

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
FUNDAÇÃO INSTITUTO OSWALDO CRUZ  
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO  
LABORATÓRIO DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL DE GESTÃO EM SERVIÇOS  
DE SAÚDE

Priscilla Gabrielle Santana de Souza

ACESSO E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE: UM ESTUDO DOS DADOS  
DO PNAD-SUPLEMENTO SAÚDE

RIO DE JANEIRO  
2012

Priscilla Gabrielle Santana de Souza

ACESSO E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE: UM ESTUDO DOS DADOS  
DO PNAD-SUPLEMENTO SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentada à Escola Politécnica de  
Saúde Joaquim Venâncio como requisito  
final para aprovação no curso técnico de  
nível médio em saúde com habilitação  
em gerência em serviços de Saúde.

Orientador: Simone Cristina da Costa Ferreira  
Co-orientador: Raquel Barbosa Moratori

Rio de Janeiro  
2012

Priscilla Gabrielle Santana de Souza

ACESSO E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE: UM ESTUDO DOS DADOS  
DO PNAD-SUPLEMENTO SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentada à Escola Politécnica de  
Saúde Joaquim Venâncio como requisito  
final para aprovação no curso técnico de  
nível médio em saúde com habilitação  
em Gerência em Serviços de Saúde.

BANCA EXAMINADORA

---

Simone Cristina da Costa Ferreira- Mestre em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz  
(2003) EPSJV/FIOCRUZ

---

Marcello de Moura Coutinho - Mestre em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz  
(2003) EPSJV/FIOCRUZ

---

Juliana Oliveira do Amaral - Laboratório de Educação Profissional em  
Vigilância em Saúde  
EPSJV/FIOCRUZ

*“Os bons e os maus resultados dos  
nossos ditos e obras vão-se distribuindo,  
supõe-se que de uma maneira bastante  
uniforme e equilibrada, por todos os  
dias do futuro, incluindo aqueles,  
infindáveis, em que já cá não estaremos  
para poder comprová-lo, para  
congratularmo-nos ou para pedir  
perdão, aliás, há quem diga que é isto a  
imortalidade de que tanto se fala.”*

*José Saramago*

## **RESUMO**

Descrever a utilização dos serviços de saúde orientados pela renda salarial permite uma compreensão da reprodução do acesso em uma sociedade permutada por desigualdades. Destacando as formas de utilização através da análise de dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), foi possível identificar as iniquidades produzidas na relação entre um determinante social atrelado a renda, tipologia do serviço prestado, motivação da consulta, cobertura de plano de saúde e auto-avaliação de saúde e acesso, revelando aspectos biopsicossociais que prescrevem e distinguem a utilização dos serviços de saúde na sociedade brasileira.

Palavras-Chave: Acesso. Utilização. Serviços.

## SUMÁRIO

<b>1.INTRODUÇÃO.....</b>	<b>07</b>
1.1.OBJETIVOS.....	07
<b>2.ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....</b>	<b>08</b>
2.1. POLITICA DE SAÚDE NA PERSPECTIVA DO ACESSO.....	08
2.2.UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE-UMA DIMENSÃO DO ACESSO.....	14
<b>3.DETERMINANTES SOCIAIS NA PERSPECTIVA DA SAÚDE.....</b>	<b>18</b>
<b>4.ASPECTOS METODOLÓGICOS.....</b>	<b>20</b>
<b>5.RESULTADOS.....</b>	<b>21</b>
<b>6.CONCLUSÃO.....</b>	<b>33</b>
<b>7.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>35</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O presente projeto visa analisar o acesso e a utilização de serviços de saúde no Brasil, à partir do critério renda familiar dos dados do PNAD nas diferentes regiões do Brasil.

Para tal, será necessário revisar o conceito de acesso a ser utilizado na análise, dentro da lógica da utilização dos serviços nos níveis de atenção. Ao fazer um breve resgate histórico das políticas públicas de saúde no Brasil pode-se caracterizar a natureza conceitual da saúde e do acesso nos diferentes contextos. O conceito de acesso utilizado ao longo da pesquisa, à partir da revisão realizada por Travassos e Martins (2004), agrega uma dimensão para além da relação direta entre o usuário e a porta de entrada do serviço, incorporando o conceito ampliado de saúde, com determinantes multifacetados que a condicionam. na caracterização do usuário e nas especificidades contextuais na qual esse acesso se realiza, descrito a partir da utilização dos serviços.

Através da análise dos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) referentes a renda populacional correlacionada aos diferentes tipos de serviços de saúde espera-se verificar a desigualdade do acesso e a natureza desse problema.

### 1.1. OBJETIVOS

Analisar o acesso e a utilização de serviços de saúde no Brasil, a partir dos dados do PNAD – suplemento saúde, utilizando como categoria central de análise a renda familiar. Para a realização da análise, é necessário revisar o conceito de acesso e utilização de serviços de saúde e dentro dessa perspectiva identificar a relação entre utilização de serviços de saúde e renda. E através da renda, sua relação com a auto-avaliação de saúde, a cobertura do plano de saúde, o tipo de serviço procurado e a realização da consulta. De caráter complementar na análise, serão utilizados dados disponíveis no IBGE.

## 2. ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

### 2.1 POLÍTICA DE SAÚDE NA PERSPECTIVA DO ACESSO

Compreender a caracterização das políticas públicas de saúde dentro da conjuntura histórica do país auxilia no entendimento da trajetória da saúde e do acesso aos serviços de saúde. O interesse econômico do Estado na manutenção de suas atividades trazia uma compreensão de acesso aos serviços de saúde limitado a determinadas categorias de trabalhadores inseridos no processo produtivo. Essa lógica excludente promovia desigualdades regionais e sociais, impossibilitando o acesso igualitário a todos os indivíduos.

Contemplando essa perspectiva, em *Histórias das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde*, Baptista (2007) nos apresenta alguns fatos históricos importantes referentes as políticas voltadas à saúde no Brasil. Dentre eles, as campanhas sanitaristas nos portos na década de 20, onde ocorria a principal atividade econômica da época, o comércio mercantil, excluindo assim as demais regiões do país no cuidado a saúde por parte do Estado. Posteriormente, em 1923, na então presidência de Artur Bernades, ocorre a promulgação da lei 4.682, pelo deputado Eloy Chaves, instituindo assim o sistema de Caixas de Aposentadorias e Pensão (CAPs), um sistema previdenciário filiado por empresas, inicialmente atendendo ao setor ferroviário e posteriormente a outros segmentos da classe trabalhadora. Dentre os serviços prestados estavam a assistência médica e o fornecimento de medicamentos. Porém havia distinção nos planos previdenciários das categorias de trabalhadores, em função do quantitativo de receita através da arrecadação dos contribuintes, assim como a definição de necessidades específicas de cada segmento, através de regulamentos próprios. A adesão ao sistema de caixas fez com que, em 1993, a quantidade de CAPs chegasse a 183 no total.

A ineficácia das CAPs, por gerar tamanha fragmentação dos serviços, nesse mesmo ano levou a suspensão de suas atividades e sua substituição pelos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), permitindo a abrangência de setores por determinada função ou atividade e tendo sua filiação não mais por empresas mas por categoria. Reduziu-se para seis o número de institutos, sendo eles o IPASE (servidores públicos), IAPB (bancários), IAPC (comerciários), IAPTEC (trabalhadores de transporte), IAPI (industriais) e IAPM (marítimos). (JUNIOR & JUNIOR, 2006)

Nota-se que esses modelos estavam comprometidos com a lógica médico-assistencial da saúde, e, possuíam o direito aos serviços somente contribuintes da Previdência, excluindo a parcela que não fosse de trabalhadores formais e seus dependentes.

Em 1953 foi criado o Ministério da Saúde, voltado para as atividades de campanha sanitária, de caráter coletivo e importante iniciativa na saúde pública. Em paralelo a isso, havia o desenvolvimento e o crescimento da assistência médica através do sistema previdenciário. (JUNIOR & JUNIOR, 2006)

Por mais que os IAPs buscassem uma maior uniformidade na regulamentação previdenciária dos setores trabalhistas, ocorriam incongruências quanto as normas de cada instituto que levaram a discussão de unificação do sistema. Contrária a esse argumento, a centralização do poder que antes tinha força nos trabalhadores seria tomada pelo Estado. Diante desse cenário conflituoso, a Lei Orgânica de Previdência Social- Lei nº3807 de 26/08/1960- serviu de medida intermediária para atender os setores e Estado. Mantinha-se o caráter segmentado porém instituía direitos e deveres iguais a todos os institutos de previdência.

A amplitude de empregos e o crescimento dos setores impulsionou a fusão dos IAPs em 1966, fundando assim o INPS (Instituto Nacional da Previdência Social). (JUNIOR & JUNIOR, 2006)

Nas décadas de 70 e 80, já em regime ditatorial, o país tornou-se palco para diversas lutas sociais em prol da democratização e da garantia de direitos devido ao forte controle exercido pelo Governo Militar. E no âmbito da saúde, a ditadura favorecia o modelo médico-assistencial privatista, este possuía uma lógica mercadológica na prestação de serviços à saúde que dialogava com a conjuntura política e econômica de interesse do aparelho estatal (PAIM,1992).

E nesse cenário de crise da universalização do direito à saúde e com as iniquidades provocadas por esse modelo trouxeram para a 8ª Conferência Nacional de Saúde o material necessário para uma reformulação profunda que transcedeu mudanças administrativas e políticas, chegando a um novo conceito de saúde, ampliando seu sentido coletivo e individual, internalizado nos princípios e diretrizes do novo sistema ali planejado. O primeiro grande passo que podemos observar é um olhar diferenciado nos fatores condicionantes a saúde, que ganharam aspectos sociais e econômicos, trazendo a importância de uma gestão integral da promoção, prevenção e cuidado à saúde dentro desse novo sistema. Planejar o conjunto de práticas que englobem essa

nova dimensão de saúde em um único modelo que objetiva tornar a saúde um direito de todos implica, no que consta no relatório final da VIII Conferência, a garantia pelo Estado de condições dignas de vida e acesso universal aos serviços de saúde de forma integral. Assim, Moradia, renda, lazer, transporte, alimentação e educação tornam-se determinantes das condições da saúde coletiva e individual.(PONTES & MATTA, 2007) Dessa forma, entende-se que a utilização dos serviços de saúde dentro desse novo sistema reflete a complexidade de fatores que não está somente atrelada à assistência mas também às políticas públicas que viabilizem a plenitude do usuário como cidadão.

Com um novo pacote de mudanças no sistema de saúde e no processo de redemocratização do país, iniciou-se um amplo projeto de reforma na saúde, a Reforma Sanitária, que posteriormente viria a se delinear no atual Sistema Único de Saúde (SUS).

A saúde era concebida na lógica de ausência de doença, sendo suas ações centralizadas no processo curativo e de manutenção da mesma, referenciadas na figura do médico e do hospital. Não havia preocupação do Estado com uma política de proteção social, abrangendo o direito universal à saúde dos indivíduos. E isso ficou mais evidente no contexto de ditadura militar, que tinha em sua plataforma de regime político a ampliação da cobertura dos serviços da previdência, porém os recursos para seu financiamento tornaram-se precários, tendo em vista a diminuição da oferta de emprego, o que atingia diretamente na contribuição da previdência. Dessa forma, não havia fundo financeiro para sustentar o aumento da demanda, o que culminou na superlotação dos hospitais - devido a inserção de novos trabalhadores no sistema da previdência-, na diminuição das práticas de prevenção a doenças infecto-contagiosas, - resultando no aumento do número de casos- etc.

Com o II Plano Nacional de Desenvolvimento, que buscava o desenvolvimento através do diálogo entre as políticas sociais e econômicas para combater a crise emite do Governo Militar, os movimentos sociais puderam se fortalecer, ganhando apoio na insatisfação popular. E dentre eles, no âmbito da saúde, o movimento sanitário, amplamente apoiado por instituições como a Universidade de São Paulo (USP), Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ), Universidade Estadual de Campinas (Unicamp),etc.

Esse movimento criticava duramente o modelo de saúde vigente e buscava o debate para uma nova modelagem de sistema de saúde no país, a partir de tais disposições:

A saúde é um direito de todo cidadão, independente de contribuição ou qualquer outro critério de discriminação; As ações de saúde devem estar integradas em um único sistema, garantindo o acesso de toda população a todos os serviços de saúde, seja de cunho preventivo ou curativo; A gestão administrativa e financeira das ações de saúde deve ser descentralizada para estados e municípios; O Estado deve promover a participação e o controle social das ações de saúde. (PONTES & MATTA, 2007, p. 43)

Garantir essas proposições não só provocava a ampliação do sentido de saúde, levando em consideração os fatores psicossociais e econômicos como também promovia o sentido de cidadania plena, independente da função produtiva ou não na qual o indivíduo se insere na sociedade.

Outros estudos apontavam a inefetividade do sistema de saúde, como o relatório do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp), grupo responsável por investigar as possíveis causas da crise da previdência, que apontavam: recurso financeiro insuficiente ante a demanda, inadequação dos serviços à realidade, etc. O Inamps não operava de forma transparente na prestação dos serviços médicos no sistema previdenciário e não agia de forma integrada ao Ministério da Saúde, provocando em ambos um equivocado gerenciamento de recursos e demanda. (CORDEIRO *apud* PONTES & MATTA, 2007)

Na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, com o país em processo de democratização da era pós-ditadura, a abertura para a representação participativa da população e dos técnicos no debate da reforma da saúde culminou num marco histórico para democracia participativa. Ao final da VIII CNS, foi votado por unanimidade a universalização da saúde. Consta no relatório final da VIII Conferência (1986: s/p):

3. Direito à saúde significa garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade.

4. Esse direito não se materializa simplesmente pela sua formalização no texto constitucional. Há, simultaneamente, necessidade de o Estado assumir explicitamente uma política de saúde conseqüente e integrada às demais políticas econômicas e sociais, assegurando os meios que permitam efetivá-las. Entre outras condições, isso será garantido.” mediante o controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas sociais e econômicas pela população.

Dos resultados obtidos com a CNS, o modelo de saúde idealizado pelos reformistas tornava-se mais próximo de ser efetivamente concretizado. E um ano após a Conferência, por iniciativa do Inamps, foi criado a Sistema Unificado e Descentralizado

de Saúde (SUDS), o primeiro modelo de saúde universalizada no país que promovia a hierarquização, regionalização e equidade no sistema, porém não havia a incorporação do Inamps, o que gerava conflitos entre os reformistas que buscavam uma adesão imediata para um sistema de saúde genuinamente unificado. (MERCADANTE, 2002)

Na Assembléia Constituinte de 87, o relatório da VIII Conferência foi fundamental na validação da saúde como direito na Constituição Federal de 1988, e na legalização do Sistema Único de Saúde (SUS).

A saúde passa a ser entendida à partir do seu determinante biopsicossocial, como define o relatório final da XVII Conferência, na temática de saúde como direito:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultados das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

E como tal, passa a agregar diferentes aspectos em seu modelo de atenção, medindo estratégias que incluíssem as predisposições a doenças e especificidades de cada grupo inserido na sociedade. Com a saúde garantida como direito, o acesso aos serviços de saúde torna-se universal, marcando um novo e significativo passo para o planejamento e organização do sistema de forma integral em seus diferentes níveis de atenção e em suas diferentes demandas por regiões.

Em 1990, para regulamentar as questões em aberto referentes principalmente ao financiamento dos recursos, participação do setor privado e definição mais detalhada dos princípios e diretrizes do SUS, foi promulgada a Lei Orgânica de Saúde 8.080.

Das diretrizes do SUS, como disposto na 8ª CNS, temos: a Universalidade, Equidade, Participação da Comunidade, Descentralização político-administrativa, Hierarquização, Regionalização e Integralidade.

- A Universalidade corresponde a saúde como direito universal garantido pelo Estado.
- A Equidade está vinculada a promoção de igualdade entre os desiguais. Considera as especificidades dos usuários, buscando o tratamento a essas diferenças em níveis desproporcionais para que haja um nivelamento das necessidades em relação aos condicionantes de saúde. Em âmbito financeiro, a equidade na distribuição de recursos compreende as especificidades dos municípios quanto a demanda de saúde. (SCOREL,2009)

- A Participação da Comunidade garante aos usuários do serviço de saúde participação representativa nos Conselhos e Conferências de Saúde realizados periodicamente, construindo um espaço democrático na discussão da saúde, que competem “[...] na formulação da política, no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação das ações de saúde” (Relatório 8ª CF, 1986).
- A Descentralização político-administrativa ocorre nas três esferas do Governo: Município, Estado e União, em uma aliança na gestão dos recursos, cada qual com suas atribuições, fortalecendo o papel do Município em sua autonomia na aplicação desses recursos.
- A Hierarquização reflete a divisão do sistema de saúde nas atenções primária, secundária e terciária. Conjuga-se assim os serviços de acordo com suas complexidades, dentro desses níveis de atenção. (PONTES & MATTA, 2007)
- A Regionalização corresponde às diferentes áreas de abrangência da rede de atenção. Contempla a lógica de um planejamento integrado do território e seus níveis de assistência, com referências a demanda dos serviços e potencialidade de oferta.
- A Integralidade compreende a articulação do sistema de saúde com a prestação de serviços e a materialização da saúde como direito. Evoca a ação continuada na prevenção, promoção e cuidado à saúde em âmbito individual e coletivo, envolvendo os três níveis de atenção. (PINHEIRO, 2009)

Ao nos debruçarmos sobre o conceito de integralidade, percebemos seu sentido correlacionado às demais diretrizes, pois abrange a forma e a materialização das mesmas dentro do sistema, qualificando o acesso universal – porta de entrada do sistema – através da ação continuada dos serviços.

[...] a integralidade é assumida como sendo uma ação social resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta, em planos distintos de atenção à saúde (plano individual – onde se constroem a integralidade no ato da atenção individual e o plano sistêmico – onde se garante a integralidade das ações na rede de serviços), nos quais os aspectos subjetivos e objetivos sejam considerados. (PINHEIRO, apud OLIVEIRA; BALDO, 2001)

Compreendendo dessa forma a necessidade da integralidade, desde a porta de entrada, na atenção primária, ao nível mais complexo de atenção a saúde, num conjunto de práticas articuladas que integrem o usuário como cidadão que possui uma gama de

especificidades dentro de um coletivo, influenciado pela conjuntura político-social a que ele está submetido. (PINHEIRO, 2009)

## 2.2 UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE – UMA DIMENSÃO DO ACESSO

Caracterizar a pesquisa a ser realizada na perspectiva da utilização dos serviços pressupõe a conceituação do acesso em suas variadas percepções, trazendo um campo de discussão amplo – relaciona diversos fatores de naturezas distintas – e importante no entendimento do acesso dentro do sistema de saúde.

Travassos e Martins em sua revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de saúde (2004) abordam o tema encarando a perspectiva do acesso como uma condição importante na caracterização da oferta dos serviços de saúde, pois abrange os fatores *predisponentes, capacitantes e necessidades de saúde* que qualificam a utilização dos serviços que seriam, respectivamente, as predisposições ao aparecimento do problema de saúde, a disponibilidade dos meios do indivíduo em conseguir tal cuidado e a percepção do problema, tanto pelo profissional de saúde quanto pelo usuário.

No âmbito da discussão, ao ampliar o conceito de acesso, a revisão também se apropria e distingue *acesso potencial e acesso realizado*:

O conceito de acesso potencial incorpora os fatores individuais que limitam ou ampliam a capacidade de uso (fatores capacitantes), que representa apenas um subconjunto dos fatores que explicam o acesso realizado (uso), já que estes incluem também os fatores predisponentes, as necessidades de saúde, além de fatores contextuais. (TRAVASSOS & MARTINS, 2004, p.03)

O acesso potencial requer uma disposição de meios do indivíduo para a utilização dos serviços que complementa o sentido do acesso utilizado, entendido como o acesso articulado dentro da conjuntura de oferta de serviços, suas potencialidades, modelo estatal, demanda da população dentre outros fatores de natureza estrutural. Dessa forma, o acesso utilizado incorpora a aplicabilidade do acesso potencial dentro da complexidade da rede de serviços do sistema, o que acaba por gerar um resultado qualitativo desse acesso potencial.

Os fatores contextuais estão relacionados às políticas públicas que agem direta e indiretamente na qualidade da oferta de serviços, e são passíveis de modificação pelos órgãos competentes.

A inclusão dos conceitos de *acesso efetivo* e *acesso eficiente* qualificam o acesso utilizado. O acesso efetivo diz respeito a satisfação dos usuários ante os serviços, e o acesso eficiente é caracterizado pelo julgamento do quantitativo de serviços realizados e sua capacidade de mudança. Esses conceitos ampliam o sentido de acesso utilizado, pois incorporam o produto dos serviços na qualidade de vida dos usuários.

A revisão também institui as dimensões de *resistência* e *poder da utilização*. A primeira relaciona o acesso potencial aos impecilhos em se obter o cuidado e a segunda dispõe as formas de eliminar esses obstáculos – nas esferas geográficas, organizacional e financeira- o que indica o foco da discussão do acesso até então nos mecanismos e formas no qual ele se realiza.

De acordo com a revisão, a partir da década de 90, o acesso passa a ser vinculado diretamente a utilização dos serviços com foco no resultado. “Acesso, neste caso, não abrange qualquer uso; limita-se ao uso qualificado, saber, aquele que ocorre no momento adequado ao atendimento do problema de saúde do paciente, utilizando recursos corretos e executado da forma correta.” (TRAVASSOS & MARTINS, 2004, p.04)

Porém essa conceituação apresenta uma problemática em sua aplicabilidade nas complexidades do sistema, pois, não cobre os resultados das práticas de prevenção e a qualidade técnica do processo de atendimento.

Ainda para Travassos e Martins, a conceituação do acesso é admitida por muitos autores como dependente de contexto. Entretanto, a contextualização está relacionada muito mais às formas em que o acesso se aplica dentro dos diferentes modelos de atenção à saúde do que no conceito em si.

Variações nas coberturas a procedimentos específicos, nos tipos de prestadores de serviços credenciados, nos incentivos financeiros para o uso desses serviços, no emprego de outras medidas de racionamento do uso como o co-pagamento, na existência de porta de entrada, de regras para encaminhamento de pacientes, no emprego de protocolos de cuidado e no monitoramento de qualidade representam algumas dessas características que diferenciam os mercados de saúde. (TRAVASSOS & MARTINS, 2004, p. 06)

Nos estudos de modelos de utilização de saúde, a explicação recorrente decorre da interseção entre os fatores predisponentes, capacitantes e necessidade de saúde citados anteriormente. Os fatores predisponentes afetam a formação dos fatores capacitantes e a necessidade de saúde- junto aos fatores antecedentes- impõe um aspecto multidimensional na determinação do modelo de utilização.

Outra forma de compreensão de modelos de utilização dos serviços de saúde está no produto entre os fatores usuário, profissionais prestadores do serviço e sistema. Distingue-se o controle da utilização pelo usuário – que possui características que estimulam e influenciam na forma de utilização, tais quais a subjetividade da relação saúde-doença e condições sociais- e pelo profissional médico – possuindo características referentes à formação acadêmica, atitude no processo de trabalho e acúmulo de experiências que influenciam na prestação de serviços-. A utilização controlada pelo usuário está no primeiro acesso e nas ações preventivas, enquanto as consultas médicas posteriores e o tratamento são de responsabilidade médica.

Através desses fatores podemos perceber a importância de se analisar e compreender a utilização dos serviços através dos determinantes que qualificam esse acesso de forma integral – porta de entrada, prestação de serviços, resultados – e suas especificidades dentro das características do modelo no qual estão inseridos os atores desse processo –profissionais, usuários e Estado- de forma a garantir a efetividade do acesso ao sistema de saúde.

E, no modelo brasileiro de saúde pública, o acesso universal requer a adesão do conceito macro de saúde, relevando os aspectos biopsicossociais do usuário, entendendo o próprio SUS como um sistema aberto, exposto a variáveis que devem ser progressivamente incorporadas na sua forma de planejamento e atuação. (PINHEIRO, 2009)

Ao projetar o sistema de saúde nessa abordagem fluida, algumas ferramentas de estudo das dimensões e caracterizações da utilização dos serviços no país foram elaboradas. Dentre elas, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios oferece dados relevantes para inúmeras análises referentes a prática do modelo de assistência, oferecendo um panorama da saúde no Brasil.

O PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios) é realizada anualmente desde 1967 e apresenta dados que são ferramentas no estudo da situação socioeconômica do nosso país. Dentre os dados apresentados temos educação, trabalho, renda, características gerais da população, migração, fecundidade dentre outros. (IBGE, 2000).

Em 1998 foi acrescentado ao PNAD as temáticas acesso e utilização de serviços de saúde, através de uma parceria do Ministério da Saúde com o IBGE. Nelas foram incrementados os dados referentes a auto-avaliação do estado de saúde, cobertura por plano de saúde, acesso e utilização de serviços. Através da análise desses dados, pode-se melhor compreender a evolução da natureza do acesso na utilização dos serviços de saúde dentro do sistema.

### 3. DETERMINANTES SOCIAIS NA PERSPECTIVA DA SAÚDE

A importância da apropriação do conceito de saúde ampliada para se entender seus reflexos na utilização dos serviços de saúde no Brasil implica na abordagem dos Determinantes Sociais de Saúde (DSS), que podem ser definidos por condicionantes da vida em sociedade (psicossociais, culturais, comportamentais, etc.) que influenciam direta e indiretamente na saúde do indivíduo.(BUSS; FILHO, 2007)

E essa relação entre as determinantes sociais e seu reflexo na saúde dos indivíduos não exclui a desigualdade social presente no modelo político no qual está estruturada, já que esse mesmo modelo também produz inequidades nos serviços de saúde. Os estudos mais recentes referentes a essa ligação entre desigualdade social e desigualdade no acesso buscam compreender as formas no qual esses contrapontos convergem, produzindo potencialmente fatores de riscos à saúde da população e a dificuldade no acesso a esses serviços.

Uma das abordagens para esse estudo está voltada ao fator renda, onde :

(...) privilegia os“aspectos físico-materiais” na produção da saúde e da doença, entendendo que as diferenças de renda influenciam a saúde pela escassez de recursos dos indivíduos e pela ausência de investimentos em infra-estrutura comunitária (educação, transporte, saneamento, habitação, serviços de saúde etc.), decorrentes de processos econômicos e de decisões políticas. (BUSS& FILHO, 2007, p.82) (grifos do autor)

Buss & Filho (2007) analisam modelos que esquematizam as influências dos DSS nas possibilidades de adoecimento e natureza das enfermidades em nível individual e coletivo. Um dos modelos explicitados é composto pelas relações de posição social do indivíduo, condicionado pelo contexto de políticas públicas referentes ao mercado de trabalho e educação, com a exposição à doença a diferentes níveis de vulnerabilidade e o impacto disso no aspecto econômico e social da vida do indivíduo e seus familiares e também em âmbito biológico.

Através desses estudos, pode-se estratificar a sociedade em níveis de abrangência das DSS, ajudando na elaboração de políticas públicas de combate a doenças, promoção a saúde e ampliação do acesso à população.

Ao trabalhar com os determinantes sociais de saúde para se entender as desigualdades enfrentadas pelo SUS, compreende-se o conceito de saúde e acesso na forma de reprodução da utilização dos serviços dentro do nosso contexto social.

As desigualdades no acesso dentro do sistema possuem dimensões geográficas e

sociais, complementares entre si pelo pressuposto da equidade e regionalização na atenção a saúde. (TRAVASSOS e tal, 2007). E compreender as formas nas quais essas dimensões se relacionam com as desigualdades no acesso dentro do nosso modelo de saúde multidimensional a discussão da aplicabilidade de medidas para a garantia da integralidade na utilização dos serviços de saúde.

A pesquisa realizada busca descrever a dimensão da desigualdade no acesso através da utilização dos serviços de saúde, tendo como determinante a renda, que implica em diversos fatores na compreensão dos condicionantes à saúde.

Entender as formas de reprodução das desigualdades dentro do sistema através da ótica do acesso, auxilia a análise da saúde dentro do contexto social, objetivando identificar as iniquidades provocadas por esse sistema, tornando mais próxima a aplicabilidade da teoria de um sistema integral dentro da realidade brasileira.

#### 4 ASPECTOS METODOLÓGICOS

O objetivo deste trabalho analisar o acesso e a utilização de serviços de saúde no Brasil, a partir dos dados do PNAD – suplemento saúde, utilizando como categoria central de análise a renda familiar. Isto implica, primeiramente, revisar o termo acesso e utilização de serviços de saúde; identificar as informações produzidas através da PNAD- suplemento saúde; e identificar as possíveis relações entre renda e acesso e utilização de serviços de saúde. Para tanto, será utilizada pesquisa bibliográfica e pesquisa documental e em base de dados, disponível no site do IBGE.

O PNAD é realizado uma vez ao ano, no final do último trimestre. O plano amostral envolvia os três âmbitos regionais – Nacional, Estadual e regiões metropolitanas-, ampliando a amostra em 2004 para todo o território nacional, constando anualmente a cobertura de cerca de 110.000 mil domicílios. A elaboração dos questionários é feita através de dois níveis, o primeiro refere-se a dados domiciliares – condições de saneamento básico e moradia, acesso à internet, características da família, etc.- e o segundo a dados individuais- escolaridade, etnia, características demográficas e de fecundidade, etc.-. Algumas características transformaram-se num estudo suplementar a pesquisa inicial, tais quais a fecundidade, trabalho infantil e saúde. No que diz respeito ao suplemento saúde, a pesquisa aborda diferentes temas e seus desdobramentos em seu questionário tais quais morbidade, cobertura por plano de saúde, acesso aos serviços, utilização dos serviços, limitações de atividades físicas para maiores de 13 anos e gastos privados com a saúde. (TRAVASSOS et al,2008)

As categorias selecionadas para análise foram: renda; auto-avaliação da saúde, cobertura do plano de saúde, tipologia do serviço prestado e realização da consulta.

## 5 RESULTADOS

Apresentamos neste capítulo o resultado da análise dos dados coletados no SIDRA/IBGE – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios relativos aos anos de 2003 e 2008 . Orientamos a apresentação à partir da categoria renda, que, a critério de análise, estratifica a sociedade dentro do contexto social e econômico do país, e esse contexto amplia o sentido da relação saúde-doença, compreendendo os múltiplos fatores que levam a necessidade de saúde e que influenciam na estrutura da oferta de serviços e sua utilização por parte dos indivíduos.

A desigualdade na distribuição de renda afeta diversos sub-fatores em âmbitos psicossociais, como a compreensão de desigualdade do indivíduo, os prejuízos a saúde provocados pela vivência em uma sociedade desigual (estresse, por exemplo), os aspectos psicobiológicos e a situação de saúde. Em âmbito físico-material, temos a limitação de recursos e precarização da infraestrutura por falta de investimentos (saneamento, habitação, transporte, serviços de saúde...) etc. (BUSS; FILHO,2007). Dessa forma, a renda é importante na descrição do perfil de utilização dos serviços por classes econômicas, abrangendo as iniquidades produzidas por uma sociedade desigual.

De forma complementar será analisada também a diferença entre as regiões do país. Esta abordagem é central para esta análise porque a estrutura de oferta de serviços possui um caráter diferenciado por regiões dada as suas respectivas especificidades, perfil da população, cultura, demanda, etc, e sua trajetória no contexto histórico nacional que afeta diretamente na utilização dos serviços.

Para analisar o acesso e utilização dos serviços de saúde foram utilizados os critérios: (1) auto-avaliação de saúde que é a “avaliação da saúde da pessoa segundo o seu próprio ponto de vista ou, no caso de criança pequena, do ponto de vista do seu responsável, classificada em uma escala de cinco graus: muito bom, bom, regular, ruim ou muito ruim” (IBGE,), (2) cobertura de plano de saúde, que diz respeito ao direito da pessoa (dependente, agregado ou titular) em possuir algum plano de saúde, médico ou odontológico de origem particular, de empresa ou órgão público; (3) tipo de serviço procurado, que é o serviço frequente que a pessoa costuma procurar quando busca atendimento em saúde, categorizando esses serviços em farmácia, posto de saúde ,consultório particular, ambulatório, emergência e agente comunitário; e (4) realização de consulta, que é o atendimento prestado por médico no período de 12

meses, incluindo todas as especialidades em hospitais, consultórios, clínicas, postos de saúde etc. (IBGE)

A análise das categorias apresentadas está relacionada a outra categoria central: renda familiar, por entendê-la como um fator importante na diferenciação dos níveis de saúde da população, ao compreender os fatores predisponentes ao adoecimento, os que capacitam a obtenção do cuidado e a necessidade de saúde observada pela ótica do indivíduo. E, através desse âmbito, como condicionante do acesso e utilização dos serviços de saúde.

Dessa forma, a partir da renda pode-se descrever as potencialidades e as condicionantes, em âmbito coletivo, que qualificam a saúde e por consequência o acesso e a utilização dos serviços.

Para caracterizar a utilização dos serviços de saúde do usuário brasileiro a partir do critério renda, é necessário partir da percepção que a população tem do próprio estado de saúde, nos diferentes grupos de renda, revelando as necessidades de saúde que influenciam na utilização dos serviços. Na relação entre auto-avaliação e renda, podemos observar na tabela 1 a percepção de saúde que o indivíduo possui, sua necessidade de saúde, nas 5 regiões do Brasil no período de 2003 e 2008.

**Tabela 1 - População residente, por auto-avaliação do estado de saúde, situação do domicílio, sexo, grupos de idade e classes de rendimento mensal familiar**

Região	Muito boa ou boa		Regular		Muito ruim ou ruim	
	2003	2008	2003	2008	2003	2008
Norte	77%	75%	13%	21%	2%	4%
Nordeste	75%	73%	20%	22%	4%	5%
Sudeste	81%	80%	15%	17%	3%	3%
Sul	79%	77%	17%	19%	3%	4%
Centro-Oeste	77%	78%	18%	19%	3%	3%

Fonte: : IBGE-SIDRA- Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2003/2008 – Suplemento saúde.

Nota-se que a qualidade de muito boa ou boa na auto-avaliação do estado de saúde, a níveis percentuais é alta em todas as regiões. A variação dessa avaliação entre as regiões é pequena, não possibilitando a sugestão de relações que possam dizer as especificidades de cada região. Porém, por mais que a avaliação positiva do estado de

saúde compreenda um elevado número estatístico em comparação às demais, sua porcentagem relativa diminuiu de 2003 para 2008 em todas as regiões, somente alcançando queda não relevante nas regiões Sudeste e Centro-Oeste. Em contrapartida, as demais qualificações Regular e Ruim ou Muito Ruim aumentaram significativamente nesse período de tempo, como podemos observar na região Norte, onde o aumento absoluto é pequeno, mas o relativo foi de 100% para ruim e muito ruim e também para mais de 50% para a avaliação regular.

Com relação às classes de rendimento, observamos na tabela 1.1 que o percentual relacionado a auto-avaliação muito boa ou boa cresce de acordo com o aumento da renda, onde temos na classe de até 1 salário mínimo 71% e na classe de rendimento superior a 20 salários, 90%. Em sentido inversamente proporcional, nas avaliações regular e muito ruim ou ruim temos a progressão do crescimento percentual dada através do decréscimo das classes de rendimento. Enquanto na classe de rendimentos menores, o percentual de auto-avaliação regular encontra-se entre 20 a 25%, na classe de maior rendimento esse percentual não alcança os 10%.

**Tabela 1.1 - População residente, por auto-avaliação do estado de saúde, situação do domicílio, sexo, grupos de idade e classes de rendimento mensal familiar**

<b>Renda</b>	<b>Muito Boa ou Boa</b>	<b>Regular</b>	<b>Muito Ruim ou Ruim</b>
Até 1 salário	71%	24%	6%
1 a 2 salários	73%	22%	5%
2 a 3 salários	75%	21%	4%
3 a 5 salários	78%	19%	4%
5 a 10 salários	83%	15%	2%
10 a 20 salários	87%	12%	1%
20 ou mais salários	90%	9%	1%

Fonte: : IBGE-SIDRA- Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2003/2008 – Suplemento saúde.

A auto-avaliação do estado de saúde condiz com a percepção de saúde que o indivíduo possui, que pode estar associado a qualidade de vida, da saúde e as predisposições que levam ao surgimento do problema que são de caráter biológico. O decréscimo percebido na avaliação positiva e o crescimento de auto-avaliações negativas, em especial nas classes de renda mais baixas que já sofrem desigualdades sociais promovidas pelo modelo econômico, indica que os diferentes grupos sociais adoecem de formas diferentes, já que o fator renda dificulta potencialmente o acesso

aos serviços de saúde e acaba sendo refletido na avaliação de saúde do indivíduo, podendo ser um determinante no seu processo de saúde-doença, pois o acesso ao diagnóstico e tratamento impacta na redução do agravamento do quadro clínico, ou mesmo na redução do risco de um óbito prematuro.

Há na relação entre cobertura de plano de saúde e renda um importante fator que qualifica o acesso aos serviços de forma desigual. A cobertura por plano de saúde garante o duplo acesso aos serviços de saúde, enquanto a ausência da mesma implica em somente uma porta de entrada aos serviços. E, na relação de cobertura de plano de saúde por rendimento salarial nos anos de 2003-2008 por regiões, temos os seguintes dados:

**Tabela 2- População residente, por cobertura de plano de saúde e classes de rendimento mensal familiar**

Renda	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste	
	Não C.	Cobertos	Não C.	Cobertos	Não C.	Cobertos	Não C.	Cobertos	Não C.	Cobertos
Até 1 sal.	98%	2%	98%	2%	93%	7%	94%	6%	94%	6%
1 a 2 sal.	95%	5%	95%	5%	86%	14%	89%	11%	91%	9%
2 a 3 sal.	92%	8%	90%	10%	78%	22%	84%	16%	88%	12%
3 a 5 sal.	86%	14%	81%	19%	67%	33%	72%	28%	78%	22%
5 a 10 sal.	67%	33%	56%	44%	48%	52%	55%	45%	60%	40%
10 a 20 sal.	47%	53%	35%	65%	26%	74%	35%	65%	38%	62%
20 + sal.	39%	61%	19%	81%	13%	87%	20%	80%	25%	75%

Fonte: IBGE-SIDRA- Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2008 – Suplemento saúde.

Nota-se, a partir da tabela 2, um comportamento de maior percentual de cobertura em proporção ao aumento de renda em todas as regiões. O percentual de pessoas cobertas nas classes acima de 10 salários mínimos supera em muito as demais classes, chegando a equivaler mais de 80% da classe de 20 salários ou mais nas regiões Nordeste, Sudeste e Sul. Em nível intermediário, as classes de 5 a 10 salários mínimos encontram em sua maioria um percentual balanceado em relação aos cobertos e não cobertos, com taxas percentuais na casa dos 40% a 50%. As classes de menor rendimento, em especial as de até 1 salário mínimo e entre 1 e 2 salários, polarizam essa relação de cobertura e renda, pois o percentual de pessoas não-cobertas chega a mais de 90%. E a nível regional, Norte e Nordeste lideram esse índice de não-cobertura, ultrapassando os 95% nas classes de até 1 salário mínimo.

A diferença nas rendas de até 3 salários mínimos no Sul e Sudeste é de até 50%. Isso ocorre porque o plano de saúde está associado ao emprego formal, representando

um salário indireto, como revela os dados do IBGE/2008 referentes aos titulares de planos de saúde, onde mais de 40% possuía plano pago pelo trabalho atual ou anterior e 20,5% é integralmente pago pelo empregador.

Percebemos que as faixas salariais de menor renda são as que possuem os maiores índices de não cobertura em todas as regiões, e vimos anteriormente que também são as que possuem maior percepção de saúde negativa, o que indica, em caráter desigual, um grupo com maior necessidade de saúde numa estrutura de acesso aos serviços com somente uma porta de entrada, o serviço público.

A relação da progressão da cobertura por plano de saúde, em âmbito geral, através da renda pode ser avaliada a partir da tabela a seguir:

**Tabela 2.1- População residente, por cobertura de plano de saúde e classes de rendimento mensal familiar**

Renda	2008			2003		
	Total	Cobertos %	Não C.	Total	Cobertos	Não C.
Até 1 sal.	22.089	3,80%	96,20%	22.748	2,90%	97,10%
1 a 2 sal.	40.976	8,70%	91,30%	35.816	6,80%	93,20%
2 a 3 sal.	32.791	15,90%	84,10%	28.578	14,10%	85,90%
3 a 5 sal.	38.485	27,10%	72,90%	33.497	24,90%	75,10%
5 a 10 sal.	29.817	47,30%	52,70%	27.375	43,80%	56,20%
10 a 20 sal.	12.064	69,00%	31,00%	12.976	65,60%	34,40%
20 ou +sal.	5.007	82,40%	17,60%	6.470	83,00%	17,00%
Geral	189.953	25,89%	74,11%	175.954	24,46%	75,53%

Fonte: : IBGE-SIDRA- Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2003/2008 – Suplemento saúde.

Ao totalizar o número de pessoas independente de classes, temos quase o triplo do número de cobertos referentes aos não cobertos, 74% de não cobertos e 26% cobertos no ano de 2008. Por mais que a população em sua maioria não possua cobertura por plano de saúde, percebemos uma tendência a ampliação dessa cobertura ao avaliarmos o período de 2003 a 2008, onde os percentuais de cobertos aumentaram expressivamente em todas as rendas, exclusive superior a 20 salários mínimos.

E a níveis regionais, como ilustra a tabela 2.2 referente ao ano de 2011, observamos que mais de 50% da população da região Sudeste possui cobertura por plano de saúde, bem diferente da realidade do Nordeste, que possui somente 11% de cobertura.

Podemos observar também que o percentual da população coberta por plano de saúde no Brasil, diminuiu com relação a 2008, o que pode ser explicado pela

**Tabela 2.2 - Taxa de cobertura por cobertura assistencial do plano e localização, segundo Grandes Regiões e Unidades da Federação do Sudeste (Brasil - março/2011)**

Grandes Regiões e Unidades da Federação	Assistência médica com ou sem odontologia				Exclusivamente odontológico			
	Unidade da Federação	Região Metropolitana		Unidade da Federação	Região Metropolitana			
		Capital	Interior		Capital	Interior		
Brasil	24,40	43,10	37,50	18,60	8,00	17,00	14,20	5,20
Norte	10,40	23,30	21,60	4,60	3,70	9,70	10,00	1,00
Nordeste	11,10	31,00	25,20	5,60	4,80	14,40	11,30	2,10
Sul	23,50	50,20	36,80	19,50	5,00	18,00	11,40	3,10
Centro-Oeste	16,10	25,40	21,20	10,70	8,30	17,80	15,20	2,70
Sudeste	37,80	58,10	48,00	31,00	12,00	19,80	16,50	9,30

Fonte: ANS- Agência Nacional de Saúde suplementar – Caderno de Informação da Saúde Suplementar - junho/2011

Essa diferença entre abrangência de coberturas pode ser tanto relacionada a plano de saúde como benefício salarial na lógica de salário indireto, como também pela estrutura do modelo de atenção, no caso do acesso, ao modelo de atenção básica, como podemos observar na tabela a seguir:

**Tabela 2.3 Taxa de cobertura por população coberta, segundo modelos de atenção – (Brasil , 2004 - 2009)**

Ano	Modelo de Atenção	População coberta <sup>(1)</sup>	% população coberta pelo programa
2004	PACS	31.265.852	17,5
	PSF	65.543.751	36,6
	Outros	837.377	0,5
	<b>Total</b>	<b>97.646.980</b>	<b>54,5</b>
2005	PACS	28.082.605	15,2
	PSF	74.289.991	40,3
	Outros	585.498	0,3
	<b>Total</b>	<b>102.958.094</b>	<b>55,9</b>
2006	PACS	26.098.567	14,0
	PSF	82.219.750	44,0
	Outros	518.330	0,3
	<b>Total</b>	<b>108.836.647</b>	<b>58,3</b>
2007	PACS	20.949.547	11,1
	PSF	88.953.608	47,0
	Outros	30.954	0,0
	<b>Total</b>	<b>109.934.109</b>	<b>58,1</b>
2008	PACS	19.889.607	10,5
	PSF	92.790.438	48,9
	Outros	81.485	0,0
	<b>Total</b>	<b>112.761.530</b>	<b>59,5</b>
2009	PACS	20.194.460	10,5
	PSF	95.638.435	49,9
	Outros	215.476	0,1
	<b>Total</b>	<b>116.048.371</b>	<b>60,6</b>

---

Nota:

(1): Situação no final do ano

Percebemos através da tabela 2.3 que a cobertura da população por modelos de atenção básica pelo PACS- Programa de Agentes Comunitários de Saúde- e principalmente pelo PSF- Programa de Saúde da Família - aumentaram significativamente no período de 2004 a 2009, porém a taxa de aumento vem diminuindo ao longo dos anos. Enquanto para o período de 2004 para 2006 houve um aumento de quase 4% na cobertura por PSF, no período de 2008 a 2009, esse aumento chegou a somente 1%, que a nível de análise, não possui relevância.

A diferença entre o percentual de cobertos e não-cobertos entre as classes e a nítida progressão na adesão do plano de saúde na medida em que há aumento de renda indica uma desigualdade no acesso aos serviços de saúde, pois enquanto as classes com maior disponibilidade de recursos possuem duas alternativas de acesso aos serviços- plano de saúde, SUS-, os grupos com menor renda utilizam somente um sistema com uma única porta de entrada.

Vejam os dados que ampliou a procura por planos de saúde no Brasil:

---

**Tabela 2.4 -Beneficiários de planos privados de saúde, por cobertura assistencial (Brasil - 2003-2011)**

<b>Ano</b>	<b>Beneficiários em planos privados de assistência médica com ou sem odontologia</b>	<b>Beneficiários em planos privados exclusivamente odontológicos</b>
dez/03	31.771.197	4.447.374
dez/04	33.673.600	5.456.603
dez/05	35.010.992	6.133.143
dez/06	36.970.319	7.270.347
dez/07	38.733.419	8.812.718
dez/08	40.714.608	10.320.717
dez/09	42.089.660	12.587.356
dez/10	45.693.122	14.448.890
set/11	47.008.888	16.030.617

Fonte: ANS - Sistema de Informações de Beneficiários/ANS/MS - 10/2011

Como se pode observar na tabela 2.4, a cobertura de beneficiários por plano de saúde aumentou em mais de 10.000 pessoas, num período de 8 anos. Essa tendência de aumento da cobertura indica uma alternativa, que vem se tornando aos poucos, viável economicamente para garantir a utilização dos serviços de saúde, ao passo que o sistema

público não garante o acesso aos serviços de forma satisfatória, como podemos observar na reportagem do jornal O Globo sobre uma pesquisa de avaliação do SUS pelo governo que mediu o acesso e a qualidade dos serviços a partir da utilização e obteve como resultado somente 6,2% do total de municípios com uma nota satisfatória, e apenas 1,9% da população tem acesso a um serviço de qualidade. No Estado de Vitória, que obteve a melhor nota de desempenho, a cobertura por plano de saúde é alta assim como a renda per capita com relação aos demais estados, o que indica o caráter qualitativo que essas categorias possuem na descrição do acesso.

No referente a relação renda e realização de consulta, encontramos um indicador importante na análise descritiva do acesso pois a partir dele percebemos a forma como diferentes classes com diferentes necessidades de saúde utilizam os serviços, podendo ser observado na tabela a seguir:

**Tabela 3- Pessoas que normalmente procuravam o mesmo serviço de saúde quando precisavam de atendimento de saúde, por tipo de serviço normalmente procurado, sexo, grupos de idade e classes de rendimento mensal familiar**

<b>Renda</b>	<b>Posto de Saúde</b>	<b>Cons. Particular</b>	<b>Ambulatório</b>
Até 1 sal.	69,60%	6,20%	22,60%
1 a 2 sal.	68,40%	4,10%	20,30%
2 a 3 sal.	62,50%	8,60%	17,70%
3 a 5 sal.	54,00%	15,90%	21,80%
5 a 10 sal.	35,20%	31,80%	24,80%
10 a 20 sal.	14,70%	53,40%	24,80%
20 ou mais sal.	3,90%	72,70%	19,20%

Fonte: : IBGE-SIDRA- Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2003 – Suplemento saúde.

No tocante a descrição de serviços procurados por classes de renda, observamos que a procura por postos de saúde -porta de entrada do SUS / assistência básica- é muito maior nas classes de rendimento até 3 salários mínimos. O serviço ambulatorial é acentuado nas classes de renda média, principalmente a 5 a 10 salários mínimos, o que indica o aspecto cultural presente na utilização dos serviços pela classe, que não possui hábitos do uso de serviços de atenção básica e, complementar a esse aspecto, possui ampla cobertura de plano de saúde, que é um modelo de saúde não baseado na promoção da saúde, reforçando a lógica de utilização através de serviços ambulatoriais.

Observa-se também que a procura por consultórios médicos particulares cresce conforme a renda, que está correlacionado com a ampla cobertura por plano de saúde na população de maior rendimento salarial, novamente reforçando a característica de duplo

acesso dos serviços e a desigualdade na utilização.

A tabela a seguir mostra a relação de demanda nos postos de saúde por região, revelando as discrepâncias provocadas pelas especificidades de cada região.

**Tabela 4- Pessoas que normalmente procuravam o mesmo serviço de saúde quando precisavam de atendimento de saúde, por tipo de serviço normalmente procurado, sexo, grupos de idade e classes de rendimento mensal familiar**

<b>Renda</b>	<b>Posto Norte</b>	<b>Posto Nordeste</b>	<b>Posto Sudeste</b>	<b>Posto Centro</b>	<b>Posto Sul</b>
Até 1 sal.	75,40%	64,90%	72,60%	73,70%	81,60%
1 a 2 sal.	69,90%	62,70%	70,30%	71,00%	77,70%
2 a 3 sal.	66,80%	56,20%	61,90%	65,50%	71,00%
3 a 5 sal.	57,90%	48,90%	52,60%	51,80%	61,70%
5 a 10 sal.	44,80%	28,80%	33,50%	33,20%	41,80%
10 a 20 sal.	19,30%	11,70%	13,80%	13,80%	18,40%
20 ou mais sal.	12,40%	2,90%	3,10%	5,20%	5,10%

Fonte: : IBGE-SIDRA- Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2008 – Suplemento saúde.

Em âmbito regional, a procura de serviços em postos de saúde permanece elevada nas rendas referentes a até 3 salários mínimos, sofrendo pequena diferença na região Nordeste, onde a estratégia da Saúde e Família é amplamente difundida, chegando a aproximadamente 85% de cobertura ( tabela 4.1) Estratégia essa que amplia o acesso da população, em níveis comunitários a partir de equipes multidisciplinares, encarregadas de um número delimitado de famílias, buscando promover, prevenir, recuperar e reabilitar doenças e agravos frequentes. Caracterizamos assim o PSF como um primeiro acesso aos serviços em caráter complementar, posto que ele ajuda na reorganização do fluxo da atenção básica, afetando por consequência as demais complexidades. Dessa forma há uma reestruturação do modelo de atenção, onde o PSF auxilia a população com maiores dificuldades no acesso aos serviços, acompanhando o desenvolvimento dessa utilização dos dentro do sistema público de saúde.

**tabela 4.1- Taxa de cobertura por população coberta, segundo modelos de atenção e regiões- 2004 - 2009**

	<b>Centro-oeste</b>			<b>Nordeste</b>		<b>Norte</b>		<b>Sudeste</b>		<b>Sul</b>	
	<b>Modelo de Atenção</b>	<b>População coberta (1)</b>	<b>% população coberta pelo programa</b>	<b>População coberta (1)</b>	<b>% população coberta pelo programa</b>	<b>População coberta (1)</b>	<b>% população coberta pelo programa</b>	<b>População coberta (1)</b>	<b>% população coberta pelo programa</b>	<b>População coberta (1)</b>	<b>% população coberta pelo programa</b>
200	PACS	1.977.010	15,78	13.829.82	27,74	5.803.248	41,26	5.925.859	7,76	3.729.915	14,17

				0							
	PSF	5.008.847	39,97	26.327.523	52,80	4.312.269	30,66	20.426.844	26,76	9.468.268	35,98
	Outros	37.566	0,30	349.137	0,70	143.742	1,02	202.976	0,27	103.956	0,40
4	<b>Total</b>	<b>7.023.423</b>	<b>56,04</b>	<b>40.506.480</b>	<b>81,24</b>	<b>10.259.259</b>	<b>72,95</b>	<b>26.555.679</b>	<b>34,79</b>	<b>13.302.139</b>	<b>50,55</b>
200	PACS	1.839.421	14,13	11.992.967	23,51	5.524.333	37,58	5.447.725	6,94	3.278.159	12,15
	PSF	5.384.028	41,35	29.945.728	58,70	5.019.443	34,15	23.368.420	29,78	10.572.372	39,20
	Outros	53.826	0,41	171.430	0,34	59.405	0,40	236.598	0,30	64.239	0,24
5	<b>Total</b>	<b>7.277.275</b>	<b>55,89</b>	<b>42.110.125</b>	<b>82,54</b>	<b>10.603.181</b>	<b>72,14</b>	<b>29.052.743</b>	<b>37,02</b>	<b>13.914.770</b>	<b>51,59</b>
200	PACS	1.855.804	13,99	10.538.837	20,42	5.257.371	35,00	5.277.465	6,63	3.169.090	11,60
	PSF	5.826.005	43,91	32.640.120	63,24	5.691.889	37,89	26.386.160	33,16	11.675.576	42,75
	Outros	87.939	0,66	117.703	0,23	50.009	0,33	241.201	0,30	21.478	0,08
6	<b>Total</b>	<b>7.769.748</b>	<b>58,55</b>	<b>43.296.660</b>	<b>83,89</b>	<b>10.999.269</b>	<b>73,22</b>	<b>31.904.826</b>	<b>40,10</b>	<b>14.866.144</b>	<b>54,44</b>
200	PACS	1.559.676	11,54	7.682.745	14,72	4.123.892	26,88	4.805.199	5,96	2.778.035	10,05
	PSF	6.271.592	46,40	35.746.400	68,49	6.437.957	41,96	27.860.327	34,55	12.637.332	45,72
	Outros	0	0,00	6.415	0,01	12.087	0,08	5.496	0,01	6.956	0,03
7	<b>Total</b>	<b>7.831.268</b>	<b>57,94</b>	<b>43.435.560</b>	<b>83,22</b>	<b>10.573.936</b>	<b>68,92</b>	<b>32.671.022</b>	<b>40,51</b>	<b>15.422.323</b>	<b>55,79</b>
200	PACS	1.505.427	10,99	6.740.105	12,70	4.021.718	26,56	4.937.255	6,16	2.685.102	9,76
	PSF	6.516.479	47,58	37.598.337	70,82	7.162.294	47,30	28.296.698	35,29	13.216.630	48,06
	Outros	0	0,00	446	0,00	12.010	0,08	64.216	0,08	4.813	0,02
8	<b>Total</b>	<b>8.021.906</b>	<b>58,57</b>	<b>44.338.888</b>	<b>83,52</b>	<b>11.196.022</b>	<b>73,94</b>	<b>33.298.169</b>	<b>41,53</b>	<b>15.906.545</b>	<b>57,85</b>
200	PACS	1.539.898	11,08	6.693.042	12,49	3.764.112	24,51	5.597.271	6,92	2.600.137	9,38
	PSF	6.878.888	49,50	38.575.300	71,98	7.658.646	49,86	28.851.028	35,66	13.674.573	49,33
	Outros	64.458	0,46	25.881	0,05	8.625	0,06	103.486	0,13	13.026	0,05
9	<b>Total</b>	<b>8.483.244</b>	<b>61,05</b>	<b>45.294.223</b>	<b>84,52</b>	<b>11.431.383</b>	<b>74,42</b>	<b>34.551.785</b>	<b>42,70</b>	<b>16.287.736</b>	<b>58,76</b>

Fonte: DATASUS- SIAB. Situação da base de dados nacional em 22/02/2010.

Notas:

(1): Situação no final do ano

A demanda de serviços ambulatoriais a nível regional por rendimento salarial no ano de 2008 pode ser observada a seguir:

<b>tabela 4.2- Pessoas que normalmente procuravam o mesmo serviço de saúde quando precisavam de atendimento de saúde, por tipo de serviço normalmente procurado, sexo, grupos de idade e classes de rendimento mensal familiar</b>					
<b>Renda</b>	<b>Ambulatóri o Nordeste</b>	<b>Ambulatóri o Norte</b>	<b>Ambulatóri o Centro</b>	<b>Ambulatóri o Sul</b>	<b>Ambulatóri o Sudeste</b>
Até 1 sal.	29,60%	17,60%	15,60%	11,20%	15,00%
1 a 2 sal.	30,00%	20,20%	15,40%	12,00%	14,40%

2 a 3 sal.	32,80%	20,30%	18,80%	12,90%	17,60%
3 a 5 sal.	33,10%	25,80%	23,00%	15,80%	20,00%
5 a 10 sal.	34,80%	25,10%	25,70%	19,40%	24,70%
10 a 20 sal.	34,50%	30,60%	22,90%	20,80%	24,20%
20 ou mais sal.	27,90%	22,00%	22,30%	13,80%	18,50%

Fonte: : IBGE-SIDRA- Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2008 – Suplemento saúde.

A região Nordeste possui um elevado percentual de procura por serviços ambulatoriais em relação às outras regiões – cerca de 30% da população entre 1 a 2 salários mínimos comparado a menos de 15% dessa mesma classe de renda na região Sudeste, a exemplo do Rio de Janeiro que possui a atenção voltada para as portas de urgência e emergência e também convive com a proliferação das UPA's- Unidade de Pronto Atendimento- na oferta de serviços, não podendo esquecer também que a ESF ainda é muito recente no estado - segundo dados do SIAB-DATASUS, em 2008 a cobertura do PSF no Estado era de 29,4% - Essas características regionais exemplificam bem como as especificidades também influenciam na caracterização do acesso.

No referente a relação renda e realização de consulta, encontramos um indicador importante na análise descritiva do acesso pois a partir dele percebemos a forma como diferentes classes com diferentes necessidades de saúde utilizam os serviços.

A realização de consultas tanto de natureza pública quanto privada em nível regional, pode ser observada na seguinte tabela:

<b>Tabela 5- População residente, por realização e número de consultas médicas nos últimos 12 meses, situação do domicílio, sexo, grupos de idade e classes de rendimento mensal familiar</b>										
<b>Renda</b>	<b>Norte</b>		<b>Nordeste</b>		<b>Sudeste</b>		<b>Sul</b>		<b>Centro-Oeste</b>	
	<b>Não C.</b>	<b>Cons.</b>	<b>Não C.</b>	<b>Cons.</b>	<b>Não C.</b>	<b>Cons.</b>	<b>Não C.</b>	<b>Cons.</b>	<b>Não C.</b>	<b>Cons.</b>
Até 1 sal.	40,80	59,20	39,10	60,90	31,10	68,90	35,80	64,20	34,70	65,30
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
1 a 2 sal.	41,30	58,70	37,80	62,20	31,40	68,60	33,80	66,20	35,70	64,30
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
2 a 3 sal.	41,60	58,40	36,10	63,90	30,20	69,80	48,10	67,50	36,20	63,80
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
3 a 5 sal.	38,80	61,20	35,00	65,00	29,90	70,10	31,80	68,20	34,80	65,20
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
5 a 10 sal.	34,60	65,40	29,50	70,50	27,40	72,60	29,50	70,50	32,60	67,40
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
10 a 20 sal.	29,30	70,70	23,00	77,00	22,60	77,40	26,70	73,30	27,20	72,80
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
20 ou +	26,60	73,40	19,40	80,60	18,50	81,50	18,40	81,60	21,80	78,20
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%

Fonte: : IBGE-SIDRA- Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2008 – Suplemento saúde.

A diferença entre o percentual de consulta e não consulta aumenta conforme o crescimento da renda familiar em todas as regiões, na mais baixa categoria de renda na região Sudeste a diferença equivale a menos de 40%, enquanto na maior categoria, essa diferença chega a mais de 60%. Podemos observar que esse elevado índice de consultas, principalmente nas rendas superiores a 10 salários mínimos, que também possuem elevados índices de cobertura por plano de saúde demonstra a desigualdade na utilização descrita pela dupla oferta de serviços e pela disponibilidade de recursos que ampliam o acesso aos serviços de saúde, enquanto a população que mais adocece, a de menor renda, é a que possui maiores dificuldades para o acesso, do ponto de vista geográfico e funcional do sistema.

## CONCLUSÃO

Através da análise dos dados conclui-se que há desigualdade no acesso aos serviços de saúde em determinação da renda. Pudemos observar diversos aspectos (culturais, regionais, psicossociais, etc.) que influenciaram no perfil de utilização dos serviços e que dentro da dimensão da renda salarial, assumiu uma implicação mais complexa na análise, ao perpassar pelos aspectos multidimensionais e pelos fatores que descrevem o acesso. A população de menor rendimento é a que possui os maiores quantitativos de auto-avaliações da saúde regulares e muito ruins e ruins, e que essa qualidade negativa tem aumentado ao longo dos anos em todas as classes de rendimentos, o que indica uma problemática em duas dimensões na qualidade de saúde, uma voltada a resolutividade da prestação de serviços e a outra, em aspecto estrutural, embasada num perfil de sociedade que cada vez mais promove menos sua saúde através dos hábitos, produzindo assim, má qualidade de vida.

Essa auto-avaliação não determina o estado de saúde do indivíduo, mas orienta na utilização dos serviços e nas ações preventivas, principalmente o primeiro acesso, nos serviços de porta de entrada, e as consultas médicas, que estão no âmbito de controle desse indivíduo.

A população de maior rendimento possui ampla cobertura de plano de saúde, complementando o acesso aos serviços. Enquanto as classes de menor renda, que possuem maiores necessidades de saúde, estão sujeitas a somente uma forma de acesso aos serviços.

Por mais que haja um grande quantitativo populacional coberto pelos planos de saúde, o SUS permanece como principal modelo de saúde, e, a fim de diminuir as desigualdades, propôr a unificação do acesso aos serviços em todas as classes de renda em detrimento da cobertura dos planos se faz necessário, compreendendo as especificidades de cada região.

Conclui-se que as iniquidades percebidas na utilização dos serviços foge a relação saúde-doença, na medida em que a garantia do acesso universal é caracterizada por fatores multidimensionais, e que a relação da renda como determinante da saúde – potencializando ou limitando- possui caráter expressivo na forma de utilização dos serviços de saúde, pois ela influencia os fatores predisponentes, contextualiza os capacitantes e condiciona as necessidades de saúde, descrevendo o acesso aos serviços na estrutura de desigualdade social. Ou seja, a desigualdade promovida pela renda

salarial no acesso dos serviços de saúde engloba questões que estão para além do campo da saúde, que estão na forma de reprodução das desigualdades sociais e regionais que potencializam ou limitam esse estado de saúde, e que, para diminuir essa desigualdade, é necessário um conjunto de mudanças com olhar mais amplo, entendendo as complexidades da relação entre as determinantes sociais e a forma como ela descreve o acesso através da utilização dos serviços de saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

AZOURY, Elisabeth Barcelos *et al.* **Desigualdades no Acesso e Utilização de Serviços de Saúde no Brasil** In: Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v.26, n.60, p 62-70, jan/abr. 2002.

BRASIL. **8ª Conferência Nacional de Saúde – Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. **A Saúde e seus Determinantes Sociais**. *Physis*: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, jan./abr. 2007. Disponível em: Scielo, Acesso em: 08 de fevereiro de 2012.

ESCOREL, Sara. **Equidade em Saúde**. In: PEREIRA, Isabel Brasil. **Dicionário de Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. Rev. Ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4º edição. São Paulo: Atlas S.A, 2002.

MERCADANTE, Otávio Azevedo (org.) **Evolução das Políticas e do Sistema de Saúde no Brasil**. In: (org.) **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002, pp. 235-313.

OLIVEIRA, Adriana Sparenberg; BALDO, Elke Tiegui. **Terapia Ocupacional e Integralidade – articulações necessárias para a efetivação de uma rede de serviços substitutivos no campo da saúde mental**.

PAIM, Jairnilson Silva. **A Reforma Sanitária e a Municipalização**. In: **Saúde e Sociedade**. vol.1no.2. São Paulo,1992. Disponível em: Scielo.

PAULUS, Aylton Júnior; CORDONI, Luiz Júnior. **Políticas Públicas de Saúde no Brasil**. In: **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.8, n.1, p.13-19, dez.2006. Disponível em <<http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude>> Acesso em: 14 de fevereiro de 2012.

PINHEIRO, Roseni. **Integralidade em Saúde**. In: PEREIRA, Isabel Brasil. **Dicionário de Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. Rev. Ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

PONTES, Ana Lúcia de Moura; MATTA, Gustavo Corrêa (org.) **Políticas de Saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007.

SOUZA, Georgia Costa de Araújo; COSTA, Iris do Céu Clara. **O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças**. In: Saúde Soc. São Paulo, v.19, n.3, p.509-517, 2010.

STOTZ, Eduardo Navarro. **Participação Social**. In: PEREIRA, Isabel Brasil. Dicionário de Educação Profissional em Saúde. 2. ed. Rev. Ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

TRAVASSOS, Cláudia *et al.* **Desigualdades Geográficas e Sociais na Utilização de Serviços de Saúde no Brasil**. *Ciênc. saúde coletiva*, 2000, vol.5, no.1, p.133-149. Disponível em: [Scielo](#). Acesso em: 12 de fevereiro de 2012

TRAVASSOS, Claudia *et al.* **Os Suplementos Saúde na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) no Brasil**. *Rev Bras Epidemiol*, 2008; 11(supl 1): 98-112

TRAVASSOS, Cláudia; MARTINS, Mônica. **Uma revisão Sobre os Conceitos de Acesso e Utilização de Serviços de Saúde**. In: *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20 Sup 2:S190-S198, 2004.