

ACESSO E USO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

considerações sobre os resultados da Pesquisa de Condições de Vida 2006

RITA BARRADAS BARATA

Resumo: O artigo comenta alguns dos resultados sobre acesso e utilização de serviços de saúde na Região Metropolitana de São Paulo, provenientes da Pesquisa de Condições de Vida – PCV 2006, realizada pela Fundação Seade, comparando-os com dados da PCV 1994 e com dados para o Brasil, obtidos do suplemento de saúde da PNAD 2003, do IBGE.

Palavras-chave: Acesso e utilização de serviços de saúde. Desigualdades sociais e uso de serviços de saúde. Vulnerabilidade social e política de saúde.

Abstract: The paper comments some aspects on access and use of health services for the metropolitan population of Sao Paulo and it compares these figures with the dates from PCV 1994 and PNAD 2003.

Key words: Access and use of health services. Social inequalities and use of health services. Social vulnerability and health police.

acesso e a utilização de serviços de saúde dependem de um conjunto de fatores que podem ser esquematicamente divididos em determinantes da oferta e determinantes da demanda. Pelo lado da oferta, a pré-condição mais importante é a existência dos serviços. A partir da existência física dos serviços de saúde, passam a modular a oferta aspectos relativos às acessibilidades geográfica (localização, vias de acesso, transporte público, entre outros), cultural (padrões de atendimento e normas de conduta aceitáveis ou não pela população a ser assistida), econômica (existência ou não de taxas moderadoras do uso) e organizativa (modo de funcionamento e organização da prestação, principalmente a densidade tecnológica do serviço ofertado) (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Pelo lado da demanda, o principal determinante de uso dos serviços é o estado ou necessidade de saúde. A necessidade percebida, ou seja, a identificação de um problema pelo usuário é o motor mais importante da demanda e se sobrepõe, normalmente, a outras considerações de ordem demográfica e social. A característica demográfica mais importante na determinação do consumo de ações e atividades de saúde é a idade, fator profundamente relacionado ao estado de saúde, enquanto entre os aspectos sociais podem ser citadas as questões de gênero, etnia, escolaridade, renda e classe social. Todos esses fatores influenciam o modo e a quantidade de consumo de serviços de saúde, no âmbito populacional (BALLANTYNE, 1999; MENDONZA-SASSI; BÉRIA, 2001; BARATA et al., 2007a).

Portanto, assim como outros aspectos do modo de vida relacionados à esfera do consumo, o acesso e o uso de serviços de saúde tendem a refletir os níveis de desigualdades existentes na sociedade.

A vulnerabilidade de indivíduos, grupos sociais ou populações a diferentes problemas de saúde pode ser analisada em três dimensões complementares, determinantes para a produção do processo saúde/doença em sua dimensão coletiva: vulnerabilidade individual relacionada a características demográficas e sociobiológicas dos indivíduos acometidos; vulnerabilidade social relativa às condições de inserção social dos indivíduos ou grupos sociais no processo produtivo e reprodutivo da sociedade; e vulnerabilidade programática, decorrente de características das políticas públicas e das respostas sociais aos problemas de saúde.

Desse ponto de vista, as condições de acesso e utilização dos serviços de saúde podem ser pensadas como parte dos aspectos que compõem a vulnerabilidade programática, ou seja, que possibilitam ou não, aos diferentes grupos sociais, o acesso aos recursos necessários para fazer frente a seus problemas de saúde. Entretanto, a vulnerabilidade no acesso e uso de serviços de saúde relaciona-se também com as outras dimensões de vulnerabilidade, visto que as características demográficas e sociais são determinantes do uso de serviços, pelo lado da demanda.

Uma política de saúde com as características do Sistema Único de Saúde procura, através da realização dos princípios da universalidade, integralidade e equidade, compensar, no plano do consumo, as desigualdades produzidas pela organização social.

INDICADORES COMPOSTOS

A vulnerabilidade social é uma situação complexa, cuja mensuração exige a consideração de várias dimensões das condições de vida. Do mesmo modo que a mensuração da pobreza, a vulnerabilidade social exige uma abordagem multidimensional.

Nos inquéritos populacionais, a operacionalização de variáveis para caracterização do modo de vida dos diferentes grupos populacionais requer estratégias que permitam sumarizar um conjunto de dimensões.

Estas sínteses podem ser obtidas através de diferentes recursos técnicos: uso de um conjunto selecionado de variáveis simples; uso de indicadores sintéticos; uso de indicadores compostos ou modelagem matemática.

O uso de múltiplas variáveis simples associadas ao padrão de utilização de serviços, embora possa ser suficiente para diagnosticar e evidenciar as desigualdades existentes tem valor heurístico reduzido, na medida em que não permite identificar a desvantagem acumulada em determinados grupos sociais, encobrendo a real magnitude da vulnerabilidade desses grupos (DOMINGUEZ-BERJÓN; BORRELL, 2005).

Já os indicadores sintéticos padecem da limitação de agregarem variáveis nem sempre distribuídas de maneira semelhante, ou seja, ao se agregarem elementos cuja distribuição apresenta diferentes aspectos de concentração e assimetria, produz-se um indicador incapaz de refletir, de maneira adequada, os diferentes graus de vulnerabilidade, além de mesclar dimensões ignorando hierarquias.

Os indicadores compostos baseados em variáveis indicadoras de diferentes dimensões da vida, distribuídas de modo a respeitar as hierarquias entre elas, uma vez que a classificação não reduz todas a um contínuo artificial de valores, apresentam potencial heurístico maior na identificação de grupos vulneráveis.

A Fundação Seade possui uma família de indicadores compostos, construídos a partir dessa lógica de identificação da multidimensionalidade de conceitos complexos e da operacionalização deles por meio da construção de classificações, gerando indicadores compostos. Exemplos dessas iniciativas são o indicador de pobreza elaborado para as pesquisas de condições de vida, o Índice Paulista de Responsabilidade Social – IPRS e o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social – IPVS (FUNDAÇÃO SEADE, 1990, 2000, 2002, 2006).

A análise dos resultados da Pesquisa de Condições de Vida – PCV 2006, segundo os estratos populacionais construídos a partir do IPVS, permite ampliar a análise para além das condições de pobreza, buscando identificar associações entre graus de vulnerabilidade e acesso e uso de serviços de saúde.

COMPARAÇÃO ENTRE ALGUNS RESULTADOS DA PCV 1994 E PCV 2006 PROCURA POR ATENDIMENTO NOS ÚLTIMOS 30 DIAS

Entre 1994 e 2006, a procura por serviços de saúde nos 30 dias que antecederam a realização das entrevistas passou de 28,1% para 38,3% da população residente na Região Metropolitana de São Paulo. Este aumento, provavelmente, reflete o progressivo envelhecimento da população, gerando maior demanda por serviços de saúde. Nesses 12 anos, a população com 60 anos ou mais cresceu 38%, passando de 7% para 8% sua participação na população total.

Outro aspecto que merece investigação é a ampliação da oferta de atenção básica, em decorrência da implementação do SUS. A maior oferta e facilidade de acesso a serviços de saúde poderiam também estimular a maior procura por parte da população.

Segundo os dados de 2006 (FUNDAÇÃO SEADE, 2006), a procura é semelhante nos dois estratos de vulnerabilidade social, para possuidores ou não de planos de saúde e para brancos e negros. Estes dados já apontam a complexidade dos aspectos envolvidos no acesso e utilização de serviços de saúde, sugerindo a existência de motivos variados para tal demanda entre a população com melhores ou piores condições de vida. Supostamente, os moradores das áreas com maior vulnerabilidade social apresentam situação de saúde pior e deveriam ter maior demanda por serviços. Entretanto, é sabido que pessoas com melhores condições de vida e em melhor situação de saúde demandam, principalmente, consultas médicas e atividades preventivas (RIBEIRO et al., 2006). A comparação bruta entre os dois estratos não revela a diversidade de situações em cada grupo.

As diferenças na procura por serviços foram observadas segundo faixa etária, gênero, anos de escolaridade e faixas de renda. Para gênero e idade, o aspecto observado é coerente com o descrito na literatura, com maior procura pelas mulheres em qualquer estrato de vulnerabilidade social e para os menores de 14 e os maiores de 44 anos (PINHEIRO et al., 2002; BARATA et al., 2007b). Embora o padrão de distribuição etário seja igual nos dois estratos de vulnerabilidade social, observa-se menor demanda naquele

com menor vulnerabilidade para os jovens de 15 a 19 anos, os adultos de 45 a 59 anos e para os idosos com 60 anos e mais, sugerindo melhor nível de saúde nesse estrato. Para os demais grupos etários, a demanda foi idêntica nos dois estratos.

Com relação aos anos de escolaridade, a demanda por serviços de saúde mostrou-se inversamente proporcional, refletindo a pior condição de saúde nos grupos com menor escolaridade. Para as classes de renda analisadas, a procura foi semelhante entre os grupos com renda inferior a três salários mínimos e menor para aqueles com mais de três salários mínimos.

TIPO DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE PROCURADO

Na pesquisa de 1994, os estabelecimentos de saúde foram classificados em apenas dois grupos: com internação, incluindo hospitais e prontos-socorros procurados por 40,7% dos indivíduos; e sem internação, englobando todas as modalidades de atendimento ambulatorial, inclusive pronto-atendimento, procurados por 59,3% das pessoas. Os dados de 2006 mostram aumento relativo da procura por hospitais e prontos-socorros (47,1%) e redução para serviços ambulatoriais (50,7%).

Este resultado, aparentemente contraditório com a expansão da atenção básica na região, pode estar refletindo o predomínio de problemas de saúde que necessitam de intervenções hospitalares ou de urgência, como aqueles resultantes do crescimento da violência urbana, acidentes de trânsito, neoplasias e doenças cardiovasculares que dominam o perfil de morbidade e mortalidade atual. No início do período, os óbitos por esse conjunto de causas correspondiam a 59% do total de óbitos, enquanto no final chegavam a 63% dos óbitos.

Enquanto em 1994 o tipo de serviço mais procurado era o pronto-socorro, em 2006 passou a ser o Centro de Saúde, sugerindo mudança no modelo de assistência, com ampliação da oferta de atenção básica.

Taxa de Atendimento

Entre as pessoas que procuraram serviços de saúde, 94,7% em 1994 e 93,5% em 2006 conseguiram ser

atendidos, sugerindo assim ampla cobertura nas duas oportunidades. A maioria dos atendimentos (93,5%) ocorreu no mesmo dia da procura, este dado sugere que, além da cobertura ampla, quase universal, o acesso aos serviços pode ser considerado fácil.

Pagamento pelo Atendimento

Em 1994, 52% dos indivíduos mencionaram não ter realizado pagamento pelo atendimento, 38% recorreram a serviços pré-pagos e 10% pagaram do próprio bolso. Em 2006, observaram-se aumento relativo dos indivíduos atendidos gratuitamente (62%) e redução daqueles que procuraram serviços pré-pagos (35%) e dos que efetuaram pagamento direto (3%).

Estes dados sugerem a expansão da prestação de serviços pelo SUS e a redução das prestações via planos de saúde e pagamento direto (redução de mais de três vezes nesse último caso). O decréscimo relativo dos atendimentos pagos pelos planos de saúde pode estar refletindo a diminuição do emprego formal e, conseqüentemente, do benefício obtido através do contrato de trabalho.

O fato de aproximadamente 13% de proprietários de planos de saúde terem procurado atendimentos pelo SUS demonstra que parcela não desprezível dos indivíduos com cobertura privada preferem utilizar os serviços públicos, seja pela qualidade e o prestígio de alguns deles, como por exemplo o Incor, seja pelas restrições impostas pelos planos ao uso de determinados serviços, como a permanência em UTI e os tratamentos oncológicos (FUNDAÇÃO SEADE, 2006).

Atendimentos Odontológicos

Apenas a PCV 2006 possui informações sobre atendimentos odontológicos. Cerca de 11% das pessoas demandaram atendimento odontológico nos 30 dias que antecederam a entrevista. A demanda por este tipo de atenção foi significativamente maior na população residente em áreas de baixa ou nula vulnerabilidade social.

Ao contrário do que foi observado para o atendimento médico, a maioria dos indivíduos teve que pagar diretamente pelo atendimento (63%). Apenas 11% dos atendimentos foram gratuitos. Estes dados mostram a baixa cobertura de serviços públicos nessa área.

Não é possível comparar a situação da região metropolitana com a do restante do país, pois na PNAD foi levantada a proporção de pessoas que nunca foram ao dentista. Para o Estado de São Paulo, a informação fornecida pela PNAD aponta que 10% da população nunca utilizou serviços odontológicos. Apesar de corresponder a menos da metade do valor nacional, essa taxa pode ser considerada alta para um Estado com os recursos de saúde como São Paulo.

COMPARAÇÕES DE ALGUNS RESULTADOS DA PCV 2006 E PNAD 2003

Procura por Serviços de Saúde

Os dados relativos à população brasileira, com exceção dos moradores na zona rural da Região Norte, mostram demanda menor por serviços de saúde nos 30 dias anteriores à entrevista: enquanto na região metropolitana 38% da população procurou atendimento, no país este valor foi de 29% (estimativa com base na informação para os últimos 15 dias). Tal fato pode estar associado tanto à menor presença de população idosa quanto à menor oferta de serviços.

A proporção de não-atendidos foi de apenas 4% no país, estando um pouco abaixo do percentual registrado na região metropolitana.

Perfil dos Indivíduos que Utilizaram Serviços do SUS

A Tabela 1 apresenta algumas características dos usuários de serviços do SUS, na região metropolitana e no país, em anos próximos (FUNDAÇÃO SEADE, 2006; RIBEIRO et al., 2006).

Os dados mostram maior proporção de homens que utilizaram serviços de saúde na Região Metropolitana de São Paulo, em relação ao país. A menor proporção de pessoas negras entre aqueles que utilizaram serviços de saúde na região metropolitana provavelmente reflete a própria composição da população.

Chama atenção o fato de haver maior utilização de serviços pelas crianças na região metropolitana, uma vez que, proporcionalmente, existem menos crianças nesta região do que no país (25% e 30%, respectivamente).

A proporção de usuários do SUS com renda mensal *per capita* inferior a um salário mínimo é maior na região metropolitana do que no Brasil. Por outro lado,

Tabela 1

Pessoas que Utilizaram Serviços de Saúde Gratuitos
Brasil e Região Metropolitana de São Paulo – 2003-2006

Características	Brasil (2003)		RMSP (2006) (%)
	%	Intervalo de Confiança de 95%	
Sexo			
Homens	38,1	37,5 - 38,6	40,0
Mulheres	61,9	61,4 - 62,5	60,0
Cor			
Branca	48,1	47,1 - 49,1	59,0
Negra	51,9	50,9 - 52,9	40,5
Faixa etária			
0 a 14 anos	27,8	27,1 - 28,4	32,4
15 a 59 anos	56,2	55,5 - 56,8	55,7
60 anos e mais	16,1	15,6 - 16,6	11,8
Renda mensal per capita			
Até 1/2 SM	22,8	22,0 - 23,6	31,6
De 1/2 a 1 SM	23,8	23,1 - 24,5	27,1
De 1 a 2 SM	22,4	21,7 - 23,1	21,0
De 2 a 3 SM	21,8	21,1 - 22,5	7,7
Mais de 3 SM	9,2	8,8 - 9,7	12,7
Anos de estudo			
Até 3 anos	52,8	52,1 - 53,6	30,0
De 4 a 7 anos	26,7	26,1 - 27,3	32,7
De 8 a 10 anos	10,4	10,1 - 10,8	16,2
11 anos e mais	10,0	9,6 - 10,4	21,1
Posse de plano de saúde			
Sim	7,3	6,9 - 7,7	12,8
Não	92,7	92,3 - 93,1	87,2

Fonte: IBGE. PNAD 2003; Fundação Seade. PCV 2006.

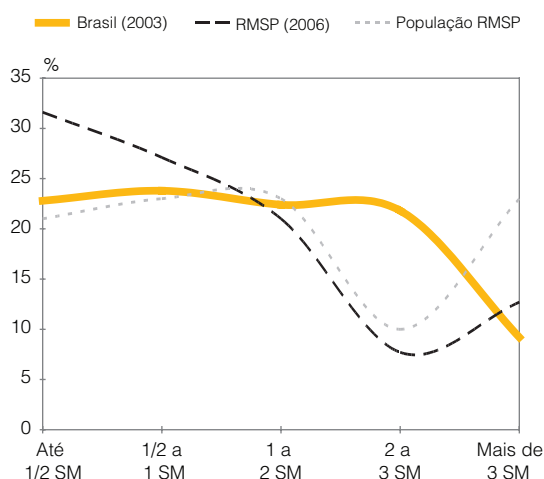
Nota: Na PCV, os dados tabulados por cor não incluem as populações amarela e indígena e a população negra corresponde a pretos e pardos.

também é maior, nesta região, a parcela daqueles com renda acima de três salários mínimos. Esta distribuição também reflete, em parte, a composição popula-

cional. Em comparação ao total da região metropolitana, há, entre os usuários do SUS, maior quantidade de pessoas pobres (1,5 vez mais indivíduos com até 1/2 SM de renda e 1,2 vez mais indivíduos com até 1 SM) e de 20% a 40% menos pessoas com renda de dois ou mais salários mínimos (Gráfico 1).

Gráfico 1

Distribuição dos Usuários do SUS,
por Renda Familiar Mensal per Capita
Brasil e Região Metropolitana de São Paulo – 2003-2006



Fonte: IBGE. PNAD 2003; Fundação Seade. PCV 2006.

A desagregação por anos de estudo mostra menor utilização proporcional daqueles com até três anos de escolaridade e maior nas demais faixas, para a região metropolitana em relação ao país. Este aparente paradoxo encontra explicação no maior nível de escolaridade da população metropolitana. Comparando-se as taxas de utilização com a distribuição da população segundo anos de estudo, observa-se que, entre os usuários do SUS, há maior proporção de indivíduos nas faixas de menor escolaridade (até sete anos). O inverso pode ser verificado para aqueles com 11 anos ou mais, que representam 35% da população da região metropolitana e apenas 21% dos usuários do SUS.

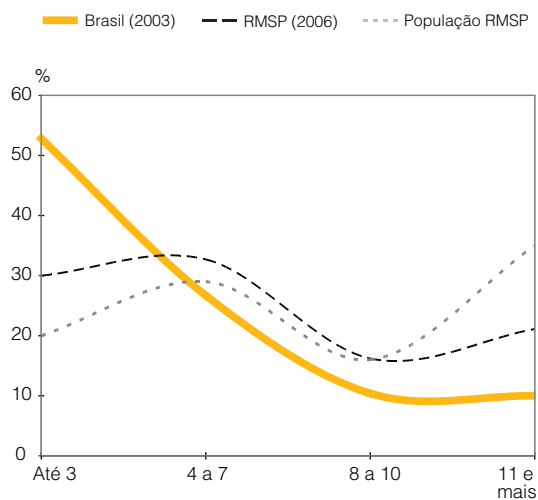
De qualquer modo, chama a atenção a grande proporção de indivíduos com 11 anos e mais de escola-

ridade entre os usuários do SUS, na região metropolitana, enquanto no país cerca de 10% dos usuários possuem este nível de escolaridade (Gráfico 2).

A proporção de usuários do SUS com planos de saúde também foi significativamente maior na Região Metropolitana de São Paulo, refletindo, por um lado, a maior cobertura de planos nessa região (37%) e, por outro, a existência de serviços públicos de qualidade, capazes de atrair parte da população segurada.

Gráfico 2

Distribuição dos Usuários do SUS,
por Anos de Estudo
Brasil e Região Metropolitana de São Paulo – 2003-2006



Fonte: IBGE. PNAD 2003; Fundação Seade. Pesquisa de Condições de Vida – PCV 2006.

Perfil de Indivíduos que Utilizaram Serviços de Saúde Pagos ou Pré-Pagos

A Tabela 2 apresenta as características das pessoas que utilizaram serviços pagos através de planos de saúde ou por meio de desembolso próprio, na Região Metropolitana de São Paulo e no Brasil (FUNDAÇÃO SEADE, 2006; RIBEIRO et al., 2006).

Assim como observado entre os usuários do SUS, a maior proporção de homens que utilizaram serviços pagos foi registrada na Região Metropolitana de São Paulo. A proporção de brancos entre os usuários de serviços pagos também foi significativamente maior

Tabela 2

Pessoas que Utilizaram Serviços de Saúde
Pré-Pagos ou Pagos
Brasil e Região Metropolitana de São Paulo – 2003-2006

Características	Brasil (2003)		RMSP (2006) (%)
	%	Intervalo de Confiança de 95%	
Sexo			
Homens	38,6	37,9 - 39,3	44,1
Mulheres	61,4	60,7 - 62,1	55,9
Cor			
Branca	70,0	69,0 - 70,9	73,4
Negra	30,0	29,1 - 31,0	25,9
Faixa etária			
0 a 14 anos	18,8	18,1 - 19,4	25,2
15 a 59 anos	64,9	64,1 - 65,6	63,2
60 anos e mais	16,4	15,7 - 17,0	11,6
Renda mensal per capita			
Até 1/2 SM	4,1	3,8 - 4,5	5,2
De 1/2 a 1 SM	6,4	6,0 - 6,9	17,7
De 1 a 2 SM	13,2	12,5 - 13,9	27,9
De 2 a 3 SM	24,5	23,6 - 25,3	16,2
Mais de 3 SM	51,8	50,6 - 53,0	33,0
Anos de estudo			
Até 3 anos	26,4	25,6 - 27,2	14,0
De 4 a 7 anos	20,3	19,6 - 20,9	19,5
De 8 a 10 anos	12,7	12,2 - 13,3	13,0
11 anos e mais	40,6	39,6 - 41,5	53,5
Posse de plano de saúde			
Sim	72,9	71,8 - 73,9	...
Não	27,1	26,1 - 28,2	...

Fonte: IBGE. PNAD 2003; Fundação Seade. Pesquisa de Condições de Vida – PCV 2006.

Nota: Na PCV, os dados tabulados por cor não incluem as populações amarela e indígena e a população negra corresponde a pretos e pardos.

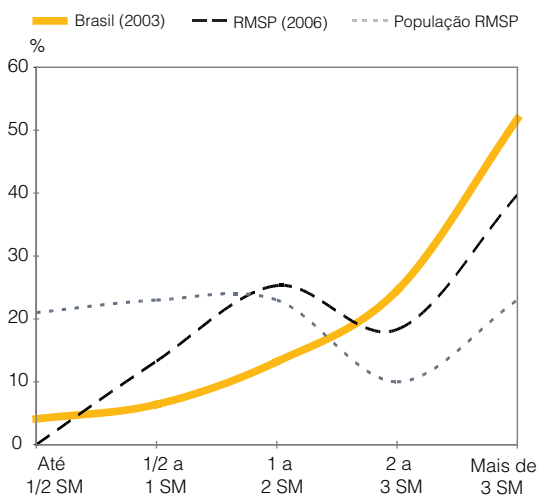
nessa região. A distribuição por faixa etária apresenta o mesmo padrão verificado entre os usuários do SUS.

Na Região Metropolitana de São Paulo, a proporção de usuários de serviços pagos ou pré-pagos classificados nas faixas entre 1/2 e 2 salários mínimos de renda familiar *per capita* é superior àquela verificada para o país. O inverso foi observado nas faixas de renda mais alta, de 2 a mais de 3 salários mínimos. Tal distribuição reflete a maior cobertura por planos de saúde, provavelmente, relacionados com benefícios do trabalho assalariado formal, na população da Região Metropolitana de São Paulo.

Comparando-se os usuários de serviços pagos e o total da população metropolitana, segundo as faixas de renda familiar média *per capita*, verifica-se, entre os primeiros, menor proporção de pessoas na faixa de 1/2 a 1 salário mínimo e maior porcentagem naquelas acima de um salário mínimo. Assim, há o dobro de indivíduos entre os usuários dos serviços pagos na faixa de 2 a 3 salários mínimos de renda média *per capita* e na faixa de mais de três salários mínimos (Gráfico 3).

Gráfico 3

Distribuição dos Usuários de Serviços de Saúde Pagos, por Renda Familiar Média *per Capita*
Brasil e Região Metropolitana de São Paulo – 2003-2006

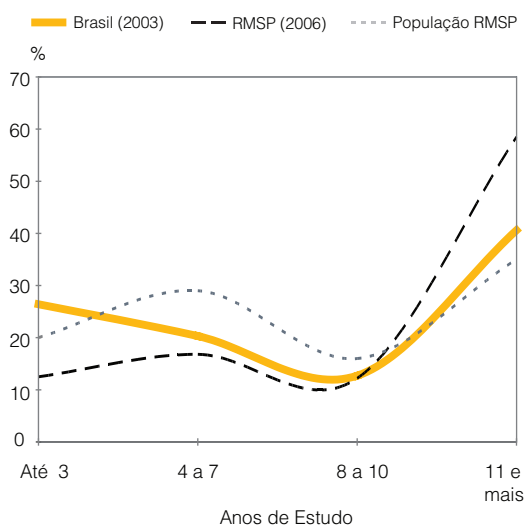


Fonte: IBGE. PNAD 2003; Fundação Seade. Pesquisa de Condições de Vida – PCV 2006.

Com relação aos anos de estudo, a distribuição observada para os usuários de serviços pagos foi a esperada, isto é, menor proporção nas faixas de escolaridade mais baixa e concentração dos indivíduos nas mais alta. A proporção de usuários de serviços pagos com 8 a 10 anos de escolaridade foi semelhante no Brasil e na da Região Metropolitana de São Paulo. A proporção de usuários de serviços pagos com 11 anos ou mais de escolaridade foi significativamente maior no grupo de moradores da região metropolitana (Gráfico 4).

Gráfico 4

Distribuição dos Usuários de Serviços de Saúde Pagos, por Anos de Estudo
Brasil e Região Metropolitana de São Paulo – 2003-2006



Fonte: IBGE. PNAD 2003; Fundação Seade. Pesquisa de Condições de Vida – PCV 2006.

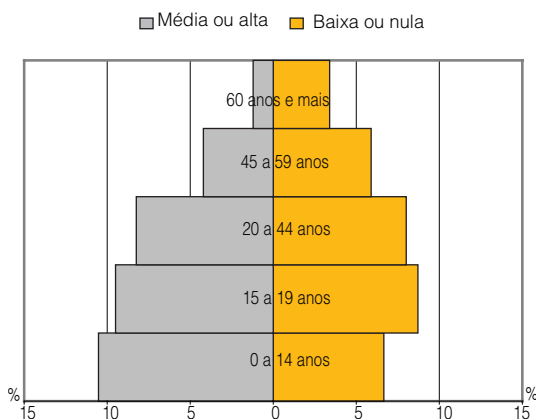
VULNERABILIDADE SOCIAL E ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE

Utilizando os dados da PCV 2006 correspondentes aos estratos 1 e 2 de vulnerabilidade social, é possível evidenciar diferenças bastante acentuadas nos aspectos demográficos e sociais.

O Gráfico 5 mostra a pirâmide populacional segundo o estrato 1, que reúne áreas sem vulnerabilidade

Gráfico 5

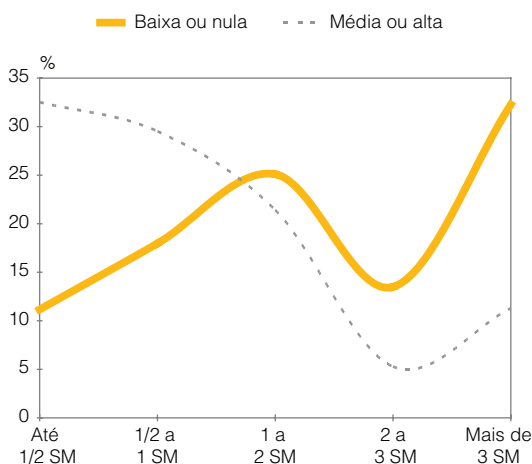
Pirâmide Populacional, segundo Estratos de Vulnerabilidade Social
Região Metropolitana de São Paulo – 2006



Fonte: Fundação Seade. Pesquisa de Condições de Vida – PCV 2006.

Gráfico 6

Distribuição da População, por Renda Familiar Mensal per Capita, segundo Estratos de Vulnerabilidade Social
Região Metropolitana de São Paulo – 2006



Fonte: Fundação Seade. Pesquisa de Condições de Vida – PCV 2006.

de social ou com baixa ou muito baixa vulnerabilidade, e o estrato 2, que reúne áreas com média, alta ou muito alta vulnerabilidade social.

O primeiro aspecto a ser considerado na comparação é o maior volume de população no estrato de maior vulnerabilidade social. O formato de cada uma das partes da pirâmide também é revelador de diferenças marcadas na estrutura etária. Enquanto o estrato com maior vulnerabilidade apresenta pirâmide típica de população progressiva, com grande porcentual de jovens e crianças e pequena proporção de idosos, o estrato com menor vulnerabilidade exibe estrutura de população estável, na qual as proporções de idosos e crianças se aproximam.

No Gráfico 6, apresenta-se a distribuição da população dos dois estratos, segundo renda mensal per capita, mostrando comportamentos praticamente inversos. A desagregação segundo anos de estudo também evidencia marcada desigualdade entre os dois estratos. Embora a população da RMSSP apresente nível de escolaridade alto em relação a outras regiões do país, o estrato de maior vulnerabilidade social concentra a população com menos de oito anos de escolaridade, enquanto o estrato com menor vulnerabilidade concentra a população com 11 anos ou mais de estudo. A proporção de pessoas com 8 a 10 anos de escolaridade é semelhante em ambos os estratos e inferior à proporção de pessoas com 11 anos ou mais de escolaridade.

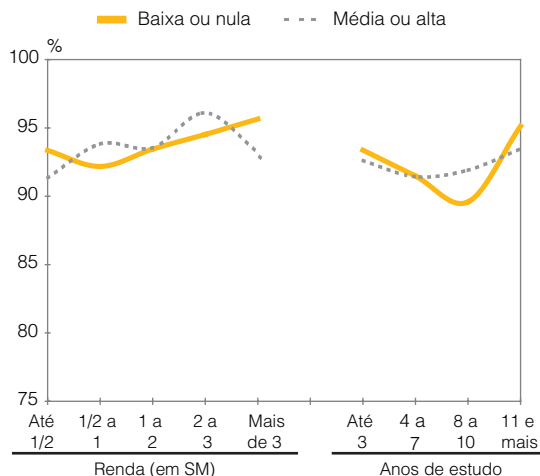
Esta marcante desigualdade verificada em relação às condições de vida e, portanto, também refletida na produção do processo saúde doença é bastante atenuada no âmbito da demanda por serviços de saúde e em sua utilização (ALMEIDA et al., 2002).

O Gráfico 7 mostra a proporção de pessoas atendidas no mesmo dia em que procuraram serviços de saúde, segundo os níveis de renda e escolaridade para cada um dos estratos de vulnerabilidade social. Além da proporção de atendimentos ser bastante alta – variando entre 89% e 95% –, as diferenças entre os estratos podem ser consideradas desprezíveis, assim como entre as classes de renda e escolaridade.

O Gráfico 8 mostra a proporção de pessoas atendidas no mesmo dia em que procuraram os serviços de saúde, segundo cor e estrato de vulnerabilidade.

Gráfico 7

Pessoas Atendidas no Mesmo Dia da Procura por Serviço de Saúde, por Renda Mensal *per Capita* e Anos de Estudo, segundo Estrato de Vulnerabilidade Social, Região Metropolitana de São Paulo – 2006



Fonte: Fundação Seade. Pesquisa de Condições de Vida – PCV 2006.

Aqui também é possível verificar que praticamente não existem diferenças por cor dos indivíduos nem entre os estratos de vulnerabilidade social.

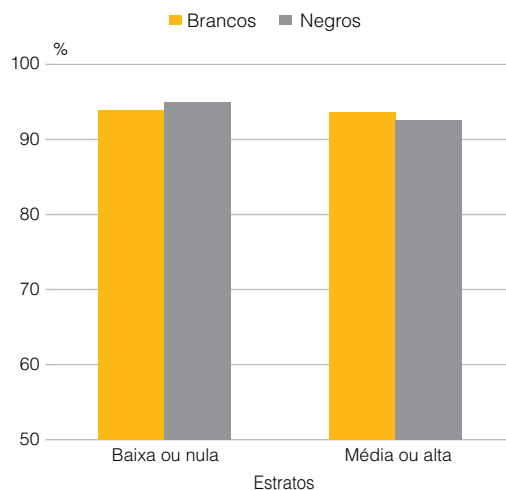
As diferenças mais marcantes entre os estratos de vulnerabilidade foram encontradas com relação ao tipo de estabelecimento de saúde procurado (Gráfico 9).

Os Centros de Saúde foram os serviços mais procurados em geral. A população com maior vulnerabilidade social buscou este tipo de estabelecimento de saúde 1,5 vez mais do que a população menos vulnerável, sugerindo, assim, a importância do serviço de atenção básica como local habitual de procura, principalmente para os mais vulneráveis.

Em seguida aparece o hospital como equipamento mais procurado, principalmente pelas pessoas com menor vulnerabilidade social. Esta diferença de aproximadamente 1,2 vez deve estar enviesada pela distribuição etária, que, conforme pode ser vista no Gráfico 5, mostra maior concentração de idosos no grupo com menor vulnerabilidade.

Gráfico 8

Pessoas Atendidas no Mesmo Dia da Procura por Serviço de Saúde, por Estrato de Vulnerabilidade Social, segundo Raça/Cor, Região Metropolitana de São Paulo – 2006



Fonte: Fundação Seade. Pesquisa de Condições de Vida – PCV 2006.

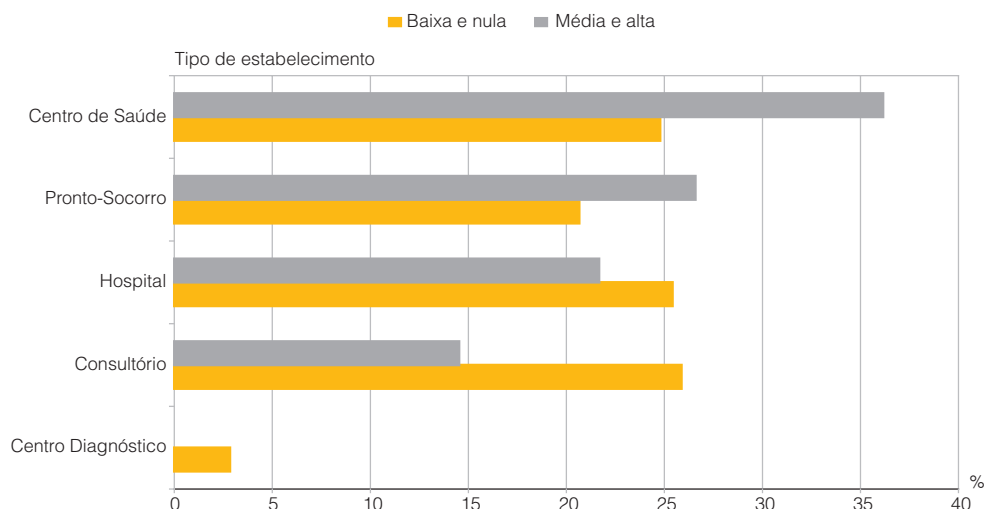
A proporção de pessoas que buscaram atendimento em prontos-socorros foi semelhante àquela dos que utilizaram o hospital. Entretanto, o uso do pronto-socorro como local de atendimento foi cerca de 30% maior entre os mais vulneráveis, provavelmente em função da maior exposição a traumas e violências nessa população.

Os consultórios médicos e clínicas foram procurados por 20% da população total da Região Metropolitana de São Paulo. Entre a população menos vulnerável, a procura por consultórios médicos foi praticamente o dobro. Este comportamento reflete o maior poder aquisitivo e a maior cobertura por planos de saúde nesse grupo populacional, bem como a busca mais freqüente por atendimentos preventivos, já assinalada anteriormente.

Com relação à utilização de centros diagnósticos, o tamanho da amostra foi insuficiente para permitir uma estimativa correta no estrato de maior vulnerabilidade social, prejudicando assim qualquer comparação.

Gráfico 9

Distribuição das Pessoas que Procuraram Serviço de Saúde, por Tipo de Estabelecimento Procurado, segundo Estrato de Vulnerabilidade Social
Região Metropolitana de São Paulo – 2006



Fonte: Fundação Seade. Pesquisa de Condições de Vida – PCV 2006.

COMENTÁRIOS FINAIS

Se a saúde é vista como necessidade humana essencial, beneficiária do estatuto de direito social, então sua garantia, através de procedimentos que visem a promoção, a prevenção, a manutenção e a recuperação, deverá ser objeto de políticas públicas universais e igualitárias assumidas como responsabilidade ética por toda a sociedade.

Compreender a questão das desigualdades em saúde a partir dessa perspectiva implica adotar propostas baseadas no princípio da equidade, isto é, que levem em conta as necessidades dos grupos sociais e dos indivíduos na elaboração de estratégias compensatórias. Tais estratégias devem considerar que as necessidades são diferentes e, portanto, requerem recursos também diferenciados para sua satisfação.

Para atender a estas exigências, as políticas de saúde deverão ter algumas características. Para preservar o direito de todos à saúde, as políticas devem ser universais e buscar o atendimento integral

das necessidades. Para basear-se nas necessidades da população, os sistemas devem ser locais, isto é, organizarem-se por território, devendo haver a participação dos grupos sociais organizados nas definições das diretrizes da política de saúde.

Dentro de uma política de saúde com estas características caberia desenvolver propostas de discriminação positiva, visando incluir ativamente, nos benefícios, aqueles grupos socialmente em desvantagem. Diferentemente das propostas de focalização, a discriminação positiva objetiva tratar os indivíduos de acordo com suas necessidades. Tendo em vista que as ações de massa podem não satisfazer as necessidades desses grupos, será necessário estabelecer propostas especificamente voltadas para grupos vulneráveis. Assim, a uma política genérica, acoplar-se-iam atividades especialmente desenhadas para reduzir as desigualdades ou compensá-las.

Somente dessa maneira será possível compensar, no plano do consumo das ações e atividades de saúde, as desigualdades sociais geradas pela inserção dos indivíduos na estrutura social.

Referências Bibliográficas

ALMEIDA, M. F. et al. Prevalence of self reported chronic diseases and health services consumption from the National Household Sample Survey of 1998 in Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 7, n. 4, p. 743-756, 2002.

BALLANTYNE, P. The social determinants of health: a contribution to analysis of gender differences in health and illness. *Scand. J. Public Health*, v. 27, n. 4, p. 290-295, 1999.

BARATA, R. B. et al. Health inequalities based on ethnicity in individuals aged 15 to 64, Brazil, 1998. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n. 2, p. 305-313, 2007a.

_____. Gender and health inequalities among adolescents and adults in Brazil, 1998. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 21, n. 5, p. 320-327, 2007b.

DOMINGUEZ-BERJÓN, M.F.; BORRELL, C. Mortalidad y privación socioeconómica en las secciones censales y los distritos de Barcelona. *Gaceta Sanitaria*, v. 19, n. 5, p. 363-369, 2005.

IBGE. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2003 – Corpo Básico e Suplemento Acesso e Utilização de Serviços de Saúde*. Rio de Janeiro, 2006.

FUNDAÇÃO SEADE. *Pesquisa de Condições de Vida na Região Metropolitana de São Paulo 2006*. São Paulo, 2006.

_____. *Índice Paulista de Responsabilidade Social 2002*. São Paulo, 2002.

_____. *Índice Paulista de Vulnerabilidade Social*. São Paulo, 2000.

_____. *Pesquisa de Condições de Vida na Região Metropolitana de São Paulo 1990*. São Paulo, 1990.

MENDONZA-SASSI, R.; BÉRIA, J.U. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cuadernos Médicos Sociales*, v. 81, p. 43-60, 2001.

PINHEIRO, R. S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 7, n. 4, p. 687-707, 2002.

RIBEIRO, M. C.S.A. et al. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não usuários do SUS – PNAD 2003. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, n. 4, p. 1.011-1.022, 2006.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, S190-S198, 2004. Supl. 2.

RITA BARRADAS BARATA

Médica, Doutora em Medicina Preventiva pela FMUSP, Professora Adjunta do Departamento de Medicina Social da FCM Santa Casa de São Paulo.

(rita.barata@fcmscsp.edu.br).

Artigo recebido em 19 de novembro de 2007.

Aprovado em 1 de dezembro de 2008.

Como citar o artigo:

BARATA, R.B. Acesso e uso de serviços de saúde: considerações sobre os resultados da Pesquisa de Condições de Vida 2006. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, Fundação Seade, v. 22, n. 2, p. 19-29, jul./dez. 2008. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br>>; <<http://www.scielo.br>>.