetividade do exame • Fator de estímulo (interno/externo)	• Uso de serviços preventivos • Baseado nas crenças, percepções e ações dos indivíduos
Andersen (1968)	• Fatores de predisposição • Fatores de capacitação • Necessidade em saúde	• É o modelo mais utilizado • Necessidade é o determinante mais proximal no uso • Discute conceito de acesso
Andersen (1970)	• Fatores de predisposição • Fatores de capacitação • Necessidade em saúde • Sistema de saúde	• Conceito de satisfação do consumidor (desfecho final do modelo)
Andersen (1980-1990)	• Fatores de predisposição • Fatores de capacitação • Necessidade em saúde • Sistema de saúde	• Práticas pessoais de saúde (interação com o uso) • Conceito de estado de saúde percebido e avaliado (desfecho final do modelo)
Dutton (1986)	• Fatores do paciente (determinantes de Andersen) • Fatores do prestador • Fatores do sistema	• Introduz fatores do prestador (demográficos, formação, atitudes) como determinante do uso
Evans & Stoddart (1990)	• Determinantes de saúde • Acesso • Necessidade	• Conceito de saúde ampliado para bem estar • Efeito negativo da expansão dos sistemas de cuidado
Andersen (1995 em diante)	• Fatores de predisposição • Fatores de capacitação • Necessidade em saúde • Sistema de saúde	• Enfatiza a natureza dinâmica do modelo de uso