

Juvenal S Dias-da-Costa^I

Denise P Gigante^I

Bernardo L Horta^I

Fernando C Barros^{II}

Cesar G Victora^I

Utilização de serviços de saúde por adultos da coorte de nascimentos de 1982 a 2004-5, Pelotas, RS

Pattern of health services utilization by adults of the Pelotas birth cohort from 1982 to 2004-5, Southern Brazil

RESUMO

OBJETIVO: Descrever o padrão de utilização de serviços de saúde por adultos jovens.

MÉTODOS: Estudo longitudinal em Pelotas (RS), em que os indivíduos foram localizados no seu nascimento em 1982 e acompanhados até os 23 anos. O desfecho foi definido por informações coletadas sobre consultas com profissionais de saúde realizadas no ano anterior à entrevista entre 2004 e 2005. Os locais de consulta foram categorizados como públicos, privados ou planos de saúde. Análises descritivas foram realizadas para utilização e tipo de serviço de saúde. Regressão de Poisson foi utilizada na análise ajustada.

RESULTADOS: Dos entrevistados, 72,0% tiveram consulta com profissionais de saúde no ano anterior à entrevista; 86,2% (IC 95% 84,7;87,7) das mulheres e 59,3% (IC 95% 57,3;61,3) dos homens. Mesmo quando excluídas as consultas com ginecologista, as mulheres continuavam tendo mais consultas do que os homens, 68,4% (IC 95% 66,4;70,4). A utilização dos serviços de saúde foi mais freqüente entre os entrevistados de melhor nível socioeconômico. Diferença de menor uso em relação à cor da pele não branca foi observada somente entre os jovens do sexo masculino. Houve diferenças em relação ao tipo de profissional consultado por homens e mulheres e também conforme a renda familiar. Homens e mulheres consultaram mais freqüentemente o sistema público, os serviços conveniados e em menor proporção o sistema privado.

CONCLUSÕES: A situação socioeconômica influenciou a utilização e o tipo de serviço de saúde, com homens e mulheres classificados como “pobres no momento”, indicando menor utilização de serviços. Tais diferenças socioeconômicas podem ser indicativas de dificuldades de acesso ao sistema de saúde.

DESCRIPTORIOS: Adulto. Serviços de Saúde, utilização. Cobertura de Serviços de Saúde. Fatores Socioeconômicos. Gênero e Saúde. Estudos de Coortes. Brasil.

^I Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil

^{II} Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento. Universidade Católica de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Juvenal Soares Dias da Costa
Programa de Pós-Graduação em
Epidemiologia – UFPEL
R. Marechal Deodoro, 1160
96020-220 Pelotas, RS, Brasil
E-mail: episodio@terra.com.br

Recebido: 15/10/2007
Revisado: 30/4/2008
Aprovado: 7/5/2008

ABSTRACT

OBJECTIVE: To describe the pattern of health services utilization by young adults.

METHODS: Longitudinal study in Pelotas (Southern Brazil), in which the individuals were identified at birth in 1982 and followed up until 23 years of age. The outcome was defined by information collected about visits to health professionals that were attended in the year before the interview, between 2004 and 2005. The places where the visits occurred were categorized as public, private or belonging to health plan systems. Descriptive analyses were carried out for utilization and type of health service. Poisson Regression was employed in the adjusted analysis.

RESULTS: Of the interviewees, 72.0% visited health professionals in the year before the interview; 86.2% (95% CI 84.7;87.7) of the women and 59.3% (95% CI 57.3;61.3) of the men. Even when gynecological visits were excluded, the women still attended more visits than the men, 68.4% (95% CI 66.4;70.4). Health services utilization was more frequent among interviewees of better socioeconomic level. A difference of lower use in relation to non-white skin color was observed only among male youths. There were differences regarding the type of professional visited by men and women and also according to family income. Men and women used more frequently the public system, the health plan system and, in a smaller proportion, the private system.

CONCLUSIONS: The socioeconomic situation influenced the utilization and the type of health service, with men and women classified as “poor at the moment”, which indicates lower utilization of services. Such socioeconomic differences may indicate difficulties in the access to the health system.

DESCRIPTORS: Adult. Health Services, utilization. Health Services Coverage. Socioeconomic Factors. Gender and Health. Cohort Studies. Brazil.

INTRODUÇÃO

O acesso universal à saúde de elevada qualidade atenua as desigualdades entre pobres e ricos.⁸ Há evidências de que a atenção básica ajuda a prevenir morbimortalidade, sendo responsável pela distribuição mais equânime de saúde entre populações.¹³ O uso da investigação epidemiológica sobre o desempenho e a utilização de serviços de saúde é essencial, pois produz conhecimentos sobre os sistemas e serviços de saúde possibilitando orientar o desenho de políticas e a melhoria de sua qualidade.¹⁴

O atendimento à saúde materno-infantil tem sido estudado nas coortes de nascimento de Pelotas.^{3,4,7,16} Em 1982, a saúde materno-infantil já parecia adequada em termos quantitativos: existia uma rede de serviços públicos nos quais as mães podiam consultar durante o pré-natal e as crianças podiam ser atendidas quanto às suas necessidades de cuidados curativos e preventivos. No entanto, as mães e crianças mais pobres de maior risco de morbi-mortalidade apresentavam indicadores de cobertura – tais como ingresso e número de consultas de pré-natal, partos realizados por médicos,

cobertura vacinal e número de consultas preventivas no primeiro ano de vida – significativamente inferior à recebida pelas mães e crianças de maior poder aquisitivo e menor risco.¹⁶

Os padrões de utilização dos serviços de saúde durante a gestação, no parto e no primeiro ano de vida foram novamente estudados quando foram comparadas as crianças pertencentes às coortes de 1982 e 1993.⁴ A análise revelou dados referentes a dois momentos distintos do processo de reforma sanitária ocorrido no município de Pelotas, com aumento da oferta de serviços de saúde entre os dois períodos. Na segunda coorte houve aumento no número de consultas durante o pré-natal e uma maior proporção de mulheres havia começado o pré-natal antes do quinto mês de gestação.⁴ Durante esse período de 11 anos também foram observadas maiores proporções de partos assistidos por médicos e de cesarianas. Em relação à saúde infantil, enquanto houve um aumento na cobertura vacinal, um menor número médio de consultas foi observado nas crianças

da coorte de 1993. Contudo, a média anual de consultas foi maior de dez, superior às sete consultas preconizadas pelo Ministério da Saúde.⁴ Embora a maior parte dos indicadores mostrasse padrões elevados de consumo de assistência e indicasse melhorias no período, a avaliação relativa aos indicadores socioeconômicos revelou que os serviços de saúde continuavam concentrando esforços nas camadas da população com maior nível socioeconômico. Esses achados reforçaram os diferenciais sociais já observados na assistência às mães e crianças pertencentes à coorte de 1982 e confirmaram a Lei dos Cuidados Inversos de Hart (1971).⁶

Um estudo mais recente³ das três coortes de nascimento de Pelotas (1982, 1993 e 2004) mostrou que melhorias nas condições da saúde materno-infantil ocorreram em todas as faixas de renda, situação previdenciária e risco gestacional. No entanto, aumentos na cobertura dos serviços foram mais acentuados no grupo de baixa renda, e esses níveis já eram elevados em 1982 nas famílias de maior renda familiar.³

O presente estudo tem por objetivo descrever o padrão de utilização dos serviços de saúde por adultos jovens.

MÉTODOS

Detalhes metodológicos do estudo de coorte de nascimento em Pelotas estão publicadas em outros artigos.^{1,18,19} No estudo perinatal, realizado em 1982, todas as crianças nascidas nas maternidades de Pelotas (responsáveis por mais de 99% dos partos) foram recrutadas e suas mães entrevistadas. Foram colhidas informações sobre a saúde materno-infantil, incluindo a assistência à gestação e ao parto. Nessas entrevistas foram também coletadas informações socioeconômicas e demográficas das mães das crianças pertencentes ao estudo de coorte. Considerando que na época do estudo perinatal a universalidade do atendimento à saúde ainda não havia sido implantada, a filiação previdenciária no momento do parto foi investigada.

Os dados referentes à utilização de serviços de saúde foram colhidos no último acompanhamento de toda a coorte realizado em 2004 e 2005, quando os jovens estavam com idade aproximada a 23 anos, por meio de entrevistas.

Considerou-se desfecho a utilização de serviço de saúde no último ano, definida por consultas com médicos (clínico geral, ginecologista, psiquiatra ou outro especialista), psicólogos e nutricionistas realizadas no ano anterior à entrevista. Foram também coletadas informações sobre o motivo e o local de cada consulta realizada. Os locais de consultas foram categorizados como públicos, privados e planos de saúde. Foram considerados como serviços públicos aqueles próprios ou conveniados no Sistema Único de Saúde; privados quando o valor das

consultas foi integralmente pago pelo entrevistado; e plano de saúde quando o entrevistado referia adesão a algum plano, sem distinção se coletivo ou individual.

A cor da pele foi auto-classificada pelos entrevistados. A variável mudança de renda familiar entre 1982 e 2004-5 foi construída utilizando-se a transição de tercis nesses períodos. Os entrevistados foram classificados nas seguintes categorias: sempre pobre (aqueles pertencentes ao tercil inferior de renda tanto em 1982, como em 2004-5); pobre → não pobre (tercil inferior para tercil médio ou superior); não pobre → pobre (tercil médio ou superior para o tercil inferior); e nunca pobres (tercil médio ou superior em 1982 e 2004-5). A escolaridade foi contabilizada em anos completos de estudo.

Análises descritivas foram realizadas para utilização e tipo de serviço de saúde. Estudos realizados no Brasil têm mostrado que as mulheres tiveram mais consultas do que os homens justificando que a análise tenha sido estratificada por sexo.^{9,15}

Análise estratificada por sexo levou em consideração cor da pele, renda familiar em 1982, mudança de renda familiar entre 1982 e 2004-5 e escolaridade do jovem aos 23 anos de idade.

Foi realizada regressão de Poisson bruta e ajustada analisando os efeitos dessas variáveis sobre a realização de consulta de saúde. A análise ajustada foi realizada com modelo onde as variáveis foram incluídas de forma hierárquica. Dessa forma, no primeiro nível da análise ajustada foram incluídas cor da pele e renda familiar em 1982. A mudança de renda entre 1982 e 2004-5 também foi analisada com ajuste para cor da pele. Nos níveis subsequentes da análise foram mantidas as variáveis que apresentassem nível de significância $p < 0,2$. Todas variáveis determinando escolaridade do jovem foram incluídas no último nível da análise ajustada.

Consentimento informado verbal foi obtido dos responsáveis pelas crianças nas fases do estudo de 1982-1986, como era a prática comum naquela época, quando inexistia um comitê de ética na Universidade Federal de Pelotas. Nas fases recentes, o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade, filiado ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), aprovou o estudo, sendo obtido consentimento informado por escrito dos participantes.

RESULTADOS

Consultas com profissionais de saúde no ano anterior à entrevista foram realizadas por 72% dos entrevistados: 86,2% (IC 95% 84,7;87,7) das mulheres tiveram consultas, e entre homens 59,3% (IC95% 57,3;61,3). Quando excluídas consultas com ginecologista, as mulheres continuavam a apresentar mais consultas do que os homens, 68,4% (IC 95% 66,4;70,4).

Os principais motivos de consulta referidos foram classificados como fatores que influenciam o estado de saúde (manifestações classificadas conforme nomenclatura da Classificação Internacional de Doenças-10ª revisão) (39,1%), sinais e sintomas e considerados anormais (19,1%), doenças do aparelho respiratório (10,7%), transtornos mentais (5,4%), causas externas (4,3%) e doenças de pele (4,1%).

A utilização de serviço de saúde foi mais freqüente entre os jovens de cor de pele branca com renda familiar de 6,1 a 10 salários mínimos em 1982, assim como os que foram classificados como pobres em 1982 ou 2004-5. Menor proporção de consultas médicas aos 23 anos foi observada entre os jovens que haviam nascido com baixo peso, mas essa diferença não foi estatisticamente significativa. A consulta com profissional de saúde foi mais freqüente entre os jovens que concluíram o ensino médio (Tabela 1).

Conforme Tabela 1, os resultados da associação das variáveis independentes com a utilização dos serviços de saúde segundo sexo do entrevistado foram semelhantes ao que havia sido observado para o grupo todo.

Na análise ajustada, homens com cor da pele preta ou parda e os que eram pobres em 1982 e 2004-5 tiveram menos consultas no ano anterior à entrevista. A utilização de serviços de saúde foi diretamente proporcional ao aumento da escolaridade do jovem (Tabela 2).

Os resultados para as mulheres foram semelhantes aos que foram observados nos homens no que se refere à renda familiar, mudança de renda e escolaridade do jovem. Por outro lado, na análise ajustada, nenhuma relação foi observada entre a cor da pele e a proporção das que consultaram no ano anterior à entrevista (Tabela 3).

Ao analisar o tipo de profissional consultado segundo renda familiar e sexo do entrevistado, observou-se que a proporção de consultas com clínico geral foi semelhante entre os diferentes grupos de renda familiar. Por outro lado, a proporção de consultas com médico especialista foi quatro vezes maior entre os homens que pertenciam ao maior grupo de renda, comparados àqueles de menor renda familiar em 1982. Consultas com psiquiatra, psicólogo e nutricionista foram menos freqüentes entre os homens e diferiram quanto à renda

Tabela 1. Prevalência de utilização de serviço de saúde por adultos jovens de acordo com variáveis sociodemográficas. Pelotas, RS, 1982 a 2004-5.

Variável	Total		Homem		Mulher	
	n	%	n	%	n	%
Cor da pele ^{*,**}		<0,001***		<0,001***		0,003***
Branca	3.238	74,5	1658	62,2	1580	87,5
Preta ou parda	908	66,2	471	50,5	437	83,1
Renda familiar-1982 (SM)**		<0,001****		<0,001****		0,006****
≤ 1	852	64,3	438	48,9	414	80,7
1,1 a 3	2.126	72,8	1095	59,3	1031	87,2
3,1 a 6	800	75,1	417	63,1	383	88,3
6,1 a 10	252	80,6	130	73,1	122	88,5
> 10	244	79,5	123	70,7	121	88,4
Mudança de renda (1982 → 2004-5)**		<0,001****		<0,001****		<0,001****
Sempre pobre	708	64,4	335	47,5	373	79,6
Não pobre → pobre	714	69,6	360	53,8	374	84,0
Pobre → não pobre	665	68,6	340	54,7	305	84,9
Nunca pobre	2.209	76,9	1178	65,6	1031	89,7
Escolaridade do jovem (anos)**		<0,001****		<0,001****		<0,001****
0 - 4	350	58,9	209	46,9	141	76,6
5 - 8	1.208	61,3	718	47,2	490	82,0
9 - 11	2.069	76,9	1010	65,0	1059	88,2
≥ 12	669	85,1	276	79,0	393	89,3
Total****	4.296	72,3	2213	59,3	2083	86,2

SM: Salário mínimo

* 150 entrevistados se auto-classificaram como amarelos ou indígenas

** De 4.297 entrevistados em 2004-5 houve falta de informação para até 23 pessoas (0,5% dos entrevistados).

*** Teste do qui-quadrado para heterogeneidade

**** Teste do qui-quadrado para tendência linear

***** Para um entrevistado em 2004-5 não havia informação sobre utilização de serviço de saúde

Tabela 2. Análises bruta e ajustada das variáveis independentes sobre a utilização de serviço de saúde entre jovens do sexo masculino. Pelotas, RS, 1982 a 2004-5.

Variável	Análise bruta			Análise ajustada*		
	RP	IC 95%	p	RP	IC 95%	p
Cor da pele			<0,001**			0,003**
Branca	1	-		1	-	
Preta ou parda	0,81	0,74; 0,90		0,95	0,91; 0,99	
Renda familiar -1982 (SM)			<0,001***			<0,001***
≤ 1,0	0,69	0,60;0,80		0,73	0,63;0,85	
1,1-3,0	0,84	0,74;0,95		0,86	0,76;0,98	
3,1-6,0	0,89	0,78;1,02		0,90	0,79;1,03	
6,1-10,0	1,03	0,89;1,21		1,04	0,89;1,21	
> 10,0	1	-		1	-	
Mudança de renda (1982→2004-5)			<0,001***			<0,001***
Sempre pobre	0,72	0,64;0,82		0,75	0,67;0,87	
Não pobre → pobre	0,82	0,74;0,91		0,83	0,74;0,92	
Pobre → não pobre	0,83	0,75;0,92		0,87	0,78;0,97	
Nunca pobre	1	-		1	-	
Escolaridade do jovem (anos)****			<0,001***			<0,001***
0 - 4	0,59	0,50;0,69		0,64	0,54;0,75	
5 - 8	0,60	0,54;0,66		0,62	0,55;0,69	
9 - 11	0,82	0,76;0,89		0,83	0,76;0,91	
≥ 12	1	-		1	-	

SM: Salário mínimo

* As variáveis do primeiro nível (cor da pele renda familiar em 1982) foram ajustadas entre si e mantidas no modelo de análise com $p < 0,2$. Mudança de renda ajustada para cor da pele.

** Teste de Wald para heterogeneidade

*** Teste de Wald para tendência linear

**** Escolaridade do jovem ajustada para cor da pele e renda familiar em 1982.

familiar, haja vista as proporções de consulta com esses profissionais terem sido maiores entre os jovens com maior renda familiar (Figura 1).

Ainda na Figura 1 observa-se que a proporção de consultas com clínico geral diminuiu com o aumento da renda familiar das mulheres e, inversamente, houve aumento na proporção de consultas com outros médicos especialistas conforme o aumento da renda. Para as consultas com ginecologista as proporções foram semelhantes entre os distintos grupos de renda familiar. De forma semelhante ao observado entre homens, as proporções de consultas com psiquiatras, psicólogos e nutricionistas foram inferiores a 10% em todos os grupos, atingindo 10% apenas entre as mulheres dos maiores grupos de renda familiar.

Quanto ao tipo de serviço de saúde utilizado, homens e mulheres tiveram consultas mais freqüentemente no sistema público, nos serviços conveniados e em menor proporção no sistema privado. Proporcionalmente, os homens tiveram mais consultas no sistema privado do que as mulheres (Figura 2).

A análise do tipo de serviço de saúde utilizado no ano anterior à entrevista conforme mudança de renda familiar também indicou diferenças entre as categorias. Houve predomínio de utilização do sistema público por cerca de metade dos entrevistados classificados na categoria com renda média ou superior. Nesta, também foram observadas as maiores proporções de utilização dos serviços privados e conveniados (Figura 3).

Em cada tipo de serviço analisado, público, conveniado ou privado foi observado um gradiente de utilização conforme a categoria de mudança de renda. Por exemplo, o percentual de 3,1% daqueles que sempre estiveram na categoria inferior de renda e utilizavam os serviços privados elevou-se para 8,9% entre os que descenderam da categoria média ou superior para a inferior, subiu para 11,0% entre os que ascenderam da categoria mais baixa em 1982 para a categoria média ou superior em 2005 até atingir 12,3% entre aqueles que sempre foram classificados na categoria média ou superior. Os gradientes de mudança de renda também foram observados no sistema público. Por exemplo, enquanto 83,3% dos entrevistados que sempre estiveram na categoria inferior de renda utilizaram o sistema

Tabela 3. Análises bruta e ajustada das variáveis independentes sobre a utilização de serviço de saúde entre jovens do sexo feminino. Pelotas, RS, 1982 a 2004-5.

Variável	Análise bruta			Análise ajustada*		
	RP	IC 95%	p	RP	IC 95%	p
Cor da pele			0,03**			0,11**
Branca	1			1		
Preta ou parda	0,95	0,91; 0,99		0,96	0,92; 1,01	
Renda familiar -1982 (SM)			0,006***			0,03***
≤ 1,0	0,91	0,84;0,99		0,93	0,86;1,01	
1,1-3,0	0,99	0,92;1,06		1,00	0,93;1,07	
3,1-6,0	1,00	0,93;1,07		1,00	0,93;1,08	
6,1-10,0	1,00	0,91;1,10		1,00	0,92;1,10	
> 10,0	1	-		1	-	
Mudança de renda (1982→ 2004-5)			<0,001***			<0,001***
Sempre pobre	0,89	0,84;0,94		0,90	0,85;0,95	
Não pobre → pobre	0,94	0,89;0,98		0,94	0,89;0,99	
Pobre → não pobre	0,95	0,90;1,00		0,96	0,91;1,01	
Nunca pobre	1	-		1	-	
Escolaridade do jovem (anos)****			<0,001***			0,003***
0 - 4	0,90	0,80;1,00		0,89	0,80;0,98	
5 - 8	0,90	0,90;1,00		0,94	0,88;1,00	
9 - 11	1,00	0,90;1,00		0,99	0,95;1,04	
≥ 12	1	-		1	-	

SM: Salário mínimo

* As variáveis do primeiro nível (cor da pele renda familiar em 1982) foram ajustadas entre si e mantidas no modelo de análise com $p < 0,2$. Mudança de renda ajustada para cor da pele.

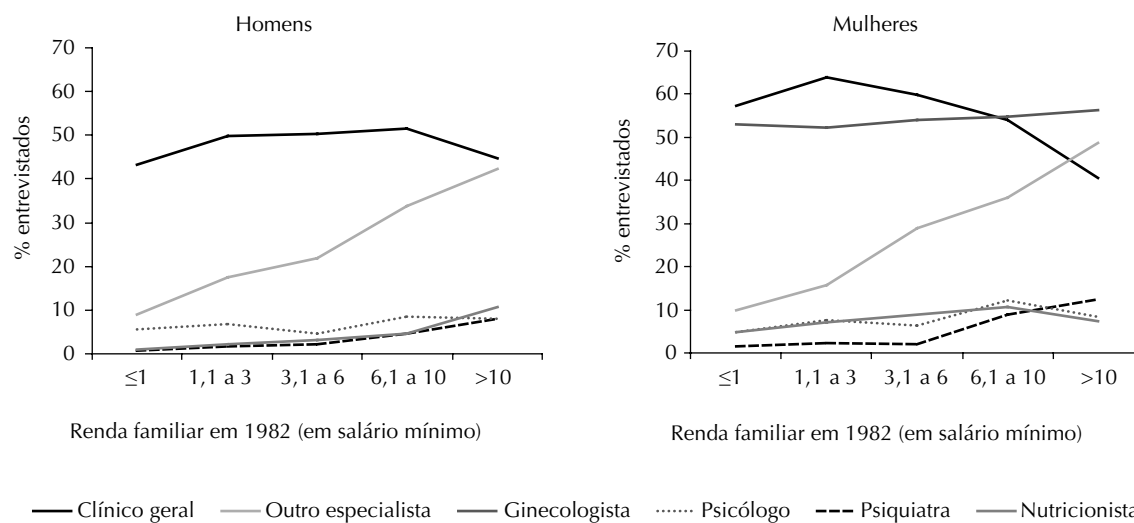
** A Teste de Wald para heterogeneidade

*** Teste de Wald para tendência linear

**** Escolaridade do jovem ajustada para cor da pele e renda familiar em 1982.

público, o percentual foi de 67,0 entre aqueles que descenderam, diminuindo para 61,6% entre os que ascenderam da categoria inferior em 1982 para a categoria média ou superior em 2004-5, atingindo 50,0%

entre aqueles que sempre foram classificados nas categorias média ou superior. O percentual de utilização de serviços conveniados também mostrou diferença por categorias de mudança de renda (Figura 3).

**Figura 1.** Especialidade do profissional de saúde consultado conforme renda familiar em 1982 entre jovens. Pelotas, RS, 1982 a 2004-5.

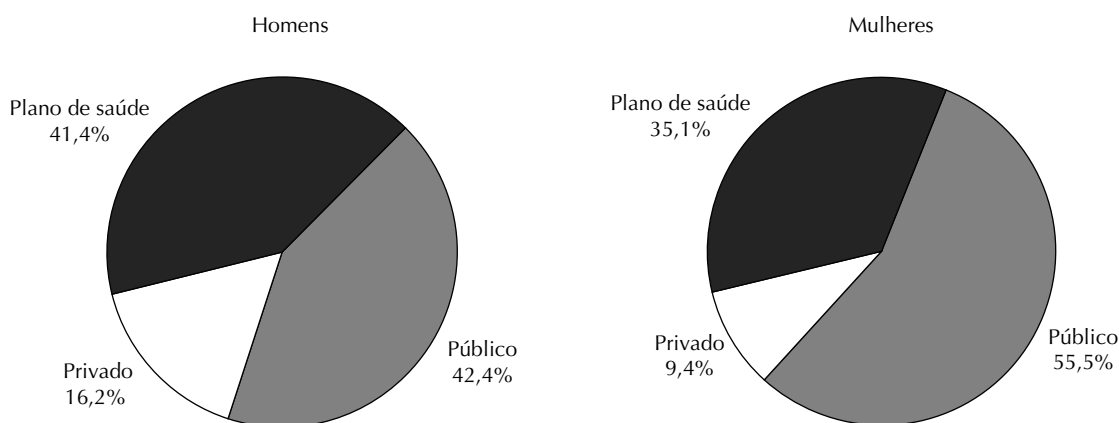


Figura 2. Tipo de serviço de saúde utilizado conforme sexo do entrevistado. Pelotas, RS, 1982 a 2004-5.

DISCUSSÃO

Os jovens estão propensos a acidentes, violências e problemas decorrentes do consumo de drogas lícitas ou ilícitas. Dados do Sistema de Informações de Mortalidade revelam que no estado do Rio Grande do Sul, 2.390 indivíduos entre 20 e 29 anos de idade morreram no ano de 2000, dos quais 1.416 (59,2%) óbitos foram classificados como causas externas de morbidade e mortalidade. Em nenhuma outra faixa etária, durante o ano de 2000, as mortes por causas externas tiveram a mesma importância. A análise por sexo mostrou que dos 1.416 óbitos por mortes causas externas, 1.271 (89,7%) eram indivíduos do sexo masculino. Ainda que o predomínio por mortes violentas entre os homens seja evidente, os óbitos por causas externas também são o principal motivo de óbitos entre as mulheres, atingindo 27% na faixa etária de 20 a 29 anos.^a No presente estudo as causas externas aparecem entre os cinco principais motivos de consultas em serviços de saúde. Contudo, observa-se que, no Brasil, a morbimortalidade nessa faixa etária é muito baixa em relação às outras idades e existem diferenças na oferta de serviços de saúde para mulheres e homens. Assim, não existem programas de saúde específicos direcionados à população masculina enquanto as mulheres podem ser contempladas com intervenções em saúde como pré-natal, prevenção do câncer ginecológico e planejamento familiar. Mesmo em uma população de adultos jovens, menos propensos a doenças, os resultados do presente estudo mostraram que as mulheres tiveram mais consultas do que os homens.

A comparação entre os percentuais de utilização de serviços de saúde entre a população da coorte de Pelotas com outro estudo nacional revelou diferenças. Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada em 1998 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, mostrou que 36% dos homens e 56,1% das

mulheres entre 15 e 24 anos, residentes em zona urbana do Brasil, haviam tido consulta com médico nos últimos 12 meses.¹⁰ Assim, por meio dos intervalos de confiança verificou-se que tanto os homens como as mulheres da coorte obtiveram um percentual de consultas superior ao encontrado no País.

Estudos sobre a utilização de serviços de saúde podem contribuir para a organização da assistência, uma vez que permitem estabelecer níveis de cobertura e identificar grupos populacionais excluídos. Os atributos, por exemplo, que definem a qualidade de serviços de saúde do ponto de vista coletivo são: o acesso facilitado, a distribuição equitativa da atenção e a efetividade dos cuidados a um custo financeiro que seja suportável para a sociedade.²

A Constituição Federal institui que o Sistema Único de Saúde deve oferecer atenção universal, integral, equânime e que os serviços devam ser organizados

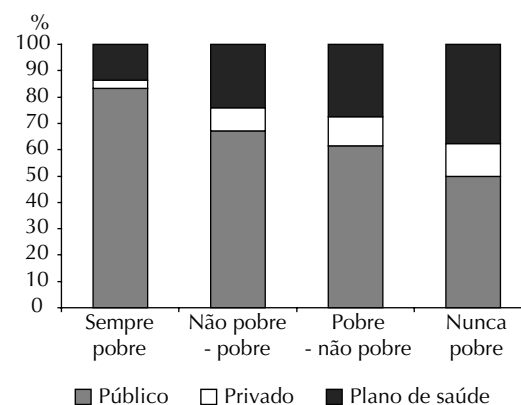


Figura 3. Tipo de serviço de saúde utilizado conforme mudança de renda familiar. Pelotas, RS, 1982 a 2004-5.

^a Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Sistema de Informações sobre mortalidade [internet]. Brasília; 2007. [acesso em 10 mar 2007]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2007/matriz.htm#mort>

regional e hierarquicamente. Ambas as definições são semelhantes quanto ao acesso facilitado e à equidade da atenção.

A análise por tipo de profissional mostrou diferenças principalmente em relação ao acesso às especialidades médicas pelas pessoas de maior renda. Contudo, há evidências mostrando que para doenças comuns específicas os cuidados prestados pelos clínicos são tão bons quanto os realizados por especialistas e melhores quando as medidas de qualidade (como por exemplo as que produzem impacto na prevenção) são genéricas. Para condições menos comuns, os cuidados oferecidos pelos clínicos com suporte de especialistas podem ser melhores. Entretanto, para situações raras os cuidados de especialistas são imprescindíveis.¹³ Assim, esse achado pode ser explicado pela dificuldade de acesso a determinadas especialidades e a fatores culturais de julgamento de melhor cuidado por parte do usuário.

Na análise ajustada do presente estudo, os resultados confirmaram que a situação socioeconômica avaliada por meio da mudança de renda teve efeito sobre a utilização de serviços de saúde no último ano tanto em homens como em mulheres. A existência de diferenças entre essas variáveis socioeconômicas pode ser indicativa de dificuldades de acesso ao sistema de saúde, o que surpreende diante da oferta de serviços de saúde em Pelotas. A cobertura de atenção básica em Pelotas foi estabelecida desde a década de 1980, contando com a participação de unidades da Secretaria Municipal de Saúde, da Secretaria Estadual de Saúde e de duas universidades. Um estudo de base populacional sobre a utilização de serviços médicos ambulatoriais pela população adulta de Pelotas em 1992 apresentou elevada média de consultas (3,0 consultas por habitante/ano).⁵ Tal análise não mostrou diferenças entre as médias

de consultas entre as categorias de classe econômica (classificação Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa) e classe social (classificação de Bronfman) que representavam as variáveis socioeconômicas. Entretanto, o estudo mostrou significativas diferenças entre os tipos de serviços de saúde e as categorias socioeconômicas. Entre os indivíduos que consultaram nos últimos três meses, 30% recorreram aos serviços conveniados, 29% ao sistema público e 41% ao sistema privado ou serviços filantrópicos.⁵ Em 2004, a rede pública de saúde em Pelotas compreendia 56 unidades básicas de saúde, cerca de 30% oferecidas pelo Programa Saúde da Família, além de serviços vinculados a seguros de saúde. Em praticamente todos os bairros e comunidades do município existem serviços públicos de saúde o que poderia justificar elevados percentuais de procura em todas as categorias da variável mudança de renda.

O princípio de equidade pressupõe tratar de forma prioritária as populações mais vulneráveis socialmente ou que apresentam reconhecidos riscos à saúde.¹⁹ A equidade parte do pressuposto que os indivíduos são diferentes entre si, merecendo então tratamento diferenciado que elimine ou reduza a desigualdade. Estudos realizados em Pelotas têm revelado falta de equidade em saúde.^{11,12} Contudo, observa-se que os diferenciais por situação socioeconômica para determinadas ações tendem a diminuir à medida que as pessoas menos necessitadas atingiram maiores coberturas. As iniquidades diminuem posteriormente aos indivíduos mais ricos obterem novos níveis mínimos para os indicadores de cobertura, quando então os pobres passam a atingir maior acesso às intervenções.¹⁷ Portanto, o achado em relação à diminuição de acesso observada entre os homens e as mulheres de “pobres no momento” pode sugerir falta de equidade para grupos populacionais, e conseqüentemente, para a necessidade de reorganização dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Barros FC, Victora CG, Horta BL, Gigante DP. Metodologia do estudo da coorte de nascimentos de 1982 a 2004-5, Pelotas, RS. *Rev Saude Publica*. 2008;42(Supl 2):7-15.
2. Campbell SM, Roland MO, Buetow SA. Defining quality of care. *Soc Sci Med*. 2000;51(11):1611-25. DOI: 10.1016/S0277-9536(00)00057-5
3. César JA, Matijasevich A, Santos IS, Barros A JD, Dias da Costa JS, Barros FC, et al. Utilização de serviços de saúde materno-infantis em três coortes de base populacional no sul do Brasil, 1982-2004. *Cad Saude Publica*. 2008;24(Sup 3):427-436.
4. Costa JSD, Victora CG, Barros FC, Halpern R, Horta BL, Manzolli P. Assitência médica materno-infantil em duas coortes de base populacional no Sul do Brasil: tendências e diferenciais. *Cad Saude Publica*. 1996;12(Supl 1):S59-66. DOI: 10.1590/S0034-89101997000400005
5. Costa JSD, Facchini LA. Utilização de serviços ambulatoriais em Pelotas: onde a população consulta e com que frequência? *Rev Saude Publica*. 1997;31(4):360-9.
6. Hart JT. The inverse care law. *Lancet*. 1971;1(7696):405-12.
7. Halpern R, Barros FC, Victora CG, Tomasi E. Atenção pré-natal em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 1993. *Cad Saude Publica*. 1998;14(3):487-92. DOI: 10.1590/S0102-311X1998000300004
8. Marmot M. Health in an unequal world. *Lancet*. 2006;368(9552):2081-94. DOI: 10.1016/S0140-6736(06)69746-8
9. Mendoza-Sassi R, Béria JU, Barros AJD. Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study. *Cad Saude Publica*. 2003;37(3):372-8.
10. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos V, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Cienc Saude Coletiva*. 2002;7(4):687-707. DOI: 10.1590/S1413-81232002000400007
11. Quadros CA, Victora CG, Costa JSD. Coverage and focus of a cervical cancer prevention program in southern Brazil. *Rev Panam Salud Publica*. 2004;16(4):223-32. DOI: 10.1590/S1020-49892004001000001
12. Scowitz ML, Menezes AMB, Gigante DP, Tessaro S. Condutas na prevenção secundária do Câncer de Mama e fatores associados. *Rev Saude Publica*. 2005;39(3):340-9. DOI: 10.1590/S0034-89102005000300003
13. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 2005;83(3):457-502. DOI: 10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x
14. Travassos C, Novaes HMD. Investigação e avaliação em serviços de saúde [editorial]. *Cad Saude Publica*. 2004;20(Supl 2):S144-5.
15. 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):365-73.
16. Victora CG, Barros FC, Vaughan JP. Epidemiologia da desigualdade. São Paulo: Hucitec; 1989.
17. Victora CG, Vaughan JP, Barros FC, Silva AC, Tomasi E. Explaining trends in inequities: evidence from Brazilian child health studies. *Lancet*. 2000;356(9235):1093-8. DOI: 10.1016/S0140-6736(00)02741-0
18. Victora CG, Barros FC. Cohort profile: the 1982 Pelotas (Brazil) birth cohort study. *Int J Epidemiol*. 2006;35(2):237-42. DOI: 10.1093/ije/dyi290
19. Victora CG, Barros FC, Lima RC, Behague DP, Gonçalves H, Horta BL, et al. The Pelotas birth cohort study, Rio Grande do Sul, Brazil, 1982-2001. *Cad Saude Publica*. 2003;19(5):1241-56. DOI: 10.1590/S0102-311X2003000500003

Artigo baseado em dados da pesquisa "Coorte de nascimentos de Pelotas 1982", realizada pelo Programa de Pós-graduação em Epidemiologia - Universidade Federal de Pelotas.

O estudo da coorte de nascimentos de 1982 é atualmente financiado pela iniciativa da Wellcome Trust intitulada Major Awards for Latin America on Health Consequences of Population Change. Fases anteriores do estudo foram financiadas pelo International Development Research Center, pela Organização Mundial da Saúde, pelo Overseas Development Administration, pela União Européia, pelo Programa Nacional de Núcleos de Excelência (PRONEX) e pelo Conselho Nacional de Pesquisa e Ministério da Saúde.

Este artigo seguiu o mesmo processo de revisão por pares de qualquer outro manuscrito submetido a este periódico, sendo garantido o anonimato entre autores e revisores. Editores e revisores declaram não haver conflito de interesses que pudesse afetar o processo de julgamento do artigo.

Os autores declaram não haver conflito de interesses.