Camila Nascimento Monteiro

**Acesso, utilização e equidade nos serviços de saúde
em São Paulo - inquéritos de base populacional**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Doutor em Ciências

Programa de Medicina Preventiva

Orientador: Prof. Dr. Moisés Goldbaum

(Versão corrigida. Resolução CoPGr 6018/11, de 1 de novembro de 2011. A versão original está disponível na Biblioteca da FMUSP).

São Paulo

2016

Camila Nascimento Monteiro

**Acesso, utilização e equidade nos serviços de saúde
em São Paulo - inquéritos de base populacional**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Doutor em Ciências

Programa de Medicina Preventiva

Orientador: Prof. Dr. Moisés Goldbaum

(Versão corrigida. Resolução CoPGr 6018/11, de 1 de novembro de 2011. A versão original está disponível na Biblioteca da FMUSP).

**São Paulo
2016**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Monteiro, Camila Nascimento

Acesso, utilização e equidade nos serviços de saúde em São Paulo - inquéritos de base populacional / Camila Nascimento Monteiro. -- São Paulo, 2016.

Tese (doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Medicina Preventiva.

Orientador: Moisés Goldbaum.

Descritores: 1.serviços de saúde 2.equidade no acesso 3.equidade em cobertura 4.Sistema Único de Saúde 5.inquéritos epidemiológicos

NORMALIZAÇÃO ADOTADA

Esta tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

Dedico este trabalho a meus pais, exemplos em minha vida.

AGRADECIMENTOS

Quando cheguei em São Paulo, alguns anos atrás, tinha a impressão de ser uma cidade cinza e caótica. Os anos se passaram e aprendi a gostar muito desse lugar complexo e, ao mesmo tempo, organizado; muito desigual mas também com muitas oportunidades, que vão além do apoio na área acadêmica.

Nessa cidade com tantas oportunidades, tive a honra de trabalhar com o professor Moisés. Sou muito feliz por ter tido o privilégio de conviver com uma pessoa tão competente e honesta, e que sempre será meu orientador! E serei sempre grata!

Agradecimento especial ao Reinaldo pelas lições, pelo aprendizado constante, pela disponibilidade e valiosa colaboração no trabalho e à professora Marilisa, fonte de inspiração na vida acadêmica, pela importante contribuição ao trabalho.

A todos os professores e pesquisadores do Departamento de Medicina Preventiva, pelo grande aprendizado ao longo destes anos. Agradeço, em especial, a professora Maria Novaes pelo carinho e pelas conversas sempre enriquecedoras, e os professores José Eluf, Maria Fernanda, Nelson Gouveia, Olinda Luiz, Paulo Menezes e Renata Levy pelo exemplo e incentivo. A todos os funcionários do Departamento, em especial à LÍlian, pela valiosa amizade.

À equipe de pesquisadores do ISA-Capital, grupo do qual tenho muito orgulho por fazer parte! Agradeço, em especial, os professores Chester, Regina e Cecília, pelo grande aprendizado e confiança ao longo de todos estes anos. Agradeço a grande amiga Sheila Rizzato, pela parceria não só em artigos e outros trabalhos acadêmicos, e sim em toda a vida!

Tive o privilégio de fazer o doutorado sanduíche na Universidade Erasmus MC, um período inesquecível na minha vida. Agradeço a amiga Fabiana Rabacow pelo apoio principalmente na preparação da viagem. Agradeço imensamente o prof. Johan Mackenbach, por abrir as portas do Departamento de Saúde Pública da Erasmus MC e por todo suporte. À Mariëlle Beenackers, por toda contribuição na pesquisa e por todo o aprendizado desde a minha chegada a Rotterdam e que permanece até os dias atuais. Agradecimentos ao Caspar Looman pela ajuda nas análises estatísticas e Astrid Valk pela calorosa recepção que sempre teve. Agradeço todos os colegas, em especial, Raquel Avelar, Paula Bautista, Mariana Vasconcelos e Yannan Hu, amizade por toda a vida.

À minha família, em especial, meus pais, irmãos e sobrinha. A distância transforma cada encontro em algo especial. Agradeço imensamente a Lívia, com quem comemoro as conquistas e torço pelos planos, ao Lucas, pelo apoio incondicional, à querida Estela, por trazer tanta alegria a todos nós e a meus pais, pelo incentivo, segurança, torcida e amparo. Agradecimentos também aos primos Domingos Sávio e Regina, pela constante presença e à querida vó Mira pelo carinho de sempre.

A todos os amigos, em especial, Josiane Caneschi e Rodrigo Martins, pela parceria, companheirismo e por estarem sempre presentes. À amiga Bárbara Moura, pela amizade que rompe espaço e tempo.

Aos amigos do departamento de Medicina Preventiva, em especial, Ana Martins, Andrea Tenório, Gina Ardila, Liza Uchimura, Ana Luiza Chieffi, Catarina Machado, Catia Oliveira, Marge Tenório, Natalia Altoe e Thiago Pinheiro, pelos momentos de motivação e de muita alegria.

Agradeço a Fapesp pela oportunidade de poder me dedicar exclusivamente à pesquisa.

Financiamento do estudo: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo-Fapesp. Processo número 2012/14153-0.

Financiamento do Estágio de Pesquisa no Exterior: Fapesp. Processo número 2013/ 26687-2.

Financiamento da Bolsa de Produtividade em Pesquisa: Conselho Nacional do Desenvolvimento Científico e Tecnológico-CNPq. Processo número 305644/2011-4.

Financiamento do Inquérito de Saúde de São Paulo - ISA-Capital 2003: Fapesp e Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Financiamento do ISA-Capital 2008: Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

SUMÁRIO

Lista de abreviaturas e siglas

Lista de figuras e tabelas

Resumo

Summary

1	INTRODUÇÃO	1
1.1	A EQUIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	1
1.2	ACESSO E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS E INSUMOS DE SAÚDE	16
1.3	INFORMAÇÕES EM SAÚDE: INQUÉRITOS DOMICILIARES DE BASE POPULACIONAL	27
2	OBJETIVOS	32
2.1	OBJETIVO GERAL	33
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	33
3	MÉTODO	34
3.1	ISA-CAPITAL 2003 E ISA-CAPITAL 2008	35
3.2	VARIÁVEIS ANALISADAS	46
3.2.1	Características sociodemográficas, socioeconômicas, condição de vida e condição de saúde	46
3.2.2	Desfechos	48
3.3	ANÁLISE DOS DADOS	51
4	RESULTADOS	54
4.1	RESUMO AMPLIADO DO ARTIGO 1	55
4.2	RESUMO AMPLIADO DO ARTIGO 2	59
4.3	RESUMO AMPLIADO DO ARTIGO 3	66
4.4	RESUMO AMPLIADO DO ARTIGO 4	72
5	DISCUSSÃO	76
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	86
7	ANEXOS	89
8	REFERENCIAS	105

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AF	Assistência Farmacêutica
AMA	Assistência Médica Ambulatorial
AME	Ambulatório de Especialidades Médicas
APS	Atenção Primária em Saúde
CEME	Central de Medicamentos
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes <i>Mellitus</i>
ESF	Estratégia Saúde da Família
HA	Hipertensão Arterial
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Índice de Concentração
IC _{95%}	Intervalo de Confiança de 95%
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.
ISA-CAPITAL	Inquérito de Saúde de São Paulo
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OR	<i>Odds Ratio</i>
OS	Organização Social
PBS	Programa Brasil Sorridente
PDC	Programa Dose Certa
PEA	População economicamente ativa
PFPB	Programa Farmácia Popular do Brasil
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNAUM	Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil
PNI	Programa Nacional de Imunização

PNM	Política Nacional de Medicamentos
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PRC	Programa Remédio em Casa
PSF	Programa Saúde da Família
PSNTP	Programa Saúde Não Tem Preço
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RP	Razão de Prevalência
SMS-SP	Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNESP	Universidade Estadual Paulista
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
USP	Universidade de São Paulo
VIGITEL	Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Figura 1. Determinantes sociais que protegem ou afetam a saúde da população	5
Figura 2. Desigualdade no mundo medido pelo Coeficiente de Gini.....	10
Figura 3. Desigualdade econômica no Brasil segundo o índice de Gini	10
Figura 4. Modelo final de Andersen.	19
Figura 5. Acesso a medicamentos pelo setor público ajustado por idade e sexo. Curva de concentração. 2003.....	61
Figura 6. Acesso a medicamentos pelo setor público ajustado por idade e sexo. Curva de concentração. 2008.....	61
Figura 7. Acesso e uso de serviços de saúde em 2003.....	68
Figura 8. Acesso e uso de serviços de saúde em 2008.....	68
Quadro 1. Composição do questionário domiciliar. ISA-Capital, São Paulo, 2003 e 2008.....	45
Quadro 2. Questões de acesso e uso de serviços nos questionários ISA 2003 e 2008	50

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Número de pessoas entrevistadas, segundo estrato e grupo idade/sexo. Inquérito de Saúde de base populacional do município de São Paulo, 2003	40
Tabela 2. Distribuição por idade/sexo e estrato. Inquérito de Saúde do Município de São Paulo, 2003 e Censo-2000 (IBGE, 2000)	41
Tabela 3. Distribuição da população na área urbana do Município de São Paulo e das amostras proporcional e planejada, de acordo com os domínios de sexo e idade. ISA-Capital 2008	42
Tabela 4. Tamanhos da amostra nos grupos de idade e sexo. ISA-Capital 2008	43
Tabela 5. Números de domicílios e setores na amostra e número de domicílios por setor, segundo domínio de estudo. ISA-Capital 2008	44
Tabela 6. Utilização do SUS para vacinação contra gripe e/ou pneumonia (USPV) segundo características da população que referiu diabetes mellitus. São Paulo. 2003.....	57
Tabela 7. Cobertura SUS para gasto com medicamentos segundo características da população que referiu diabetes mellitus. São Paulo, 2003.....	58
Tabela 8. Associação entre características socioeconômicas e a procura, acesso ao serviço, satisfação e resolução do problema de saúde. São Paulo. 2003 e 2008.....	70

Tabela 9. Uso de serviço de saúde por meio do SUS. São Paulo, 2003 e 2008.....	71
Tabela 10. Uso de serviços de saúde para consultas odontológicas e características socioeconômicas. São Paulo. 2003 e 2008.....	76
Tabela 11. Uso do SUS para consultas odontológicas e características socioeconômicas. São Paulo. 2003 e 2008.....	77
Tabela 12. Principais razões para não procura ao dentista segundo escolaridade e renda. São Paulo, 2003 e 2008.....	78

RESUMO

Monteiro CN. Acesso, utilização e equidade nos serviços de saúde em São Paulo – inquéritos de base populacional [Tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2016.

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) ampliou-se muito o acesso e utilização de serviços e insumos de saúde no Brasil. A partir de 2003, o Programa Nacional de Imunização (PNI) e a Estratégia Saúde da Família (ESF) foram fortalecidos e houve a implementação do Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB) e do Programa Brasil Sorridente (PBS). O estudo analisou diferenças socioeconômicas no acesso e utilização dos serviços de saúde nas quatro áreas: vacinas, medicamentos, consultas médicas e consultas odontológicas, em 2003 e em 2008, e as mudanças ocorridas no período. Os dados são provenientes dos inquéritos domiciliares de base populacional realizados no município de São Paulo, ISA-Capital 2003 e ISA-Capital 2008. Modelos de Regressão de Poisson, Regressão Logística, Curva de Concentração e cálculo do Índice de Concentração foram usados para analisar as associações entre as características sociodemográficas e socioeconômicas e o acesso e uso de serviços de saúde. Para estudar as diferenças no período 2003-2008 foram usados Modelos de Interação. O SUS foi o mais utilizado para vacinação contra a gripe e pneumonia e não foram observadas diferenças significativas na frequência de utilização do SUS para vacinação entre as categorias das variáveis pesquisadas, o que sugere distribuição universal por este meio. Foi encontrado elevado acesso a medicamentos prescritos no serviço de saúde e diminuição do índice de concentração, o que aponta para a expansão de usuários do SUS entre 2003 e 2008, com aumento do uso pela população com maior nível socioeconômico. O acesso a consultas médicas foi praticamente universal; entretanto a resolução do problema de saúde foi menos freqüente nas populações desfavorecidas do ponto de vista socioeconômico. Houve aumento de consultas odontológicas no período, mantendo as desigualdades socioeconômicas na utilização desse serviço. Não houve aumento de consultas odontológicas cobertas pelo SUS entre 2003 e 2008. O SUS teve diferente participação nas áreas estudadas. A implantação e reforço do PNI, ESF, PFPB e PBS entre 2003 e 2008 aumentou o acesso aos serviços de saúde em todos os grupos socioeconômicos, entretanto, permanecem as desigualdades sociais na utilização desses serviços. O estudo contribui para a avaliação do impacto do PNI, ESF, PFPB e PBS e as discussões das propostas para redução das desigualdades no acesso e uso de serviços de saúde.

Palavras-chave: serviços de saúde, equidade no acesso, equidade em cobertura, Sistema Único de Saúde, inquéritos epidemiológicos.

SUMMARY

Monteiro CN. *Access, use and equity in health care services in São Paulo, Brazil – populational household surveys* [Thesis]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2016.

Due to the implementation of Brazilian Unified Health System (Sistema Único de Saúde-SUS), the access to health care services has improved in Brazil. Since 2003, Brazil's National Immunization Program (Programa Nacional de Imunização-PNI) and Family Health Strategy (Estratégia Saúde da Família-ESF) have been strengthened and the Brazilian Popular Drugstore program (Programa Farmácia Popular do Brasil-PFPB) and Smiling Brazil program (Programa Brasil Sorridente-PBS) has been established. The purposes of this study are to analyze socioeconomic differences in access and utilization of health care services in followed areas: vaccination, medication, doctor appointments and dental health services in 2003 and in 2008, and changes during the period. Data from population health surveys conducted in São Paulo, Brazil called ISA-Capital 2003 and ISA-Capital 2008. Poisson regression models, logistic regression, concentration curve and concentration index were used to explore the associations between socioeconomic characteristics and access-utilization of health care services. The differences during the period of 2003-2008 were analyzed by Interaction Models. The SUS was more accessed for vaccination against influenza and pneumonia compared to private sector and there was no significant results among categories of variables studied, which suggest universality. There was large access by the population to medication and the concentration index decreased, which suggest an increase of the access to SUS by higher socioeconomic groups. The access to doctor appointments was almost universal; however, the resolution of health problem was higher in people with higher socioeconomic groups. There was an increase of dental health services use between 2003 and 2008 but socioeconomic differences in use did not decrease over time. There was no increase in dental health services covered by SUS between 2003 and 2008. The implementation and strengthening of the PNI, ESF, PFPB and PBS promoted a considerable increase in access to health care services in all socioeconomic groups. However, social inequalities in health care services use remains. This study contributes to discussion for inequalities reductions and the impact of these programs in access and use of health care services.

Key words: health services, equity in access, coverage equity, Brazilian Unified Health System, health surveys.

APRESENTAÇÃO

Esta tese está estruturada na forma de compilação de artigos e é composta por um capítulo introdutório que discorre sobre as desigualdades, o acesso e uso de serviços de saúde e o papel dos inquéritos domiciliares de base populacional para as informações em saúde. É apresentado o plano amostral do ISA-Capital e o método do presente estudo. A tese possui quatro artigos referentes às seguintes áreas do serviço de saúde: provisão de vacinas, provisão de medicamentos, consultas médicas e consultas odontológicas. As versões completas dos artigos referentes à provisão de vacinas e provisão de medicamentos estão disponíveis no SciELO (<http://www.scielo.org/>). Por fim, é apresentada a discussão a partir dos quatro estudos, em que são comparados o acesso, utilização e equidade nas quatro áreas e as considerações finais do estudo.

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

1.1 A EQUIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O processo de transição demográfica e epidemiológica, caracterizado pela acentuada queda da mortalidade, diminuição da fecundidade, aumento da expectativa de vida, envelhecimento da população, diminuição da mortalidade infantil, declínio das doenças infecciosas e aumento das doenças crônico-degenerativas, ocorreu em praticamente todos os continentes (Waldman, 2000; Bonita, Beaglehole, Kjellström, 2006; Medronho et al. 2009).

Nos países emergentes, como ocorreu no Brasil e outras nações, a participação das condições crônicas e infecciosas para a mortalidade total modificou-se principalmente ao longo do último século (Bonita, Beaglehole, Kjellström, 2006).

No Brasil, o processo de transição epidemiológica iniciou-se na década de 1940 com a queda da mortalidade, quando os óbitos por doenças infecciosas e parasitárias diminuíram de modo acentuado e houve um aumento de óbitos por doenças cardiovasculares e neoplasias (Rouquayrol, Almeida-Filho, 1999; Medronho et al. 2009). No país, as doenças infecciosas respondiam por 45% de todas as mortes em 1930, e diminuíram para 5% das mortes em 2003. Já as doenças cardiovasculares respondiam por 12% das mortes em 1930 e 31% em 2003 no país (Malta et al., 2006).

A partir de então, as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte, seguidas pelo câncer e por causas externas, principalmente homicídios e acidentes de trânsito (Paim et al., 2011). Esse aumento de óbitos por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) ocorreu também devido ao envelhecimento da população (Rouquayrol, Almeida-Filho, 1999; Medronho et al., 2009). O processo de transição demográfica é consolidado a partir da década de 1960, com o início da queda da fecundidade, de 6,3 filhos por mulher em 1960 a menos de 3 filhos por mulher em 1990

(Monteiro, 1997). A partir da década de 1970, ocorre aumento da população idosa e relativa diminuição da população jovem no Brasil (Monteiro, 1997).

Com a transição demográfica e epidemiológica houve aumento da demanda da população para utilização dos serviços e insumos de saúde no Brasil.

O aumento da demanda por serviços de saúde foi um dos fatores que impulsionaram a criação do Sistema Único de saúde (SUS), a partir da Constituição Federal (Brasil, 1988), o que aumentou consideravelmente a utilização e o acesso aos serviços e insumos¹ em saúde.

A crescente demanda da população para a utilização de serviços também foi acompanhada pela necessidade de promover equidade nos serviços de saúde.

O termo equidade inclui a necessidade, parte-se do princípio de que a simples partilha igualitária dos recursos não atenderia as necessidades dos indivíduos, visto que esses possuem necessidades diferentes (Wilkinson, 1986).

A desigualdade, diferença produzida no processo social em decorrência das diferentes posições de posse e poder dos grupos sociais (Breilh, 1998), muitas vezes é usada como sinônimo de iniquidade, injustiça que ocorre em geral em populações vulneráveis, decorrente de um sistema injusto (Barata, 2001).

Enquanto a equidade incorpora a dimensão da justiça, com a repartição desigual produzida pelo próprio processo social (Barata, 2001), a iniquidade, entendida enquanto algo sistemático, incorpora a dimensão política de divisão de riquezas na sociedade (Silva, Almeida-Filho, 2000² *apud* Barata, 2001).

¹ De acordo com as diretrizes do SUS (Brasil, Lei 8080), são considerados insumos em saúde: medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde.

² Silva LM, Almeida-Filho N. Distinção, diferença, desigualdade, iniquidade e a saúde: uma análise semântica. 2000.

Para Rousseau (1986)³ *apud* Porto (2002), há dois tipos de desigualdades: a natural ou física, porque foi estabelecida pela natureza e que consiste na diferença das idades, da saúde, das forças corporais e das qualidades do espírito ou da alma; e a desigualdade moral ou política, porque consiste nos diferentes privilégios desfrutados por alguns homens em prejuízo dos demais.

A equidade pode ser estudada sob a dimensão de equidade em saúde, a dimensão de acesso e utilização dos serviços de saúde e também sob a dimensão de financiamento do sistema de saúde.

Margareth Whitehead (1992) define equidade em saúde como: “idealmente todos deveriam ter uma oportunidade justa para atingir seu pleno potencial de saúde e ninguém deveria apresentar qualquer desvantagem se isto pudesse ser evitado”.

A equidade em saúde ganhou expressão na década de 1970, influenciada pelos altos custos em educação e saúde e a excessiva hospitalização. Na década de 1980, ganhou força a reflexão sobre o processo saúde-doença para além dos estilos de vida e comportamentos individuais, destacando a perspectiva social como aspecto central para pensar a relação entre exposição a riscos e injustiça social (OMS, 2011). O princípio de base para essa perspectiva é que as iniquidades em saúde têm origem política e que grande parte delas podem ser resolvidas a partir de escolhas políticas (Ottersen et al., 2014; Mackenbach, McKee; 2015).

A equidade em saúde passou a ser um dos principais objetivos a ser alcançado no mundo. O documento “Saúde para todos no ano 2000” e a declaração de Alma Ata (OMS, 1977) se destinaram a orientar os sistemas nacionais de saúde para atingirem o objetivo da equidade. De acordo com a Ottersen et al. (2014), a equidade em saúde deve ser objetivo dos setores econômico, político, social, cultural e ambiental.

³ Rousseau JJ. O Contrato Social e outros escritos. Discussão sobre a origem das desigualdades entre os homens. São Paulo: Ed. Cultrix. 1986. p. 143.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (OMS, 2011), a estrutura de classes sociais, a distribuição de renda, o preconceito de gênero, a etnia ou deficiências e estruturas políticas são o que alimentam e reproduzem iniquidades relativas à saúde. Essa articulação de determinantes que protegem ou afetam a saúde e que causam doenças e outros problemas está representada na Figura 1, em que um conjunto complexo de fatores, desde o contexto socioeconômico e político até aspectos individuais, como os comportamentais e biológicos, produzem impacto sobre a saúde e o bem-estar das pessoas e populações.

Figura 1. Determinantes sociais que protegem ou afetam a saúde da população
Adaptado de Solar, Irwin (2010).

Uma parte importante das doenças ocorre por conta das condições de saúde da população. Nesse sentido, a Comissão da OMS sobre os Determinantes Sociais da Saúde abordou, por meio do conceito dos determinantes sociais da saúde, a complexidade dos fatores determinantes para a saúde. Esses determinantes sociais são moldados pela distribuição de recursos financeiros e do poder, assim como dos recursos gerais, em nível local, nacional e global (Kickbuschi, 2015). Ainda sobre os determinantes da situação de saúde, de acordo com a OMS (2010): “As

circunstâncias em que as pessoas crescem, vivem, trabalham e envelhecem influenciam fortemente como as pessoas vivem e morrem. Reduzir as desigualdades nestas áreas irá reduzir as desigualdades em saúde”.

O exemplo clássico do papel dos determinantes sociais em saúde é o crescimento populacional nos países industrializados no período 1950 a 1990, atribuído à melhoria das condições de vida e saúde e não às contribuições dos serviços médicos (McKeown, Lowe, 1989⁴ *apud* Buss, 2000).

Há o consenso de que pessoas expostas a condições socioeconômicas desfavoráveis apresentam pior estado de saúde (Mackenbach, 1994; Mackenbach, Kunst, 1997; Mackenbach, 2011). Os estudos das desigualdades sociais e suas relações com o nível de saúde populacional ocorrem desde as primeiras investigações epidemiológicas no século XIX, em que surtos epidêmicos, mortalidade infantil e agravos à saúde evidenciaram os diferenciais existentes entre os grupos sociais (Barata, 2001). Estudos mostram a relação entre a posição do indivíduo na sociedade e suas necessidades em saúde, reforçando que o padrão de risco tende a ser desvantajoso para aqueles com menor condição socioeconômica (Mackenbach, 1994; Mackenbach, Kunst, 1997).

Segundo Almeida-Filho et al. (2003), parte dos fatores que determinam o estado de saúde tem origem na maneira com que se organiza uma determinada sociedade. Aspectos como as desigualdades socioeconômicas produzem grande parte das distorções apresentadas no quadro da saúde (Lenthe et al., 2014).

Os epidemiologistas possuem papel importante na redução das desigualdades, principalmente por apontar indicadores e monitorá-los. A partir do monitoramento de desigualdades em saúde os países podem ter uma visão sobre a situação da saúde na população, além do que é indicado por médias nacionais. Os dados sobre as desigualdades na saúde visam a

⁴ McKeown, Lowe, 1989

melhorar as condições das populações vulneráveis e constituem uma base de evidências para informar e promover iniciativas de saúde (OMS, 2013).

De acordo com Beaglehole, Bonita e Kjellström (2006), os estudos epidemiológicos devem incluir a situação socioeconômica da população como um dos principais determinantes sociais dos desfechos de saúde.

Em países com grandes iniquidades de renda a situação de saúde da população é pior, comparado a países com menor iniquidade (Kawachi et al., 1997⁵ *apud* Pellegrini-Filho, 2004). As desigualdades em saúde são uma das características mais marcantes da América Latina (Pellegrini-Filho, 2004). No Brasil, características socioeconômicas influenciam a saúde da população por meio de diferentes relações e com magnitudes diversas (Chor, 2013).

Desigualdades na utilização dos serviços de saúde, isto é, na atitude de procurá-los, obter acesso e se beneficiar com o atendimento recebido, bem como a efetividade do serviço, refletem as diferenças no comportamento do indivíduo perante a doença e refletem também as características da oferta de serviços (Mackenbach, Bouvier-Colle, Jougl, 1990; Travassos et al, 2000; Mackenbach, 2012). De acordo com Hulka, Wheat (1985) e Wennberg (1985), o padrão de utilização de serviços de saúde de um determinado grupo populacional é principalmente explicado por seu perfil de necessidades em saúde e está condicionado por outros fatores relacionados à oferta de serviços e às preferências e escolhas do usuário.

Segundo Duarte (2000), equidade no serviço de saúde implica diminuir as diferenças evitáveis e injustas ao mínimo possível, receber atenção em função da necessidade e contribuir em função da capacidade de pagamento.

Os determinantes das desigualdades em saúde diferem daqueles das desigualdades na utilização de serviços de saúde (Travassos, 1997).

São utilizadas diferentes metodologias para mensuração das desigualdades em saúde e desigualdades em serviços de saúde

⁵ Kawachi I, Kennedy B, Lochner K, Prtthrow-Stith D. 1997. Social capital, income inequality and mortality. American Journal of Public Health 87: 1491-8.

(Mackenbach, Kunst, 1997). Os indicadores para medir situação de saúde usam basicamente dados de morbidade e mortalidade. A mensuração das desigualdades em serviços de saúde é feita principalmente com dados de pesquisa e incorpora conceitos como necessidade, acesso, eficácia, efetividade e outros que demandam uma metodologia mais complexa (Nunes et al., 2001).

Segundo Doorslaer et al. (2000); Doorslaer, Wagstaff (2000) e Mackenbach, Kunst (1997), um indicador para medir desigualdades deve incorporar informações sobre todos os grupos populacionais e ser sensível às mudanças na distribuição e tamanho da população

A cobertura abrangente de saúde, principalmente em países emergentes, constitui um componente essencial para se alcançar o crescimento econômico, a coesão social e a redução na pobreza (OMS, 2013; Kickbusc, 2015).

O setor saúde desempenha papel importante na promoção da equidade (Buss, 2000) e, segundo Giovanella et al. (2012), pode produzir iniquidade na sociedade quando não assegura acesso equânime para todos.

A desigualdade socioeconômica é característica marcante do contexto brasileiro, com muitas conseqüências na área da saúde (Baldani et al., 2009). As desigualdades em saúde e desigualdades nos serviços de saúde refletem as desigualdades sociais existentes no Brasil.

De acordo com Arretche (2015), o pico de desigualdade de renda no Brasil ocorreu em 1989, quando a renda dos 5% mais ricos correspondia a 79 vezes o teto da renda dos 5% mais pobres. Desde essa época, essa razão apresenta queda sistemática. A desigualdade de renda no país caiu consideravelmente nas últimas décadas, na direção oposta de países desenvolvidos como Estados Unidos e países da Europa. De 1970 a 2010 o aumento da renda e do acesso a serviços ocorreu associado à redução do percentual de pobres no Brasil. Por outro lado, diminuíram as desigualdades no acesso a serviços de saneamento básico e níveis de escolaridade. As populações rurais e os pobres dos municípios mais necessitados, em particular na área do polígono das secas, tiveram acesso à água e energia

elétrica, pela universalização dos serviços, a partir do século XXI (Arretche, 2015).

Alston et al. (2012) argumentam que houve no Brasil uma inclusão e abertura significativa que reduziram a pobreza e a desigualdade a níveis sem precedentes nos anos anteriores à pesquisa desses autores; chamam o processo de "inclusão dissipativa" e argumentam que isso resulta em maior crescimento econômico e bem-estar da população.

O crescente gasto público social, a ênfase no gasto com saúde pública e educação e os programas de transferência de renda têm diminuído a desigualdade econômica e social no Brasil (Oxfam, 2014). A projeção da Fundação Getúlio Vargas (FGV) é que a desigualdade continue se reduzindo no Brasil, com redução da pobreza. Segundo a FGV, na última década a renda dos 50% mais pobres do Brasil cresceu 68%, enquanto a dos 10% mais ricos cresceu 10% (Monteiro, 2015). As figuras 2 e 3 mostram a posição do Brasil no ranking de desigualdades no mundo e a evolução da desigualdade no Brasil desde 1973 até o ano de 2008, de acordo com o índice de Gini⁶.

⁶ Índice de Gini: medida que expressa o grau dessa concentração de renda, em que 0 corresponde à completa igualdade de renda (onde todos têm a mesma renda) e 1 corresponde à completa desigualdade (onde uma pessoa tem toda a renda, as demais nada têm).

Figura 2. Desigualdade no mundo medido pelo Coeficiente de Gini
 Fonte: Gini Coefficient World CIA Report. 2009

Figura 3. Desigualdade econômica no Brasil segundo o índice de Gini.
 Fonte: IBGE (2010). Censos Demográficos 1960-2010.

Porém, o Brasil é um dos países mais desiguais do mundo. E está entre os mais desiguais da América Latina, região que apresenta um dos mais elevados índices de desigualdade registrada do mundo (Ravallion (2014)⁷ *apud* Arretche (2015)).

De acordo com Noronha (2015), a crise econômica no Brasil afeta principalmente os mais pobres e não afeta os mais ricos (que representam 1% da população), o que indica a continuidade das desigualdades no país.

A desigualdade de riqueza entre os municípios brasileiros permaneceu rigorosamente estável nos últimos 40 anos. A melhora das coberturas nas ofertas de serviços nas regiões Sul e Sudeste constitui o primeiro ciclo de expansão para todas as políticas, em que políticas beneficiaram mais fortemente essas, as regiões Norte e Nordeste são a última área de expansão da oferta de serviços. O Brasil em 1960 era um país rural, no qual as desigualdades de renda e de oferta de serviços eram pequenas, a baixa renda e a escassez de serviços públicos essenciais estavam distribuídas homogeneamente. Em 2010, o país era altamente urbanizado, 85% da população vivia nas cidades. O país nesse ano ainda apresentava muitas desigualdades inaceitáveis (Arretche, 2015).

Dentre as cidades brasileiras, São Paulo apresenta um dos piores índices de desigualdade social (Ipea, 2011). A região metropolitana de São Paulo apresenta o melhor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do Brasil, porém, as desigualdades na região são mascaradas por índices médios que dão a falsa impressão que os municípios são homogêneos. A desigualdade dentro dos municípios da região metropolitana é um fator marcante, com, por exemplo, diferenças entre renda familiar per capita mensal entre R\$7.900,00 e R\$170,00 (PNUD, 2014).

A partir da necessidade de maior equidade no sistema de saúde no Brasil, foi criado o SUS. A instituição do SUS representa um marco histórico das políticas de saúde.

⁷ Ravallion M. Income inequality in developing world. Science. 2014; 344 (6186): 851-5.

Antes da implementação do SUS, o sistema de saúde brasileiro seguia o modelo assistencial privatista, com a assistência centralizada no segmento privado. A Previdência Social prestava atendimento apenas aos trabalhadores formalmente empregados, por meio do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), com a finalidade de manter a sua capacidade produtiva (Paim et al., 2011; Andrade, Barreto, 2007). Assim, o acesso a serviços de saúde dava-se principalmente por meio de convênios, serviços particulares, INAMPS e filantropia.

A partir da década de 1970, o contexto político e econômico brasileiro sofreu alterações que determinaram mudanças na estrutura e forma de organização da saúde no país. O movimento da Reforma Sanitária foi essencial para essas mudanças (Andrade, Barreto, 2007). A proposta estruturou-se durante a luta pela redemocratização, com o crescimento do movimento social no país, reunindo iniciativas de diversos setores da sociedade (Paim et al., 2011).

A concepção política e ideológica do movimento da reforma sanitária foi a defesa da saúde como uma questão social e política, não como uma questão exclusivamente biológica a ser resolvida pelos serviços médicos e sim a ser abordada no espaço público (Pego, Almeida, 2002; Paim et al., 2011). O Movimento da Reforma Sanitária brasileira buscou a substituição do modelo médico assistencial privatista por uma nova abordagem em saúde, e defendeu a saúde como direito de todos os cidadãos (Brasil, 1987).

Uma característica fundamental da reforma sanitária é o fato de ela ter sido conduzida pela sociedade civil, não por governos, partidos políticos ou organizações internacionais (Paim et al., 2011). A sua existência foi fundamental na VIII Conferência Nacional de Saúde (Brasil, 1987), que em seu relatório final propôs a universalidade, integralidade, descentralização e participação popular na saúde (Brasil, 1987). O relatório serviu de alicerce para a Constituição Brasileira (Brasil, 1988), que propôs a criação do SUS.

O SUS determinou um caráter universal às ações e aos serviços de saúde no país, a atenção à saúde passa a ser assegurada legalmente como direito fundamental de cidadania, cabendo ao Estado a obrigação de provê-

la a todos os cidadãos.

O processo de consolidação do SUS implicou mudanças na legislação brasileira, buscando uma melhor implementação do sistema onde possa acompanhar as transformações econômicas e sociais do país. Nesse sentido, o SUS, política de Estado e não de governo (Paim, 2015), é um projeto que assume e consagra os princípios da Equidade, Universalidade e Integralidade da atenção à saúde da população. Pesquisadores de diversas áreas empenharam-se e ainda empenham para que o SUS seja equitativo, integral e universal no que tange a atenção à saúde. Assim, o direito universal à saúde, preconizado pelo SUS, pressupõe que todos os grupos com demandas ou necessidades de saúde específicas sejam tratados adequadamente, ou seja, que haja integralidade.

De acordo com a OMS (2013), integralidade refere-se à cobertura total das ações de saúde, independente da natureza ou do nível de complexidade dos serviços de saúde. Segundo Machado et al. (2007), o atendimento integral extrapola a estrutura organizacional da assistência e se prolonga pela qualidade real da atenção assegurada aos usuários do sistema de saúde.

A integralidade se baseia em ações de promoção, prevenção de agravos e recuperação da saúde (OMS, 1986; 2013).

É preconizado pelo SUS que as necessidades de cada um, nas distintas fases de vida ou situação de saúde, tenham atendimento e sejam resolvidas. O princípio da integralidade busca garantir ao indivíduo uma assistência à saúde que transcenda a prática curativa, ao contemplar o indivíduo em todos os níveis de atenção e considerar o sujeito inserido em um contexto social, familiar e cultural (Matos, 2004). Assim, integralidade enquanto princípio do SUS assegura o diagnóstico e tratamento das doenças (Matos, 2004), com a oferta dos serviços de saúde para a população. Além do princípio da Integralidade, a equidade também norteia o SUS.

As normas que regem o SUS incorporam a definição de equidade horizontal, ou seja, acesso, utilização e tratamento igual para necessidades iguais (Travassos, Castro, 2008).

A equidade horizontal no acesso aos serviços de saúde baseia-se no princípio de que as pessoas com as mesmas necessidades de saúde devem ter acesso semelhante aos serviços de saúde (Macinko, Lima-Costa, 2010). Assim, indivíduos portadores de um mesmo problema de saúde, independentemente de sua condição social e econômica, devem ter a mesma oportunidade de utilizar serviços de saúde e receber cuidados, uma regra de distribuição igualitária entre pessoas que estão em igualdade de condições (Travassos, 1997). De acordo com Van Doorslaer et al. (1993), o princípio de igualdade de acesso é utilizado como igualdade de oportunidade na utilização de serviços de saúde para necessidades iguais.

Assim, na Constituição brasileira, equidade é tomada como igualdade no acesso aos serviços de saúde. Diferente da equidade horizontal, a equidade vertical, citada na literatura como desigualdade entre desiguais, refere tratamento diferente para os desiguais (Whitehead, 1992) e é entendida como uma regra de distribuição desigual para indivíduos que estão em situações diferenciadas (Travassos, Castro, 2008). West (1979) distingue equidade horizontal da equidade vertical como tratamento igual para iguais no primeiro caso e tratamento desigual para desiguais no segundo.

De acordo com Travassos (1997), a questão da igualdade de oportunidade na utilização de serviços de saúde deve ser abordada em dimensões geográfica e social. As variações geográficas refletem diferenças na capacidade local de financiamento que vão impactar o tamanho e a complexidade da rede de serviços. A dimensão social das desigualdades no uso de serviços de saúde reflete o caráter seletivo da estrutura do sistema de saúde, geradora de seletividade social que provoca um padrão de uso de serviços de saúde desigual.

A criação do SUS também teve como objetivo universalizar o acesso da população a serviços de saúde. Segundo Chan (OMS, 2012), a

universalização consiste no conceito mais poderoso da saúde pública. Diversos países da América do Sul buscaram reformar os seus sistemas de saúde. Países como Colômbia e Chile buscaram a cobertura universal via expansão dos seguros de saúde privados. Em países como Brasil, Venezuela e Equador, pretende-se atingir a universalidade por meio do sistema integral único e público (Giovanella et al., 2012), tomando como base o modelo de Whitehead, Dahlgren e Gilson (2002), que destaca a importância dos fatores não clínicos na determinação da situação da saúde da população.

A universalidade proposta pelo SUS assegura que o acesso aos serviços de saúde é um direito de todos. Pode ser compreendida como a garantia de atenção por parte do sistema a todo e qualquer cidadão; neste contexto todo cidadão passa a ter direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde (Campos, 2008; 2011). Direito universal à saúde diz respeito à possibilidade de todos os brasileiros de todas as classes sociais serem cuidados pelos serviços de saúde públicos. Gozar desse direito é uma condição de cidadania (Campos, 2008; 2011). De acordo com Porto et al. (2011), o SUS é o principal financiador dos serviços de saúde utilizados pela população brasileira.

Há muitas experiências de sucesso na universalização do direito constitucional à saúde devido ao SUS. As ações ofertadas gratuitamente pelo sistema estão entre as mais abrangentes dentre os países com sistemas públicos (Facchini, 2014).

No Brasil, após a criação do SUS, serviços de saúde como determinados exames preventivos atingiram a cobertura universal (Paim et al., 2011; Victora et al., 2011), e ampliou-se muito o acesso a todos os procedimentos em saúde, desde os mais simples como a vacinação aos mais complexos, além do aumento da provisão de insumos de saúde (Victora et al., 2011).

1.2 ACESSO E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS E INSUMOS DE SAÚDE

O acesso e a utilização de serviços e insumos em saúde são dimensões importantes de um sistema de saúde (Sanchez, Cicanelli, 2012) e têm impacto significativo na saúde da população.

O acesso a serviços de saúde está relacionado ao atendimento das necessidades do indivíduo e é influenciado por questões diversas como organização do próprio serviço, mobilidade urbana e aspecto cultural (Jesus, Assis, 2010; Zioni, 2006). O conceito de acesso ao serviço é complexo. Sanchez e Cicanelli (2012) se referem a quatro dimensões de acesso à saúde: disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento e informação. O acesso também pode ser caracterizado como o uso dos serviços em tempo adequado para a obtenção do melhor resultado possível (Conil et al., 2011).

Frequentemente o termo acesso e acessibilidade se sobrepõem. Acessibilidade, segundo Starfield (2002), é o grau de ajuste entre as características dos recursos de atenção à saúde e os da população, no processo de busca e obtenção da atenção; pode-se considerar a acessibilidade a relação funcional entre o conjunto de obstáculos na busca e obtenção da atenção e as capacidades correspondentes da população de superar esses obstáculos (Frenk, 1985). A acessibilidade possibilita a chegada aos serviços, e o acesso permite seu uso oportuno, visando aos melhores resultados possíveis, e relacionando-se à forma como o indivíduo experimenta o serviço de saúde.

Segundo Donabedian (1972), acesso significa ingresso ao sistema de atenção à saúde. As características distintas do sistema e da população podem determinar a possibilidade de ingresso ou não, mas a prova do acesso em si não consiste na disponibilidade dos serviços ou recursos, e sim no fato de os serviços serem utilizados por aqueles que dele necessitem. Para o autor, a noção de acesso é sinônimo de quantidade de oferta.

O acesso ao serviço de saúde também pode ser caracterizado como o ato de ingressar ou entrada no serviço, como a possibilidade de os indivíduos adentrarem e utilizarem os serviços de atenção à saúde, com vistas à resolução de problemas que afetem a saúde. Dentre os fatores que influem nesta possibilidade estão as considerações geográficas, arquitetônicas, de transporte e financeiras (Giovanella, Fleury, 2006; Travassos, Martins, 2004; Travassos et al., 2006).

A utilização dos serviços de saúde, também relacionada a fatores como a localização geográfica, o tipo de serviço oferecido, a disponibilidade e a cultura da população (Brasil, 2001; Travassos, Martins, 2004), representa o centro do funcionamento do sistema de saúde (Travassos, Martins, 2004) e varia segundo características dos usuários e dos sistemas, como idade, sexo, morbidade, condições socioeconômicas, serviço utilizado e tipo de cobertura (Sassi et al., 2003; Silva et al., 2011).

De acordo com Silva et al. (2011), a utilização de serviços de saúde, a partir da prevenção da ocorrência de complicações de doenças e redução da mortalidade por causas específicas, é uma expressão positiva do acesso à assistência à saúde. Travassos e Martins (2004) consideram uso quando há contato com o serviço de saúde.

A relação entre a utilização de serviços e seus determinantes pode ser mais bem compreendida por meio de modelos teóricos explicativos.

O modelo de Dutton (1986), que busca explicar a relação entre a utilização do serviço de saúde e seus determinantes, coloca a utilização como produto da interação entre usuários, profissionais de saúde e sistema de saúde. O modelo distingue o uso de serviços de saúde que são mais controlados pelos profissionais de saúde, como as consultas de seguimento na população com doença crônica e uso de serviços de saúde controlados pelo próprio usuário, como o caso da morbidade aguda.

O modelo de Andersen tem sido o mais aplicado em estudos de utilização de serviços por se tratar de um dos modelos de uso de serviços mais completos, e sofreu atualizações constantes ao longo das últimas décadas, sendo descritos diversas fases do modelo até se chegar ao modelo

final (Andersen, 1995).

O modelo de Andersen foi desenvolvido inicialmente na década de 1960, para estudar como as famílias usavam os serviços de saúde e para mensurar utilização do serviço de saúde. Os principais objetivos eram “como” e porquê” utilizar os serviços de saúde (Andersen, 1995).

A segunda fase do modelo de Andersen, desenvolvido na década de 1970, reconheceu a importância da política de saúde e da organização do sistema de saúde como determinantes da utilização do serviço de saúde, bem como nas mudanças no padrão de utilização do serviço de saúde durante o tempo. Na fase 3, desenvolvido durante a década de 1980 e 1990, é incluída a situação de saúde da população, o que vai impactar no acesso e utilização do serviço de saúde. Nessa fase do modelo, “acesso efetivo” é demonstrado quando a utilização do serviço melhora a condição de saúde do usuário ou quando o usuário está satisfeito com o serviço. “Acesso eficiente” é demonstrado quando o nível de condição de saúde ou o nível de satisfação aumenta à medida que aumenta a utilização do serviço de saúde (Andersen, 1995).

O modelo final (Figura 4) enfatiza o quão dinâmico é o serviço de saúde. O modelo inclui a condição de saúde como resultado e traz as influências no uso de serviço de saúde e conseqüentemente na condição de saúde da população. De acordo com o modelo, a utilização dos serviços de saúde é uma medida de acesso e de fatores individuais, contextuais, relativos à qualidade do cuidado; e o termo acesso, entrada inicial no serviço de saúde, pode deslocar-se sobre seu eixo e apresentar-se como resultado, dado o seu impacto final no estado de saúde. O modelo pode auxiliar na melhor compreensão do acesso e utilização do serviço de saúde.

Figura 4. Modelo final de Andersen
Adaptado de: Andersen, 1995.

Já a cobertura do serviço de saúde difere de acesso e utilização. Segundo Noronha (2013): “Ao se dizer que uma determinada unidade “cobre” um determinado número de indivíduos não significa que aquele número de indivíduos esteja utilizando os serviços da unidade ou será capaz de usá-los quando necessitar. Quando se fala de cobertura universal sem qualificação comete-se um grande equívoco, pois pode-se admitir que a “cobertura” contributiva a um seguro social ou privado sempre corresponderá a oportunidades de acesso e uso, o que não é verdadeiro. Se aceitarmos “cobertura” como “acesso e uso oportuno a serviços efetivos e de qualidade quando necessários”, o problema desaparecerá”.

A assistência à saúde, referente a todos os aspectos da provisão e distribuição de serviços de saúde a uma população, está também relacionada à cobertura do serviço de saúde (Brasil, 2011a; 2011b).

No Brasil, o acesso e a utilização de serviços e insumos em saúde, sofreram alteração significativa após a criação do SUS, com aumento significativo do acesso da população a medicamentos, vacinas, consultas odontológicas e consultas médicas, principalmente na atenção básica, a qual teve grande investimento do SUS.

Uma das principais portas de entrada no serviço de saúde no Brasil é a atenção básica (Brasil, 2011a; 2011b; Silva, 2008). No país, o modelo do

pronto atendimento ainda é o modelo hegemônico nos serviços primários de saúde, baseado na queixa-conduta. O modelo de atenção básica no Brasil é focado no Programa de Saúde da Família (PSF), hoje Estratégia Saúde da Família (ESF), um dos mais importantes contatos dos usuários com o serviço de saúde no país (Brasil, 2011a; 2011b; Silva, 2008). A ESF estabeleceu a Unidade Básica de Saúde (UBS) como a principal via de acesso da população ao sistema público de saúde, com crescimento expressivo nos últimos anos e aumento do acesso da população à saúde (Brasil, 2014a).

Estudos descrevem a utilização de serviços primários em saúde e seus fatores associados. As mulheres utilizam mais os serviços primários de saúde do que os homens. Crianças e idosos realizam mais consultas médicas e o número de consultas aumenta com a idade (Mendoza, Béria, 2001; Capilheira, Santos, 2006; Tomasi et al., 2011).

De acordo com Brasil (2011a; 2011b 2014a), ações intersetoriais como a implementação do programa Fome Zero têm impacto, dentre outros, na utilização e acesso aos serviços de saúde, principalmente nas consultas com profissionais de saúde.

As consultas médicas e odontológicas aumentaram consideravelmente após a implementação da ESF. No caso das consultas odontológicas, houve aumento considerável principalmente após a implementação do programa Brasil Sorridente, importante política de inclusão social implantado em 2006 com a finalidade de ampliação do acesso a serviços odontológicos (Brasil, 2014a; Pucca, 2015; Porto et al., 2015).

O programa Brasil Sorridente iniciou a implantação de uma rede no sistema público de saúde. Hoje, há 24 mil equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família. Antes do programa, esse número era 4250. Em 90% dos municípios brasileiros, há pelo menos uma dessas equipes, com cobertura de quase 50% (Pucca, 2015). O programa também tem implantado Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e fluoretação da água em municípios brasileiros. Hoje há 1034 CEOs no Brasil e está

crescendo a uma velocidade de 15 mil brasileiros por dia passando a receber água fluoretada (Pucca, 2015). Esses serviços fazem parte do programa e tem como finalidade a promoção da saúde (Pucca, 2015; Porto et al., 2011). De acordo com Pucca (2015), antes da implementação do Brasil Sorridente, a cada quatro brasileiros que completavam 65 anos de idade, três chegavam a essa idade sem dentes.

A implantação do programa Brasil Sorridente fez com que a participação do SUS nas consultas odontológicas aumentasse, com financiamento de 30% dos atendimentos em 2008. É preconizado pelo menos uma consulta anual ao dentista para uma boa saúde bucal (OMS, 2013). O número de pessoas que declararam ter usado consultas odontológicas no Brasil cresceu 90% entre 2003 e 2008, confirmando a melhora no acesso a consultas odontológicas. Para esse período o SUS duplicou o número de consultas por ele financiadas (Viacava, 2010). Segundo o estudo de Porto et al. (2011), o SUS mais que duplicou, entre 2003 e 2008, o número de consultas odontológicas por ele financiadas.

Além do setor público, também houve aumento dos planos privados odontológicos de saúde no Brasil e particularmente em São Paulo (Brasil, 2015a), na cidade, 60% da população tem planos privados de saúde, o que corresponde a 6,7 milhões de pessoas.

No Brasil, com o estabelecimento do SUS, também foram fortalecidos os programas de provisão de vacinas e medicamentos.

As políticas de imunização tornaram-se crescentemente mais complexas na sua dimensão global e nacional, povoadas por novas vacinas e novos objetivos (Hochman, Bhattachayra, 2011).

A vacinação representa uma das experiências de sucesso do sistema de saúde brasileiro. A vacinação, importante componente do serviço de saúde, ocupa lugar de destaque entre os instrumentos de saúde pública no Brasil.

O Programa Nacional de Imunização (PNI), implantado em 1973, inclui a vacinação de rotina, o calendário nacional de vacinação, as campanhas periódicas e a vigilância epidemiológica. O programa tem

atingido altas taxas de cobertura vacinal no Brasil, destacando-se como uma das experiências melhor sucedidas do sistema de saúde brasileiro (Brasil, 2003; Victora et al., 2011). O PNI é universal, sem distinção de qualquer natureza (Silva et al., 2011).

O PNI tem grande importância no controle de doenças transmissíveis que podem ser prevenidas mediante imunização. Por meio do PNI, no Brasil, um dos países mais populosos e de território mais extenso no mundo, foram eliminadas ou são mantidas sob controle as doenças preveníveis (Brasil, 2003; Silva et al., 2011). A varíola foi erradicada em 1973 e a poliomielite em 1989. Foram controladas doenças como o sarampo, o tétano neonatal e o acidental, a difteria e a coqueluche. Foram implementadas medidas para o controle das infecções pelo *Haemophilus influenzae* tipo b, da rubéola e da síndrome da rubéola congênita, da hepatite B, da influenza e suas complicações nos idosos, também das infecções pneumocócicas (Brasil, 2003; 2015b).

Ocorreu uma redução na ocorrência de óbitos por doenças imunopreveníveis devido ao PNI. Foram investidos recursos para a vigilância de eventos adversos pós-vacinais, na universalidade de atendimento, nos seus sistemas de informação, descentralizou as ações e capacitação e atualização técnico-gerencial para seus gestores em todos os âmbitos. As campanhas nacionais de vacinação, voltadas em cada ocasião para diferentes faixas etárias, proporcionaram o crescimento da conscientização social a respeito da cultura em saúde (Brasil, 2003; Silva et al., 2011).

A vacinação é entendida como uma intervenção que visa a melhorar as condições de vida nessa população (Brasil, 2003). A promoção de uma melhor condição de vida remete ao acesso ao serviço de saúde, que inclui a provisão de medicamentos.

Uma das áreas em que o SUS é mais transversal, em que permeia várias áreas, é a área de medicamentos.

O uso de medicamentos e os serviços de saúde possuem inegável contribuição no cuidado à saúde (Brasil, 2011c). Segundo Coelho-Filho,

Marcopito e Castelo (2004), os medicamentos desempenham um importante papel na capacidade resolutiva dos serviços de saúde.

O acesso a medicamentos pela população está relacionado, dentre outros fatores, ao custo do medicamento e à regularidade na disponibilização pela rede pública de saúde. A Política Nacional de Medicamentos (PNM) (Brasil, 1998), implantada com o propósito de promoção do uso racional e do acesso da população aos medicamentos essenciais, tem como principais diretrizes a reorientação da assistência farmacêutica e o estímulo à produção de medicamentos, com objetivo de ampliação do acesso da população a medicamentos.

O Brasil possui um dos mais complexos serviços de assistência farmacêutica no mundo, com muitos programas que visam o acesso universal a medicamentos (Osório-de-Castro et al., 2014; Jaramillo, Cordeiro, 2014). A Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) (Brasil, 2007) norteia as decisões relativas à política pública voltada para a garantia do acesso integral, equânime e universal aos medicamentos no âmbito do SUS. A PNM (Brasil, 1998) e a PNAF (Brasil, 2004; Brasil, 2007) ampliaram consideravelmente o acesso da população a medicamentos (Oliveira et al., 2007).

Nos últimos 30 anos a assistência farmacêutica no Brasil vem se consolidando com uma abrangência bem maior do que a verificada em outros países latinos ou norte-americanos (Osório-de-Castro et al., 2014). A AF no Brasil está organizada em três componentes: Componente Especializado, que inclui medicamentos de alto custo, “especializados”; o Componente Estratégico, que inclui medicamentos utilizados para o tratamento das doenças de perfil endêmico e que tenham impacto socioeconômico; e Componente Básico, que inclui medicamentos para controle de doenças prevalentes na população e que representam prioridade em saúde pública, como a hipertensão arterial e o diabetes *mellitus*. É dado grande enfoque ao Componente Básico da AF (Brasil, 2012).

Os medicamentos e insumos disponibilizados no SUS por meio do Componente Básico, Componente Estratégico e Componente Especializado

da Assistência Farmacêutica, além de determinados medicamentos de uso hospitalar são contemplados na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), correspondente à lista de medicamentos essenciais hoje do Brasil (Brasil, 2012).

O acesso universal a medicamentos essenciais foi padronizado pelo SUS por meio da Lei 8080/1990 e houve aumento na provisão de medicamentos pelo serviço de saúde desde a criação do SUS até os dias atuais. A PNM teve grande importância nesse aumento (Brasil, 1998; Oliveira et al., 2007). A Organização Mundial da Saúde (OMS 2014) define medicamentos essenciais: "aqueles que satisfazem às necessidades de saúde prioritárias da população, os quais devem estar acessíveis em todos os momentos, na dose apropriada, a todos os segmentos da sociedade".

O Brasil iniciou a elaboração de listas de medicamentos considerados essenciais antes da recomendação da OMS, com o Decreto nº 53.612/1964, em que foi criada a Relação Básica e Prioritária de Produtos Biológicos e Matérias para Uso Farmacêutico Humano e Veterinário. Atualmente, é utilizada a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) (Brasil, Rename 2012). Para a seleção de medicamentos da Rename são adotados os critérios hierárquicos de eficácia, segurança, conveniência para o paciente e custo (Brasil, 2006a). Os medicamentos que constam na Rename são fornecidos pelo SUS.

A Rename 2014 possuía 840 itens, dentre esses, insumos, vacinas, os medicamentos utilizados no tratamento de doenças raras e medicamentos para controle das doenças prevalentes no Brasil, como o diabetes *mellitus* (Brasil, 2014c). A inclusão dos insumos para diabetes na Rename foi embasada na Lei Federal n. 11.347, de 2006, que trata da distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários à monitoração da glicemia capilar e a aplicação de insulina nos portadores de diabetes (Brasil, 2006b).

Segundo Osório-de-Castro et al. (2014), no início dos anos 2000, a falta de acesso a medicamentos constituía um grande obstáculo à promoção da saúde, o que não ocorre hoje.

Políticas que propõem medidas para o controle de doenças têm como prioridade o acesso a medicamentos, considerando a necessidade da utilização contínua, sejam eles inovadores, genéricos ou similares (Brasil, 2011c; Paniz, 2008). Dentre essas políticas e programas, destacam-se a nível federal a Política de Medicamentos Genéricos e o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB), a nível estadual o programa Dose Certa (PDC) e a nível municipal o programa Remédio em Casa (PRC).

A Política de Medicamentos Genéricos tem grande contribuição na ampliação da oferta de medicamentos à população, com forte estímulo à produção e comercialização de medicamentos genéricos no Brasil, cuja circulação em 2011 foi de 550 milhões de unidades, sendo responsáveis por 24% do mercado de medicamentos no país no ano citado (Padilha, 2012).

O Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB), implantado em 2004, surgiu como uma inovação para a política pública de assistência farmacêutica através da adoção de co-pagamento para acesso a medicamentos (Santos-Pinto, 2011). Em 2012, o Programa Farmácia Popular atendeu seis milhões de pessoas por mês, em 25.624 farmácias particulares credenciadas ao programa e 551 unidades próprias (Menezes, 2013). É constituído por unidades próprias e o “Aqui tem Farmácia Popular”, referente a convênios com a rede privada de farmácias e drogarias (Santos-Pinto et al., 2011; Brasil, 2012). O financiamento federal do Programa Farmácia Popular do Brasil tem crescido muito, o programa trouxe inovações nas políticas públicas para o setor, como a introdução do co-pagamento citada acima e as parcerias com o varejo farmacêutico na modalidade “Aqui Tem Farmácia Popular” (ATFP), que passou a ter maior peso quando comparada com a Farmácia Popular Rede Própria (FPRP) em termos de recursos financeiros destinados e em quantidade de pontos de dispensação.

Em São Paulo, o Programa Dose Certa e o Programa Remédio em Casa também ampliaram o acesso a medicamentos. O PDC, do Governo do Estado de São Paulo, tem como finalidade a manutenção da provisão de medicamentos no âmbito da atenção básica. Ao todo, 589 municípios do Estado de São Paulo recebem os medicamentos do programa, disponíveis

em unidades da Farmácia Dose Certa (SES, 2015). O PRC, da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (SMS/SP, 2015), tem como um dos objetivos garantir o acesso a medicamentos para controle da hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia, diabetes *mellitus* e hipotireoidismo, foi implantado no ano de 2005.

Os programas públicos de provisão de medicamentos essenciais e a crescente incorporação de medicamentos no sistema de saúde ampliaram consideravelmente o acesso a medicamentos (Brasil, 2011c).

A judicialização da saúde, tipo de participação democrática da saúde em que as pessoas buscam na justiça o direito à saúde, também ampliou o acesso a medicamentos, no caso desses insumos, é um reflexo de uma necessidade que pode não estar contemplada na Rename ou também quando o medicamento está contemplado na Rename mas o indivíduo não teve acesso (Germani, Aith, 2013; Aith et al, 2014).

A judicialização da saúde é considerada uma forma de pressão ao Estado para a garantia do direito à saúde, que ocorre para o acesso à necessidade individual de saúde. Há outros processos como audiências públicas, ouvidorias e plebiscitos, em muitos casos, a judicialização é o processo mais rápido (Germani, Aith, 2013; Aith et al, 2014). Dentre os processos judiciais, a maior parte está na área de medicamentos. Em muitos casos os gastos com medicamentos pela população usuária são muito altos e o mesmo não é obtido pelo serviço público de saúde, e ocorre a judicialização para a garantia do acesso ao medicamento. Em São Paulo, foram gastos R\$170.000.000 com a judicialização em 2011. Os medicamentos para controle da diabetes, por exemplo, são um dos mais freqüentes, embora não sejam os de maior impacto econômico (Germani, Aith, 2013; Aith et al, 2014).

Existe grande potencial para que as políticas públicas de saúde por meio da capilaridade dos programas públicos ampliem o acesso e uso de serviços de saúde, direcionados pelo princípio da Universalidade. Faz-se necessário saber se há equidade nesse acesso e uso de serviços.

Para conhecer o acesso e utilização dos serviços de saúde e as desigualdades nesse acesso e utilização, bem como situação de saúde da população, importante ferramenta são os inquéritos de saúde, que viabilizam informações sobre a população usuária do serviço e grupos com dificuldade de acesso.

1.3 INFORMAÇÕES EM SAÚDE: INQUÉRITOS DOMICILIARES DE BASE POPULACIONAL

As informações em saúde são cada vez mais essenciais para o planejamento, programação, execução, avaliação e monitoramento das intervenções em saúde, bem como para a ampliação do acesso e utilização dos serviços de saúde e a promoção da equidade (Cesar et al., 2003; Alves et al., 2008; Paim et al., 2011)

Com a mudança do padrão epidemiológico no Brasil houve a necessidade de novos indicadores em saúde (Barros, 2008b). Há no país diversos programas e serviços de saúde, além de diversas fontes de pagamento da provisão dos serviços de saúde, o que torna difícil a compreensão da situação de saúde utilizando apenas os dados secundários. Coexiste no país a estrutura privada e pública no serviço de saúde, fundada na coexistência do sistema público orientado pelos princípios de acesso universal e igualitário sem qualquer condicionalidade, do segmento complementar baseado principalmente na oferta de seguros e de planos de saúde e, em menor escala, do pagamento direto no ato do consumo do serviço, tornando-se praticamente impossível a provisão de informações em saúde apenas por meio de dados secundários (Cesar et al., 2003; Cesar, Tanaka, 1996).

As informações em saúde podem ser obtidas a partir de inquéritos, que têm como principal função suprir lacunas dos sistemas de informações de saúde por abordarem questões não registradas rotineiramente nesses sistemas, como o perfil de saúde e problemas de saúde da população, as

incapacidades e a distribuição dos fatores de risco, bem como a frequência com que eles ocorrem (Cesar, 2005; Alves et al., 2008).

Como os padrões de morbidade variam no tempo e de acordo com as condições e estilo de vida dos diferentes grupos populacionais, incluindo mudanças demográficas e capacidade de assistência dos serviços de saúde, inquéritos periódicos são importantes ao atualizar o conhecimento das condições de saúde da população (Barros, 2008b), com atualização periódica e comparações sequenciadas no tempo e entre áreas geográficas. Além disso, a realização do primeiro inquérito de saúde pode constituir uma linha de base para avaliações futuras (Travassos, 2015).

Os inquéritos de saúde, ao suprir muitas lacunas dos bancos secundários de informações em saúde, têm grande importância para o fornecimento de informações em saúde e produção do conhecimento (Cesar, 2005; Alves et al., 2008; Cesar, Tanaka, 1996) e auxiliam a gestão.

Os inquéritos de saúde de base populacional trazem informações importantes sobre o acesso e a utilização dos serviços de saúde, com informações da prestação de serviços de instituições públicas e privadas (Silva et al., 2011; Cesar et al., 2003; Barros, 2008a). São ferramentas importantes para a saúde pública, ao permitir a obtenção de dados sobre a saúde da população e seus determinantes (Barros, 2005; 2008; Cesar, Tanaka, 1996).

Uma importante função dos inquéritos de saúde populacionais é a monitorização da equidade em saúde (Barros, 2008b). Os sistemas usuais de informação não permitem monitorar as desigualdades (Braveman et al., 1996), que em décadas anteriores se restringia às taxas de mortalidade e morbidade (Barros, 2008b).

Uma dimensão importante dos inquéritos de saúde se refere à possibilidade de correlacionar os agravos e problemas de saúde com as condições socioambientais e mesmo com a percepção do estado de saúde pelos indivíduos, permitindo a descrição e quantificação de problemas de saúde menos graves ou pouco sintomáticos e das iniquidades em saúde,

relacionadas à ocorrência de doenças e à exposição a riscos (Travassos, 2015).

Os inquéritos de saúde populacionais são usados em vários países. Em 1930 os Estados Unidos começaram a usar de forma periódica, Canadá e também Inglaterra também têm realizados inquéritos nacionais periodicamente. No Brasil, os primeiros inquéritos nacionais de saúde foram realizados na década de 1980 (Campos 1993; Malta et al., 2008). A Pesquisa Nacional por Amostra de domicílios (PNAD) inclui suplementos de saúde nas edições de 1981, 1986, 1988, 2003, 2008 e 2013.

O Brasil dispõe de diversas fontes de dados como o sistema de informação sobre mortalidade (SIM) e o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) e também inquéritos de saúde como a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (Vigitel), Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), Pesquisa Mundial de Saúde-PMS brasileira, Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), pesquisa do Instituto do Câncer (INCA) sobre o câncer e, mais recentemente, a Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM).

Dentre os inquéritos de base populacional, os inquéritos domiciliares, utilizados há algum tempo em países industrializados, configuram-se fonte de informação importante para conhecimento da situação de saúde da população e do acesso aos serviços de saúde, fornecendo subsídios ao planejamento e avaliação dos serviços, além de fornecerem indicadores necessários para o monitoramento dos sistemas de saúde (Cesar, Tanaka, 1996; Viacava et al., 2006).

Diferente de inquéritos que fazem entrevista diretamente com a clientela do serviço de saúde, os inquéritos domiciliares permitem investigar os usuários do serviço público e privado e possibilitam incluir a população que não procura o serviço ou que procura, mas não obtém atendimento (Cesar, Tanaka, 1996).

Esses inquéritos aumentaram a sua importância por se revelarem como valioso instrumento capaz de gerar informações de saúde a partir de fatores de risco e determinantes sociais, e não só de doenças (Viacava, 2002). A partir dos inquéritos de saúde é possível o conhecimento do perfil de saúde e da distribuição dos fatores de risco na população (Malta et al., 2008). Informações sobre problemas graves de saúde ou menos graves e aspectos da relação entre a população e o serviço de saúde são disponíveis a partir de inquéritos domiciliares (Godofredo, 2011).

Assim, é grande a importância dos inquéritos domiciliares de saúde de base populacional na análise do padrão de utilização dos serviços de saúde, já que esta dimensão é plenamente abordada nos inquéritos. As informações obtidas a partir da demanda atendida são seletivas e podemos ter também informações sobre a demanda não atendida (Cesar, Tanaka, 1996).

As informações geradas a partir dos inquéritos domiciliares de saúde configuram-se elemento importante de avaliação da saúde da população e dos serviços de saúde, ao descreverem elementos essenciais dos serviços e a caracterização socioeconômica e demográfica da população (Cesar, Tanaka, 1996).

São instrumentos eficientes no levantamento de dados sobre as necessidades de saúde da população e podem se constituir em instrumentos de avaliação das políticas públicas implantadas, e o grau de sucesso alcançado por elas, bem como podem identificar grupos sociais e geográficos excluídos ou pouco atingidos (Castro et al., 2010; Travassos, 2015), o que é fundamental para a formulação e avaliação das políticas e programas de saúde.

Dessa forma, os inquéritos de base populacional permitem o monitoramento da situação de saúde da população e dos serviços de saúde. Além disso, permitem a definição de diretrizes e estratégias para implantação de um sistema de saúde com maior equidade no atendimento às necessidades da população (Cesar, Tanaka, 1996). Em São Paulo, os

inquéritos de saúde ISA-Capital cumprem importante papel no monitoramento dos indicadores de saúde e de serviços de saúde.

Há outros inquéritos de saúde como a PNAD/PNS e o Vigitel, realizados no município, que diferem dos inquéritos ISA-Capital.

O tema Saúde foi abordado em suplementos da PNAD nos anos 1998, 2003 e 2008 e em 2013 na PNS em São Paulo. A PNAD e a PNS abordam questões sobre saúde e acesso a serviços de saúde no Brasil, por regiões e por unidades da federação (Brasil, 2013) e não especificam detalhes dos serviços de saúde por regiões do município. O Vigitel, importante pesquisa que tem grande contribuição na área de doenças crônicas, é realizado apenas na população que possui telefone fixo no domicílio, o que não o permite aprofundar a questão de desigualdades em saúde, uma vez que grande parte da população com menor poder aquisitivo não possui telefone fixo no domicílio.

OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o acesso e utilização dos serviços de saúde no município de São Paulo em 2003 e em 2008, as mudanças observadas e a evolução das desigualdades no período

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Analisar a utilização dos serviços de saúde em programas de vacinação.
- 2) Analisar o padrão de acesso a medicamentos prescritos no serviço de saúde.
- 3) Analisar o padrão de acesso e de utilização de consultas médicas.
- 4) Analisar o padrão de utilização de consultas odontológicas.

3. MÉTODO

3.1 ISA CAPITAL 2003 E ISA-CAPITAL 2008

O presente trabalho utilizou os dados dos Inquéritos de Saúde de São Paulo (ISA-Capital) realizados em 2003 e em 2008, estudos transversais realizados no município de São Paulo por meio de entrevistas domiciliares, que tiveram como objetivo analisar as condições de vida e saúde e a utilização de serviços de saúde da população urbana não institucionalizada desse município.

O inquérito ISA-Capital 2003 foi financiado pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS-SP) e pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp), o inquérito de 2008 foi financiado pela SMS-SP. Os inquéritos tiveram a participação de pesquisadores de três universidades: Universidade de São Paulo (USP), Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e Universidade do Estado de São Paulo (Unesp) e também da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo (SES-SP).

A série histórica ISA-Capital 2003 e 2008 representa uma importante fonte de dados para avaliar as mudanças no serviço de saúde no município de São Paulo no período analisado.

Por serem inquéritos domiciliares de saúde, os inquéritos ISA-Capital trazem informações sobre a população que utiliza o serviço de saúde e sobre a população que não utiliza o serviço. A produção de textos técnicos e acadêmicos, gerados a partir dos bancos de dados, tem permitido conhecer aspectos importantes da saúde, acesso e uso de serviços de saúde em São Paulo. A série histórica ISA-Capital vem trazendo ricas informações na área da saúde e é de grande relevância para a Saúde Pública, com interface com o serviço de saúde do município de São Paulo. Os levantamentos com intervalos regulares de cinco anos mantêm aspectos

essenciais da investigação, o que possibilita a comparabilidade dos resultados entre os anos em que a pesquisa é realizada.

O município de São Paulo possui o 10º maior PIB do mundo (SEADE, 2012). A maior cidade da América Latina teve em 2010 população estimada em 11. 253.503 habitantes, sendo 99.1% urbana, densidade demográfica 74,7 habitantes/km² (IBGE, 2010) e cinco macrorregiões. A cidade tem peculiaridades no que diz respeito à saúde, é referência nacional também na América Latina para atendimentos em serviços de saúde, desde atendimentos ambulatoriais a exames complementares de alta complexidade. É referência para tratamento de problemas de saúde em todo o país e na América Latina. A cidade apresenta complexidades em relação a planos de saúde: 54,3% da população possuem planos privados de saúde, há diferenças entre as regiões da cidade: regiões onde 90% da população têm plano privado e regiões onde quase 100% da população é SUS-dependente. Há também peculiaridades em relação à gestão: em São Paulo há 945 serviços de saúde, desses, em 70% (610 serviços) a gerência é por meio de Organização Social (OS).

Além disso, o município de São Paulo apresenta diferentes portas de entrada ao serviço de saúde, que inclui Unidade Básica de Saúde (UBS) tradicional, UBS com Estratégia de Saúde da Família (ESF), UBS indígena, UBS integral, UBS integral com ESF, AMA (Assistência Médica Ambulatorial), AMA 24h, AME (Ambulatório Médico de Especialidades), Rede Hora Certa, ambulatórios dos hospitais, 1112 equipes de PSF.

Devido às peculiaridades do município de São Paulo explicitadas acima, a série histórica ISA-Capital, realizada periodicamente desde 2003, tem grande importância para o município. As informações em saúde no município de São Paulo são muito importantes, dada a relevância do município no cenário nacional e internacional.

As metodologias utilizadas nos inquéritos foram baseadas em amostras probabilísticas, sendo semelhantes nos dois estudos, com diferença no número de setores censitários sorteados, erros de amostragem e no efeito de desenho. Além disso, os setores censitários do ISA-Capital

2003 foram estratificados segundo a escolaridade do chefe de família, idade e sexo. Em 2008, foram levados em conta apenas sexo e idade dos indivíduos.

Os planos de amostragem de ambos os inquéritos foram por conglomerados, obtida em dois estágios: setores censitários (unidade primária de amostragem) e domicílios (unidade de amostragem de 2º estágio). Os dados da amostra do ISA-Capital foram ponderados para compensar as diferentes probabilidades de seleção.

Os tamanhos das amostras foram respectivamente 3.357 e 3.271 indivíduos. A coleta dos dados do ISA-Capital 2003 ocorreu entre os meses de fevereiro de 2003 e janeiro de 2004, a do ISA-Capital 2008 no período de abril de 2008 e maio de 2009.

Os questionários foram respondidos diretamente pelos moradores sorteados ou, no caso de crianças menores de 12 anos, pela mãe ou responsável. A coleta de dados dos inquéritos foi realizada por meio de um questionário aplicado por entrevistadores treinados e avaliados durante todo o período da pesquisa. Aproximadamente 10% da produção de cada um deles foi avaliada por nova entrevista parcial (entrevista de controle).

O questionário foi composto por questões fechadas, semi-abertas e abertas, organizadas por blocos temáticos. Os questionários utilizados para a presente pesquisa estão no Anexo A.

A população de estudo refere-se àquela residente em área urbana do Município de São Paulo, residentes em setores de situação urbana: área urbanizada, não urbanizada e urbanizada isolada, e dos tipos: comum e especial (favela), segundo classificação do IBGE.

A metodologia completa dos inquéritos ISA-Capital pode ser encontrada na literatura (Alves, 2005; 2008; <http://www.fsp.usp.br/isa-sp>).

Os planos amostrais detalhados do ISA-Capital 2003 e do ISA-Capital 2008 estão a seguir:

Em relação à amostra do ISA-Capital 2003 (Alves, Escuder, 2003), os setores censitários foram estratificados segundo o nível socioeconômico definido pela proporção de chefes de família com diferentes graus de

escolaridade, em que foram considerados chefes com nível universitário em três níveis: até 5% com nível universitário, 5% (inclusive) a 25% e 25% (inclusive) ou mais, em cada estrato foi sorteado um terço da amostra.

A amostra do ISA-Capital 2003 constitui uma subamostra da Pesquisa Nacional por amostra de domicílios (PNAD). A PNAD 2002 (IBGE, 2002) sorteou 264 setores censitários no município de São Paulo, dos quais foram sorteados 60 para compor a amostra do ISA-Capital. Os dados da amostra foram ponderados para compensar as diferentes probabilidades de seleção, cada setor censitário teve um peso referente ao emprego de diferentes frações de amostragem nos estratos. Foram, então, sorteados 15, 28 e 17 setores dos estratos 1, 2 e 3, respectivamente.

Os dados sofreram outra ponderação referente ao ajuste por sexo e idade: foram fixados oito domínios de estudo formados pelos grupos: masculino e feminino menores de 1 ano, masculino e feminino de 1 a 11 anos de idade, homens de 12 a 19; 20 a 59 e 60 ou mais, e mulheres nas mesmas faixas etárias. Foi planejada a realização de 420 entrevistas para cada um dos domínios. A definição desses domínios deveu-se principalmente ao fato de alguns subgrupos populacionais, como os menores de um ano e os de idade muito avançada, representar uma proporção muito pequena do total da população e esses serem os grupos que normalmente apresentam maiores prevalências de problemas de saúde e que, freqüentemente, procuram mais os serviços de saúde. Dessa forma, os domínios de estudo, definidos com a finalidade de garantir números mínimos na amostra para as análises, aumentaram a representatividade de todos os grupos populacionais.

Foi planejada em cada setor censitário a realização de 7 entrevistas de cada grupo sexo/idade e para se precaver da perda de 20% de unidades da amostra em função da não resposta, foi previsto o sorteio de 8,75 (7/0,8) pessoas em cada grupo sexo/idade de cada setor.

Os dados sofreram ainda outra ponderação, referente ao ajuste de pós-estratificação pela escolaridade dos chefes de domicílios, considerando-se os grupos: com menos de 3, de 4 a 7, de 8 a 11 e com 12 ou mais anos

de estudo. Essa ponderação visou a ajustar a distribuição da amostra (já ponderada pelos pesos apresentados anteriormente) à observada pelo Censo 2000 (IBGE, 2000). O número total de pessoas entrevistadas está indicado na Tabela 1.

Tabela 1. Número de pessoas entrevistadas, segundo estrato de escolaridade e grupo idade/sexo. Inquérito de Saúde de base populacional do município São Paulo, 2003.

Idade/Sexo	Estrato 1*	Estrato 2**	Estrato 3***	Total	%Ponderado
<1	146	188	74	408	1,51
1 a 11	132	216	87	435	18,27
12 a 19 M	137	197	106	440	7,64
12 a 19 F	126	183	98	407	7,41
20 a 59 M	125	159	98	382	25,25
20 a 59 F	139	193	81	413	29,51
60 e + M	151	175	95	421	4,13
60 e + F	148	207	96	451	6,29
Total	1104	1518	735	3357	1

*Estrato 1: Até 5% de chefes de família com nível universitário

**Estrato 2: 5% (inclusive) a 25% de chefes de família com nível universitário

***Estrato 3: 25% (inclusive) ou mais de chefes de família com nível universitário

Assim, o peso final de cada entrevistado é o resultado da multiplicação do peso do delineamento, do peso do ajuste de pós-estratificação e do peso da não resposta, considerando a distribuição por sexo, idade e escolaridade (2003) e sexo e idade (2008) (domínios). O peso do delineamento é o inverso da fração amostral, sendo a fração amostral (f) a probabilidade do indivíduo ser sorteado ($f = n/N$).

No total, foram realizadas 3.357 entrevistas, após a aplicação dos pesos finais (do delineamento, de pós-estratificação e da não resposta). Os números de pessoas entrevistadas por domínio e sua distribuição percentual e a comparação dos percentuais observados no Censo-2000 (IBGE, 2000) estão indicados na Tabela 2.

Tabela 2. Distribuição por idade/sexo e estrato de escolaridade. Inquérito de Saúde do Município de São Paulo, 2003 e Censo-2000 (IBGE, 2000).

Grupo Idade/Sexo	ISA-Capital Número de entrevistados	ISA-Capital % ponderado	Censo 2000 %
Menor de 1 ano (M e F)	408	1,51	1,64
1 a 11 anos (M e F)	435	18,27	17,51
12 a 19 anos (M)	440	7,64	7,21
12 a 19 anos (F)	407	7,41	7,40
20 a 59 anos (M)	382	25,25	26,67
20 a 59 anos (F)	413	29,51	29,87
60 anos e mais (M)	421	4,13	3,93
60 anos e mais (F)	451	6,29	5,77
Total	3357	1	100,00

Em relação ao plano de amostragem do ISA-Capital 2008 (Alves, Escuder, 2008), foram fixados oito domínios de estudo formados pelos grupos sexo/idade: menores de um ano, de 1 a 11 anos de idade, mulheres de 12 a 19; 20 a 59 e 60 ou mais, e homens, nas mesmas faixas etárias.

Planejou-se a realização de pelo menos 300 entrevistas em cada subgrupo populacional de interesse. Esse tamanho permitiria estimar proporções ($P=0,50$) com erros de amostragem de 7 pontos percentuais ($d=0,07$) ao nível de confiança de 95% e com efeitos do delineamento de 1,5.

A amostra do ISA-Capital 2008, assim como o ISA-Capital 2003, constitui uma subamostra da PNAD, ou seja, o cadastro utilizado para o sorteio de unidades primárias (setor censitário) foi o da PNAD (IBGE, 2005). Considerando-se que os percentuais da população nos grupos etários eram muito distintos entre si, não se manteve a autoponderação da amostra. Assim, os tamanhos de amostra foram calculados de tal forma que as frações de amostragem nos diferentes grupos fossem de 2 a 7 vezes a observada no grupo de menores de um ano. A Tabela 3 mostra a

distribuição da população (de acordo com o Censo de 2000 (Brasil, 2000)) e as amostras proporcional e planejada, de acordo com os domínios de idade e sexo.

Tabela 3. Distribuição da população na área urbana do Município de São Paulo e das amostras proporcional e planejada, de acordo com os domínios de sexo e idade. ISA-Capital 2008.

	População	Proporção População	Amostra proporcional	fração	Amostra pessoas
Menor 1 ano	160351	0,01637	300	1	300
1 a 11 anos	1715453	0,17510	3210	7	459
12 a 19 homem	705881	0,07205	1321	3	440
12 a 19 mulher	724741	0,07397	1356	3	452
20 a 59 homem	2612632	0,26667	4889	7	699
20 a 59 mulher	2926930	0,29875	5477	7	783
60 mais homem	385478	0,03935	722	2	361
60 mais mulher	565702	0,05774	1059	2	530
Total	9797168	1			4024

Na PNAD haviam sido sorteados 267 setores censitários na área urbana não pertencentes ao estrato de novas construções, entre os quais foram sorteados 60 setores para compor a amostra do ISA-Capital 2008.

Durante o trabalho de campo, foi contabilizado um número menor de entrevistas do que o esperado, verificou-se que as razões pessoas/domicílios em 2009 eram menores do que as utilizadas no plano de amostragem do Censo de 2000 (IBGE, 2000), e que, portanto, os tamanhos de amostra planejados não seriam alcançados. Optou-se, então, pelo sorteio de mais 10 setores censitários, o que foi possível por ser a amostra ao ISA-Capital 2008 uma subamostra, sorteada por amostragem aleatória simples, da PNAD (IBGE, 2005).

Os estágios de seleção em cada domínio e as respectivas frações de amostragem foram: 1º. Estágio: sorteio entre os 267 setores censitários da PNAD. O 2º estágio compreendeu o sorteio de domicílios.

Na tabela 4 estão indicados os números de domicílios que deveriam ser visitados para localizar as pessoas de cada grupo sexo/idade. Esses cálculos foram feitos a partir da média esperada de pessoas por domicílio

(razão pessoas/domicílios) em cada grupo de idade, sendo que o total de domicílios existentes no Município de São Paulo, considerando-se os setores censitários de interesse, era de 2.866.183 no ano do censo. Dividiu-se, então, o tamanho da amostra por essa média.

Tabela 4. Tamanhos de amostra nos grupos de idade e sexo. ISA-Capital 2008.

Grupos sexo/idade	Amostra pessoas	Razão	Amostra domicílios
Menor 1 ano	300	0,05595	5362
1 a 11 anos	459	0,5986	767
12 a 19 homem	440	0,24631	1787
12 a 19 mulher	452	0,2529	1788
20 a 59 homem	699	0,91167	767
20 a 59 mulher	783	1,02134	767
60 mais homem	361	0,13451	2684
60 mais mulher	530	0,1974	2685
Total	4024	3,41868	

O número total de domicílios sorteados não correspondeu à soma de domicílios de cada grupo sexo/idade, por não ter sido planejado procurar todos os grupos em todos os domicílios da amostra. Prevendo-se uma taxa de não resposta da ordem de 20% e o encontro de 5% de domicílios vagos, seria necessário o sorteio de números maiores de domicílios. No entanto, as frações de amostragem foram calculadas com os números apresentados na Tabela 5, uma vez que se verificou que o tamanho atual dos setores censitários eram, no conjunto, 30% maiores em relação ao tamanho que tinham no Censo de 2000, com base no qual foi feito o sorteio da PNAD.

Na Tabela 5 estão indicados os números de domicílios a serem visitados em cada setor censitário, considerando o sorteio de 60 setores censitários. Para esse número de setores, o número de entrevistas por setor deveria variar entre 5 (menores de um ano) e 13 (mulheres de 20 a 59 anos), correspondendo a efeito de delineamento (deff) de 1,5 e grau de homogeneidade intraclasse de 0,05.

Tabela 5. Números de domicílios e setores na amostra e número de domicílios por setor, segundo domínio de estudo.

Domínio	Amostra domicílios	Setores	Amostra domicílios por setor
Menores 1 ano	5362	60	90
1 a 11 anos	767	60	13
homens 12 a 19 anos	1787	60	30
mulheres 12 a 19anos	1788	60	30
homens 20 a 59 anos	767	60	13
mulheres 20 a 59anos	767	60	13
homens 60 anos ou +	2684	60	45
mulheres 60 anos ou +	2685	60	45

Para os setores censitários sorteados, foi obtida a lista de endereços a partir do IBGE e realizado o sorteio para seleção dos domicílios da amostra.

Para a presente pesquisa foram consideradas as questões dos inquéritos ISA-Capital 2003 e 2008 relativas ao acesso e utilização dos serviços de saúde e características sociodemográficas e de condição de vida da população de São Paulo.

O Quadro 1 apresenta os blocos temáticos do ISA-Capital 2003, 2008 e os blocos utilizados no presente estudo (marcados com X)

Quadro 1. Composição do questionário domiciliar. ISA-Capital, São Paulo, 2003 e 2008

Blocos	ISA-Capital 2003	ISA-Capital 2008
Relação dos moradores do domicílio		
Folha de Controle	X	X
Morbidade referida nos últimos 15 dias	X	X
Doenças crônicas	X	X
Deficiências Físicas		
Acidentes e Violências		
Utilização de Serviços de Saúde	X	X
Exames Preventivos		
Imunização e Dengue		
Uso de Medicamentos	X	^a
Hospitalização nos últimos 12 meses		
Estilo de vida		
Saúde Emocional		
Auto Avaliação em Saúde	X	^a
Caracterização Socioeconômica do Entrevistado	X	X
Caracterização da Família e do Domicílio	X	X
Caracterização Socioeconômica do Chefe de Família	X	X
Gastos com Saúde		
Saúde Materno Infantil		
Programa Saúde da Família	X	^a
Presença de Animais		
Plano de Saúde	^a	X

^a O inquérito do ano correspondente não contemplou esse bloco.

3.2 VARIÁVEIS ANALISADAS

3.2.1 Características sociodemográficas, socioeconômicas, condição de vida e condição de saúde

Foram estudados os fatores associados ao acesso ao serviço de saúde: características sociodemográficas e de condição de vida e saúde da população, são elas: escolaridade, idade, sexo, etnia, situação conjugal, condição do domicílio, ocupação e renda.

A variável **idade** foi dividida em três faixas etárias: 0 a 19 anos, 20 a 59 e 60 ou mais. A raça/cor em branca e não branca, essa última inclui preta, parda, amarela ou indígena. Foi usada a classificação americana “branco/não branco”, em tal classificação, “pardo” e branco” são colocados em categorias separadas, o que decorre da não correspondência genética entre pardos e brancos. A literatura relaciona a raça com as condições socioeconômicas, apontando a complexidade e desafios desse entrecruzamento. No Brasil, o eixo da desigualdade racial merece investigação na área da saúde (Chor, 2013).

A **situação conjugal**: com companheiro (casado ou união estável) e sem companheiro (solteiro, separado, divorciado, desquitado ou viúvo).

A variável **ocupação**: Com atividade (indivíduos que no momento da entrevista exerciam atividade remunerada), sem atividade (não exerciam atividade remunerada).

Condição do domicílio: foi considerada condição adequada quando o domicílio dispunha de rede de esgoto, rede elétrica, banheiro interno e iluminação na rua. Quando um desses componentes não esteve presente, a condição do domicílio foi considerada inadequada.

Renda foi dividida em salários mínimos (sm). O valor do salário mínimo em 2003 era R\$240,00, em 2008, R\$415,00. Para os estudos com uso de serviços de saúde para morbidade de 15 dias, consultas odontológicas e medicamentos foram consideradas as categorias: menor

que 1 salário mínimo (sm), entre 1 e 4.99 sm e 5 sm ou mais. Para o estudo sobre fornecimento de medicamentos e vacinas para população com diabetes foram consideradas as categorias: até 1 sm, entre 1 e 2 sm e dois e mais sm. A variável renda não foi ajustada para a inflação.

A **escolaridade** da população foi utilizada como indicador de condição de vida (Cesar et al., 2005). Foram consideradas as categorias 0 a 3 anos de estudo, 4 a 7 anos, 8 a 10 anos e 11 anos e mais.

Plano de saúde: Em 2008, a variável dicotômica "ter um plano de saúde privado" ou "não ter plano de saúde" também foi estudada.

Para análise de medicamentos prescritos no serviço de saúde foram analisadas diferentes categorias das variáveis sociodemográficas e socioeconômicas: idade: 0 a 11 anos, 12 a 19, 20 a 59 e 60 e mais; escolaridade: 0-3 anos de estudo, 4-11 e 12 ou mais, renda familiar mensal per capita foi classificada em ≤ 2 salário mínimo legal (MLW), $> 2-4,99$ MLW e ≥ 5 MLW, em 2003 e em 2008.

Para analisar consultas odontológicas, medicamentos para diabéticos e vacinação, foram estudados apenas adultos (20 a 59 anos) e idosos (60 anos e mais).

Para analisar as condições de saúde, foram estudadas as variáveis doenças crônicas e problema de saúde nos últimos 15 dias. As variáveis foram usadas para ajuste por necessidade em saúde.

A variável **doenças crônicas** foi criada a partir do relato do entrevistado de alguma das seguintes condições crônicas não transmissíveis: diabetes *mellitus*, hipertensão arterial, alergia, dor nas costas, artrite, reumatismo, doença crônica do fígado, depressão, ansiedade, problema emocional, dor de cabeça, osteoporose, lepra, tuberculose e câncer.

A variável **problema de saúde nos últimos 15 dias** foi criada a partir da pergunta: "O Sr. (a) teve algum problema de saúde nos últimos 15 dias?", categorizada em sim/não.

3.2.2 Desfechos

Foram analisados o acesso e a utilização do serviço de saúde para consultas médicas, consultas odontológicas e insumos em saúde (medicamentos e vacinas).

No presente estudo é dado enfoque ao acesso e utilização dos insumos: medicamentos e vacinas.

Vacinação: foi analisada a utilização dos serviços de saúde em programas de vacinação contra gripe e pneumonia para população adulta que referiu diabetes do município de São Paulo. A variável vacina contra gripe e pneumonia foi dada a partir das questões, respectivamente: “O Sr (a). tomou vacina contra gripe?” e “O Sr (a) tomou vacina contra pneumonia?”.

Medicamentos: Na área de medicamentos, foi estudada a cobertura do gasto com medicamentos essenciais pelo SUS em 2003 para a população que referiu diabetes e também o acesso a medicamentos pela população que utilizou o serviço de saúde e foi prescrito algum medicamento em 2003 e 2008. As variáveis estudadas foram:

Acesso a medicamentos prescritos no serviço de saúde: os entrevistados que usaram serviços de saúde nas 2 últimas semanas foram questionados se havia sido prescrito medicamento e se eles tinham tido acesso a medicamentos. Os entrevistados foram classificados como "teve acesso ao medicamento prescrito no serviço de saúde" e "não teve acesso ao medicamento prescrito no serviço de saúde". Se mais de um medicamento foi prescrito e o usuário teve acesso a pelo menos um deles, devido ao pequeno tamanho da amostra de entrevistados nessa situação, foi categorizado como "teve acesso ao medicamento prescrito no serviço de saúde",

Acesso aos medicamentos no setor público: no presente estudo foram analisados a cobertura dos medicamentos referidos acima pelo setor público (SUS) ou pelo setor privado (por exemplo, o seguro de saúde privado). Os entrevistados que haviam utilizado os serviços de saúde nas últimas duas

semanas e tiveram acesso a medicamentos foram questionados se este medicamento foi fornecido pelo setor público ou privado.

Cobertura SUS para medicamentos usados no controle do diabetes:
também foi analisada a cobertura do SUS para medicamentos da Rename usados no controle do diabetes *mellitus*.

Consultas médicas:

Para analisar o padrão de acesso e de utilização de consultas médicas, foi analisado o bloco “Uso de Serviços de Saúde para Morbidade de 15 dias”. A variável “Uso de serviços de saúde para consultas médicas”, categorizada em sim/não, refere-se às questões: “O (a) sr(a). teve problema de saúde nas últimas duas semanas?”, “O(a) Sr.(a) foi atendido no serviço que procurou?” e “O(a) Sr.(a) utilizou o serviço de saúde para a morbididade de duas semanas?”.

O bloco referido contém a questão: “Quem o Sr. (a) procurou ou com quem conversou?”. A grande maioria dos entrevistados (73,02% (n=474) em 2003 e 87,64% (n=389) em 2008) que utilizou os serviços de saúde para morbididade de 15 dias o fez para consultas médicas. Assim, ao referirmos às consultas com profissionais de saúde no serviço de saúde para morbididade de 15 dias nos referimos às consultas médicas.

O presente estudo segue a literatura que diz dentre as consultas com profissionais de saúde realizadas na atenção básica, as consultas médicas representam a maior parte dessas (Brasil, 2014a).

O acesso ao serviço de saúde analisado refere-se ao uso de primeiro contato (Starfield, 2002). Assim, a utilização do serviço de saúde para consultas médicas refere-se, sobretudo, ao acolhimento à demanda espontânea, referente a queixas comuns na atenção básica (Brasil, 2013).

Ainda com relação às consultas médicas, foi analisada a qualidade do serviço de saúde utilizando as variáveis ‘resolução do problema de saúde’ e ‘satisfação com o serviço’ como indicadores. Essas variáveis foram usadas como Proxy de qualidade do serviço de saúde.

Também foi analisada a frequência de utilização do SUS para consultas médicas.

Consultas odontológicas:

Foram estudadas as consultas odontológicas nos últimos 12 meses referidas pela população adulta e idosa de São Paulo.

Optou-se por trabalhar apenas com adultos e idosos. Há políticas diferentes e necessidades diferentes para cada faixa etária da população. As políticas para crianças e adolescentes concentram-se principalmente na prevenção, por exemplo, fluoretação da água, que diminuiu a incidência de cáries e mudou drasticamente o panorama da saúde bucal após a implementação dessa política, e colocou o Brasil, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), como um país de baixa prevalência de cárie (OMS, 2013). Já a política pública de saúde bucal para adultos e idosos concentra-se principalmente em procedimentos restauradores como a colocação de próteses, o que nos permite analisar a população de idosos e adultos separado da população com até 19 anos.

Também foi analisada a frequência de utilização do SUS para consultas odontológicas.

Acesso e utilização dos serviços de saúde:

Para análise do acesso e utilização dos serviços de saúde mencionados, foram utilizadas as seguintes questões dos questionários ISA 2003 e 2008 descritas no Quadro 2:

Quadro 2. Questões de acesso e uso de serviços nos questionários ISA-Capital 2003 e 2008

Variável dependente	Questões dos questionários ISA 2003 e 2008
Vacinação	ISA 2003: O (a) Sr.(a) recebeu vacina contra gripe? O (a) Sr.(a) recebeu vacina contra pneumonia?
Consultas médicas	ISA 2003 e 2008: O (a) Sr. (a) Teve problema de saúde nos últimos 15 dias?" O (a) Sr.(a) foi atendido no serviço que procurou? O (a) Sr. (a) utilizou o serviço de saúde para a morbidade de 15 dias?"
Consultas odontológicas	ISA 2003 e 2008: O (a)Sr.(a) consultou o dentista nos últimos 12 meses?
Medicamentos prescritos no serviço de saúde	ISA 2003: Durante esse atendimento, foi receitado algum remédio? O (a) Sr (a) tomou os medicamentos receitados? ISA 2008: Conseguiu obter os medicamentos prescritos no serviço?

Com exceção de vacinas, foram realizadas comparações entre os anos 2003 e 2008 para utilização dos serviços de saúde acima descritos.

As questões do ISA-Capital 2003 e ISA-Capital 2008 analisadas no estudo estão no Anexo A.

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Anexos B e C).

3.3 ANÁLISE DOS DADOS

Foram realizadas comparações entre os dados de 2003 e 2008 para características socioeconômicas, consultas médicas, odontológicas e medicamentos prescritos no serviço de saúde. Para vacinação, foi feita análise somente para o ano de 2003.

A comparação entre os anos 2003 e 2008 foi realizada por meio de comparação das prevalências e de seus intervalos de confiança, onde a partir da construção de intervalos de confiança para dois grupos diferentes, verificou-se se houve interseção, ou seja, valores em comum. Quando ocorreu sobreposição de intervalos de confiança, pode-se dizer que as verdadeiras médias pertenciam ao intervalo comum da sobreposição e, portanto, não foram estatisticamente significativas. Quando não ocorreu nenhuma sobreposição dos intervalos de confiança, a diferença entre os dois anos foi considerada significativa.

Também foram realizados o teste χ^2 e modelos de interação para analisar a diferença entre os anos de 2003 e 2008 na área de consultas odontológicas.

Foi realizada a junção dos bancos de dados do ano de 2003 e 2008 a partir do uso do comando *append* do software Stata. Para reunir as informações dos dois bancos de dados em um único banco, é recomendado que seja criada uma nova variável com a finalidade de identificar a partir de qual banco de dados a observação é oriunda (Segri et al., 2011; Lee et al., 2007). Foi criada a variável “year”. Assim, o ano ficou como estrato no

modelo, o que permitiu comparar 2003 e 2008 com suas respectivas características.

Foram analisados o acesso, utilização e diferenças socioeconômicas nos serviços de saúde para cada objetivo específico do presente trabalho, nas áreas: provisão de vacinas, medicamentos, consultas médicas e odontológicas, segundo as características sociodemográficas e de condição de vida e saúde da população de São Paulo.

A associação entre as variáveis qualitativas foi verificada na análise bivariada pelo teste qui-quadrado (χ^2).

A curva de concentração ajustada para fatores sociodemográficos e índice de concentração foram usados para explorar as associações entre renda e acesso a medicamentos no setor público.

Para a análise de vacinas e medicamentos para controle do diabetes segundo variáveis demográficas e socioeconômicas, foram feitas estimativas de prevalências e calculadas as razões de prevalências obtidas por meio da Regressão de Poisson, sendo consideradas na análise múltipla as variáveis que apresentaram $p \leq 0,20$ na análise bivariada.

A análise do acesso e utilização dos serviços de saúde para consultas médicas, odontológicas e medicamentos prescritos no serviço de saúde, segundo características socioeconômicas e de condição de vida, foi realizada por meio de modelos de regressão logística.

O uso da regressão logística e regressão de Poisson para análise ajustada de estudos transversais com desfechos binários é discutido na literatura (Schiaffino et al. 2003; Lee et al, 2007, Barros, Hirakata, 2003). Barros e Hirakata (2003) se referem à Regressão de Poisson como alternativa à Regressão Logística quando o desfecho possui alta prevalência. Em estudos transversais a Regressão de Poisson, sem ajuste para a análise de dados, pode conduzir a grandes erros nas estimativas de intervalos de confiança. Por outro lado, de acordo com Schiaffino et al. (2003), Lee et al, (2007), Barros e Hirakata (2003), os modelos de Poisson ajustados fornecem estimativas corretas de intervalo. A razão de prevalência

(medida obtida a partir da Regressão de Poisson) tem a vantagem de ser mais fácil interpretação (Thompson et al., 1998).

As estimativas de prevalências, análises descritivas, modelos de regressão de Poisson, regressão logística e modelos de interação foram analisados por meio do módulo para análise complexa (*survey*) do programa *Data Analysis and Statistical Software* (STATA) versões 10.0 e 12.0, que incorporam as ponderações necessárias e considera a existência da homogeneidade intraconglomerado e a complexidade do delineamento amostral.

RESULTADOS

4. RESULTADOS

4.1 RESUMO AMPLIADO DO ARTIGO 1

Cobertura de serviços públicos de saúde para gastos com medicamentos e vacinas na população com diabetes mellitus

Camila Nascimento Monteiro, Reinaldo José Gianini, Moisés Goldbaum, Chester Luiz Galvão Cesar, Marilisa Berti Azevedo Barros.
Revista Ciência e Saúde Coletiva. 2015; 20(2): 557-64.

Foi estudada a cobertura do serviço público de saúde para gastos com medicamentos e vacinas para a população adulta do município de São Paulo que referiu ter diabetes *mellitus* em 2003 e as implicações dos programas de acesso a medicamentos e campanhas vacinais.

A alta prevalência do diabetes promove grande demanda de utilização dos serviços de saúde para a prevenção e o controle da doença. A utilização de serviços de saúde pode prevenir a ocorrência da doença e suas complicações, e aumentar as taxas de sobrevivência da população com a doença. O serviço de saúde inclui programas de prevenção e cuidados sobre os riscos do diabetes, a vacinação para a promoção da saúde dessa população e o fornecimento de medicamentos.

Dados provenientes do ISA-Capital 2003. Foram realizadas estimativas de prevalências e calculadas as razões de prevalência (RP) através da regressão de Poisson para a vacinação por intermédio do serviço público de saúde e as variáveis independentes, o mesmo procedimento com a cobertura do gasto com medicamentos.

A prevalência de diabetes auto-referida na população acima de 20 anos foi 5,0% (IC95% 3,9 – 6,2).

O controle da gripe e da pneumonia depende de imunizações anuais, e a vacinação dos grupos populacionais vulneráveis é apontado como um meio efetivo na redução da morbidade hospitalar e mortalidade associada à gripe e pneumonia nessa população (Lima-Costa, 2008; Brasil, 2011d). A

vacinação é um procedimento recomendado pela Organização Mundial de Saúde e assegurado como política pública do SUS.

O Programa Nacional de Imunizações (PNI) tem grande importância no controle da gripe e pneumonia (Brasil, 2003; Lima-Costa, 2008), doenças associadas ao aumento do risco de mortalidade e aumento da morbidade hospitalar em população com diabetes (Brasil, 2003), e apesar da vacinação contra essas doenças ser um procedimento recomendado pela OMS, na população que relatou diabetes, apenas 17,0% (IC_{95%} 10,6 – 26,2) recebeu vacina contra pneumonia e 46,8% (IC_{95%} 37,5 – 56,8) contra gripe.

O serviço público foi o mais utilizado pela população para a vacinação: 74,0% dos entrevistados que receberam vacina contra gripe e/ou pneumonia foi por meio do serviço público de saúde (n=89). Desses, 65 tinham idade entre 20 e 59 anos e 105 com mais de 60 anos de idade, sendo a prevalência de utilização do serviço público para vacinação estimada em 46% e 86%, respectivamente (Tabela 6). Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas na prevalência de utilização do serviço público para vacinação entre as categorias das demais variáveis pesquisadas (sexo, etnia, situação conjugal, escolaridade, atividade remunerada, renda e auto-avaliação em saúde), o que sugere uma distribuição universal por este meio e mostra a eficiência do PNI.

Tabela 6. Utilização do SUS para vacinação contra gripe e/ou pneumonia (USPV) segundo características da população que referiu diabetes mellitus. São Paulo. 2003.

Variáveis, categorias e n [*]	Prevalencia da USPV ^{**}	IC95%	RP	IC95% da RP	Valor de p
Sexo					0,976
Masculino (n=48)	75.1%	45.8 – 91.4	1		
Feminino (n=59)	74.6%	49.6 – 89.7	0.9	0.6 – 1.5	
Cor ou raça					0.894
Branco (n=68)	75.4%	52.2 – 89.6	1		
Não branca (n=39)	73.6%	48.6 – 89.2	0.9	0.7 – 1.4	
Situação conjugal ^{***}					0.316
Com companheiro (n=56)	69.1%	43.3 – 86.8	1		
Sem companheiro (n=51)	82.5%	67.0 – 91.6	1.1	0.8 – 1.7	
Escolaridade (anos de estudo) ^{***}					0.203
Nunca frequentou ou até 3 anos (n=51)	89.3%	75.2 – 95.8	1		
4 a 7 anos (n=40)	73.2%	42.9 – 90.8	0.8	0.6 – 1.2	
8 anos ou mais (n=15)	56.7%	20.1 – 87.2	0.6	0.3 – 1.3	
Atividade remunerada ^{***}					0.887
PEA (n=22)	76.2%	50.7 – 90.8	1		
Fora da PEA (n=85)	74.4%	53.4 – 88.0	0.9	0.7 – 1.4	
Renda <i>per capita</i>					0.171
≥ 1 sm (n=42)	76.8%	52.7 – 90.7	1		
1-2 sm (n=40)	88.8%	71.5 – 96.1	1.1	0.8 – 1.5	
≥ 2 sm (n=25)	59.6%	26.4 – 85.8	0.7	0.4 – 1.4	
Auto-avaliação em saúde ^{***}					0.594
Excelente, muito boa ou boa (n=84)	76.3%	55.6 – 89.2	1		
Ruim ou muito ruim (n=22)	69.1%	40.5 – 87.9	0.9	0.6 – 1.3	

*Número de entrevistados que receberam vacina contra gripe e/ou pneumonia (n = 107). ** Ao todo, 89 entrevistados (74%) receberam vacina contra gripe e/ou pneumonia por meio do serviço público de saúde. *** Excluída a Resposta Não Sabe/Não Respondeu

Em relação aos medicamentos para controle do diabetes *mellitus*, os principais medicamentos referidos pela população estudada foram os que constam na Rename, sendo esses a insulina, metformina e glibenclamida. Quanto à cobertura do gasto com esses medicamentos, 38,0% (IC_{95%} 31,9 – 44,5) da população relatou ter sido coberta pelo SUS.

Na população com 20 a 59 anos, a prevalência da cobertura do gasto com medicamentos pelo serviço público de saúde foi 34,4% e na população com mais de 60 anos, 40,8%. Foi estudada a prevalência da cobertura do gasto com medicamentos pelo serviço público de saúde segundo as variáveis sexo, raça, situação conjugal, escolaridade, atividade remunerada, renda per capita e auto-avaliação em saúde (Tabela 7). A cobertura SUS para gasto com medicamentos foi 1,7 vezes (IC_{95%} 1,1-2,7) maior na

população não branca, comparada à branca, 1,9 vezes (IC_{95%} 1,1-3,5) maior na população sem companheiro, comparada à população com companheiro; 3 vezes (IC_{95%} 1,1-8,2) maior na população sem atividade remunerada e 1,7 vezes (IC_{95%} 1,1-3,0) maior na população que referiu saúde ruim ou muito ruim.

Tabela 7. Cobertura SUS para gasto com medicamentos segundo características da população que referiu diabetes mellitus. São Paulo, 2003.

Variáveis, categorias e n [*]	Prevalência da USP ^V **	IC95%	RP	IC95% da RP	Valor de p
Sexo					0.308
Masculino (n=67)	37.4%	20.5 – 58.0	1		
Feminino (n=88)	38.4%	26.8 – 51.5	1.02	0.5 – 1.9	
Cor ou raça					0.026
Branco (n=108)	31.1%	22.5 – 41.1	1		
Não branca (n=47)	52.0%	30.1 – 73.2	1.7	1.1 – 2.7	
Situação conjugal***					0.047
Com companheiro (n=79)	27.4%	15.7 – 43.3	1		
Sem companheiro (n=74)	51.9%	36.1 – 67.3	1.9	1.1 – 3.5	
Escolaridade (anos de estudo)***					0.151
Nunca frequentou ou até 3 anos (n=66)	52.5%	34.6 – 69.9	1		
4 a 7 anos (n=57)	38.2%	23.8 – 55.1	0.7	0.4 – 1.3	
8 anos ou mais (n=29)	25.5%	10.5 – 49.9	0.5	0.2 – 1.2	
Atividade remunerada***					0.038
PEA (n=35)	16.6%	5.8 – 39.3	1		
Fora da PEA (n=117)	49.1%	35.9 – 62.5	3	1.1 – 8.2	
Renda per capita					0.372
≥ 1 sm (n=65)	51.7%	33.7 – 69.3	1		
1-2 sm (n=44)	35.1%	21.4 – 51.9	0.7	0.4 – 1.2	
≥ 2 sm (n=46)	26.2%	5.1 – 46.0	0.5	0.2 – 1.5	
Auto-avaliação em saúde***					0.043
Excelente, muito boa ou boa (n=114)	31.3%	20.5 – 44.7	1		
Ruim ou muito ruim (n=40)	55.1%	24.4 – 82.3	1.7	1.1 – 3.0	

* Número de entrevistados que utilizaram medicamentos nos três dias anteriores à entrevista (n = 155). ** A prevalência da cobertura do gasto com medicamentos pelo SUS foi 38% (n = 68). *** Excluída a resposta Não Sabe/Não respondeu.

A análise multivariada, utilizando a variável cobertura do gasto com medicamentos pelo SUS como desfecho, mostrou que a população que referiu saúde “ruim ou muito ruim” teve cobertura do gasto com medicamentos 1,5 vezes maior (IC_{95%} 1,2-3,4) comparada aos que referiram saúde “excelente, muito boa ou boa”, após ajuste por situação conjugal, raça, atividade remunerada, escolaridade e renda per capita.

Em 2003, momento da coleta dos dados, a Política de Medicamentos estava no contexto do início da criação da Política Nacional de Medicamentos e do processo de implantação efetiva dos medicamentos

genéricos, visando a ampliação do acesso a medicamentos no país. Atualmente, programas federais, estaduais e municipais têm conseguido ampliar o acesso. Nestes últimos 11 anos, dois programas do governo federal ampliaram consideravelmente o acesso aos medicamentos para o diabetes, o “Programa Farmácia Popular do Brasil” e o “Programa Saúde Não Tem Preço”.

O Programa “Farmácia Popular do Brasil” que tem o subsídio do governo federal para a compra de determinados medicamentos para diabetes, abrange todos os estados brasileiros, está presente em municípios através de 14.005 farmácia e drogarias conveniadas que movimentaram R\$245.191,00 até dezembro de 2010. O Programa “Saúde Não Tem Preço”, com a distribuição gratuita de medicamentos antidiabéticos que constam na Rename, beneficiou 19 milhões de diabéticos e hipertensos no Brasil desde a sua criação em 2011. Todas essas políticas e programas têm contribuído para modificar o quadro apresentado em 2003.

Houve aumento do acesso ao cuidado com a saúde, com o aumento da cobertura na atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família e a redução da pobreza extrema, porém, grandes desafios permanecem no país, que possui 190 milhões de habitantes e, desses, 145 milhões dependem do SUS, representando um desafio ao serviço de saúde. O desafio para pesquisadores e profissionais de saúde consiste na formulação de políticas públicas visando ao acesso universal ao serviço de saúde, que inclui, entre outras ações, a vacinação e o acesso a medicamentos.

A investigação da cobertura dos gastos com vacinação e medicamentos e fatores associados, como foi realizada no presente estudo, permite analisar aspectos da cobertura e do acesso ao serviço de saúde desde 2003 e pode ser utilizado para mostrar a tendência da cobertura do serviço público de saúde para provisão de medicamentos e vacinas, o que contribui para a discussão sobre a cobertura dos gastos com insumos à saúde pela população com diabetes *mellitus*. Os resultados apresentados mostram os desafios e prioridades no serviço público de saúde para atingir a cobertura universal.

4.2. RESUMO AMPLIADO DO ARTIGO 2

Access to medication from public sector in São Paulo, Brazil and Equity: populational health surveys

*Acesso a medicamentos no setor público em São Paulo, Brasil e equidade:
inquéritos de base populacional*

Camila Nascimento Monteiro, Reinaldo José Gianini, Marilisa Berti de Azevedo
Barros, Chester Luiz Galvão Cesar, Moisés Goldbaum
Revista Brasileira de Epidemiologia. 2016; 19(1): 26-37.

Foi estudado o acesso a medicamentos prescritos no serviço de saúde na cidade de São Paulo e a análise das desigualdades nesse acesso em 2003 e em 2008.

A assistência farmacêutica no Brasil é um dos serviços mais complexos do mundo. Em 1998, o governo aprovou a Política Nacional de Medicamentos (Brasil, 1998), com base na reorientação da Assistência Farmacêutica, em uma tentativa de promover o acesso e o uso racional dos medicamentos. O setor público abrange medicamentos denominados "medicamentos essenciais", medicamentos para tratar as doenças mais prevalentes no Brasil e incluídos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename).

O acesso universal a medicamentos essenciais foi padronizado pelo SUS em 1998 e tem havido um aumento no fornecimento de medicamentos para os cuidados de saúde devido a políticas e programas implantados desde 1998 que visam melhorar o acesso a medicamentos no Brasil, como a Política de Medicamentos Genéricos, o Programa Farmácia Popular do Brasil, Dose Certa, Remédio em Casa e HiperDia.

Apesar desses programas públicos, o acesso a medicamentos essenciais é ainda um desafio ao SUS. O acesso é influenciado por fatores sociodemográficos e socioeconômicos (Paniz, 2010). Entre os fatores socioeconômicos, o custo é um dos principais obstáculos à obtenção de medicamentos. A proporção das despesas de medicamentos na população

de baixa renda é significativamente maior do que gasto na população com melhor condição socioeconômica (IBGE, 2010). Isso pode refletir as desigualdades socioeconômicas e de saúde no Brasil geralmente e particularmente em São Paulo, que tem desigualdades consideráveis e persistentes.

Houve aumento no fornecimento de medicamentos no setor público devido aos programas mencionados. É importante analisar a cobertura de medicamentos no setor público em relação às desigualdades socioeconômicas. O estudo teve como objetivo analisar o acesso a medicamentos e diferenças socioeconômicas no acesso aos medicamentos cobertos pelo SUS em São Paulo em 2003 e em 2008. Além disso, o estudo explorou a diferença no acesso a medicamentos no período 2003-2008.

Os dados são provenientes do ISA-Capital 2003 e ISA-Capital 2008. Foram usados modelos de regressão logística para explorar as associações entre características socioeconômicas e de saúde e o acesso a medicamentos pelo SUS.

A associação entre renda e acesso a medicamentos no setor público em 2003 e em 2008 foi analisada por meio da curva de concentração ajustada para fatores sociodemográficos e cálculo do índice de concentração.

As características socioeconômicas e estado de saúde não se alteraram entre 2003 e 2008. O acesso aos medicamentos foi elevado em 2003 (89,5%) e em 2008 (93,0%) e não houve mudança significativa da proporção do acesso no período. O acesso aos medicamentos aumentou no setor público de 26,40% em 2003 para 48,55% em 2008 e a mudança foi estatisticamente significativa.

Foi analisado o acesso aos medicamentos no setor público em 2003 e em 2008, por categorias de educação, renda, condição de moradia e etnia. O acesso aos medicamentos no setor público ajustado para idade e sexo foi maior em não-brancos em 2003. Em 2008, o acesso a medicamentos no setor público foi maior em pessoas com menor escolaridade, menor renda e

aqueles sem plano de saúde privado, comparado à população com maior escolaridade, maior renda e com plano privado de saúde.

O acesso a medicamentos pelo SUS segundo a renda é evidenciado nas figuras 5 e 6, que sugere desigualdade que favorece os mais pobres (*pro-poor*). Em 2003, o índice de concentração foi -0,63 (desvio padrão (DP) = 0,134; intervalo de confiança (CI): -0,37; -0,88). Em 2008 foi -0,52 (DP = 0,132; CI: -0,26; -0,77).

Figura 5. Acesso a medicamentos pelo setor público ajustado por idade e sexo. Curva de concentração. 2003

Figura 6. Acesso a medicamentos pelo setor público ajustado por idade e sexo. Curva de concentração. 2008.

Apesar de várias mudanças econômicas que vêm ocorrendo no Brasil desde 2003, as características socioeconômicas da população não se alteraram durante o curto período 2003-2008.

O acesso aos medicamentos prescritos no serviço de saúde foi elevado em ambos os anos (89,55% e 92,99%, respectivamente) e a proporção de acesso à medicação não se alterou entre 2003 e 2008. Resultados semelhantes foram encontrados em um estudo de outra capital do Brasil, que estimou acesso a medicamentos 95,8%.

De acordo com a PNS (2013), que analisou uso de medicamentos geral (prescritos ou não prescritos no serviço de saúde), um terço da população (33,2%) obteve medicamentos no serviço público, sendo 21,9% via Programa Farmácia Popular. No total, 73,60% dos medicamentos foram obtidos no setor privado em 2003 e 51,45% em 2008. O setor privado permanece como a principal fonte de acesso a medicamentos no Brasil (Mattos, 2015). O alto gasto privado com medicamentos é um dos problemas no setor de medicamentos (Mattos, 2015).

Houve um aumento significativo na proporção de acesso a medicamentos no setor público, de 26,40 em 2003 para 48,55 em 2008. Fatores como a implementação de programas e políticas para a provisão de medicamentos como o programa Farmácia Popular, mudanças na distribuição de renda e a judicialização podem explicar os achados do estudo.

A implementação do Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB), em 2004, introduziu no Brasil outra fonte de provisão de medicamentos, além da Assistência Farmacêutica à Atenção Básica e das farmácias comerciais. O PFPB funciona de forma independente, a sua criação não altera as responsabilidades dos estados e municípios na provisão de medicamentos à população (Brasil, 2014b; 2014c).

De acordo com Santos-Pinto et al. (2011), o Programa Farmácia Popular do Brasil vem absorvendo uma grande proporção de usuário. Devido ao programa, houve aumento do acesso aos medicamentos essenciais de uma parcela da população que utiliza o setor privado para consulta médica, mas que não tem condições suficientes para adquirir o

medicamento.

A participação do gasto com medicamentos sobre a renda é expressivamente mais elevada quanto menor a renda da população (Ugá, Santos, 2005). Dessa forma, a distribuição gratuita de medicamentos deve ser objeto de uma política pública atuante, que proteja a sociedade desse gasto catastrófico (Ugá, Santos, 2005). Houve expansão dos programas de distribuição de medicamentos desde 2003, em que políticas e programas têm aumentado o acesso a medicamentos no Brasil, como a Política de Medicamentos Genéricos e programas como “Saúde Não Tem Preço” e “Farmácia Popular do Brasil”, estando de acordo com a Política Nacional de Assistência Farmacêutica.

As políticas de saúde, tais como Política de medicamentos genéricos, HiperDia, programa Farmácia Popular, "Dose Certa" e "Remédio em casa" influenciaram o aumento do acesso a medicamentos. Estes programas oferecem medicamentos a baixo custo ou livre de custos para as pessoas em todos os níveis de renda, e permitiram a ampliação do acesso a medicamentos em São Paulo e também a diminuição das desigualdades no acesso a medicamentos.

Outro fator importante no que diz respeito à ampliação do acesso a medicamentos são os descontos dados por planos privados de saúde para a compra de medicamentos.

Embora com uma influência menor, a judicialização da assistência farmacêutica também tem aumentado o acesso a medicamentos no setor público. Houve um aumento no número de ações judiciais relativas ao acesso a medicamentos desde a criação do SUS. Ao todo, 392.000 ações judiciais demandaram saúde no setor público ou privado no Brasil em 2014, que incluem medicamentos, tratamento e próteses (Campos, 2013).

O aumento dos planos privados em São Paulo também influenciou os resultados do presente estudo. Houve aumento em planos de saúde privados que cobrem apenas consultas ao médico, o que pode aumentar a utilização do setor público para obter a medicação. De acordo com o nosso estudo, quase metade da população tinha um plano de saúde privado em

2008. Atualmente 60% da população de São Paulo (6,7 milhões de pessoas) têm plano de saúde privado. Entre eles, há planos com alto custo e de baixo custo que não cobrem fornecimento de medicamentos, pessoas com esses planos podem obter a medicação no setor público.

O estudo encontrou diminuição do índice de concentração de -0,63 em 2003 para -0,52 em 2008. Quanto mais desigual, concentrado nos mais pobres, melhor em termos de equidade, pois são os que têm menor poder aquisitivo para obter os medicamentos. A intenção da curva é evidenciar o grau de afastamento da reta e, portanto, a desigualdade.

A mudança no índice de concentração de -0,63 em 2003 para -0,52 em 2008 indica que houve uma expansão de usuários do SUS. A população de maior renda começou a usar o SUS ou houve a inclusão no setor público da população que anteriormente apenas usava o setor privado.

No entanto, apesar do aumento do acesso a medicamentos no setor público por grupos socioeconômicos mais altos entre 2003 a 2008, os grupos socioeconômicos mais baixos foram muito mais frequentemente cobertos pelo setor público do que os grupos socioeconômicos mais elevados. O acesso aos medicamentos no setor público foi maior entre aqueles com menor renda e não-brancos em 2003 e entre aqueles com menor escolaridade, menor renda, condição de moradia inadequada, não-brancos e os que não têm planos de saúde privados, em 2008.

A cobertura de medicamentos no setor público é muito importante, especialmente na população de baixa renda, como em alguns casos, não podem comprar medicamentos e dependem do SUS. A fim de ser um sistema universal, é importante que o acesso aos serviços de saúde e, particularmente, a medicamentos, expanda de forma a eliminar ou minimizar as despesas out-of-pocket pelos cidadãos mais pobres. Os resultados do estudo mostram que a população de baixa renda tem suporte do SUS para acesso a medicamentos e, portanto, o SUS tende a equidade ao tentar universalizar o acesso a medicamentos.

4.3 RESUMO AMPLIADO DO ARTIGO 3

Use, access and equity in health care services in São Paulo, Brazil

Uso, acesso e equidade em serviços de saúde em São Paulo, Brasil

Camila Nascimento Monteiro, Mariëlle A. Beenackers, Moisés Goldbaum, Marilisa Berti de Azevedo Barros, Reinaldo José Gianini, Chester Luiz Galvão Cesar, Johan P. Mackenbach.

Revista Cadernos de Saúde Pública. Aceito em 06 de abril de 2016.
(carta de aceite: Anexo D)

Foram analisados o acesso, a utilização dos serviços de saúde para morbidade relatada nos quinze dias anteriores à entrevista, resolução e satisfação dos usuários do serviço de saúde na cidade de São Paulo em 2003 e em 2008.

Desigualdades socioeconômicas representam grande problema nas Américas. Dos quinze países a nível mundial com a concentração de renda mais alta, dez estão na América Latina (OPAS, 1998). Brasil, Guatemala e Paraguai se classificam em segundo, terceiro e quarto lugar no mundo em termos de concentração de renda. São Paulo, a maior cidade da América do Sul é cidade mais rica do Brasil, e uma das cidades mais desiguais do país.

Há evidências de desigualdades socioeconômicas no uso de serviços de saúde no Brasil e, especificamente, em São Paulo (Pessoto et al., 2007). O sistema de saúde brasileiro é complexo e diversificado. É um sistema misto, com a participação ativa do público e do setor privado: o setor público, realizado pelo SUS e o setor privado, que oferece saúde suplementar. A população com plano de saúde privado também pode usar o setor público, de modo que o sistema de saúde contém um segmento da população que tem o dobro da cobertura dos serviços de saúde (Paim et al., 2011).

Devido à expansão da cobertura do SUS, os serviços de saúde no Brasil têm melhorado significativamente ao longo dos últimos 20 anos, um aumento considerável no acesso a consultas e atendimento domiciliar foi realizado, especialmente em populações mais pobres (Paim et al., 2011).

Tem havido um aumento do acesso aos serviços de saúde desde 2003 no Brasil e, especificamente, na cidade de São Paulo em todos os níveis socioeconômicos, e um aumento considerável no acesso dos pobres (Viacava, 2010).

O estudo analisou as diferenças socioeconômicas no acesso, utilização e qualidade dos serviços de saúde em São Paulo em 2003 e 2008. Além disso, o estudo explorou as tendências entre 2003 e 2008 sobre as características socioeconômicas e de acesso, utilização e qualidade de serviços de saúde.

Dados do ISA-Capital 2003 e ISA-Capital 2008. Modelos de regressão logística foram usados para explorar as associações entre indicadores socioeconômicos/estado de saúde e indicadores relacionados com o acesso, utilização e qualidade dos serviços de saúde.

A proporção de pessoas que relataram um problema de saúde nas duas semanas anteriores à entrevista foi significativamente menor em 2008 em relação a 2003: 28,77% (n=994) em 2003 e 20,89% (n=726) em 2008 (p=0,001).

O acesso a serviço de saúde para morbidade relatada nos quinze dias anteriores à entrevista foi 94,91% em 2003 e 94,98% em 2008 e a proporção do acesso e utilização dos serviços de saúde não mudou no período. A utilização do serviço público foi maior na população com menor renda e menor escolaridade. No total, ¼ dos usuários dos serviços de saúde disseram estar insatisfeitos com o serviço. As análises descritivas referentes a 2003 e 2008 estão apresentadas nas figuras 7 (2003) e 8 (2008).

Entre os que não procuraram o serviço de saúde em 2003 e 2008, as razões foram respectivamente: não achou necessário: 69,76% e 78,39%, não teve tempo para procurar o serviço de saúde: 6,80% e 6,70%, problemas financeiros: 1,26% e 0,70%, o serviço de saúde é muito longe: 1,92% e 0,40%, não sabia onde o serviço que estava disponível: 0,15% e 1,06%, outros motivos: 18,96% e 12,63%.

Figura 7. Acesso e uso de serviços em 2003.

Figura 8. Acesso e uso de serviços em 2008

Em 2003, 5,09% relatou não conseguir acesso ao serviço de saúde procurado. Os motivos foram: o serviço de saúde estava cheio (60,12%), não ter médico ou outro profissional de saúde no serviço de saúde (26,86%), outros motivos (13,02%). Em 2008, 5,02% relatou não conseguir acesso a serviços de saúde. Os motivos foram: o serviço de saúde estava cheio (35,51%), não ter médico ou outro profissional de saúde (40,34%) esperou muito tempo no serviço e foi embora (13,31%), outras razões (10,84%).

O uso de serviços de saúde do setor público em 2003 foi de 51,30% e 48,70% do setor privado. Em 2008, o uso do serviço de saúde pelo setor público aumentou para 56,43% e uso de serviços de saúde pelo setor privado diminuiu para 43,57%.

Em relação aos fatores socioeconômicos relacionados ao estado de saúde em 2003 e 2008, ter problema de saúde nas duas semanas anteriores à entrevista foi associado a ser não-branco em 2003 e com baixa renda em 2008 nos modelos ajustados. Ter doença crônica foi associada a menor escolaridade, menor renda e ser não-branco em 2003 e menor escolaridade em 2008 nos modelos ajustados (Tabela 8).

Em relação aos fatores socioeconômicos e a procura de serviços de saúde, o acesso a serviços de saúde e resolução em 2003 e 2008, procurar serviços de saúde foi menos frequente em respondentes que tiveram moradias inadequadas em 2003 e 2008 e em respondentes com menor renda em 2008 nos modelos ajustados. O acesso ao serviço de saúde foi associado a condição inadequada do domicílio em 2003 e 2008. Resolução do problema de saúde foi associada com maior escolaridade, maior média e ser branco em 2003 e com maior renda e condição adequada do domicílio em 2008, nos modelos ajustados. Além disso, a resolução foi maior em pessoas cobertas pelo setor privado (82,36%) do que em pessoas cobertas pelo SUS (70,59%) ($p = 0,03$) e maior em pessoas que tiveram acesso ao serviço de saúde do que aqueles que não têm acesso ($p = 0,01$).

O uso de serviços de saúde pelo setor público foi maior nos grupos de menor renda e menor escolaridade, com a condição de habitação inadequada e não-brancos (Tabela 9)

Os resultados indicam do acesso quase universal aos serviços e problemas com a satisfação e resolução dos problemas de saúde, principalmente na população com baixa renda que utiliza os serviços públicos de saúde.

Tabela 8. Procura e acesso ao serviço, satisfação e resolução do problema de saúde segundo características socioeconômicas. São Paulo. 2003 e 2008.

	Procura		Acesso ao serviço		Satisfação		Resolução	
	2003 OR ajustado (95%CI)	2008 OR ajustado (95%CI)	2003 OR ajustado (95%CI)	2008 OR ajustado (95%CI)	2003 OR ajustado (95%CI)	2008 OR ajustado (95%CI)	2003 OR ajustado (95%CI)	2008 OR ajustado (95%CI)
Escolaridade								
0-3	1	1	1	1	1	1	1	1
4-11	0.95 (0.54-1.68)	1.32 (0.85-2.05)	0.49 (0.06-4.12)	2.83 (0.48-16.48)	1.15 (0.53-2.46)	1.00 (0.31-3.19)	1.46 (0.79-2.71)	1.10 (0.66-1.84)
12+	1.00 (0.46-2.19)	0.94 (0.43-2.05)	3.33 (0.24-46.55)	1.75 (0.09-33.77)	1.15 (0.37-3.55)	2.27 (0.41-12.68)	2.01 (1.20-3.98)	1.69 (0.80-3.59)
Renda								
≤ 1	1	1	1	1	1	1	1	1
>1.1 a 4.99	0.80 (0.47-1.34)	2.07 (1.04-4.12)	1.46 (0.50-4.27)	1.03 (0.01-9.65)	0.70 (0.25-1.94)	1.23 (0.40-3.74)	0.45 (0.25-0.80)	2.29 (1.09-4.84)
≥ 5	0.77 (0.45-1.30)	1.64 (0.76-3.50)	5.98 (0.74-48.11)	1.01 (0.00-16.45)	0.84 (0.31-2.30)	2.30 (0.62-8.50)	0.81 (0.43-1.52)	2.90 (1.17-7.18)
Condição domicílio								
Adequada	1	1	1	1	1	1	1	1
Inadequada	0.62 (0.45-0.87)	0.59 (0.36-0.99)	0.20 (0.07-0.56)	0.36 (0.09-1.46)	2.03 (0.91-4.81)	0.53 (0.22-1.28)	0.73 (0.43-1.24)	0.50 (0.30-0.83)

Tabela 9. Uso de serviço de saúde por meio do SUS segundo características socioeconômicas. São Paulo, 2003 e 2008.

	Uso do serviço de saúde por meio do SUS 2003		Uso do serviço de saúde por meio do SUS 2008	
	Modelo 0 OR bruto(95%CI)	Modelo 1 OR ajustado (95%CI)	Modelo 0 OR bruto (95%CI)	Modelo 1 OR ajustado (95%CI)
Escolaridade				
0-3 anos	1	1	1	1
4-11 anos	0.17 (0.07-0.43)	0.15 (0.06-0.36)	0.71 (0.31-1.66)	0.50 (0.19-1.33)
12+ anos	0.02 (0.00-0.10)	0.01 (0.00-0.04)	0.10 (0.04-0.27)	0.05 (0.02-0.15)
Renda				
≤1 sm	1	1	1	1
>1.1 a 4,99 sm	0.78 (0.36-1.69)	0.79 (0.36-1.72)	0.20 (0.07-0.57)	0.16 (0.06-0.43)
≥ 5 sm	0.10 (0.03-0.26)	0.10 (0.04-0.25)	0.03 (0.01-0.13)	0.03 (0.01-0.10)
Condição do domicílio				
Adequado	1	1	1	1
Inadequado	1.58 (0.96-2.61)	1.61 (0.97-2.65)	2.83 (1.47-5.46)	2.92 (1.49-5.61)
Raça				
Branca	1	1	1	1
Não branca	2.42 (1.62-3.62)	2.43 (1.63-3.64)	2.11 (1.37-3.26)	2.08 (1.33-3.23)

No estudo, 58,22% e 60,66% da população em 2003 e 2008, respectivamente, procuraram o serviço de saúde nos últimos 15 dias e a maioria desses (94,91% e 94,98% em 2003 e 2008, respectivamente) teve acesso ao serviço (Figuras 5 e 6). De acordo com os dados da PNAD (2008), que utilizou período recordatório maior, no Brasil, 56,6% da população referiu pelo menos uma consulta médica nos últimos 12 meses.

A universalidade no acesso da população para morbidade de 15 dias encontrada no presente estudo concorda com os dados da PNS (2013), que relatou 95% da população que procura o serviço público de saúde encontra atendimento em sua primeira tentativa. O estudo realizado no município de Pelotas (RS) em 2012 (Nunes et al., 2014) encontrou resultados semelhantes ao presente estudo. A falta de acesso foi referida por 6,5% dos indivíduos que buscaram atendimento.

O elevado acesso a consultas médicas deve-se principalmente ao aumento da cobertura da ESF. Segundo Starfield (2002), a maior cobertura da ESF permite maior acesso ao serviço de saúde.

De acordo com Carpilheira, Silva (2006) e Giovanella (2012),, houve aumento de consultas médicas após a ESF. A experiência brasileira com o modelo de atenção voltado à Estratégia Saúde da Família tem proporcionado avanços importantes na ampliação do acesso aos serviços de saúde. A ESF teve crescimento expressivo nos últimos anos, aumentando o acesso da população à saúde (Brasil, 2011b). A ESF tem mais de 35 mil equipes de Saúde da Família atuando em todo o Brasil. Em maio de 2014, a cobertura nacional da ESF era 56,7% da população, em São Paulo, 35,48% (Brasil, 2014a).

Apesar de não terem sido encontradas diferenças socioeconômicas no acesso e na utilização dos serviços de saúde para consultas médicas, o que pode representar avanços no sistema público de saúde, o presente estudo indicou diferenças socioeconômicas na procura ao serviço de saúde e com relação à resolução do problema de saúde, e concorda com Silva (2003) que diz ser a procura ao serviço de saúde progressivamente maior a medida que a renda cresce.

Ao analisar os fatores socioeconômicos associados com a saúde e acesso e utilização e qualidade dos serviços de saúde no Brasil e, particularmente, na cidade de São Paulo, foi encontrado elevado acesso aos serviços de saúde e, embora tenham sido observadas algumas desigualdades no acesso e uso de serviços de saúde, eles não estavam estruturalmente observados por meio de todos os indicadores socioeconômicos. No entanto, os resultados sugerem problemas na qualidade dos serviços de saúde e desvantagens dos grupos socioeconômicos mais baixos que mais frequentemente utilizam os serviços públicos.

4.4 RESUMO AMPLIADO DO MANUSCRITO 4

Socioeconomic inequalities in dental health services use in São Paulo, Brazil, 2003-2008

Desigualdades socioeconômicas na utilização de serviços odontológicos em São Paulo, Brasil, 2003-2008

Camila Nascimento Monteiro, Mariëlle A. Beenackers, Moisés Goldbaum, Marilisa Berti de Azevedo Barros, Reinaldo José Gianini, Chester Luiz Galvão Cesar, Johan P. Mackenbach.

Submetido à revista BMC Health Services Research (Anexo E). Aguarda-se a análise editorial.

Foi estudado o padrão de utilização de consultas odontológicas nos anos de 2003 e 2008 na população adulta e idosa da cidade de São Paulo.

Dentre os propósitos do SUS está o atendimento integral, universal, preventiva e curativa por meio da prestação de serviços de saúde. No Brasil, dois fenômenos concomitantes ocorreram na década de 2000 no contexto dos serviços de saúde bucal: o aumento de planos odontológicos privados e o aparecimento de saúde bucal na agenda das prioridades políticas do governamental federal. As políticas nacionais de saúde de 2003 a 2008 priorizou os problemas-chave no sistema de saúde brasileiro, que inclui o programa Brasil Sorridente.

O programa Brasil Sorridente, maior programa de cuidados de saúde oral pública do mundo, foi lançado no período entre 2003 e 2006. Tem como objetivo melhorar o acesso aos cuidados dentários em todos os níveis de complexidade, incluindo serviços de saúde bucal preventiva, serviços básicos de saúde bucal e reabilitação complexa. Além disso, visa aumentar a qualidade dos cuidados para todos os problemas de saúde bucal e diminuir as desigualdades nos serviços. O Brasil Sorridente promoveu um aumento nas equipes de cuidados de saúde dentária, entre 2002 e 2008, o número de equipes de saúde bucal aumentou em 407% (de 4.261 em 2002 para 17.349 em 2008) e a cobertura das equipes de saúde odontológicos

aumentou de 15% para 45% da população. A saúde bucal é uma prioridade do governo e uma parte integrante do sistema de saúde público brasileiro.

As políticas para reduzir as desigualdades são necessárias no Brasil e particularmente em São Paulo, que tem consideráveis, persistentes e crescentes disparidades de renda. Há desigualdades socioeconômicas consideráveis no serviço de saúde bucal no Brasil. Em 2007, apenas 16,5% da população com pior condição socioeconômica visitou o dentista, em comparação com 64,3% do grupo socioeconômico mais alto.

O uso de serviços odontológicos é influenciado pela disponibilidade desses serviços, a distribuição geográfica dos dentistas e os recursos do serviço de saúde para atender às necessidades de grupos específicos, como adultos e idosos. Apesar do programa Brasil Sorridente ter aumentado o acesso a serviços odontológicos, ainda não está claro quem mais se beneficiou deste maior acesso e se a Política Nacional de Saúde Bucal conseguiu diminuir as desigualdades socioeconômicas no uso desses serviços de saúde.

O estudo visou analisar as diferenças socioeconômicas na utilização de serviços de saúde bucal em São Paulo em 2003 e 2008 em adultos e idosos. Além disso, o estudo explorou se essas desigualdades alteraram no período entre 2003 e 2008, durante o qual o programa Brasil Sorridente foi implementado.

Os dados foram provenientes do ISA-Capital 2003 e ISA-Capital 2008. Foram usados modelos de regressão logística para analisar as associações entre as características socioeconômicas e o uso de serviços odontológicos. A diferença entre o uso de serviço de saúde bucal em 2003 e em 2008 foi analisada por modelos de interação.

Houve aumento na proporção de consultas odontológicas entre 2003 e 2008. O aumento no uso foi significativo em todos os grupos socioeconômicos, incluindo os grupos socioeconômicos mais baixos. O uso pelo setor público aumentou ligeiramente, mas este aumento não foi significativo. O aumento no uso pelo setor público também não foi localizado nos grupos socioeconômicos (Tabelas 10 e 11).

O uso consultas odontológicas, ajustado para idade e sexo, foi associado com maior escolaridade, maior renda, condições de moradia adequadas e ser branco em 2003 e em 2008 (Tabela 10). Em 2008, o uso de serviços de saúde bucal também foi associado a ter um plano de saúde privado. Apesar da proporção de pessoas que utilizaram serviços odontológicos aumentar entre 2003 e 2008 em todos os grupos socioeconômicos, incluindo os grupos socioeconômicos mais baixos, as desigualdades em serviços odontológicos permaneceram similar neste período. Não foram observadas associações significativas para os anos de 2003 e 2008 em cada fator socioeconômico, nos modelos brutos e ajustados.

A cobertura das consultas odontológicas também foi estudada (Tabela 11). A frequência de utilização do SUS para consultas odontológicas foi maior nos grupos com pior condição socioeconômica.

Os motivos para não fazer consultas odontológicas em 2003 e 2008 também foram estudados de acordo com escolaridade e renda. Foram relatados com mais frequência pelos entrevistados de menor escolaridade e menor renda as razões “não ter dentes” e dificuldades financeiras. Houve uma diminuição do motivo dificuldades financeiras nos grupos socioeconômicos mais baixos entre 2003 e 2008. A razão 'não achou necessário' foi mais frequentemente reportada em entrevistados de renda mais alta em 2003 e 2008. Houve um aumento na proporção de entrevistado com menor escolaridade e menor renda que não visitaram o dentista por não achar necessário (Tabela 12).

Tabela 10. Uso de serviços de saúde para consultas odontológicas segundo características socioeconômicas. São Paulo. 2003 e 2008.

	Consultas odontológicas ultimo ano. 2003			Consultas odontológicas ultimo ano. 2008		
	% (n)	OR Bruto(95%CI)	OR ajustado (95%CI)	% (n)	OR Bruto (95%CI)	OR ajustado (95%CI)
Escolaridade (anos de estudo)						
0-3	23.3 (86)	1	1	29.3 (112)	1	1
4-7	35.1 (159)	1.8 (1.1-3.0)	1.7 (1.1-2.9)	38.2 (219)	1.5 (1.1-2.0)	1.5 (1.1-2.0)
8-11	48.7 (206)	3.1 (1.8-5.3)	2.9 (1.7-5.1)	58.8 (445)	3.4 (2.5-4.8)	3.4 (2.4-4.8)
12+	71.0 (155)	8.1 (4.3-15.0)	7.6 (3.9-5.1)	73.2 (224)	6.6 (4.4-10.0)	6.6 (4.3-10.1)
Renda (\$m)						
Até 1	32.8 (58)	1	1	39.3 (71)	1	1
1 a 2,5	34.7 (84)	1.1 (0.7-1.8)	1.0 (0.6-1.7)	47.5 (263)	1.4 (0.9-2.2)	1.3 (0.8-2.0)
2,5 a 6	42.2 (211)	1.5 (0.9-2.3)	1.4 (0.9-2.2)	59.4 (253)	2.3 (1.3-3.8)	2.1 (1.3-3.5)
Mais de 6	58.9 (258)	2.9 (1.7-5.1)	2.8 (1.6-4.8)	69.3 (141)	3.5 (2.1-5.9)	3.3 (2.0-5.4)
Condição domicilio						
Adequada	49.9 (544)	1	1	57.2 (902)	1	1
Inadequada	30.9 (67)	0.4 (0.3-0.8)	0.4 (0.2-0.7)	41.5 (100)	0.5 (0.4-0.7)	0.5 (0.4-0.7)
Raça						
Branca	51.3 (440)	1	1	60.6 (683)	1	1
Não branca	37.2 (166)	0.6 (0.4-0.8)	0.5 (0.4-0.7)	46.6 (316)	0.6 (0.4-0.7)	0.5 (0.4-0.7)
Plano de saúde						
Não				45.4 (445)	1	1
Sim				65.7 (557)	2.3 (1.8-2.9)	2.4 (1.9-3.1)

Tabela 11. Uso do SUS para consultas odontológicas segundo características socioeconômicas. São Paulo. 2003 e 2008.

	Consultas odontológicas SUS - 2003			Consultas odontológicas SUS - 2008		
	% (n)	OR bruto (95%CI)	OR ajustado (95%CI)	% (n)	OR bruto (95%CI)	OR ajustado (95%CI)
Escolaridade (anos de estudo)						
0-3	19.0 (21)	1	1	14.9 (20)	1	1
4-7	9.9 (18)	0.5 (0.2-0.9)	0.5 (0.2-0.9)	15.00 (31)	1.0 (0.5-2.1)	1.1 (0.5-2.2)
8-11	6.2 (13)	0.3 (0.1-0.8)	0.3 (0.1-0.9)	6.9 (36)	0.4 (0.2-0.8)	0.4 (0.2-0.8)
12+	0.5 (2)	0.02 (0.01-0.1)	0.02 (0.01-0.2)	2.0 (4)	0.1 (0.04-0.4)	0.1 (0.04-0.8)
Renda (sm)						
Até 1	10.5 (9)	1	1	14.5 (21)	1	1
1 a 2.5	16.2 (15)	1.7 (0.5-5.2)	1.9 (0.6-5.9)	8.3 (26)	0.5 (0.2-1.2)	0.5 (0.2-1.3)
2.5 a 6	8.0 (25)	0.7 (0.2-2.9)	0.8 (0.2-3.2)	2.6 (8)	0.2 (0.1-0.6)	0.2 (0.1-0.6)
Mais de 6	1.4 (5)	0.1 (0.02-0.6)	0.1 (0.03-0.7)	2.4 (7)	0.1 (0.02-0.4)	0.1 (0.02-0.4)
Condição domicílio						
Adequada	5.4 (45)	1	1	6.3 (79)	1	1
Inadequada	8.8 (9)	1.7 (0.5-5.8)	1.9 (0.5-6.5)	11.6 (12)	1.9 (0.9-4.2)	1.9 (0.9-4.3)
Raça/cor						
Branco	5.2 (32)	1	1	4.7 (44)	1	1
Não branco	7.5 (22)	1.5 (0.6-3.3)	1.7 (0.8-3.7)	11.4 (47)	2.6 (1.4-4.8)	2.9 (1.6-5.2)

Tabela 12. Principais razões para não procura ao dentista segundo escolaridade e renda. São Paulo, 2003 e 2008.

Razões para não procura do serviço de saúde para consulta odontológica	2003			2008		
	0-7 anos de estudo % (n)	7 anos ou mais % (n)	Diferença entre as categorias de escolaridade e cada razão (valor de p)	0-7 anos de estudo % (n)	7 anos ou mais % (n)	Diferença entre as categorias de escolaridade e cada razão (valor de p)
Dificuldade financeira	42.6 (190)	25.0 (64)	<0.001	33.3 (165)	29.3 (104)	0.005
Não ter dentes	17.0 (216)	10.9 (71)	<0.001	19.4 (216)	9.4 (76)	<0.001
Não achou necessário	24.8 (193)	45.7 (130)	<0.001	33.5 (210)	40.8 (154)	0.066
Refere não ter tempo	7.4 (26)	6.6 (16)	0.125	6.5 (26)	13.0 (38)	0.450
'Não conseguiu vaga'	2.6 (11)	1.0 (2)	0.231	1.8 (8)	2.2 (9)	0.689
Dificuldade de acesso geográfico	0.05 (2)	0	n.a ^b	0.6 (4)	0.1 (1)	n.a ^b
' Não sabe quem procurar ou onde ir'	0.03 (1)	0	n.a ^b	0.3 (2)	0.2 (1)	n.a ^b
	<2.5 sm % (n)	≥ 2.5 sm % (n)	Diferença entre as categorias de renda e cada razão (valor de p)	<2.5 sm % (n)	≥ 2.5 sm % (n)	Diferença entre as categorias de renda e cada razão (valor de p)
Dificuldade financeira	44.3 (142)	23.2 (68)	<0.001	38.0 (168)	20.0 (53)	<0.001
Não ter dentes	15.8 (144)	10.1 (84)	<0.001	15.0 (157)	10.9 (78)	0.0005
Não achou necessário	25.6 (134)	46.3 (158)	<0.001	31.9 (185)	47.4 (134)	0.0007
Refere não ter tempo	5.3 (15)	9.1 (22)	0.552	8.5 (31)	14.5 (30)	0.713
'Não conseguiu vaga'	2.6 (9)	0.8 (2)	0.150	2.0 (9)	2.3 (6)	0.751
Dificuldade de acesso geográfico	0.2 (1)	0	n.a ^b	0.4 (4)	0	n.a ^b
' Não sabe quem procurar ou onde ir'	0.03 (1)	0	n.a ^b	0.5 (3)	0	n.a ^b

O conhecimento sobre as desigualdades na utilização fornecido por este estudo é importante para a formulação de políticas públicas adequadas e para proporcionar uma melhor compreensão das barreiras potenciais para reduzir as desigualdades na assistência à saúde uso de serviços. As consultas odontológicas aumentaram entre 2003 e 2008 ($p=0,001$). O programa Brasil Sorridente, o aumento de clínicas populares em áreas periféricas em São Paulo e o aumento de faculdades privadas podem ter tido impacto no acesso da população de baixa renda a serviços odontológicos.

Resultados semelhantes aos do presente estudo também foram encontrados por Manfredini et al. (2012) que indicou haver aumento do acesso da população aos serviços odontológicos pelo setor público e privado. O estudo de Baldani et al. (2009) que analisou provisão de recursos públicos odontológicos no estado do Paraná encontrou expansão das ações

em saúde bucal, como no presente estudo. Não houve aumento significativo de consultas odontológicas pelo serviço público ($p=0,516$) entre 2003 e 2008, apenas o leve aumento no período: de 5,80% em 2003 para 6,82 em 2008.

Foram encontradas desigualdades socioeconômicas persistentes na utilização de serviços de saúde bucal em 2003 e em 2008, apesar do programa Brasil Sorridente ter com um dos objetivos a diminuição de desigualdades. Potenciais problemas incluem a falta de abastecimento regular de materiais para instalações de saúde e falta de manutenção de equipamentos odontológicos. Problemas estruturais do sistema de saúde brasileiro, como o subfinanciamento e a fragmentação das políticas representam desafios para a implementação do acesso universal aos serviços de saúde bucal no setor público e a redução das desigualdades em utilização de serviços de saúde dental.

O Brasil é um dos poucos países com mais de 200.000.000 de habitantes com cobertura universal de saúde. No entanto, um dos desafios enfrentados pelo SUS é a necessidade de reduzir as disparidades em saúde e socioeconômicas entre os indivíduos. A Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil está em um período de expansão e pode ter contribuído para o aumento global da utilização dos serviços de saúde bucal em São Paulo. No entanto, até 2008, a política ainda não havia diminuído as desigualdades socioeconômicas existentes no uso de serviços de saúde bucal.

DISCUSSÃO

5. DISCUSSÃO

Neste estudo abordou-se o acesso e a utilização de serviços de saúde em São Paulo, segundo características sócio-demográficas e de condição de vida e saúde. Procurou-se aprofundar a análise de desigualdades nesse acesso e utilização e seus determinantes, a partir da análise de dados componentes dos Inquéritos de Saúde realizados no município de São Paulo, nos anos de 2003 e 2008, cujo objetivo foi conhecer a situação de saúde da população e serviços de saúde no município.

Pode-se apontar algumas limitações deste estudo. A primeira refere-se ao fato de ter sido utilizado desenho transversal que não permite estabelecer relação entre causa e efeito entre as características socioeconômicas e o acesso e utilização dos serviços de saúde analisados.

O número relativamente restrito de indivíduos que referiram utilizar o serviço de saúde para vacinação contra a gripe e pneumonia e, na área de medicamentos, a análise do acesso apenas dos que foram prescritos no serviço de saúde pode ter influenciado alguns resultados que não mostraram associação estatisticamente significativa. Na área de consultas médicas, só foi possível descrever as principais razões para não procurar o serviço de saúde, não foi possível analisar os fatores associados a essas razões devido ao pequeno tamanho da população que referiu não ter acesso a esse serviço.

A satisfação do usuário foi usada como Proxy para análise da qualidade do serviço de saúde, porém, a questão sobre a satisfação só foi respondida por quem teve acesso ao serviço e, em geral, quem teve acesso “está satisfeito por ter sido atendido”. Esperidião e Trad (2005) criticam a falta de padronização dos instrumentos de avaliação da satisfação dos usuários de serviços de saúde e relatam a maioria dos estudos de satisfação dos usuários serem quantitativos, como o presente estudo, valorizados por serem baratos e rápidos e por permitirem alcançar amostra representativa da população, dificilmente alcançada por outros métodos, com limitações

como não trabalhar dados subjetivos.

A magnitude do tempo de espera, importante marcador da qualidade do serviço e que tem se constituído em um problema comum em sistemas públicos de saúde (Conill, Giovanella, Almeida, 2011), não foi estudada no presente estudo.

Com relação à utilização do serviço de saúde no setor público e privado, como no Brasil existem muitos serviços privados que prestam atendimento financiado pelo SUS, é difícil categorizar serviço público e privado em inquéritos de saúde, pode haver viés de informação sobre a natureza do serviço.

Foram utilizados indicadores de morbidade referida. Um fator importante a ser considerado em estudos sobre morbidade é que a percepção de saúde pode variar em função de fatores ligados às experiências sociais dos indivíduos e à disponibilidade de serviços de saúde (Dachs, 2002), o que não foi considerado neste trabalho. Nos inquéritos ISA-Capital 2003 e 2008 para minimizar o viés de memória foi utilizada uma lista de morbidades representativas do perfil de morbi-mortalidade de São Paulo, o que, segundo Bruin, Picavet e Nossikov (1996)⁸ *apud* Theme-Filha, Landmann e Souza-Junior (2008), é um instrumento sensível para medir a percepção de doenças.

Por fim, os dados se referem a 2003 e 2008, desde o momento da coleta dos dados até os dias atuais, muitas mudanças no panorama social, político e econômico ocorreram no Brasil, o que pode ter afetado a situação de saúde e o acesso e utilização dos serviços de saúde no Brasil e especificamente em São Paulo. No entanto, a partir das investigações aprofundadas em cada área analisada, é possível fazer comparações com os dados atuais, o que contribui para a discussão sobre o acesso e uso de serviços de saúde. O padrão de acesso e uso de serviços em dois momentos no tempo, 2003 e 2008, permite inferir aspectos dinâmicos do

⁸ Bruin A, Picavet HSJ, Nossikov A, editors. Health Interview Surveys: towards international harmonization of methods and instruments. Geneva: World Health Organization Regional Publications, European Series, 58. 1996.

serviço, por exemplo, mudanças no perfil dos usuários, utilização, entre outros. Os dados do ISA-Capital 2003 e ISA-Capital 2008 representam um marco importante, considerados o rigor metodológico adotados nesses inquéritos e a representatividade da amostra, e serão muito úteis como padrão comparativo para futuros estudos sobre o tema.

As informações do estudo apontam avanços nas áreas analisadas e também desigualdades na utilização desses serviços de saúde.

Dentre os principais avanços, em 2003 e em 2008, na área de vacinação, o SUS foi o principal financiador da vacina contra a gripe e a pneumonia, na área de medicamentos, o acesso por meio do SUS ou privado foi elevado em 2003 e se manteve em 2008, e houve expansão da clientela do SUS no período. Na área de consultas médicas, o acesso foi elevado, 94.91% em 2003 e 94.98% em 2008. Na área de consultas odontológicas, o aumento de consultas foi significativo em todos os grupos socioeconômicos, incluindo os grupos socioeconômicos mais baixos. A maior compreensão das áreas analisadas, a partir do estudo, fornecerá referências para que essas áreas continuem avançando.

A área de medicamentos, vacinas e consultas médicas e odontológicas são prioritárias em saúde pública no Brasil. Há muitos progressos na universalidade do acesso a esses serviços. Grande parte dos achados deste trabalho assemelha-se ao encontrado em outros inquéritos de saúde brasileiros, como a Pesquisa Mundial de Saúde no Brasil realizada em 2003 (Szwarcwald, Viacava, 2005; Gouveia et al., 2005), os suplementos saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de domicílios (PNAD), 2003, 2008 (IBGE, 2015) e a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013 (Brasil, 2015).

Na área de vacinação, os resultados do estudo sugerem equidade e universalidade do SUS, por meio do PNI, na vacinação contra gripe e pneumonia. Mesmo a população que possuía planos privados de saúde utilizou o SUS para vacinação, o que concorda com a literatura (Brasil, 2003; Victora et al., 2011). Silva et al. (2011) relataram ser o SUS responsável pela imensa maioria dos atendimentos de vacinação em todas as regiões do Brasil, o que concorda com o presente estudo. O país é reconhecido

mundialmente pela eficiência do programa. Segundo a PNS (2013), a maior frequência de utilização do SUS para vacinação permanece nos dias atuais. O gasto familiar com saúde no Brasil em 2014 correspondeu a 48% com medicamentos, 5% com dentista, 4% com consultas médicas e não houve gasto com vacinas (IBGE, 2015), o que tem relação com o presente estudo.

Em relação aos medicamentos, o presente estudo indica redução da desigualdade no acesso a medicamentos pelo SUS entre 2003 e 2008 e o programa Farmácia Popular do Brasil pode ter contribuído para esse resultado. Embora Mendes (2009) fale que o PFPB, ao permitir o copagamento, abre as portas do SUS para outras práticas de compartilhamento de custos e lesa o princípio da equidade.

Foi analisado o acesso a medicamentos pelo SUS segundo a renda da população. Apesar de ser preconizado no SUS o princípio da equidade horizontal, que refere tratamento igual para iguais, ao analisar o acesso segundo a renda, a curva de desigualdade *pro-poor* sugere a equidade vertical (tratamento desigual para desiguais).

Na área de consultas médicas, a ESF tem importante papel na acessibilidade aos serviços de saúde (Ianni, Monteiro, 2008) e pode explicar o elevado acesso às consultas médicas devido a morbididade de 15 dias em 2003 e 2008. A ESF promoveu a melhoria da assistência e a expansão da atenção básica no Brasil, país modelo para vários países de renda média e baixa para a atenção básica (Brasil, 2014a).

De 2003 a 2008 houve intensificação de campanhas para orientação da população para o uso da rede básica em casos de menor gravidade (Brasil, 2014a). Além disso, em 2003, em São Paulo não se contava com as AMAs e foram criadas muitas unidades no período, e também o aumento de UBS devido à política de ampliação da cobertura ESF (PMSP, 2015).

Os resultados do presente estudo vão ao encontro do tema principal da 15ª Conferência Nacional de Saúde: “Saúde Pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro” (CNS, 2015), em que são debatidos o direito à saúde e a qualidade do acesso no SUS, na medida em que houve a expansão da rede. De acordo com Adami (2000), a avaliação

pelos usuários, permitindo ouvir sua opinião sobre os serviços prestados em função de suas necessidades e expectativas é uma das atividades que podem assegurar a qualidade dos serviços de saúde. É fundamental conhecer como os usuários avaliam o serviço, para repensar as práticas profissionais e intervir sobre a forma de organização desses, visando ao seu aperfeiçoamento (Adami, 2000; Conill, Giovanella, Almeida, 2011).

Dentre as áreas estudadas, a área de saúde bucal é a área em que há maior desigualdade na utilização de serviços de saúde. Houve aumento de consultas odontológicas entre 2003 e 2008, permanecendo, entretanto, as diferenças na utilização do serviço decorrentes das desigualdades socioeconômicas. Atualmente, a utilização dos serviços de saúde para consultas odontológicas ainda continua desigual (PNS, 2013). A OMS (OMS, 2008) preconiza um dentista para cada 1500 habitantes, no Brasil há um dentista para cada 800 habitantes, não faltam profissionais no país, porém, foi encontrada baixa proporção de consultas odontológicas no presente estudo.

Em geral, a procura ao dentista ocorre apenas em casos de emergência, a população tem dificuldade de acesso a dentista, os que têm acesso, em geral é o acesso básico, na atenção básica (Santos, 2015). De acordo com a pesquisa da PNAD (2008), apesar de uma grande parcela da população (88,3%), de todos os extratos etários entrevistados, já ter buscado atendimento odontológico, somente 40,0% dos indivíduos teve acesso. Ainda segundo a PNAD, as barreiras de acesso estão relacionadas à disponibilidade de recursos odontológicos, custo e à percepção da população sobre a necessidade de saúde bucal.

Nas áreas analisadas, foi encontrada maior equidade na área da vacinação, seguido de consultas médicas, medicamentos e, por último, consultas odontológicas.

Foi encontrado acesso em torno de 90% por meio do setor público ou privado a medicamentos, vacinas e consultas médicas. Os resultados do estudo, quais sejam as altas taxas de acesso a serviços de saúde nessas

áreas, indicam a tendência ao atendimento dos objetivos de universalidade do SUS no município de São Paulo.

O programa Brasil Sorridente, importante política de inclusão social, parece ter contribuído discretamente para o aumento no uso de serviços odontológicos, mas não influenciou desigualdades socioeconômicas na utilização desse serviço como pode ser evidenciado no presente estudo, e ainda não alcançou a meta de pelo menos uma consulta odontológica no último ano na população.

Nas áreas de saúde bucal e medicamentos houve grande utilização do setor privado, devido aos gastos diretos e também aos planos de saúde. A saúde suplementar, criada para ser um serviço diferenciado e oferecer o serviço que o SUS não oferecia, ou seja, ser complementar ao SUS (ANS, 2015), não ocorre na prática, em que há duplicidade da cobertura dos serviços de saúde. As dificuldades pelas quais o SUS passa o que abre espaço para o avanço dos planos de saúde (Bahia et al., 2002; Bahia, 2010; Campos, 2010).

O Programa Brasil Sorridente e o Programa Farmácia Popular do Brasil encontram-se em fase de expansão e aprimoramento. Dentre os desafios a serem enfrentados para o Brasil concretizar a implementação do SUS está garantir a equidade na utilização desses serviços. O maior conhecimento sobre uso, acesso e cobertura de serviços é importante para informar as políticas públicas e assim alcançar este objetivo.

As áreas estudadas estão interligadas. A ESF, ao quebrar muitas barreiras de acesso ao serviço de saúde, promoveu também aumento do acesso a vacinas, a medicamentos e a consultas odontológicas.

De 2008 até o momento atual, continua alta demanda de medicamentos, consultas médicas, odontológicas e de vacinas e permanecem as diferenças socioeconômicas no acesso e uso de serviços de saúde em São Paulo (PNS, 2013). O monitoramento dos indicadores do serviço é essencial para as políticas de saúde.

Atualmente, na área de consultas médicas, foi implantado o “Programa Mais Médicos”⁹, que visa a aumentar o acesso da população a consultas médicas. Na área de medicamentos foi implantado o “Programa Saúde não Tem Preço”¹⁰, para ampliação do acesso a medicamentos para controle de doenças crônicas. Na área de vacinas e consultas odontológicas não foram implantados novos programas de saúde desde então.

O PBS e o PFPB, programas de saúde implantados no período 2003-2008, e o reforço do PNI e da ESF no período tiveram impacto significativo no acesso aos serviços de saúde. Entretanto, permanecem as desigualdades socioeconômicas na utilização desses serviços.

A situação socioeconômica é importante preditor de utilização de serviços de saúde (Mendoza, Béria, 2001; Silva, 2003; Capilheira, Santos, 2006; Tomasi et al., 2011). Segundo Victora et al. (2011) e Travassos, Castro (2012), populações ricas e pobres recebem diferentes padrões de atendimento no sistema de saúde brasileiro, o que pode ser corroborado no presente estudo. A literatura relata desigualdades em diversos procedimentos de saúde no Brasil (Silva, 2003; Pessoto et al., 2007, Travassos e Castro, 2012, Victora et al., 2011), o que concorda com o presente estudo. De acordo com a PNS (2013), persistem grandes diferenças socioeconômicas na utilização de serviços de saúde.

De acordo com Meer, Bos, Mackenbach (1996), Mackenbach et al (2008) e Pavão, Coeli (2008), a utilização dos serviços de saúde também é determinada pelo estado de saúde. Além de desigualdades na utilização do serviço de saúde, foram encontradas desigualdades em saúde no presente estudo. De acordo com Barata (2009), o reconhecimento das desigualdades

⁹ O “Programa Mais Médicos” visa a expansão do acesso à atenção básica de saúde e diminuir a carência de médicos. Tem a cobertura de aproximadamente 63 milhões de pessoas em comunidades, que inclui população em situação de vulnerabilidade socioeconômica nas periferias das grandes cidades (OPAS/OMS, 2015).

¹⁰ No “Programa Saúde Não Tem Preço” há gratuidade dos medicamentos para hipertensão e diabetes nas Farmácias Populares (Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/nao-tem-preco-assistencia-farmaceutica> Acesso em 23/04/2016.

em saúde e a compreensão dos fatores relacionados tanto aos processos macrossociais quanto ao perfil epidemiológico dos grupos é condição indispensável para o enfrentamento dessas desigualdades; segundo a autora, a redução das desigualdades sociais em saúde é tarefa difícil.

A Declaração sobre os Determinantes Sociais da Saúde (OMS, 2011), ressaltou a necessidade de haver um compromisso político para se abordar os determinantes sociais e as crescentes desigualdades nos países, que inclui o Brasil.

As diferenças socioeconômicas em saúde e na utilização dos serviços de saúde refletem as desigualdades sociais existentes no país. Segundo Nunes et al. (2001), a sociedade brasileira “se acostumou” com a iniquidade, por conviver há décadas com uma brutal concentração de renda. Apesar de várias mudanças econômicas que vêm ocorrendo desde 2003 com a diminuição da concentração de renda, persistem grandes desigualdades sociais no Brasil e particularmente no município de São Paulo.

A igualdade no direito de acesso, uma característica do SUS, não assegura, por si só, o uso equânime dos serviços de saúde colocados à disposição da população (Nunes et al., 2001).

Em todas as áreas analisadas no estudo, a cobertura SUS foi maior quanto menor a renda e a escolaridade. O SUS, uma das maiores políticas de Estado do mundo, referido como a maior política de inclusão social do Brasil (Brasil, 2007), tenta corrigir as desigualdades em saúde da população. O presente estudo, ao evidenciar a maior cobertura SUS na área de vacinas seguida de consultas médicas, medicamentos e, por último, consultas odontológicas, sugere onde o SUS é menos atuante, na área de consultas odontológicas, é onde há maior desigualdade.

Entre os objetivos do SUS está a diminuição das disparidades socioeconômicas entre os indivíduos, que inclui a equidade no acesso aos serviços de saúde. O Programa Nacional de Imunização é o mais antigo (1973), seguido da Estratégia Saúde da Família (1994), do programa Farmácia Popular do Brasil (2004) e do Programa Brasil Sorridente (2006). O programa Brasil Sorridente, programa mais recente, é um programa que

precisa ser expandido para que haja a universalização do acesso. As políticas na área de saúde bucal são políticas mais atuais, comparado ao PNI e a ESF. A implementação dos programas referidos promoveu o aumento do acesso da população aos serviços de saúde. As áreas estudadas estão interligadas. A ESF, ao quebrar muitas barreiras de acesso ao serviço de saúde, promoveu também aumento do acesso a medicamentos e a consultas odontológicas.

Segundo Giovanella (2012), a criação do SUS possibilitou a ampliação do acesso da população a serviços de saúde, mas essa melhoria do acesso ainda não é suficiente para cobrir as necessidades de saúde, o que é corroborado no presente estudo.

Desde a criação, o SUS foi afetado por crises econômicas, alta inflação, dívida externa, esgotamento de investimentos, desemprego e também fragmentação e perda da eficácia política dos movimentos sociais (Campos, 2014; CNS, 2015), mas possibilitou o aumento da oferta de serviços e programas de saúde gratuitos, fundamentado nos princípios de universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde. O SUS está presente no cotidiano de todos os brasileiros, com muitos programas pioneiros de acesso gratuito de excelência internacional. Houve expansão da cobertura SUS, como evidenciado no presente estudo, porém, o estudo corrobora Campos (2014) que diz ser o SUS uma reforma ainda parcial.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi evidenciada a influência de características socioeconômicas no acesso e utilização dos serviços de saúde na área de vacinação, medicamentos, consultas médicas e odontológicas. Os resultados permitiram discutir o padrão de acesso e uso em dois momentos no tempo, 2003 e 2008 e identificar alterações possivelmente decorrentes das políticas públicas e dos programas de saúde oferecidos pelo SUS - o Programa Nacional de Imunização, Programa Farmácia Popular do Brasil, Estratégia Saúde da Família e Programa Brasil Sorridente.

O monitoramento de indicadores das desigualdades no acesso e na utilização de serviços de saúde no período 2003-2008 permitirá acompanhar a evolução de políticas públicas e permitirá comparar os dados obtidos com futuros estudos sobre o tema. Destaca-se a necessidade de mais estudos sobre equidade no acesso e uso de serviços, visando a minimizar o impacto das desigualdades sociais em saúde e aumentar a eficiência dos serviços de saúde.

Foi indicado aumento da cobertura SUS nas áreas estudadas, principalmente na área de medicamentos, porém, o SUS, que tem importante papel na redução das desigualdades no serviço de saúde, necessita ser aprimorado. O estudo sobre o padrão de acesso, uso de serviços de saúde e desigualdades se torna cada vez mais importante no século XXI, com tantos avanços políticos, sociais, científicos e tecnológicos e também desafios e entraves para o aprimoramento das condições de saúde da população.

No estudo são apontados desafios e entraves como a maior qualidade dos serviços de saúde, a equidade em serviços como as consultas odontológicas e a ampliação da cobertura SUS para provisão de medicamentos. São apontados avanços dos programas analisados, ressalta-se a necessidade de manter e ampliar os avanços do sistema de saúde.

Assim, o presente estudo, ao identificar diferenças socioeconômicas no acesso e uso de serviços de saúde, fornece subsídios para as políticas, programas e práticas orientadas para a equidade, além de fornecer elementos para promover a melhoria contínua nos serviços de saúde e será útil para acadêmicos, gestores, profissionais de saúde e pesquisadores das políticas de saúde.

Ao aumentar a compreensão sobre acesso, uso e equidade nos serviços de saúde no município de São Paulo e as mudanças e evolução das desigualdades no período 2003-2008, o estudo reafirma a necessidade de intensificar as discussões sobre o monitoramento em saúde e contribui para melhor conhecimento do Programa Nacional de Imunização, Estratégia Saúde da Família, Programa Farmácia Popular do Brasil e Programa Brasil Sorridente, considerando a importância das informações para o serviço de saúde.

ISA-CAPITAL 2003 E ISA-CAPITAL 2008

CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS DO ENTREVISTADO

O 05. Qual é a sua situação conjugal?

casado(a)	1
união conjugal estável	2
solteiro(a)	3
separado(a)	4
desquitado(a) ou divorciado(a)	5
viúvo(a)	6
NS/NR	9

O 06. Até que ano da escola o(a) Sr.(a) completou?

nunca freqüentou, não sabe ler e escrever	01
nunca freqüentou, sabe ler e escrever	02
1o grau ou primário (ano/série)	(11 - 14) 1
1o grau ou ginásio (ano/série)	(15 - 18) 1
2o grau ou colegial (ano/série)	(21 - 23) 2
cursos técnicos de nível médio incompletos	25
cursos técnicos de nível médio completos	26
curso superior incompleto	30
curso superior completo . ,	31
NS/NR	99

O 07. Atualmente o(a) Sr.(a) exerce alguma atividade seja ela remunerada ou não remunerada de trabalho?

sim, em atividade	01
sim, mas afastado por motivo de doença	02
sim, e também aposentado	03
não, desempregado	04
não, aposentado	05
não, dona de casa	06
não, pensionista	07
<i>passa p/ questão P 01. não, só estudante</i>	08
outros	09
NS/NR	99

O 08. Qual é/era a sua ocupação em seu trabalho principal?

(especificar se aposentado, qual era a sua ocupação)

_____ NS/NR 9999

O 09. No seu trabalho principal o(a) Sr.(a) é/era:

(leia as alternativas para o entrevistado)

empregado assalariado estatutário ou com cart. profissional assinada.	1
empregado assalariado sem carteira profissional assinada	2
empregado familiar não remunerado	3
conta própria ou autônomo com estabelecimento	4
conta própria ou autônomo sem estabelecimento	5
empregador com até 5 funcionários fixos	6
empregador com mais de 5 funcionários fixos	7

O 12. Quanto o(a) Sr.(a) ganhou com esse trabalho, aposentadoria ou pensão no mês passado?

salário líquido R\$: _____
NS/NR 99999

O 13. Além desse trabalho o(a) Sr.(a) tem algum outro tipo de trabalho remunerado? (fixo ou eventual)

passa p/ questão O 15. não1
sim,2
NS/NR9

O 14. Quanto o(a) Sr.(a) ganhou com este trabalho no mês passado?

salário líquido R\$: _____
NS/NR 99999

O 15. O(a) Sr.(a) tem algum outro tipo de rendimento além do(s) declarado(s) anteriormente?

renda líquida R\$: _____
não 00000
NS/NR 99999

P 10. A sua casa é:

cedida1
alugada2
própria quitada3
própria pagando4
outros, especif.:5
NS/NR9

P 11. Quantos cômodos tem sua casa, tirando o banheiro?

_____
NS/NR 99

P 12. As paredes externas do domicílio são de alvenaria?

sim1
em parte2
não, outros. Especif.:3
NS/NR9

Na rua da sua casa existe:

P 13a. pavimentação

não1
sim2
NS/NR9

P 13b. guias e sarjetas

não1
sim2

P 13c. iluminação pública

não1
sim2
NS/NR9

P 14. O abastecimento de água de sua casa é	
rede pública interna	1
rede pública externa	2
outros, especificar:	3
NS/NR	9
P 15. Qual o tipo de instalação sanitária do domicílio?	
interna	1
externa	2
outros, especif.:	3
NS/NR	9
P 16. Qual o destino do esgoto?	
sistema público de esgoto	1
outros, especif.:	2
NS/NR	9
P 17. Qual o destino do lixo?	
coleta pública regular	1
outros, especif.:	2
NS/NR	9
P 18. Que tipo é a iluminação artificial do domicílio?	
elétrica	1
outros, especif.:	2
NS/NR	9

ISA-CAPITAL 2003 E ISA-CAPITAL 2008

MORBIDADE DE 15 DIAS E USO DE SERVIÇOS PARA MORBIDADE DE 15 DIAS**C 01. O(a) Sr.(a) teve algum problema de saúde, nos últimos quinze dias?**

não	1
sim	2
NS/NR	9

C 04 _ . O(a) Sr.(a) procurou alguma ajuda ou conversou com alguém para resolver esse problema de saúde, nos últimos 15 dias?

passa p/ questão C 25 _ . não	1
sim	2
passa p/ questão C 30 _ . NS/NR	9

C 05 _ . Quem o(a) Sr.(a) procurou ou com quem conversou?*Pode haver mais de uma resposta**(quando referir serviço de saúde, indagar, qual profissional procurava.)*

médico	1
dentista	2
psicólogo	3
profissional do PSF	4
outro profissional de saúde, especif.:	5
farmacêutico	6
passa p/ questão C 30 _ . outros, especif.:	7
NS/NR	9

C 06 _ . Qual foi o serviço de saúde que o(a) Sr.(a) procurou?*(considerar o primeiro serviço de saúde procurado)*

unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde)	1
consultório	2
ambulatório	3
pronto socorro/emergência	4
hospital	5
atendimento domiciliar feito pelo PSF	6
outro, especif.:	7
NS/NR	9

C 08 _ . Esse serviço de saúde é:

SUS	1
previdência governamental (Estado/Município)	2
privado/particular	3
serviço de sindicato/ associação de categoria	4
serviço próprio de empresa	5
outro, especif.:	6
NS/NR	9

C 09 _ . O(a) Sr.(a) foi atendido no serviço que procurou?

<i>passse p/ questão C 26 _ . não</i>	1
<i>passse p/ questão C 27 _ . não, mas foi feito agendamento</i>	2
sim	3
<i>passse p/ questão C 30 _ . NS/NR</i>	9

C 10 _ . O que foi feito no atendimento?*Pode haver mais de uma resposta*

consulta	1
procedimento médico-odontológico	2
encaminhamento para outro serviço	3
outros procedimentos, especif.: _____	4
NS/NR	9

C 11 _ . O(a) Sr.(a) pagou diretamente pelo atendimento recebido?

não	1
sim, parcialmente	2
sim, integralmente	3
NS/NR	9

C 12 _ . Quem cobriu ou complementou os gastos?*Pode haver mais de uma resposta*

SUS	1
previdência governamental (Federal/Estadual/Municipal)	2
sindicato/ associação de categoria	3
empresa	4
convênio empresa, especif.: _____	5
plano individual de saúde, especif.: _____	6
o próprio entrevistado	7
outro, especif.: _____	8
NS/NR	9

ISA-CAPITAL 2003 E ISA-CAPITAL 2008

MEDICAMENTOS PRESCRITOS NO SERVIÇO DE SAÚDE

C 19 _ . Durante este atendimento, foi receitado algum remédio?	
<i>passar p/ questão C 23 _ . não</i>	1
<i>sim</i>	2
NS/NR	9
C 20 _ . O(a) Sr.(a) tomou os remédios receitados?	
<i>sim, todos</i>	1
<i>sim, alguns. Por que</i>	2
<i>não. Por que?</i>	3
NS/NR	9
C 21 _ . O(a) Sr.(a) pagou pelos remédios?	
<i>Pode haver mais de uma resposta</i>	
<i>não</i>	1
<i>sim, parcialmente</i>	2
<i>sim, integralmente</i>	3
NS/NR	9
C 22 _ . Quem cobriu ou complementou os gastos?	
<i>Pode haver mais de uma resposta</i>	
SUS	1
previdência governamental (Federal/Estadual/Municipal)	2
sindicato/ associação de categoria	3
empresa	4
convênio empresa, especif.:	5
plano individual de saúde, especif.:	6
o próprio entrevistado	7
outro, especif.:	8
NS/NR	9

ISA-CAPITAL 2003 E ISA-CAPITAL 2008

CONSULTAS ODONTOLÓGICAS

G 01. O(a) Sr.(a) consultou o dentista nos últimos 12 meses?

não	1
sim	2
NS/NR	9

G 03. Qual foi o serviço de saúde procurado?

unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde)	1
consultório	2
ambulatório	3
pronto socorro/emergência	4
hospital	5
se não foi a um serviço de saúde:	
outro, especif.: _____	6
NS/NR	9

G 05. Esse serviço de saúde é:

SUS	1
previdência governamental (Estado/Município)	2
privado/particular	3
serviço de sindicato/ associação de categoria	4
serviço próprio de empresa	5
outro, especif.: _____	6
NS/NR	9

G 07. Quem cobriu ou complementou os gastos?

Pode haver mais de uma resposta	
SUS	1
previdência governamental (Federal/Estadual/Municipal)	2
sindicato/ associação de categoria	3
empresa	4
convênio empresa, especif.: _____	5
plano individual de saúde, especif.: _____	6
o próprio entrevistado	7
outro, especif.: _____	8
fez só o orçamento	9
NS/NR	99

G 08. Por que não procurou atendimento?

Pode haver mais de uma resposta	
teve dificuldades financeiras	1
teve dificuldades de acesso geográfico	2
não achou necessário	3
não tem tempo	4
não sabe quem procurar/ onde ir	5
não achou necessário pela idade (criança pequena)	6
não conseguiu vaga	7
tem medo	8
não tem mais dentes	9
outros, especif.: _____	10

ISA-CAPITAL 2003

DOENÇAS CRÔNICAS

O(a) Sr.(a) tem alguma doença crônica, uma doença de longa duração ou que se repete com alguma frequência?

D 02. Hipertensão (pressão alta) :SIM/NÃO

D 03. Diabetes : SIM/NÃO

DIABETES

D 11 2. O(a) Sr.(a) recebeu vacina contra gripe?

não 1
sim 2
NS/NR 9

D 12d 2. É(era) o local mais próximo de sua residência?

não 1
sim 2
NS/NR 9

(sempre que referir serviço de saúde privado)

D 13 2. Por que utilizou serviço privado?

faltava vacina no posto de saúde 1
prefiro serviço particular 2
atende no final de semana 3
outros, especif.: 4
NS/NR 9

D 14 2. O(a) Sr.(a) recebeu vacina contra pneumonia?

E 01. não 1
sim 2
NS/NR 9

D 15d 2. É(era) o local mais próximo de sua residência?

não 1
sim 2
NS/NR 9

(sempre que referir serviço de saúde privado)

D 16 2. Por que utilizou serviço privado?

faltava vacina no posto de saúde 1
prefiro serviço particular 2
atende no final de semana 3
outros, especif.: 4
NS/NR 9

ISA-CAPITAL 2003

USO DE MEDICAMENTOS

J 01. O(a) Sr.(a) usou algum medicamento nos últimos 3 dias?

(perguntar se usa algum medicamento diariamente ou com alguma regularidade e se ele tomou nos últimos 3 dias)

não 1

sim 2

NS/NR 9

QUAL(IS) MEDICAMENTO(S)?

(Olhar o rótulo dos medicamentos)

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

Para cada medicamento em uso pelo entrevistado:

J 02. Nome do medicamento: _____
 NS/NR99

J 02a. Qual foi o principal problema de saúde o(a) Sr.(a) tem/teve que o levou a tomar esse medicamento?

NS/NR99

J 02b. Para este problema de saúde, quem indicou o medicamento para o(a) Sr.(a)?

médico ou dentista 1
 farmacêutico/balconista de farmácia 2
 automedicação. 3
 parente, amigo ou vizinho 4
 outro, especif.: 5
 NS/NR 9

J 02c. O(a) Sr.(a) pagou pelo remédio?

não 1
 sim, parcialmente 2
 sim, integralmente 3
 NS/NR 9

J 02d. Quem cobriu ou complementou os gastos?

Pode haver mais de uma resposta

SUS 1
 previdência governamental (Federal/Estadual/Municipal) 2
 sindicato/ associação de categoria 3
 empresa 4
 convênio empresa, especif.: 5
 plano individual de saúde, especif.: 6
 o próprio entrevistado 7
 outro, especif.: 8
 fez só o orçamento 9
 NS/NR99

Anexo B. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de **11/09/2013**, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **357/13** intitulado: **“ACESSO E UTILIZAÇÃO DE SAÚDE POR PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS - INQUÉRITOS DE BASE POPULACIONAL”** apresentado pelo Departamento de MEDICINA PREVENTIVA

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar ao CEP-FMUSP, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10/10/1996, inciso IX.2, letra "c").

Pesquisador (a) Responsável: Moisés Goldbaum

Pesquisador (a) Executante: Camila Nascimento Monteiro

CEP-FMUSP, 17 de Setembro de 2013.

Prof. Dr. Roger Chammas
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa

Anexo C. Alteração do título da Tese. Aprovada pela Comissão Coordenadora Do Programa (CCP) do Departamento De Medicina Preventiva-FMUSP

Serviço de Pós-Graduação
Rua Teodoro Sampaio, 115 – 1º andar
Prédio do Instituto Oscar Freire
CEP 05405-000 - São Paulo - SP - Brasil
Fone: (11) 3061-8203/04/05 - Fax: 3061-8215

RECEBIDO SPG *[assinatura]*

São Paulo, 19 de janeiro de 2015.

À
COMISSÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO

ASSUNTO: MUDANÇA DE TÍTULO

(PREENCHER À MÁQUINA, COMPUTADOR E/OU LETRA DE FORMA LEGÍVEL)

Nome: Camila Nascimento Monteiro

Orientador/a: Moisés Goldbaum

Programa: Medicina Preventiva

Curso: () Mestrado (X) Doutorado

Solicito a V. Sª. análise de mudança do título da minha () Dissertação de Mestrado (X) Tese de Doutorado.

DE: "Acesso e utilização de serviços de saúde por portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus - Inquéritos de base populacional"

PARA: "Acesso, utilização e equidade nos serviços de saúde em São Paulo - Inquéritos de base populacional"

JUSTIFICATIVA: Não haverá mudanças do ponto de vista metodológico, escopo e objetivos da pesquisa. A justificativa para a alteração no título é que não serão realizadas as análises do acesso e utilização dos serviços de saúde apenas para a população com diabetes e hipertensão do município de São Paulo, será analisada toda a população do município de São Paulo, ocorrendo a ampliação do número de participantes da pesquisa e a incorporação de todos os demandantes do serviço de saúde, sem haver mudanças na estrutura original da pesquisa. Com a alteração, haverá maior adequação do título ao trabalho.

(no caso de mudança de projeto, encaminhar a aprovação do novo projeto pela CAPPesq)

[assinatura]
Prof. Dr. Moisés Goldbaum

[assinatura]
Prof. Dr. Paulo Rossi Menezes

Prof. Dr. Paulo Rossi Menezes
Coordenador do Programa de Pós-Graduação
em Medicina Preventiva

Anexo D. Carta de aceite do artigo “Use, access and equity in health care services in São Paulo, Brazil”. Revista Cadernos de Saúde Pública.

CSP CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA
REPORTS IN PUBLIC HEALTH

Rio de Janeiro, 06 de abril de 2016.

Ilmo(a) Sr(a). Camila Nascimento Monteiro:

Em nome do Conselho Editorial de Cadernos de Saúde Pública, comunicamos que o artigo de sua autoria, em colaboração com Mariëlle Beenackers, Moisés Goldbaum, Marilisa Berti de Azevedo Barros, Reinaldo José Gianini, Chester Luiz Galvão Cesar, Johan P. Mackenbach, intitulado "Utilização, acesso e equidade em serviços de saúde em São Paulo, Brasil", foi aprovado quanto ao seu mérito científico.

A conclusão do processo editorial de seu artigo dependerá da avaliação técnico-editorial com vistas a detectar dúvidas de formatação, referências bibliográficas, figuras e/ou tabelas. Comunicação nesse sentido lhe será enviada oportunamente.

Atenciosamente,

Marília Sá Carvalho

Cláudia Medica Coeli

Luciana Dias de Lima
Editoras

Anexo E. Submissão do manuscrito “Socioeconomic inequalities in dental health services in São Paulo, Brazil, 2003-2008”. Revista BMC Health Services Research.

[HOME](#) • [LOGOUT](#) • [HELP](#) • [REGISTER](#) • [UPDATE MY INFORMATION](#) • [JOURNAL OVERVIEW](#)
[MAIN MENU](#) • [CONTACT US](#) • [SUBMIT A MANUSCRIPT](#) • [INSTRUCTIONS FOR AUTHORS](#)

Role: **Author** Username: camilamonteiro02

Revisions Being Processed for Author Camila Nascimento Monteiro, MsC

Page: 1 of 1 (1 total revisions being processed)

Display 10 results per page.

BMC Health Services Research
SOCIOECONOMIC INEQUALITIES IN DENTAL HEALTH SERVICES IN SAO PAULO, BRAZIL, 2003-2008
 --Manuscript Draft--

Manuscript Number:	BHSR-D-15-00186R1
Full Title:	SOCIOECONOMIC INEQUALITIES IN DENTAL HEALTH SERVICES IN SAO PAULO, BRAZIL, 2003-2008
Article Type:	Research article
Section/Category:	Organization, structure and delivery of healthcare
Funding Information:	
Abstract:	<p>Background: Access to, and use of, dental health services in Brazil have improved since 2003. The increase of private health care plans and the implementation of the "Smiling Brazil" Program, the largest public oral health care program in the world, could have influenced this increase in access. However, we do not yet know if inequalities in the use of dental health services persist after the improvement in access. The aims of this study are to analyze socioeconomic differences for dental health service use between 2003 and 2008 in São Paulo and to examine changes in these associations since the implementation of the Smiling Brazil program in 2003.</p> <p>Method: Data was obtained via two household health surveys (ISA-Capital 2003 and ISA-Capital 2008) which investigated living conditions, lifestyle, health status and use of health care services. Logistic regression was used to analyze associations between socioeconomic factors and dental services use. Additionally, trends from 2003 to 2008 regarding socioeconomic characteristics and dental health service use were explored.</p> <p>Results: Overall, dental health service use increased between 2003 and 2008 and was at both time points more common among those who had higher income, better education, better housing conditions, private health care plans and were Caucasian. Inequalities in use of dental health care did not decrease over time. Among the reasons for not seeking dental care, not having teeth and financial difficulty were more common in lower socioeconomic groups, while thinking it was unnecessary was more common in higher socioeconomic groups.</p> <p>Conclusions: The Brazilian oral health policy is still in a period of expansion and seems to have contributed slightly to increased dental health service use, but has not influenced socioeconomic inequalities in the use of these services. Acquiring deeper knowledge about inequalities in dental health service use will contribute to better understanding of potential barriers to reducing them.</p> <p>Keywords: Dental Health Services. Dental Care. Inequalities in Health Care Services. Health Surveys.</p>
Corresponding Author:	Camila Nascimento Monteiro, MsC University of São Paulo BRAZIL
Corresponding Author Secondary Information:	
Corresponding Author's Institution:	University of São Paulo

REFERÊNCIAS

8. REFERÊNCIAS

Adami NP. A melhoria da qualidade nos serviços de enfermagem. *Acta Paul Enfermagem*. 2000; 13(1):190-6.

Aith FA, Bujdoso Y, Nascimento PR, Dallari SG. Os princípios da universalidade e integralidade do SUS sob a perspectiva da política de doenças raras e da incorporação tecnológica. *Revista de Direito Sanitário*. 2014; 15(10):10-14.

Almeida-Filho N, Kawachi I, Pellegrini-Filho A, Norberto JW. Research on Health Inequalities in Latin America and the Caribbean: Bibliometric Analysis (1971–2000) and Descriptive Content Analysis (1971–1995). *American Journal of Public Health*. 2003; 93 (12): 2037-43.

Alves MCGP. Plano de Amostragem. In: Cesar CLG, Carandina L, Alves MCGP, Barros MBA, Goldbaum M. Saúde e condição de vida em São Paulo. São Paulo: USP/FSP; 2005. p.47-63.

Alves MCGP, Escuder MM. Plano de Amostragem do ISA-Capital 2008. Disponível em: <http://www.fsp.usp.br/isa-sp/pdf/planoamostral2008.pdf>. Acesso em 27/02/2015.

Alves MCGP, Alves OSF, Bousquat A, Escuder MML, Segri NJ. Uso de serviços de saúde. In: Escuder MML, Monteiro PHN, Pupo LR. Temas de saúde coletiva n.8. Acesso aos serviços de saúde em Municípios da Baixada Santista. São Paulo: Instituto de Saúde, 2008, p. 65-85.

Alston L, Melo M, Mueller B, Pereira C. Changing Social Contracts: Beliefs and Dissipative Inclusion in Brazil. NBER working paper. 2012. National Bureau of Economic Research. p. 3-42.

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

Andrade LOM, Barreto ICHC. Evolução das políticas de saúde no Brasil. In: Andrade LOM, Barreto ICHC. SUS passo a passo: história, regulamentação, financiamento, políticas nacionais. São Paulo: Hucitec; 2007. p. 25-45.

Arretche M. Apresentação. In: Arretche M. Trajetórias das desigualdades – como o Brasil mudou nos últimos 50 anos. São Paulo: Editora Unesp. 2015. p.1-19.

Bahia L, Costa AJL, Fernandes C, Luiz RR, Cavalcanti M de LT. Segmentação da demanda dos planos e seguros privados de saúde: uma análise das informações da PNAD/98. *Cienc Saude Coletiva*. 2002; 7(4): 671-686.

Bahia L. A privatização no sistema de saúde brasileiro nos anos 2000: tendências e justificação. In: Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde/ Nelson Rodrigues dos Santos e Paulo Duarte de Carvalho Amarante (Organizadores). Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 115-129.

Baldani MH, Almeida ES, Antunes JLF. Equidade e provisão de serviços públicos odontológicos no estado do Paraná. *Rev. Saúde Pública*. 2009; 43(3): 446-54.

Barata RB. Iniquidade e saúde: a determinação social do processo saúde-doença. *Revista USP*. 2001; 51:138-45.

Barata RB. O que queremos dizer com desigualdades sociais em saúde? In: Barata RB. Como e por que as desigualdades fazem mal à saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. p.11-40.

Barros AJD, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Medical Research Methodology*. 2003; 3:21.

Barros MBA. Os inquéritos domiciliares e o estado de saúde da população. In: Cesar CLG, Carandina L, Alves MCG, Barros MBA, Goldbaum M. Saúde e condição de vida em São Paulo. Inquérito Multicêntrico de Saúde no Estado de São Paulo - ISA-SP. São Paulo: FSP-USP. 2005

Barros MBA. As dimensões da saúde: inquérito populacional em Campinas. São Paulo: Editora Hucitec. 2008a. p. 12-35.

Barros MBA. Inquéritos domiciliares de saúde: potencialidades e desafios. *Rev Brasileira de Epidemiol*. 2008b; 11(supl 1): 6-19.

Beaglehole B, Bonita R, Alleyne G, Horton R, Li L, Lincoln P, et al. UN High-Level Meeting on Non-Communicable Diseases: addressing four questions. *Lancet*. 2011; 378(9789): 449-55.

Bonita R, Beaglehole R, Kjellström T. Medindo saúde e doença. In: Bonita R, Beaglehole R, Kjellström T. Epidemiologia Básica. OMS. São Paulo: Livraria Santos Editora. 2006.p.12-36.

Brasil. Ministério da Saúde. Anais da 8a Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde. 1987. Disponível em:

http://www.ccms.saude.gov.br/conferenciasnacionaisdesaude/pdfs/8conferencia/8conf_nac_anais.pdf Acesso em 30/01/2016.

Brasil. Leis etc. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da União, Brasília (DF). 30 out 1998.

Brasil. Leis etc. Portaria nº 95, 26 de Janeiro de 2001. Norma operacional da Assistência à Saúde. NOAS-SUS 01/2001. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.htm Acesso em 15/05/2016.

Brasil. Leis etc. Portaria nº 371, de 4 de março de 2002. Institui o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes *Mellitus*, parte integrante do Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes *Mellitus*. Diário Oficial da União 2002; 6 mar. 2002.

Brasil. Programa Nacional de Imunizações-30 anos. Secretaria de Vigilância à Saúde. Brasília-DF: Editora do Brasil; 2003. p. 10-210.

Brasil. Leis etc. Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html Acesso em 22/04/2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Relação Nacional dos medicamentos essenciais. Rename 2006. Brasília-DF: Editora do Brasil; 2006a. p. 1-80.

Brasil, Leis etc. Lei nº 11.347, de 27 de setembro de 2006. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar aos portadores de diabetes inscritos em programas de educação para diabéticos. Diário Oficial da União 2006; 28 set. 2006b.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência Farmacêutica no SUS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS. 2007.p.14-35.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica. Volume I. n. 28. 2011a.

Brasil. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2011b. p. 30-160.

Brasil. Assistência Farmacêutica no SUS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Coleção Para Entender a Gestão do SUS. Brasília: CONASS. 2011c. p. 23-170.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Campanha Nacional de Vacinação. Boletim Eletrônico Epidemiológico. 2011d. Disponível em:
http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/boletim_eletronico_2011.pdf
 Acesso em: 18/02/2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Relação Nacional dos Medicamentos Essenciais. Rename 2012. Brasília-DF: Editora do Brasil; 2012. p. 10-100.

Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Volume II. Acolhimento a demanda espontânea. Brasília, 2013. Disponível em:
http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_queixas_comuns.pdf Acesso em 27 Abr 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Relatório técnico cobertura. Portal do DAB 2014a. Disponível em
http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php Acesso em 18/08/2014.

Brasil. 2014b. Programa Farmácia Popular do Brasil. Disponível em:
<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/oministerio/principal/secretarias/sctie/farmacia-popular> Acesso em 14 set 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Relação Nacional dos Medicamentos Essenciais. Rename 2014. Brasília-DF: Editora do Brasil; 2014c. p. 5-160.

Brasil. Datasus. 2014d. Disponível em:
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibge/censo/cnv/ginisp.def> Acesso em 20/10/2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Saúde-PNS. Vol 2 Acesso e Utilização de Serviços de Saúde. Rio de Janeiro. 2015a.

Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Imunizações. 2015b.. Disponível em <http://portalarquivos.saude.gov.br/campanhas/pni/> Acesso em 23/11/2015.

Braveman P, Tarimo E, Creese A, Monasch R, Nelson L. Equity in health and health care: a WHO/SIDA initiative. Organização Mundial de Saúde-OMS. Geneva: WHO. Documento número 135590. 1996. p. 1-51.

Breilh J. La inequidad y la perspectiva de los sin poder: construcción de lo social y el genero. Cuerpos diferenciais e desigualdades. Bogotá: Utópica Ediciones, 1998.

Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2000; 5(1): 163-17.

Campos CEA. Os inquéritos de saúde sob a perspectiva do planejamento. *Cad. Saúde Públ.* 1993; 9 (2): 190-200.

Campos RO. Planejamento em saúde: a armadilha da dicotomia público-privado. In: Santos NR, Amarante PDC. *Relação Público Privado na Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes. 2010. p.198-208.

Campos GWS. 14ª Conferência Nacional de Saúde. 2011. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/14cns/Acesso> em 21 fevereiro 2016.

Campos BS. Rare diseases: Contributions for a National Policy. *Interfarma*. 2013; 5:5-28.

Capilheira MF, Silva IS. Fatores individuais associados a utilização de consultas médicas por adultos. *Rev Saude Publica* 2006; 40(3):436-443

Castro SS, Pelicioni AF, Cesar CLG, Carandina L, Barros MBA, Alves MCGP, Goldbaum M. Uso de medicamentos por pessoas com deficiências em áreas do estado de São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2010; 44(4): 601-10.

Cesar CLG. Condições de vida. In: Cesar CLG, Carandina L, Alves MCGP, Barros MBA, Goldbaum M. *Saúde e condição de vida em São Paulo*. São Paulo: USP/FSP. 2005. p. 63-78.

Cesar CLG. Metodologia. In: Cesar CLG, Carandina L, Alves MCGP, Barros MBA, Goldbaum M. *Saúde e condição de vida em São Paulo*. São Paulo: USP/FSP; 2005. p.37-47.

Cesar CLG, Paschoal SMP. Situação de ocupação e renda. In: Lebrão ML, Duarte YAO. *O Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2003. p. 225-39.

Cesar CLG, Tanaka OY. Household surveys as an evaluation tool for health services: a case study from the Southeast region of the Greater São Paulo Metropolitan Area, 1989-1990. *Cad. Saúde Pública*. 1996; 12(2): 59-70.

Chor D. Desigualdades em saúde no Brasil: é preciso ter raça. *Cad. Saúde Pública*. 2013; 29(7):1272-75.

Coelho-Filho JM, Marcopito LF, Castelo A. Perfil de utilização de medicamentos por idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. *Rev Saúde Publica*. 2004; 38(4):557-64.

Conill EM, Giovanella L, Almeida PF. Listas de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno? Considerações a partir do

Sistema Nacional de Saúde espanhol. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2011; 16(6):2783-94

Costa MFFL. Fatores associados à vacinação contra a gripe em idosos na região metropolitana de Belo Horizonte. *Rev Saúde Pub*. 2008; 42(1): 100-7.

Dachs JNS. Using household survey and other information sources to study health equity in Latin America and the Caribbean. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2002; 11(5/6):413-17.

Dias CRC, Romano-Lieber NS. Processo da implantação da política de medicamentos genéricos no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2006; 22(8): 1661-9.

Dias-da-Costa JS, Olinto MTA, Soares SA, Nunes MF, Bagatini TMMC. Health services utilization by the adult population in São Leopoldo, Rio Grande do Sul State, Brazil: a cross-sectional study. *Cad. Saúde Pública*. 2011; 27(5): 868-76.

Donabedian A. Models for organizing the delivery of personal health services and criteria for evaluating them. The Milbank Memorial Foundation. Cambridge. 1972. p. 103-154.

Doorslaer E, Wagstaff A, Burg H, CT, Graeve D, Duchesne I. Equity in the delivery of health care in Europe and the US. *Journal of Health Economics*. 2000; 19: 553–583

Doorslaer E, Wagstaff A. Measuring and Testing for Inequity in the Delivery of Health Care. *The Journal of Human Resources*. 2000; 35 (4): 716-733.

Dutton D. Financial, organizational and Professional factors affecting health care utilization. *Soc Sci Med*. 1986; 23: 271-335.

Esperidião M, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários. *Ciência e saúde coletiva*. 2005; 10(30): 312-20.

Facchini LA. Estratégia saudável: Saúde da Família trouxe avanços, mas precisa de investimentos para melhorar. *Jornal O Globo*. 01/07/2014. Disponível em: <http://oglobo.globo.com/opiniao/estrategia-saudavel-13084802#ixzz3bAlBpb2W> Acesso em 01/07/2014.

Frenk J. El concepto y la medicion de accesibilidad. *Revista de Salud Pública de México*. 1985; 27(5):438-53.

Germani ACCG, Aith FA. Advocacia em promoção da saúde: conceitos, fundamentos e estratégias para a defesa da equidade em saúde. *Revista de Direito Sanitário*. 2013;14:34-38.

Giovanella L, Fleury S. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: Eibenschutz C. Política de Saúde: O público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2006. p. 13-44.

Giovanella L. Sistema de Salud em Brasil. In: Giovanella L, Feo O, Faria M, Tobar S. (orgs). Sistemas de salud en Suramérica: desafios para la universalidad la integralidad y la equidad. Instituto Suramericano de Gobierno en Salud. Rio de Janeiro: ISAGS, 2012 p.229-297.

Giugliani C. Universalidade. O necessário resgate de um sentido perdido. *Revista Radis*. 2013; 127:16-19.

Godofredo JF. Utilização de serviços de saúde no Município de São Paulo, nos anos de 2003 e 2008: inquéritos de saúde de base populacional. [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública; 2011.

Gouveia GC, Souza WV, Luna CF, Souza-Junior PRB, Szwarcwald CL. Health care user's satisfaction on Brazil, 2003. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21 Supl: 109-118.

Hochman Gilberto, Bhattacharya Sanjoy. Imunização, vacinas: passado e futuro. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011; 16(2): 372.

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

Inquérito de Saúde do Município de São Paulo (ISA-Capital). Disponível em: <http://www.fsp.usp.br/isa-sp> Acesso em 15/05/2016.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. Censo 2000. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/> Acesso em 12/05/2016

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios-PNAD. 2003. Disponível em: www.ibge.gov.br Acesso em 18/02/2016

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios-PNAD. 2008. Acesso a dentista. Disponível em: <http://dssbr.org/site/2012/05/quando-foi-sua-ultima-visita-ao-dentista-uma-leitura-dos-dados-da-pnad-2008/> Acesso em 18/02/2016

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009. Despesas, Rendimentos e Condições de Vida. Rio de Janeiro. 2010. p. 26-90.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2015. Despesas, Rendimentos e Condições de Vida. Disponível em:

http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/anos_anteriores_2015.shtm Acesso em 30/01/2016.

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada-Ipea. Estudo Ipea nº 155. A década inclusiva (2001-2011): Desigualdade, pobreza e políticas de renda. 2011. p.2-35.

Jaramillo NM, Cordeiro BC. Aspectos conceituais da Assistência Farmacêutica. In: Jaramillo NM, Luiza VL, Castro CGO, Santos SM. Assistência Farmacêutica gestão e prática para profissionais de saúde. Rio de Janeiro: Opas/OMS, 2003. p.27-39.

Jesus WLA, Assis MMA. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Rev Ciênc Saúde Coletiva*. 2010; 15(1): 161-70.

Kakwani N, Neri MC, Son HH: Linkages between pro-poor growth, social programs and labor market: the recent Brazilian experience. *World Dev*. 2010, 38 (6):881–94.

Kickbuschi I. Na área de saúde, a abordagem dos fatores determinantes, de natureza comercial, é de importância fundamental para os países emergentes. *Ciênc. saúde coletiva*. 2015; 20(4): 968-9.

Lee S, Davis WW, Nguyen HA, McNeel TS, Brick JM, Flores-Cervantes I. Examining trends and averages using combined cross-sectional survey data from multiple years. CHIS Methodology Paper. 2007. Disponível em: http://www.chis.ucla.edu/pdf/paper_trends_averages.pdf. Acesso em 18/09/2015.

Lenthe FJ, Kamphuis CBM, Beenackers MA, Jansen T, Looman CWN, Nusselder WJ, Mackenbach JP. Cohort Profile: Understanding socioeconomic inequalities in health and health behaviours: The GLOBE study. *International Journal of Epidemiology*. 2014; 43:721–730.

Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJL. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. *The Lancet*. 2006;367:1747-57.

Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;12(2):335-342.

Macinko J, Lima-Costa MF. Horizontal equity in health care utilization in Brazil. *International Journal of Equity in Health* 2012. 11:33.

Mackenbach JP, Bouvier-Colle MH, Jouglé E. "Avoidable" mortality and health services: a review of aggregate data studies. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 1990; 44: 106-111.

Mackenbach JP. Socioeconomic inequalities in health in the Netherlands: impact of a five year research programme. *BMJ*. 1994; 309:1487-91.

Mackenbach JP, Kunst AE. Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: an overview of available measures illustrated with two examples from Europe. *Soc Sci Med*. 1997;44(6):757-71.

Mackenbach JP. Can we reduce health inequalities? An analysis of the English strategy (1997-2010). *J Epidemiol Community Health*. 2011; 65(7):568-75.

Mackenbach JP. The persistence of health inequalities in modern welfare states: The explanation of a paradox. *Social Science & Medicine*. 2012; 75: 761-769.

Mackenbach JP, McKee M. Government, politics and health policy: A quantitative analysis of 30 European countries. *Health Policy*. 2015; 119(10), 1298–1308.

Malta DC, Cezário AC, Moura L, Morais-Neto OL, Silva-Junior JB. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2006; 15(3):47-65.

Malta DC, Leal MC, Costa MFL, Morais Neto OL. Inquéritos Nacionais de Saúde: experiência acumulada e proposta para o inquérito de saúde brasileiro. *Rev Bras Epidemiol*. 2008; 11(1):159-67.

Manfredini MA, Moysés SJ, Noro LRA, Narvai PC. Private and Public Dental Care in the City of São Paulo in the First Decade of the XXI Century. *Saúde Soc*. 2012; 21 (2): 323-35.

Matta GC. Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: Matta GC, Pontes ALM (Org.). Políticas de Saúde: Organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p.25-44.

Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad Saúde Pública*. 2004;20(5):1411-6.

Mattos LV. Assistência Farmacêutica na Atenção Básica e Programa Farmácia Popular do Brasil: uma análise crítica das políticas públicas de provisão de medicamentos no Brasil [dissertação]. Rio de Janeiro: Ensp 2015.

Medronho RA, Perez MA. Transição demográfica e transição epidemiológica. In: Medronho RA, Bloch KV, Luiz RR, Werneck GL. Epidemiologia. São Paulo: Editora Atheneu; 2009. p. 389-402.

Meer JBW, Bos J, Mackenbach JP. Socioeconomic differences in the utilization of health services in a Dutch population: the contribution of health status. *Health Policy*. 1996; 37:1-18.

Mendes EV. O dilema do SUS. *Revista Riopharma*. 2009; 62:1-3.

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.

Menezes L. Acesso gratuito e descontos ampliam alcance. *Revista ValorSetorial Saúde*. 2013 set p.84-85.

Monteiro MFG. Transição demográfica e seus efeitos sobre a saúde da população. In: Barata RB, Barreto ML, Almeida-Filho N, Veras RP. Equidade e saúde: contribuições da epidemiologia. Rio de Janeiro: Fiocruz. 1997. p.187-204.

Monteiro S. Batalha pelo equilíbrio. *Revista Conjuntura Econômica-Fundação Getúlio Vargas*. 2015; 1: 35-41.

Moraes JC, Barata RB, Ribeiro MCSA, Castro PC. Cobertura vacinal no primeiro ano de vida em quatro cidades do estado de São Paulo, Brasil. *Rev Panam de Salud Publ*. 2000; 8 (5):332-41.

Moraes JC, Ribeiro MCSA. Desigualdades sociais e cobertura vacinal: uso de inquéritos domiciliares. *Rev Bras Epidemiol*. 2008; 11(supl1): 113-24.

Noronha José Carvalho de. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. *Cad. Saúde Pública*. 2013; 29(5): 847-849.

Nunes A, Santos JRS, Barata RB, Vianna SM. Introdução. In: Nunes A, Santos JRS, Barata RB, Vianna SM. Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento. 2001. p.10-33.

Nunes BP, Thumé EE, Tomasi E, Duro SMS, Facchini LA. Desigualdades socioeconômicas no acesso e qualidade da atenção nos serviços de saúde. *Rev. Saúde Pública*. 2014; 48(6): 968-976.

Oliveira LCF, Assi, MMA, Barboni AR. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010; 15(3):3561-7.

Oliveira MA, Bermudez JAZ, Osório-de-Castro CGS. O que é Política Nacional de Medicamentos? In: Oliveira MA, Bermudez JAZ, Osório-de-Castro CGS. Assistência Farmacêutica e Acesso a Medicamentos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2007. p. 63-84.

Organização Pan Americana de saúde-AS. [Pan-American Health Organization]. Programa Mais Médicos. Disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=8114&Itemid=41540&lang=es Acesso em 24/09/2015

Organização Pan Americana de saúde-AS. [Pan-American Health Organization].. Leading Pan-American Health. Official Document 287. 1998. <http://www1.paho.org/english/dbi/CuadReport-94-97.htm> Acesso em 14/08/2014.

Organização Mundial da Saúde-OMS. 1986. Carta de Ottawa. In: Promoção da Saúde e Saúde Pública. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. p. 158-162.

Organização Mundial de Saúde-OMS. 2008. Relatório mundial da saúde. Cuidados de saúde primários. Disponível em: http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf Acesso em 05/10/2014.

Organização Mundial de Saúde-OMS. Relatório 2010 *apud* Noronha, 2013.

Organização Mundial de Saúde-OMS. 2011. Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde. Disponível em: http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/12/Decl-Rio-versao-final_12-12-20112.pdf Acesso em 21/09/15

Organização Mundial de Saúde-OMS. 2012. Discurso Margareth Chan. Disponível em: http://www.who.int/dg/speeches/2012/wha_20120521/en/ Acesso em 05/10/2014.

Organização Mundial de Saúde-OMS. 2013. Handbook on health inequality monitoring: with a special focus on low- and middle-income countries. p. 1-13.

Organização Mundial de Saúde-OMS. 2014. Glossary of terms. Disponível em: <http://www.who.int/hia/about/glos/en/index1.html> Acesso em 05/10/2014.

Osorio-de-Castro CGS, Luiza VL, Castilho SR, Oliveira MA, Jaramill NM. Assistência Farmacêutica: do acesso ao uso racional de medicamentos. In: Osorio-de-Castro CGS, Luiza VL, Castilho SR, Oliveira MA, Jaramill NM. Assistência Farmacêutica: gestão e prática para profissionais da saúde. 2014. Editora Fiocruz. p.17-24.

Ottersen OP, Dasgupta J, Blouin C, Buss P, Chongsuvivatwong V, Frenk J et al. Comissão Governança Global em Saúde. Universidade de Oslo. As origens políticas das iniquidades em saúde: perspectivas de mudança. Relatório Técnico. 2014. Disponível em:

<http://www.abrasco.org.br/UserFiles/Image/Lancet%20Oslo%20Sumario%20Executivo%20portugues.pdf> Acesso em 08/04/2016.

Oxfam. Organização Humanitária Britânica Oxfam. Relatório Workinf for the Few. Divulgado em 20/01/2014. *Radis*. 2014; 138:5-6.

Padilha A. Relatório Técnico. 2012. Disponível em www.conass.org.br Acesso em: 22/07/2012.

Paim JS, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*. 2011;377(9779):1778-97.

Paim JS. Discurso na 15ª CNS 2015. Disponível em: <http://conferenciasaude15.org.br/> Acesso em 22/04/2016.

Paniz VMV, Fassa AG, Facchini LA, Bertoldi AD, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silva da Silveira D, Siqueira FV, Rodriigues MA. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(2):267-80.

Paniz VMV, Fassa AG, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, et al. Free access to hypertension and diabetes medicines among the elderly: a reality yet to be constructed. *Cad Saúde Pública*. 2010; 26(6): 1163-74.

Pavão ALB, Coeli CM. Modelos teóricos do uso de serviços de saúde: conceitos e revisão. *Cad. Saude Colet*. 2008; 16 (3): 471-82.

Pego RA, Almeida CM. Teoría y práctica de las reformas de los sistemas de salud: los casos de Brasil y México. *Cad Saúde Pública*. 2002; 4: 971–89.

Pellegrini-Filho A. Pesquisa em saúde, política de saúde e equidade na América Latina. *Cienc e Saúde Coletiva*. 2004; 9(2):339-50.

Pessoto UC, Heimann LS, Boaretto RC, Castro IEN, Kayano J, Ibanhes LC, Junqueira V, Rocha JL, Barboza R, Cortizo CT, Martins LC, Luiz OC. Desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde na Região Metropolitana de São Paulo. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2007; 12(2): 351-362.

Pinto. CDBS. O Programa Farmácia Popular do Brasil: modelo, cobertura e utilização frente à Política Nacional de Medicamentos [Dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. 2008.

Porto SM. Justiça Social, Equidade e Necessidade em Saúde. In Piola SF, Vianna SM (orgs.), Economia da Saúde: Conceito e Contribuição para a Gestão da Saúde. 2003. Brasília, IPEA. p.1-15.

Porto SM, Ugá MA, Moreira Rda S. Uma análise da utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento: Brasil 1998-2008. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(9):3795-806.

Prefeitura do Município de São Paulo. Disponível em: <http://www.capital.sp.gov.br/portal/> Acesso em 04/04/2016

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento-PNUD. Atlas do Desenvolvimento Humano. 2014. Disponível em: www.pnud.org.br Acesso em: 28/02/2015.

Pucca G. Coordenador do Brasil Sorridente avalia os 11 anos do programa. Informe Ensp. 10 de Junho 2015. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/37877> Acesso em 10/06/2015.

Santos-Pinto CDB, Costa NR, Osório-de-Castro CGS. Quem acessa o Programa Farmácia Popular do Brasil? Aspectos do provisão público de medicamentos. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(6): 2963-73.

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. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2006; 11(4): 1011-22.

Rosa RS, Schmidt MI, Duncan BB, Souza MFM, Lima AK, Moura L. Internações por Diabetes *Mellitus* como diagnóstico principal na Rede Pública do Brasil, 1999-2001. *Rev Bras Epidemiol*. 2007;10(4): 465-78.

Rouquayrol MZ, Almeida-Filho N. A medida da Saúde Coletiva. In: Rouquayrol MZ, Almeida-Filho N. Epidemiologia e Saúde. Rio de Janeiro: Medsi. 5ª edição. 1999. p.21-31.

Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Publica*. 2012;31(3):260–8.

Santos LMP, Costa AM, Girardi SN. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2015; 20(11):3547-52.

Santos-Pinto CDB, Costa NR, Osório-de-Castro CGS. Quem acessa o Programa Farmácia Popular do Brasil? Aspectos do provisão público de medicamentos. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(6): 2963-73.

Sassi RM, Béria JU, Barros AJD. Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study. *Cad Saude Publica*. 2003; 37(3):372-8.

Schiaffino A, Rodríguez M, Pararin MI, Borrell C, Fernandez E. Odds ratio o razón de proporciones? Su utilización em estúdios transversales. *Gaceta Sanitária*. 2003; 17(1): 70-4.

Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo-SES. Programa Dose Certa. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/assistencia-farmaceutica/medicamentos-dos-componentes-da-assistencia-farmaceutica/programa-dose-certa>

Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Programa Remédio em Casa. 2015. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/programas/index.php?p=5875> Acesso em 10 fev 2015.

Segri NJ, Francisco PMSB, Alvez MCGP, Barros MBA, Cesar CLG, Goldbaum M, Malta DC. Práticas preventivas de detecção de câncer em mulheres: comparação das estimativas dos inquéritos de saúde (ISA - Capital) e vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL-São Paulo). *Rev Bras Epidemiol*. 2011; 14(1)Supl:31-43.

Silva PLB. Serviços de saúde: o dilema do SUS na nova década. *São Paulo em perspectiva*. 2003; 17(1): 69-85.

Silva ZP, Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003- 2008. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011. 16(9):3807-16.

Solar, Irwin. A conceptual framework for action on the social determinants of health.OMS. 2010. p. 20-48.

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

Szwarcwald CL, Viacava F. Pesquisa Mundial de Saúde no Brasil, 2003. Editorial. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21 Supl S4-S5.

Temporão JG. Equação insustentável. *Revista Carta Capital*. 2013 jan. Edição 734.

Theme-Filha MM, Szwarcwald CL, Souza-Junior PR. Medidas de morbidade referida e inter-relações com dimensões de saúde. *Rev. Saúde Pública*. 2008 ; 42(1):73-81.

Thompson ML, Myers JE, Kriebel D. Prevalence odds ratio or prevalence ratio in the analysis of cross sectional data: what is to be done? *Occup Environ Med.* 1998; 55: 272-77.

Tomasi E, Facchini LA, Thumé E, Piccini RX, Osorio A, Silveira DS. Características da utilização de serviços de atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção. *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2011; 16(11): 4395-4404.

Travassos C. Equity in the Use of Private Hospitals Contracted by a Compulsory Insurance Scheme in the City of Rio de Janeiro, Brazil, in 1986. [Tese]. The London School of Economics and Political Science, Londres. 1992.

Travassos C. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para o debate. *Cad Saúde Pública.* 1997; 2(13):325-330.

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

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

Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública.* 2004; 20 (Sup 2):190-8.

Travassos C, Castro MSM. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e utilização dos serviços de saúde. In: Giovanella L. Políticas e Sistema de saúde no Brasil. 2012. 2ª edição. Editora Fiocruz. p. 183-208.

Ugá MAD, Santos IS. Uma análise da equidade do financiamento do sistema de saúde brasileiro. 2005. Projeto Economia da Saúde. p. 4-80.

Viacava F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2002; 7(4): 607-21.

Viacava F, Dachs N, Travassos C. Inquéritos domiciliares e o sistema Nacional de Informações em Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2006; 11(4):863-9.

Viacava F. Acesso e uso de serviços de saúde pelos brasileiros. *Radis.* 2010; 96:12-19.

Viacava F. Ten years of information on health services access and use. *Cad Saúde Pública.* 2010; 26(12): 2210-11.

Victora CG, Barreto ML, Leal MC, Monteiro CA, Schmidt MI, Paim J, Bastos FI, Almeida C, Bahia L, Travassos C, Reichenheim M, Barros FC. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. *Lancet*. 2011; 377(1):2042-53.

Waldman EA. A transição epidemiológica: tendências e diferenciais dos padrões de morbimortalidade em diferentes regiões do mundo. *Mundo saúde*. 2000;24(1):10-8.

Waldman EA. Mesa-Redonda: Desigualdades sociais e cobertura vacinal: uso de inquéritos domiciliares. *Rev Bras Epidemiol*. 2008; 11(1):129-32.

Waldman EA, Luhm KR, Monteiro SAMG, Freitas FRM. Vigilância de eventos adversos pós-vacinação e segurança de programas de imunização. *Rev Saúde Pública*. 2011; 45(1):173-84.

Wennberg JE. On patient need, equity, supplier-induced demand and the need to assess the outcome of common medical practices. *Medical Care*. 1985; 23(5):512-20.

West P, Cullis J. Introducción a La economía de La salud. Oxford, 1979.

Wilkinson RG. Income and mortality. In: Wilkinson RG. Class and Health: research and longitudinal data. London: Travistock, 1986. p. 1-70.

Whitehead M. The concepts and principles of equity in health. *International Journal of Health Services*. 1992; 22 (3): 429-45.

Whitehead M, Dahlgren G, Gilson L. Construcción de una respuesta política a la falta de equidad en la salud: una perspectiva mundial. In: Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M. Desafío a la falta de Equidad en la Salud: de la ética a la acción. Fundación Rockefeller: Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica y Técnica n. 585, 2002.p.1-22.

Zioni F. Exclusão social: noção ou conceito? *Saúde e Sociedade*. 2006; 15 (3):15-29.