

Léia Cristiane L Fernandes^IAndréa D Bertoldi^IAluísio J D Barros^{II}

Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família

Health service use in a population covered by the *Estratégia de Saúde da Família* (Family Health Strategy)

RESUMO

OBJETIVO: Analisar os padrões de utilização dos serviços de saúde em comunidades cobertas pela Estratégia de Saúde da Família.

MÉTODOS: Estudo transversal de base populacional com amostra de 2.988 indivíduos, de todas as idades, residentes em áreas de abrangência da Estratégia de Saúde da Família, em Porto Alegre (RS), entre julho e setembro de 2003. Foram aplicados questionários pré-codificados a todos os moradores dos domicílios sorteados sobre informações demográficas, socioeconômicas e de saúde. Nas análises foram calculadas razões de prevalências, intervalos com 95% de confiança e aplicados testes do qui-quadrado. Realizou-se regressão de Poisson na análise multivariável para possíveis fatores de confusão.

RESULTADOS: Pessoas do sexo feminino, com 60 anos ou mais, com cor da pele branca, com menor nível socioeconômico, sem cobertura por plano de saúde e com autopercepção de saúde ruim tiveram maior probabilidade de utilizar a unidade de saúde da família local. Em relação aos usuários de outros serviços de saúde, o padrão foi semelhante para as variáveis sexo, idade e autopercepção de saúde, mas foi encontrada uma maior utilização por pessoas com maior nível socioeconômico e com cobertura por plano de saúde.

CONCLUSÕES: A utilização da unidade de saúde da família local foi maior entre as pessoas com menor nível socioeconômico e sem cobertura por plano de saúde, indicando indivíduos mais pobres como prioritários das ações governamentais. A mudança do modelo assistencial e a implantação da Estratégia de Saúde da Família tendem a melhorar progressivamente as condições de saúde da população mais pobre, minimizando as desigualdades em saúde.

DESCRITORES: Saúde da Família. Acesso aos Serviços de Saúde. Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde. Serviços de Saúde. Estudos Transversais. Sistema Único de Saúde.

^I Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade do Vale do Rio dos Sinos. São Leopoldo, RS, Brasil

^{II} Departamento de Medicina Social. Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Andréa D. Bertoldi
Av. Unisinos, 950
93022-000 São Leopoldo, RS, Brasil
E-mail: andrea bertoldi@terra.com.br

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze health service use patterns in communities covered by the *Estratégia de Saúde da Família* (Family Health Strategy).

METHODS: Population-based cross-sectional study with a sample of 2,988 individuals, of all ages, living in areas covered by the *Estratégia de Saúde da Família*, in the city of Porto Alegre, Southern Brazil, between July and September 2003. Pre-coded questionnaires about demographic, socioeconomic and health information were applied to all residents of selected households. Prevalence ratios and 95% confidence intervals were calculated and chi-square tests were applied in the analyses. Poisson regression was used in the multivariable analysis to control for potential confounding factors.

RESULTS: Females, persons aged 60 years or older, white, with better socioeconomic level, without health care plan coverage and with poor health self-perception were more likely to use the local family health unit. Regarding users of other health services, a similar pattern for sex, age and health self-perception was observed. However, greater use was found among people with better socioeconomic level and with health care plan coverage.

CONCLUSIONS: Use of a local family health unit was greater among people from a lower socioeconomic level and without health care plan coverage, revealing the poorer individuals to be the priority of governmental actions. Model changes made to health care with the implementation of the *Estratégia de Saúde da Família* tend to progressively improve the health conditions of the poorer population, with consequent reduction of health inequalities.

DESCRIPTORS: Family Health. Health Services Accessibility. Health Services Needs and Demand. Health Services. Cross-Sectional Studies. Single Health System.

INTRODUÇÃO

A utilização dos serviços de saúde é um comportamento complexo resultante de um conjunto de determinantes que incluem as características socio-demográficas e de saúde, a organização da oferta e o perfil epidemiológico, que podem levar a uma maior ou menor utilização dos serviços.^{10,12,13,17,18} Da mesma forma, a proximidade dos serviços e recursos oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a cobertura por planos de saúde privados, bem como as percepções do indivíduo referentes à sua saúde, podem influenciar a utilização dos serviços de saúde.^{5,10,18}

Em 1994, surgiu o Programa de Saúde da Família (PSF) como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, com o intuito de fortalecer a proposta de mudança do enfoque curativo para o preventivo e integral, priorizar ações de promoção e educação em saúde e reorganizar os serviços de saúde na busca da universalidade, integralidade e equidade.^{23,a,b} A proposta do programa, hoje Estratégia de Saúde da Família

(ESF), segue uma linha de elevada cobertura populacional, facilidade no acesso e atendimento integral dos indivíduos em seu contexto familiar.⁹

Estudos de base populacional sobre utilização de serviços de saúde realizados no Brasil^{5,7,13} têm fornecido informações importantes para o planejamento de ações e a definição de prioridades, visto que identificam a iniquidade como característica presente nos serviços. Diferentes variáveis socioeconômicas apontam o mesmo sentido em estudo sobre consultas realizadas no último ano, indicando que o número médio de consultas é maior nas classes sociais mais ricas quando comparadas às mais pobres.⁷ Outro estudo, analisando as diferenças sociais nas visitas ao médico num período de dois meses para diferentes níveis de necessidades, mostrou a existência de desigualdade para o grupo de menor renda, situação que pode ser modificada quando há interação com escolaridade. Assim, se o grupo mais pobre apresenta qualquer escolaridade, as chances de visitar um médico aumentam.¹³

^a Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção básica e a saúde da família [Internet]. [citado 2007 fev 6]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencao_basica.php

^b Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília (DF); 1997

Apesar de vários estudos mostrarem maior utilização dos serviços de saúde em geral por pessoas com maior nível socioeconômico,^{7,8,16,18} questiona-se sobre o perfil de utilização das pessoas residentes em áreas cobertas pela ESF, já que uma de suas propostas é oferecer cobertura às parcelas mais pobres da população e diminuir a iniquidade nos serviços de saúde.

Atualmente, os municípios são responsáveis pelo atendimento integral ao usuário, sendo o conhecimento sobre a utilização dos serviços e as necessidades de saúde de fundamental importância para os gestores. O reconhecimento dos grupos com maior vulnerabilidade propicia o desenvolvimento de ações educativas e preventivas para aquelas situações de saúde com maior demanda nos serviços, identificando os grupos excluídos do sistema e, assim, atendendo a premissa inicial do SUS direcionada ao acesso e à universalidade do cuidado.

Em geral, as pesquisas sobre utilização de serviços de saúde são focalizadas na demanda presente nos serviços, nas características demográficas e nos problemas de saúde com maior prevalência. Esse tipo de pesquisa portanto exclui pessoas que não procuram estes serviços e comprometem o real conhecimento em nível populacional.⁶

O presente estudo teve por objetivo analisar os padrões de utilização dos serviços de saúde das pessoas que fazem parte das áreas de abrangência das equipes de saúde da família e não somente daquelas pessoas que procuram os serviços de saúde.

MÉTODOS

Foi realizado estudo transversal com 2.988 indivíduos de todas as faixas etárias, residentes em áreas cobertas pela ESF, na zona urbana do município de Porto Alegre (RS), entre julho e setembro de 2003. Foram realizados cálculos de erro máximo permitido para o estudo de prevalência e de riscos relativos mínimos para a amostra estudada, levando em consideração um poder de 80% e um intervalo com 95% de confiança para detecção das associações entre as variáveis independentes e o desfecho. O risco relativo mínimo da amostra foi 1,31 para a variável cor da pele, considerando uma prevalência de 27% de utilização de serviços de saúde nos últimos 15 dias.

O processo amostral foi delineado visando obter uma amostra representativa da população residente na zona urbana de abrangência da ESF da cidade. Segundo o Censo Demográfico de 2000, Porto Alegre possuía 2.157 setores censitários, sendo 230 (10,7%) cobertos pela ESF em 2003. A ESF atingia aproximadamente 45.700 famílias, com uma média de 800 famílias

atendidas por equipe. Das 62 unidades existentes, foram escolhidas 45 que estavam em funcionamento há mais de seis meses por meio de amostragem sistemática com probabilidade proporcional ao tamanho. Em cada unidade amostrada, 20 domicílios foram selecionados, totalizando 900. Todos os moradores dos domicílios selecionados compuseram a amostra.

Foram aplicados questionários pré-codificados a todos os moradores do domicílio, por entrevistadores treinados. No caso de crianças menores de 13 anos de idade, o questionário foi respondido pelo responsável, preferencialmente as mães.

Foram estudadas as seguintes variáveis dependentes: utilização dos serviços de saúde em geral nos 15 dias anteriores à entrevista, utilização exclusivamente da unidade de saúde da família local e utilização de outros serviços de saúde. Foram considerados como utilização dos serviços de saúde em geral todos os serviços de saúde disponíveis. A utilização da unidade de saúde da família local foi considerada isoladamente. Como utilização de outros serviços de saúde foram considerados outro posto ou centro de saúde, clínica, ambulatório de empresa, sindicato, igreja, ambulatório ou consultório de hospitais ou faculdades (públicos), ambulatório ou consultório de hospitais particulares, consultório médico particular ou convênio, consultório odontológico particular ou convênio, consultório de outro profissional de saúde (psicólogo, fonoaudiólogo, entre outros), pronto-socorro ou emergência, hospital para internação, laboratório, hospital para exames complementares, farmácia e outros.

As variáveis independentes estudadas foram: sexo, idade (anos completos), cor da pele auto-referida (branca, preta, parda e outras), nível socioeconômico (quintis), trabalho nos últimos 30 dias, cobertura por plano de saúde e autopercepção de saúde (muito boa, boa, regular, ruim e muito ruim).

Para o nível socioeconômico foi utilizado o Indicador Econômico Nacional (IEN)⁴ baseado no Censo Demográfico Brasileiro de 2000 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE),^a desenvolvido a partir de 12 bens de consumo e da escolaridade do chefe da família, por meio de análise de componentes principais. Os indivíduos foram distribuídos em quintis de referência para o município, sendo o primeiro quintil aquele que inclui indivíduos pertencentes aos 20% mais pobres do município e assim por diante. Na variável “trabalho nos últimos 30 dias” foram consideradas somente as pessoas com 20 anos ou mais de idade. Não foi realizada análise ajustada com esta variável devido ao tamanho amostral diferente.

^a Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílios 2003 [Internet]. Rio de Janeiro; 2003 [citado 2007 fev 10]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>

Foram calculadas razões de prevalências, intervalos com 95% de confiança e aplicados testes do qui-quadrado para tendência linear e para heterogeneidade de proporções. Todas as variáveis da análise bivariada, exceto “trabalho nos últimos 30 dias”, entraram no modelo de análise ajustada. A análise de regressão múltipla de Poisson foi realizada com o programa Stata 9.0, considerando possíveis fatores de confusão.³ Utilizou-se um modelo teórico de análise desenvolvido em três níveis hierárquicos.²² No primeiro nível, incluíram-se simultaneamente as variáveis demográficas e socioeconômicas (sexo, idade, cor da pele e nível socioeconômico). No segundo nível foi introduzida a variável cobertura por plano de saúde e, no terceiro nível, a variável autopercepção de saúde. Quanto aos critérios para permanecer no modelo, todas as variáveis foram ajustadas pelas demais dos níveis acima e pelas do mesmo nível que tivessem valor $p < 0,2$. Todas as análises levaram em conta o efeito de desenho amostral.¹

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Prefeitura Municipal de Porto Alegre e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas.

RESULTADOS

Nos 900 domicílios amostrados 3.126 indivíduos foram selecionados. Destes, 138 (4,4%) foram perdidos ou não quiseram participar do estudo. Foram entrevistados 2.988 indivíduos de todas as faixas etárias, sendo 41,6% menores de 20 anos, 50,8% entre 20 a 59 anos e 7,7% com 60 anos de idade ou mais. Foram predominantes os indivíduos do sexo feminino (53,1%) e de cor da pele branca (61,0%). Em relação ao nível socioeconômico, 62,1% faziam parte do 1º e 2º quintis de referência, 21,1% do 3º quintil e 16,8% do 4º e 5º quintis, sendo a amostra representada por pessoas predominantemente pobres. Quanto ao trabalho nos últimos 30 dias, 62,7% dos entrevistados com 20 anos ou mais trabalharam nos últimos 30 dias. Cerca de 80,0% não possuíam cobertura por plano de saúde. O percentual de indivíduos que considerou sua saúde como muito boa ou boa foi de 71,5%, como regular 25,3% e como ruim ou muito ruim 3,2% (Tabela 1).

A prevalência de utilização de serviços de saúde em geral nos 15 dias anteriores à entrevista foi de 26,6% (IC 95%: 25,0;28,1) e as prevalências de utilização da unidade de saúde da família local e de outros serviços de saúde foram de 13,5% (IC 95%: 12,3;14,7) e 13,1% (IC 95%: 11,8;14,3), respectivamente.

Após análise ajustada, as mulheres apresentaram utilização dos serviços de saúde em geral 55% maior em relação aos homens. A probabilidade de utilizar os serviços de saúde aumentava conforme a idade (exceto na faixa do zero a nove anos de idade). Indivíduos da faixa etária de 60 anos ou mais apresentaram uma

Tabela 1. Descrição da amostra segundo variáveis demográficas, socioeconômicas e de saúde. Porto Alegre, RS, 2003. (n = 2.988)

Variável	n	%
Sexo		
Masculino	1.402	46,9
Feminino	1.586	53,1
Idade (anos)		
0 a 9	656	22
10 a 19	586	19,6
20 a 39	900	30,1
40 a 59	617	20,7
60 ou +	229	7,7
Cor da pele		
Preta	528	17,7
Branca	1.824	61
Parda e outras	612	20,5
Nível socioeconômico (quintis do IEN) ^a		
1º	1.055	35,7
2º	781	26,4
3º	623	21,1
4º	362	12,3
5º	135	4,5
Trabalho nos últimos 30 dias ^b		
Não	651	37,3
Sim	1.095	62,7
Plano de Saúde		
Não	2.335	78,2
Sim	653	21,9
Autopercepção de saúde		
Muito boa	516	17,3
Boa	1.620	54,2
Regular	756	25,3
Ruim	76	2,5
Muito ruim	20	0,7
Total	2.988	100

^a Indicador Econômico Nacional em relação à cidade de Porto Alegre

^b Apenas pessoas com 20 anos ou mais de idade

probabilidade 21% maior de utilizar os serviços de saúde em geral em relação à faixa etária de zero a nove anos de idade. Pessoas com autopercepção de saúde muito ruim tiveram três vezes mais probabilidade de utilizar os serviços de saúde em geral do que os que consideraram sua saúde como muito boa. As variáveis cor da pele, nível socioeconômico e cobertura por plano de saúde não mostraram significância estatística nas análises bruta e ajustada (Tabela 2).

A utilização exclusiva da unidade de saúde da família local foi maior entre as pessoas do sexo feminino, com

60 anos ou mais, com menor nível socioeconômico, sem cobertura por plano de saúde e com autopercepção de saúde muito ruim, mostrando associação significativa para todas as variáveis, nas análises bruta e ajustada. Nos outros serviços de saúde, praticamente as mesmas variáveis se mostraram associadas, exceto da cor da pele (maior utilização por pessoas de cor da pele branca). Entretanto, as variáveis nível socioeconômico e cobertura por plano de saúde apresentaram associações inversas às encontradas para a utilização da unidade de saúde da família local (Tabela 3).

A Figura 1 mostra que na unidade de saúde da família local, pessoas com menor nível socioeconômico apresentaram uma probabilidade cinco vezes maior de utilização deste serviço (16,4%), em relação às de maior nível socioeconômico (3,0%), mostrando uma tendência linear significativa. Nos outros serviços de saúde, a maior utilização ocorreu com pessoas de maior nível socioeconômico (25,9%) em comparação com as de menor nível (8,6%).

A utilização da unidade de saúde da família local foi maior entre as pessoas sem cobertura por plano

Tabela 2. Prevalência e razões de prevalência bruta e ajustada da utilização de serviços de saúde em geral nos 15 dias anteriores à entrevista segundo variáveis demográficas, socioeconômicas e de saúde. Porto Alegre, RS, 2003. (n = 2.988)

Variável	%	Análise bruta		Análise ajustada	
		RP (IC 95%) ^a	p	RP (IC 95%) ^a	p
1º nível					
Sexo			<0,001 ^b		<0,001 ^b
Masculino	20,2	1		1	
Feminino	32,2	1,59 (1,39;1,83)		1,55 (1,34;1,79)	
Idade (anos)			<0,001 ^b		<0,001 ^b
0 a 9	31,9	1		1	
10 a 19	16,7	0,52 (0,40;0,69)		0,55 (0,42;0,72)	
20 a 39	24,3	0,76 (0,64;0,91)		0,77 (0,65;0,92)	
40 a 59	28,9	0,91 (0,77;1,06)		0,91 (0,77;1,07)	
60 ou +	39,3	1,23 (0,98;1,55)		1,21 (0,97;1,51)	
Cor da pele			0,1 ^b		0,3 ^b
Preta	22,9	1		1	
Branca	27,5	1,20 (1,01;1,43)		1,14 (0,95;1,37)	
Parda e outras	27,3	1,19 (0,97;1,46)		1,18 (0,95;1,46)	
Nível socioeconômico (quintis do IEN) ^d			0,3 ^c		0,2 ^c
1º	25	1		1	
2º	26,9	1,07 (0,92;1,26)		1,06 (0,91;1,23)	
3º	28,4	1,14 (0,97;1,32)		1,14 (0,98;1,32)	
4º	25,7	1,03 (0,85;1,24)		1,04 (0,86;1,25)	
5º	28,9	1,15 (0,77;1,72)		1,14 (0,75;1,71)	
2º nível					
Plano de saúde			0,08 ^b		0,2 ^b
Sim	29,6	1,15 (0,98;1,34)		1,12 (0,95;1,32)	
Não	25,7	1		1	
3º nível					
Autopercepção de saúde			<0,001 ^c		<0,001 ^c
Muito boa	20,5	1		1	
Boa	21,9	1,07 (0,86;1,33)		1,12 (0,90;1,39)	
Regular	37,4	1,82 (1,46;2,28)		1,86 (1,47;2,34)	
Ruim	48,7	2,37 (1,78;3,16)		2,44 (1,76;3,37)	
Muito ruim	65	3,16 (2,28;4,39)		3,07 (2,06;4,55)	

^a Razão de prevalências e intervalo com 95% de confiança

^b Teste do qui-quadrado para heterogeneidade de proporções

^c Teste do qui-quadrado para tendência linear

^d Indicador Econômico Nacional em relação à cidade de Porto Alegre

Tabela 3. Variáveis demográficas, socioeconômicas e de saúde associadas, após análise ajustada, com a utilização da unidade de saúde da família local e de outros serviços de saúde. Porto Alegre, RS, 2003. (n = 2.988)

Unidade de saúde da família local	Outros serviços de saúde
RP (IC 95%) ^a	RP (IC 95%) ^a
Sexo	
↑ Feminino	↑ Feminino
1,66 (1,34;2,06)	1,44 (1,18;1,77)
Idade (anos)	
↑ 60 anos ou mais	↑ 60 anos ou mais
1,24 (0,91;1,71)	1,19 (0,80;1,76)
Cor da pele	
-	↑ Branca
	1,42 (1,05;1,90)
Nível socioeconômico	
↑ 1º quintil	↑ 5º Quintil
(quintis do IEN) ^b	
5,25 (1,09;25,26)	2,73 (1,70;4,36)
Cobertura por plano de saúde	
↑ Não	↑ Sim
2,34 (1,56;3,52)	1,98 (1,54;2,55)
Autopercepção de saúde	
↑ Muito ruim	↑ Muito ruim
2,88 (1,69;4,92)	3,47 (1,57;7,65)

^a Razão de prevalências ajustada e intervalo com 95% de confiança

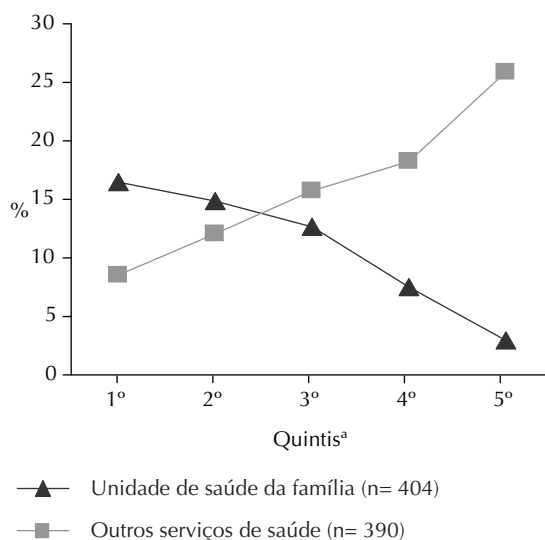
^b Indicador Econômico Nacional em relação à cidade de Porto Alegre

de saúde (15%) em relação às pessoas com plano de saúde (5,5%). Porém, em relação à utilização dos outros serviços de saúde, os indivíduos com plano de saúde apresentaram probabilidade duas vezes maior de utilização desses serviços (24%) do que aqueles sem plano de saúde (10%) (Figura 2).

As pessoas que não trabalharam nos últimos 30 dias (20 anos ou mais) apresentaram 67% maior utilização dos serviços de saúde em geral. Em relação à unidade de saúde da família local, as pessoas que não trabalharam nos últimos 30 dias utilizaram duas vezes mais este serviço (19,1%) em comparação às que trabalharam no mesmo período (9,7%). Nos outros serviços de saúde, as pessoas que não trabalharam apresentaram 45% maior utilização em relação às que trabalharam nos últimos 30 dias, sendo tal diferença estatisticamente significativa.

DISCUSSÃO

A metodologia empregada permitiu o estudo da utilização de serviços de saúde a partir de uma amostra populacional obtida em áreas cobertas pela ESF.



^a Indicador Econômico Nacional em relação à cidade de Porto Alegre

Figura 1. Prevalência da utilização da unidade de saúde da família local e de outros serviços de saúde nos 15 dias anteriores à entrevista, segundo quintis de nível socioeconômico. Porto Alegre, RS, 2003.

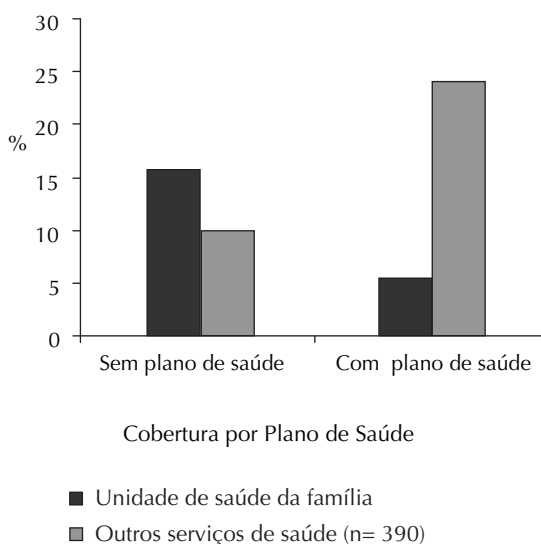


Figura 2. Prevalência de utilização da unidade de saúde da família e de outros serviços de saúde nos 15 dias anteriores à entrevista, segundo plano de saúde. Porto Alegre, RS, 2003.

Estudos de base populacional possuem a vantagem de identificar as pessoas que não utilizam os serviços de saúde, não se limitando a captar apenas os usuários presentes no serviço. O baixo percentual de perdas e recusas e a estratégia amostral utilizada garantiram a confiabilidade das informações analisadas.

A prevalência de utilização dos serviços de saúde em geral nos 15 dias anteriores à entrevista se mostrou elevada em relação à prevalência de 14,6% encontrada na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE 2007),^a realizada em 2003. Esse fato se deve provavelmente ao perfil das pessoas estudadas, por ser a PNAD um estudo de base populacional não restrito às áreas adscritas à ESF.

A utilização dos serviços de saúde em geral foi significativamente maior em mulheres, confirmando vários estudos.^{5,10,12,20} Estudos realizados em vários países apontam que mulheres em idade fértil consultam mais o médico, devido a fatores ginecológicos e obstétricos.²⁰ Além disso, mulheres percebem mais facilmente os riscos à saúde do que os homens, visto que possuem mais acesso às informações em saúde.^{5,20} A utilização dos serviços de saúde em geral foi maior com o aumento da idade, assim como observado em outros estudos.^{11,13,a}

A utilização dos serviços de saúde em geral foi maior por pessoas desempregadas. Da mesma forma, em um estudo realizado na Inglaterra, foi encontrada uma associação significativa para uma maior utilização de consultas por pessoas desempregadas.²⁵ No Brasil, Goldbaum et al¹⁰ referem que a utilização dos serviços de saúde nos 15 dias anteriores à entrevista, em uma população coberta pela ESF, foi maior, seqüencialmente, para inativos (18,4%), desempregados (12,3%), informais/autônomos (12,2%) e empregados (11,8%).

Pessoas com autopercepção de saúde ruim tiveram três vezes mais probabilidade de utilizar os serviços de saúde em geral. Estudos sobre utilização de consultas médicas realizados em Pelotas e em Rio Grande (RS) constataram que a probabilidade de consultar um médico aumentava conforme a piora da autopercepção de saúde.^{5,12}

Alguns estudos mostram que a utilização dos serviços de saúde é maior para pessoas com rendimento superior, favorecendo as camadas mais privilegiadas, embora as pessoas mais pobres tendam a adoecer mais precocemente.^{15,18} Porém, no presente estudo não foi encontrada associação significativa entre nível socioeconômico e utilização de serviços de saúde em geral.

As prevalências de utilização da unidade de saúde da família local e de outros serviços de saúde nos 15 dias anteriores à entrevista foram equivalentes. Praticamente a metade daqueles que utilizaram algum serviço de saúde nos 15 dias anteriores à entrevista (26,6%) consultou na unidade de saúde da família local (13,5%). A maior

utilização da unidade local pelas pessoas de menor nível socioeconômico pode ser devido a seu maior acesso ao serviço de saúde, visto que aquelas que utilizaram outros serviços de saúde mostraram prevalência semelhante à encontrada para os que utilizaram a ESF.

Apesar de a unidade de saúde da família possuir uma demanda programada e ser responsável pelas pessoas pertencentes à sua área de abrangência,^b praticamente metade delas optou por não procurar a unidade do seu bairro. Esta escolha poderia estar motivada pela demanda de mercado, pois grande parcela das pessoas que não utilizou a unidade de saúde da família local era coberta por plano de saúde ou se enquadra em um nível socioeconômico mais favorável, gerando condições de escolha e compra de serviços. Outra hipótese poderia ser explicada pelo fato de os usuários do SUS procurarem mais os serviços de saúde por motivo de doença e optarem pela utilização mais freqüente de hospitais e prontos-socorros, refletindo o pior estado de saúde decorrente de sua situação socioeconômica mais precária.¹⁷

Pessoas com maior nível socioeconômico e com cobertura por plano de saúde utilizaram mais os outros serviços de saúde e não a unidade de saúde da família local. Em um estudo de base populacional realizado em Pelotas, o número de consultas médicas nos três meses anteriores à pesquisa mostrou-se significativamente maior em pessoas da classe A/B (61,6%) em comparação às classes C (53,9%) e D/E (55,9%).⁶ Para Dias da Costa & Facchini,⁷ pessoas das classes A e B consultaram significativamente mais que as de outras classes em um estudo sobre a utilização de serviços ambulatoriais realizado no sul do País. A utilização de outros serviços de saúde é desigual, exceto a unidade de saúde da família, visto que a procura por serviços tende a aumentar ao longo da distribuição de renda.¹⁴

Quando estratificada por unidade de saúde da família local e outros serviços de saúde, observou-se maior utilização da unidade local por pessoas de menor nível socioeconômico e sem cobertura por plano de saúde. Após análise dos dados da PNAD 2003 sobre o padrão de utilização de serviços de saúde entre usuários e não-usuários do SUS, observou-se que os usuários do SUS incluíram, em sua maioria, mulheres, indivíduos pretos e pardos, com baixa escolaridade, menor renda *per capita* familiar e sem cobertura por plano de saúde.¹⁷ Dessa forma, pode-se afirmar que alguns dos princípios do SUS estão sendo concretizados com a implantação da ESF e com a expansão dos serviços públicos oferecidos, aumentando o acesso aos serviços de saúde às parcelas mais pobres da população.

^a Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílios 2003 [Internet]. Rio de Janeiro; 2003 [citado 2007 fev 10]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>

^b Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção básica e a saúde da família [Internet]. [citado 2007 fev 6]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencabasica.php>

Segundo estudo realizado em 21 países sobre iniquidades na utilização de consultas médicas relacionadas à renda, países como Canadá, Finlândia, Itália, México, Holanda, Noruega, Portugal, Suécia e Estados Unidos mostraram maior utilização por pessoas mais ricas, dadas as mesmas necessidades em saúde.²¹ Por outro lado, países como Austrália, Áustria, Bélgica, Dinamarca, França, Alemanha, Grécia, Hungria, Irlanda, Espanha, Suíça e Reino Unido mostraram equidade na utilização da consulta médica, favorecendo os mais pobres. As desigualdades levantadas na metade dos 21 países estudados parecem estar relacionadas com o que ocorre após a consulta médica, sendo o número de consultas determinado pela indicação médica ou necessidade do indivíduo.²¹ No Canadá, pessoas de menor renda consultaram mais com médicos de família, apresentando associação significativa e positiva. Por outro lado, tiveram menor contato com clínico geral e médicos especialistas.²

As diferenças na utilização da unidade de saúde da família local mostram-se menos desiguais quando comparadas a outros serviços de saúde, a exemplo de não ter havido diferença na utilização da saúde da família em relação à cor da pele. Os resultados do presente estudo confirmam uma utilização mais equitativa dos serviços de saúde, embora esteja focalizada nas pessoas mais pobres e sem cobertura por plano de saúde, restringindo o princípio da universalidade do acesso. Segundo Whitehead,²⁴ a equidade em saúde

é considerada a superação das desigualdades injustas em determinado contexto histórico e social, sendo as necessidades diferenciadas atendidas por ações governamentais específicas.

Pode-se afirmar que a utilização da ESF está ligada ao perfil do usuário: ser mulher, idoso, pobre, sem cobertura por plano de saúde e com autopercepção de saúde ruim determinam maior utilização da unidade de saúde da família local, favorecendo aquelas pessoas com maior necessidade de cuidados em saúde por estarem mais vulneráveis ao adoecimento.

A ESF constitui uma política inovadora que visa diminuir as desigualdades sociais e possibilitar uma cobertura mais equânime.¹⁹ Assim é possível que a ESF esteja contribuindo para a reafirmação da equidade, princípio do SUS que visa minimizar as desigualdades existentes entre grupos que apresentam diferentes condições socioeconômicas, considerando a necessidade na atenção à saúde.

Em conclusão, a mudança do modelo assistencial e a implantação da Estratégia de Saúde da Família tendem a provocar um impacto positivo e progressivo nas condições de saúde da população mais pobre, visto que objetivam minimizar as desigualdades e promover a equidade. Mesmo sem deixar de assistir as pessoas com melhores condições de vida e saúde, a ESF prioriza aquelas em situação de risco social.

REFERÊNCIAS

1. Altman DG. Practical statistics for medical research. London: Chapman & Hall; 1997.
2. Assada Y, Kephart G. Equity in health services use and intensity of use in Canada. *BMC Health Serv Res*. 2007;7:41. DOI: 10.1186/1472-6963-7-41.
3. Barros AJD, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol*. 2003;3:21. DOI: 10.1186/1471-2288-3-21
4. Barros AJD, Victora CG. Indicador econômico para o Brasil baseado no censo demográfico de 2000. *Rev Saude Publica*. 2005;39(4):523-9. DOI: 10.1590/S0034-89102005000400002
5. Capilheira MF, Santos IS. Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos. *Rev Saude Publica*. 2006;40(3):436-43. DOI: 10.1590/S0034-89102006000300011
6. Cesar CLG, Tanaka OY. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990. *Cad Saude Publica*. 1996;12(Supl 2):S59-70. DOI: 10.1590/S0102-311X1996000600007
7. 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. DOI: 10.1590/S0034-89101997000400005
8. Dias da Costa JS, Olinto MTA, Gigante DP, Menezes AMB, Macedo S, Daltoé T, et al. Utilização de serviços ambulatoriais de saúde em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: alguns fatores relacionados com as consultas médicas acima da média. *Cad Saude Publica*. 2008;24(2):353-63.
9. Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: Artmed; 2004.
10. Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, César CLG. Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família (Qualis) no Município de São Paulo. *Rev Saude Publica*. 2005;39(1):90-9. DOI: 10.1590/S0034-89102005000100012
11. Louvison MCP, Lebrão ML, Duarte YAO, Santos JLF, Malik AM, Almeida ES. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. *Rev Saude Publica*. 2008;42(4):733-40. DOI: 10.1590/S0034-89102008000400021
12. Mendoza-Sassi R, Béria JU. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cad Saude Publica*. 2001;17(4):819-32. DOI: 10.1590/S0102-311X2001000400016
13. Mendoza-Sassi R, Béria JU, Barros AJD. Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study. *Rev Saude Publica*. 2003;37(3):372-8. DOI: 10.1590/S0034-89102003000300017
14. Neri M, Soares W. Social inequality and health in Brazil. *Cad Saude Publica*. 2002;18(Suppl):77-87. DOI: 10.1590/S0102-311X2002000700009
15. O'Donnell O. Access to health care in developing countries: breaking down demand side barriers. *Cad Saude Publica*. 2007;23(12):2820-34. DOI: 10.1590/S0102-311X2007001200003
16. Pinheiro RS, Travassos C. Estudo da desigualdade na utilização de serviços de saúde por idosos em três regiões da cidade do Rio de Janeiro. *Cad Saude Publica*. 1999;15(3):487-96. DOI: 10.1590/S0102-311X1999000300005
17. Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF, Silva ZP. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS – PNAD 2003. *Cienc Saude Coletiva*. 2006;11(4):1011-22. DOI: 10.1590/S1413-81232006000400022
18. Sawyer DO, Leite IC, Alexandrino R. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. *Cienc Saude Coletiva*. 2002;7(4):757-76. DOI: 10.1590/S1413-81232002000400012
19. Sisson MC. Considerações sobre o Programa de Saúde da Família e a promoção de maior equidade na política de saúde. *Saude Soc*. 2007;16(3):85-91. DOI: 10.1590/S0104-12902007000300008
20. Travassos C, Viacava F, Pinheiro RS, Brito AS. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Rev Panam Salud Publica*. 2002;11(5-6):365-73. DOI: 10.1590/S1020-49892002000500011
21. Van Doorslaer E, Masseria C, OECD Health Equity Research Group Members. Income-related inequality in the use of medical care in 21 OECD countries. Paris; 2004. (OECD Health Working Paper, 14).
22. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MT. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol*. 1997;26(1):224-7. DOI: 10.1093/ije/26.1.224
22. Weber CAT. Programa de saúde da família: educação e controle da população. Porto Alegre: AGE; 2006.
23. Whitehead M. The concepts and principles of equity in health. *Int J Health Serv*. 1992;22(3):429-45. DOI: 10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN
24. Yuen P, Balarajan R. Unemployment and patterns of consultation with the general practitioner. *BMJ*. 1989;298(6682):1212-4. DOI: 10.1136/bmj.298.6682.1212