

# Redução das desigualdades no uso de consultas médicas no Brasil: análise das regiões Nordeste e Sudeste entre 2003 e 2008

## *Reduction of inequalities in medical visits in Brazil: analysis of the Northeastern and Southeastern regions between 2003 and 2008*

Paulo Sérgio Cardoso da Silva<sup>I</sup>, Antonio Fernando Boing<sup>I</sup>, Karen Glazer Peres<sup>I,II</sup>

**RESUMO:** *Objetivo:* Analisar as desigualdades socioeconômicas na utilização de consultas médicas (CM) no último ano no Brasil. *Métodos:* Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios ( $\geq 20$  anos de idade) das Regiões Nordeste (2003, n = 75.652 e 2008, n = 79.779) e Sudeste (2003, n = 76.029 e 2008, n = 79.356) foram analisados segundo CM. Compararam-se as prevalências de CM segundo as variáveis exploratórias demográficas e de saúde no primeiro (D1) e último (D10) decil de renda familiar *per capita*. As análises consideraram o desenho amostral complexo. *Resultados:* A proporção de pessoas com CM aumentou no período na Região Nordeste (61,2 para 66,9%) e Sudeste (67,9 para 73,5%). A diferença absoluta de CM, segundo D1 e D10 no período, foi de 6,4 pontos percentuais (pp) no Nordeste e 4,2 pp no Sudeste. Houve importante redução das desigualdades entre os homens; naqueles sem doenças crônicas; naqueles que tinham uma percepção positiva da sua saúde e naqueles sem plano de saúde com direito a CM. A Região Sudeste ainda apresentou redução entre aqueles com apenas uma morbidade autorreferida (8 pp) e com percepção negativa da saúde (6 pp). *Conclusão:* Houve aumento de CM no Brasil. Observa-se ainda persistente desigualdade entre os mais pobres e os mais ricos, maior no Nordeste do que no Sudeste. Políticas para a redução da desigualdade em saúde mais eficazes e equânimes devem ser adotadas no Brasil.

**Palavras-chave:** Serviços de saúde. Desigualdades em saúde. Fatores socioeconômicos. Epidemiologia. Brasil. Consulta médica.

<sup>I</sup>Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina – Florianópolis (SC), Brasil.

<sup>II</sup>Australian Research Centre for Population Oral Health, School of Dentistry, The University of Adelaide – Adelaide, Australia.

**Autor correspondente:** Karen Glazer Peres, Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Universitário, Trindade, CEP: 88010-970, Florianópolis, SC, Brasil. E-mail: karen.peres@ufsc.br

**Conflito de interesses:** nada a declarar – **Fonte de financiamento:** nenhuma.

**ABSTRACT:** *Objective:* To analyze the socioeconomic inequalities in medical visits (MV) in the past year in Brazil. *Methods:* Data from adults aged  $\geq 20$  years old who participated in the Brazilian National Household Surveys and living in the Northeastern (2003; n = 75,652 and 2008, n = 79,779) and Southeastern (2003; n = 76,029 and 2008; n = 79,356) regions were analyzed according to MV. We compared MVs according to demographic and health variables in the first (D1) and last (D10) *per capita* family income deciles. All analyses considered the complex cluster design. *Results:* The proportion of people who had MV during this period increased in the Northeastern (from 61.2 to 66.9%) and the Southeastern (from 67.9 to 73.5%) regions. The absolute difference (AD) in the use of MV, according to D1 and D10 in this period, was equal to 6.4 percentage points (pp) in the Northeastern and 4.2 pp in the Southeastern regions. Significant reduction in inequalities was observed among men without chronic diseases, in those who had a positive perception of their health, and among those without health insurance which included MV. The Southeastern region has also showed significant reduction among those with chronic disease (8 pp) and with negative health self-perception (6 pp). *Conclusion:* The increasing number of MVs was found in Brazil. However, persistent inequalities were observed between the poorest and the richest, higher in the Northeastern than in the Southeastern region. More effective and equitable policies to reduce health inequalities should be adopted in Brazil.

**Keywords:** Health services. Health inequalities. Socioeconomic factors. Epidemiology. Brazil. Medical consultation.

## INTRODUÇÃO

A partir da Constituição Brasileira de 1988, a saúde passou a ser reconhecida no país como um direito de todo cidadão e dever do Estado. Logo no início da década de 1990, com a regulação das ações e serviços de saúde nas leis 8.080/90 e 8.142/90, criou-se a base legal dos princípios estruturantes do modelo universal e redistributivista do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>1</sup>.

No entanto, ainda que o SUS tenha em seus pilares a equidade da atenção à saúde, observam-se no contexto nacional diferenças importantes no acesso e uso dos serviços de saúde. Dentre as principais variáveis determinantes, destacam-se o perfil socioeconômico das pessoas, as suas características de saúde e demanda por atenção e a própria estrutura de oferta de serviços<sup>2-4</sup>. Diversos estudos mostram que há maior uso dos serviços de saúde entre as mulheres, aqueles com idade mais elevada e doentes crônicos<sup>5,6</sup>.

Quanto às desigualdades socioeconômicas, Travassos et al.<sup>7</sup> identificaram na década de 1990 maior utilização de consultas médicas no Brasil entre os mais ricos, havendo apenas discreta redução dessa diferença entre 1989 e 1996/7. Ao analisar o desfecho entre 1998 e 2008, Viacava<sup>8</sup> identificou que todas as regiões brasileiras apresentaram aumento no percentual de atendimentos financeiros pelo SUS, sendo que a Região Nordeste foi a que apresentou a maior prevalência (68,6%) e a Região Sudeste, a menor (49,9%) no ano de 2008<sup>8</sup>. No entanto, não foram analisadas as variações nas desigualdades socioeconômicas de consultas médicas dentro das regiões nesse contexto de ampliação do seu acesso.

Marcado por fortes desigualdades sociais, o Brasil tem por recomendação da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde o estímulo à produção de evidências sobre a magnitude dessas desigualdades e sobre o papel dos determinantes sociais em saúde, de modo a subsidiar a construção de políticas públicas direcionadas para a redução das desigualdades sociais e em saúde no Brasil. A associação entre o uso de serviço de saúde e outras variáveis demográficas, socioeconômicas e de comportamento precisa ser mais bem estudada para que as políticas públicas sejam mais bem direcionadas<sup>6</sup>.

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) entre 1998 e 2008 incluiu a cada 5 anos um conjunto de perguntas relacionadas à saúde, que se somam às socioeconômicas regularmente coletadas. Esse instrumento possibilita a obtenção de informações sobre a morbidade percebida, o acesso ao serviço de saúde, a cobertura do plano, a utilização dos serviços de saúde, entre outras de extrema relevância. Além disso, seu processo amostral permite a comparabilidade dos resultados entre os anos em que foi realizada<sup>9</sup>.

Considerando-se que o Brasil apresenta desigualdades na utilização de serviços de saúde nas suas macrorregiões e sabendo-se que as regiões Nordeste e Sudeste apresentam o longo da história uma marcante desigualdade do uso dos serviços de saúde<sup>7,10</sup>, conhecer a magnitude dessas desigualdades pode contribuir para a formulação de políticas públicas mais eficazes e equânimes, favorecendo a redução das desigualdades em saúde no Brasil. Destaca-se a relevância da análise das consultas médicas por se caracterizarem como a principal demanda no sistema de saúde, sobrecarregando-o tanto sob o aspecto tempo, com a maior demanda para o serviço, como sob o aspecto financeiro, com a maior solicitação de exames complementares<sup>11</sup>.

Conhecer a magnitude e a variação das desigualdades no uso de consultas médicas é essencial para o melhor planejamento e organização dos serviços de saúde<sup>12</sup>. O monitoramento constante das variáveis relacionadas à utilização dos serviços de saúde permite que políticas de saúde sejam mais bem direcionadas em busca da universalidade e também da equidade<sup>5</sup>.

O objetivo deste estudo foi analisar a magnitude das desigualdades socioeconômicas na utilização de consultas médicas nas regiões Sudeste e Nordeste do Brasil, no período de 2003 e 2008.

## MÉTODOS

O estudo foi realizado com base nos dados das PNADs de 2003 e de 2008 realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

A PNAD 2003 foi realizada em um total de 133.255 domicílios, com participação de 384.834 pessoas<sup>13</sup>. Em 2008, foram pesquisados 150.591 unidades domiciliares distribuídas por todas as Unidades da Federação, com um total de 391.868 pessoas. A PNAD conta com uma amostra probabilística de domicílios que permite a inferência dos seus resultados para todo o Brasil. A amostragem é feita em múltiplos estágios, tendo os municípios como unidades primárias, os setores censitários como unidades secundárias e os domicílios como unidades terciárias. O questionário é aplicado a todos os moradores dos domicílios pesquisados. A metodologia da PNAD prevê o uso de respondentes substitutos. Detalhes adicionais sobre a amostra da PNAD constam em publicações do IBGE<sup>9</sup>. Para este estudo, utilizaram-se os dados das PNADs de 2003 e 2008 referentes aos adultos ( $\geq 20$  anos de idade) das regiões Nordeste (2003,  $n = 75.652$  e 2008,  $n = 79.779$ ) e Sudeste (2003,  $n = 76.029$  e 2008,  $n = 79.356$ ).

O desfecho analisado foi a utilização de consultas médicas, informação obtida por meio da pergunta “Nos 12 últimos meses, o(a) Sr(a). consultou médico?”. As variáveis exploratórias foram sexo (masculino; feminino), idade em anos por faixa etária (20 a 29; 30 a 39; 40 a 49; 50 a 59 e 60 anos ou mais), decil de renda familiar *per capita*, morbidade autorreferida (nenhuma doença; uma; duas ou mais), autopercepção de saúde (positiva; negativa) e ter plano de saúde com direito a consulta médica (sim; não). A variável renda familiar *per capita* foi construída a partir da razão entre o rendimento mensal familiar para todas as unidades domiciliares (que exclui os pensionistas, empregados domésticos e seus parentes, bem como aqueles com menos de dez anos de idade) e o número de componentes da família (que exclui pensionistas, empregados domésticos e seus parentes), sendo posteriormente classificada em decis de renda. Excluíram-se os valores *missings* por não serem representativos ( $< 0,01\%$  da amostra).

Para a análise das desigualdades socioeconômicas, foram testadas as associações do desfecho com as demais variáveis, sendo estimadas as prevalências do desfecho no primeiro (D1) e último (D10) decil de renda familiar *per capita* para os dois anos (2003 e 2008). Foi calculada a razão das proporções de indivíduos que consultaram médico nos últimos 12 meses entre mais ricos (D10) e mais pobres (D1), nas regiões Nordeste e Sudeste e nos dois períodos (2003 e 2008). A estatística descritiva sobre a utilização de consultas médicas no Brasil e demais variáveis considerou o intervalo de confiança de 95% (IC95%). Para testar a significância da amostra, foi utilizado o teste do  $\chi^2$ . As subamostras investigadas apresentaram tamanho suficiente para se obter um poder de 80% ou mais para testar as associações entre as variáveis independentes e o desfecho, considerando-se a frequência de exposição entre 38,9 e 86,1%, erro tipo alfa de 5% e razão de prevalência mínima de 1,2.

As análises estatísticas foram realizadas no programa STATA 11.0, sendo considerados os pesos amostrais individuais existentes nos bancos de dados das duas PNADs (2003 e 2008) e plano de amostragem complexa dos estudos. Por ser uma análise de uma base de dados pública, gerenciada e executada pelo IBGE, estando os dados disponíveis sem identificação dos entrevistados, a proposta deste estudo não foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa.

## RESULTADOS

Na Região Nordeste, verificou-se aumento da proporção de pessoas que consultaram um médico no último ano, variando de 61,2% (2003) para 66,9% (2008). Foi verificada também maior prevalência de consultas médicas entre as mulheres e entre aqueles com mais idade, tanto em 2003 como em 2008. A prevalência entre aqueles pertencentes ao decil mais rico foi superior àqueles pertencentes ao decil mais pobre em ambos os anos; entretanto, foi significativo o aumento naqueles pertencentes ao decil mais pobre (54,7 para 60,8%), fato responsável por reduzir a desigualdade entre os decis de 2003 para 2008. Quanto maior o número de doenças crônicas presentes, maior a utilização de consultas médicas. Indivíduos com autopercepção negativa de sua saúde apresentaram maior prevalência de consultas médicas em ambos os anos investigados, quando comparados àqueles com percepção positiva da saúde. A prevalência de utilização de consultas médicas de 2003 para 2008 pouco se modificou entre aqueles com plano de saúde; entretanto, foi mais expressiva naqueles sem plano de saúde (Tabela 1).

Na Região Sudeste, a proporção de pessoas que consultaram um médico no último ano também aumentou, variando 5,6 pontos percentuais (pp) de 2003 para 2008. Além disso, assim como no Nordeste, houve maior prevalência de consultas médicas entre as mulheres, os mais velhos e os mais ricos nos dois períodos analisados. Analisando o decil mais pobre, também se verificou um aumento na prevalência de consultas médicas de 2003 para 2008 (61,5 para 68,6%), fato que contribuiu para a diminuição da desigualdade entre os mais ricos e mais pobres. Aqueles com duas ou mais doenças crônicas também consultaram mais os médicos do que aqueles sem ou com apenas uma doença crônica. Verificou-se aumento da prevalência de consultas médicas naqueles sem plano de saúde (6,3 pp) e naqueles com plano de saúde com direito a consulta médica (2,1 pp) nos períodos analisados (Tabela 2).

O Brasil apresentou uma diminuição da desigualdade na prevalência de utilização de consultas médicas de 2003 para 2008, de modo que a relação entre os mais pobres e os mais ricos diminuiu 3,7 pp no período analisado. Quando analisada a Região Nordeste, verificou-se diminuição da desigualdade na prevalência de consultas médicas entre os mais pobres (D1) e os mais ricos (D10) de 2003 para 2008 igual a 6,4 pp, enquanto que na região Sudeste essa redução foi menor (4,2 pp) (Figura 1).

A Tabela 3 apresenta a prevalência de consultas médicas segundo o primeiro e o décimo decil de renda e as variáveis independentes na Região Nordeste. Quando analisada a razão das prevalências de consulta médica entre os homens mais pobres e mais ricos (D10/D1), verificou-se uma redução de cerca de 13,9% na desigualdade (1,87 em 2003 para 1,61 em 2008). Entre as mulheres, essa redução foi de aproximadamente 9% no mesmo período. A razão entre as prevalências de consultas médicas entre os mais ricos (D10) e os mais pobres (D1) diminuiu em todas as faixas etárias, de 2003 para 2008. Foi verificada maior prevalência na utilização de consultas médicas naqueles com duas ou mais doenças crônicas, em ambos os anos, quando comparado àqueles que não reportaram doenças crônicas. Naqueles sem doenças crônicas, houve redução na desigualdade de cerca de 15,6% (1,67 em 2003 para 1,41 em 2008). Verificou-se que

Tabela 1. Prevalência e distribuição das variáveis relacionadas à utilização de consultas médicas no último ano no Nordeste. Brasil, 2003 (n = 75.652) e 2008 (n = 79.779).

Variáveis	2003		2008	
	Total	Consultou médico nos últimos 12 meses	Total	Consultou médico nos últimos 12 meses
	n (%)	% (IC95%)	n (%)	% (IC95%)
Amostra total do Nordeste	75.652	61,2 (60,2 – 62,2)	79.779	66,9 (66,0 – 67,7)
<b>Sexo*</b>				
Masculino	35.718 (47,2)	47,6 (46,5 – 48,8)	37.502 (47,0)	54,2 (53,2 – 55,2)
Feminino	39.934 (52,8)	73,5 (72,6 – 74,5)	42.277 (53,0)	78,3 (77,5 – 79,2)
<b>Idade (anos)*</b>				
20 – 29	23.349 (30,9)	54,7 (53,5 – 55,9)	22.918 (28,7)	61,0 (59,9 – 62,1)
30 – 39	18.175 (24,0)	58,8 (57,5 – 60,1)	18.356 (23,0)	64,7 (63,6 – 65,8)
40 – 49	13.612 (18,0)	62,3 (61,0 – 63,5)	15.333 (19,2)	66,9 (65,8 – 68,0)
50 – 59	9.170 (12,1)	66,3 (64,9 – 67,7)	10.645 (13,3)	71,2 (70,0 – 72,4)
≥ 60	11.324 (15,0)	72,2 (70,8 – 73,5)	12.527 (15,7)	76,7 (75,7 – 77,7)
<b>Renda*</b>				
1º decil	15.051 (20,4)	54,7 (53,3 – 56,0)	14.188 (18,2)	60,8 (59,5 – 62,1)
10º decil	3.791 (5,1)	82,0 (80,3 – 83,7)	4.534 (5,8)	81,7 (80,2 – 83,2)
<b>Morbidade autorreferida*</b>				
Sem doenças	47.053 (62,2)	50,9 (49,7 – 52,0)	49.090 (61,5)	57,5 (56,5 – 58,5)
1 doença	16.032 (21,2)	72,7 (71,7 – 73,8)	17.579 (22,0)	76,9 (75,9 – 77,9)
≥ 2 doenças	12.556 (16,6)	84,9 (83,6 – 86,2)	13.110 (16,4)	88,3 (87,5 – 89,0)
<b>Autopercepção da saúde*</b>				
Positiva	50.052 (66,2)	53,5 (52,2 – 54,7)	52.580 (65,9)	60,3 (59,2 – 61,3)
Negativa	25.595 (33,8)	75,4 (74,5 – 76,2)	27.199 (34,1)	78,9 (78,0 – 79,7)
<b>Plano de Saúde com direito a consulta médica*</b>				
Não	68.045 (89,9)	59,2 (58,2 – 60,2)	70.943 (88,9)	65,2 (64,3 – 66,0)
Sim	7.604 (10,1)	83,4 (82,3 – 84,5)	8.836 (11,1)	84,2 (83,2 – 85,1)

\*p < 0,001 (teste do  $\chi^2$  para cada ano).

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2003 e 2008<sup>9,13</sup>.

a razão entre os mais pobres e mais ricos (D10/D1) diminuiu aproximadamente 15,4% entre aqueles que tinham uma percepção positiva de sua saúde (D10/D1 igual a 1,75 em 2003 e 1,48 em 2008). Entre aqueles sem plano de saúde, verificou-se aumento na prevalência de consultas médicas entre os mais pobres (54,6% em 2003 para 60,7% em 2008), o que explica a diminuição na razão entre grupos (D10/D1) em cerca de 10,1% no período analisado (de 1,39 em 2003 para 1,25 em 2008) (Tabela 3).

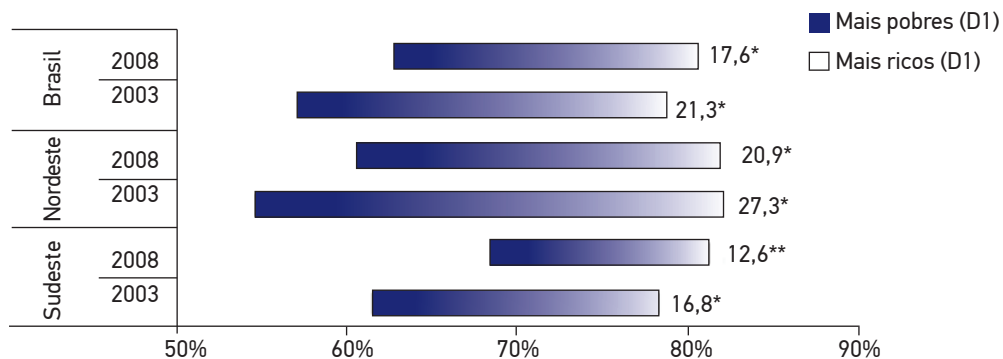
No Sudeste, houve aumento na prevalência de utilização de consultas médicas em todas as categorias. A razão dos mais ricos pelos mais pobres (D10/D1) diminuiu de 2003 para 2008 em ambos os sexos, sendo maior entre os homens (10,1%) do que entre as mulheres (4%). Verificou-se abaixo dos 50 anos uma diminuição na razão entre ricos e pobres (D10/D1) de 2003 para 2008 (9,1, 4,8 e 12,2%, respectivamente). Tanto entre os mais pobres (D1) como entre os mais ricos (D10), foi identificado um aumento na prevalência de

Tabela 2. Prevalência e distribuição das variáveis relacionadas à utilização de consultas médicas no último ano no Sudeste. Brasil, 2003 (n = 76.029) e 2008 (n = 79.356).

Variáveis	2003		2008	
	Total	Consultou médico nos últimos 12 meses	Total	Consultou médico nos últimos 12 meses
	n (%)	% (IC95%)	n (%)	% (IC95%)
Amostra total do Sudeste	76.029	67,9 (67,2 – 68,5)	79.356	73,5 (73,0 – 74,1)
<b>Sexo*</b>				
Masculino	35.787 (47,1)	56,2 (55,4 – 57,0)	37.264 (47,0)	62,3 (61,6 – 63,1)
Feminino	40.242 (52,9)	78,2 (77,6 – 78,9)	42.092 (53,0)	83,4 (82,9 – 84,0)
<b>Idade (anos)*</b>				
20 – 29	20.112 (26,5)	58,7 (57,8 – 59,7)	19.200 (24,2)	65,1 (64,1 – 66,0)
30 – 39	17.456 (23,0)	64,7 (63,7 – 65,7)	17.021 (21,5)	70,7 (69,8 – 71,6)
40 – 49	15.693 (20,7)	69,0 (68,1 – 69,9)	16.353 (20,6)	74,0 (73,2 – 74,8)
50 – 59	10.696 (14,1)	73,5 (72,5 – 74,5)	12.581 (15,9)	77,5 (76,6 – 78,4)
≥ 60	12.047 (15,9)	81,2 (80,4 – 82,0)	14.201 (17,9)	84,3 (83,5 – 85,0)
<b>Renda*</b>				
1º decil	4.463 (6,07)	61,5 (59,8 – 63,3)	3.711 (4,91)	68,6 (66,7 – 70,4)
10º decil	9.435 (12,84)	78,3 (77,1 – 79,4)	9.421 (12,47)	81,2 (80,2 – 82,1)
<b>Morbidade autorreferida*</b>				
Sem doenças	43.497 (57,2)	56,8 (55,9 – 57,6)	44.388 (55,9)	63,6 (62,8 – 64,3)
1 doença	17.462 (23,0)	76,6 (75,9 – 77,4)	18.480 (23,3)	81,7 (81,0 – 82,4)
≥ 2 doenças	15.035 (19,8)	90,0 (89,5 – 90,6)	16.488 (20,8)	91,3 (90,7 – 91,8)
<b>Autopercepção da saúde*</b>				
Positiva	57.047 (75,0)	62,2 (61,5 – 63,0)	58.689 (74,0)	68,8 (68,1 – 69,4)
Negativa	18.976 (25,0)	85,0 (84,4 – 85,7)	20.667 (26,0)	87,3 (86,7 – 87,9)
<b>Plano de Saúde com direito a consulta médica*</b>				
Não	60.536 (79,6)	64,9 (64,2 – 65,6)	61.385 (77,4)	71,2 (70,6 – 71,9)
Sim	15.490 (20,4)	78,9 (78,1 – 79,8)	17.971 (22,7)	81,0 (80,3 – 81,8)

\*p < 0,001 (teste do  $\chi^2$  para cada ano).

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2003 e 2008<sup>9,13</sup>.



Nota: valores ao lado das barras horizontais representam a diferença entre D1 e D10.

\* $p < 0,001$ ; \*\* $p = 0,001$  (teste do  $\chi^2$ ).

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2003 e 2008<sup>9,13</sup>.

Figura 1. Proporção de pessoas que consultaram médico no último ano, com amplitude de variação entre os 10% mais ricos e os 10% mais pobres, nas regiões Nordeste e Sudeste do Brasil em 2003 e 2008.

Tabela 3. Proporção de pessoas que consultaram médico no último ano, segundo 1º e 10º decis de renda familiar *per capita* e variáveis relacionadas, na região Nordeste do Brasil, 2003 e 2008.

Variável	2003				2008			
	Prevalências			Razão	Prevalências			Razão
	Todos	D1	D10	D10/D1*	Todos	D1	D10	D10/D1*
Amostra total	61,2	54,7	82,0	1,50	66,9	60,8	81,7	1,34
Sexo								
Masculino	47,6	38,9	72,9	1,87	54,2	45,3	73,0	1,61
Feminino	73,5	68,0	90,3	1,33	78,3	74,1	89,7	1,21
Idade (anos)								
20 – 29	54,7	53,6	73,3	1,37	61,0	59,9	77,6	1,30
30 – 39	58,8	53,4	80,3	1,50	64,7	60,9	78,0	1,28
40 – 49	62,3	55,3	83,7	1,51	66,9	59,8	82,1	1,37
50 – 59	66,3	58,2	88,0	1,51	71,2	63,6	81,8	1,29
≥ 60	72,2	63,2	86,5	1,37	76,7	65,7	89,2	1,36
Morbidade autorreferida								
Sem doenças	50,9	46,0	76,9	1,67	57,5	53,1	75,1	1,41
1 doença	72,7	70,7	84,9	1,20	76,9	72,8	88,3	1,21
≥ 2 doenças	84,9	80,2	92,2	1,15	88,3	84,9	93,1	1,10
Autopercepção da saúde								
Positiva	53,5	46,1	80,5	1,75	60,3	53,9	79,6	1,48
Negativa	75,4	71,2	88,2	1,24	78,9	74,4	90,6	1,22
Plano de Saúde com direito a consulta médica*								
Não	59,2	54,6	75,9	1,39	65,2	60,7	76,0	1,25
Sim	83,4	75,7	88,3	1,17	84,2	77,7	87,8	1,13

\* $p < 0,001$  (teste do  $\chi^2$  para cada ano).

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2003 e 2008<sup>9,13</sup>.



utilização de consultas médicas em todas as categorias de número de doenças crônicas, exceto entre os mais pobres (D1) com duas ou mais doenças crônicas, onde a prevalência diminuiu 1,8 pp de 2003 para 2008. Tanto naqueles sem doenças crônicas como naqueles com uma doença crônica, a razão D10/D1 reduziu (8,2 e 6,6%, respectivamente) no período analisado. Quando considerada a razão (D10/D1), verificou-se uma diminuição da desigualdade do ano de 2003 para 2008, tanto entre aqueles com uma percepção positiva (cerca de 8,6%) como negativa da saúde (cerca de 5%). Independentemente da categoria de renda e de apresentar plano de saúde, houve aumento na prevalência de consultas de 2003 para 2008. A desigualdade entre D10 e D1 diminuiu com relação à presença de plano de saúde (1,22 em 2003 para 1,15 em 2008) (Tabela 4).

## DISCUSSÃO

A razão entre os mais ricos pelos mais pobres, quando analisado o uso de consultas médicas, foi maior na Região Nordeste. Verificou-se um decréscimo dessa diferença de

Tabela 4. Proporção de pessoas que consultaram médico no último ano, segundo 1º e 10º decis de renda familiar *per capita* e variáveis relacionadas, na região Sudeste do Brasil, 2003 e 2008.

Variável	2003				2008			
	Prevalências			Razão	Prevalências			Razão
	Todos	D1	D10	D10/D1*	Todos	D1	D10	D10/D1*
Amostra Total	67,9	61,5	78,3	1,27	73,5	68,6	81,2	1,18
Sexo								
Masculino	56,2	49,4	68,5	1,39	62,3	56,7	71,0	1,25
Feminino	78,2	70,1	87,0	1,24	83,4	76,4	90,5	1,19
Idade (anos)								
20 – 29	58,7	58,7	70,9	1,21	65,1	65,6	72,5	1,10
30 – 39	64,7	60,5	75,4	1,25	70,7	66,8	79,4	1,19
40 – 49	69,0	61,3	80,0	1,31	74,0	70,8	81,2	1,15
50 – 59	73,5	69,0	78,9	1,14	77,5	71,6	82,3	1,15
≥ 60	81,2	79,3	86,4	1,09	84,3	79,6	89,0	1,12
Morbidade autorreferida								
Sem doenças	56,8	52,3	70,2	1,34	63,6	60,0	73,6	1,23
1 doença	76,6	69,9	85,0	1,21	81,7	78,0	87,8	1,13
≥ 2 doenças	90,0	86,1	93,6	1,09	91,3	84,3	94,1	1,12
Autopercepção da saúde								
Positiva	62,2	54,7	75,9	1,39	68,8	62,2	79,2	1,27
Negativa	85,0	77,1	93,5	1,21	87,3	80,8	92,8	1,15
Plano de Saúde com direito a consulta médica*								
Não	64,9	61,1	74,7	1,22	71,2	67,9	78,0	1,15
Sim	78,9	81,1	81,7	1,01	81,0	87,4	84,1	0,96

\*p < 0,001 (teste do  $\chi^2$  para cada ano).

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2003 e 2008<sup>9,13</sup>.

2003 para 2008, sugerindo uma redução nas desigualdades socioeconômicas; entretanto, o valor encontrado foi muito superior à média nacional. A Região Sudeste, por sua vez, mostrou amplitude menor que a média nacional e muito inferior à encontrada na Região Nordeste em ambos os anos, refletindo menores níveis de desigualdades. Foi verificada uma diminuição da desigualdade entre os mais ricos e os mais pobres em ambas as regiões, principalmente pela manutenção da prevalência entre os mais ricos e aumento da prevalência entre os mais pobres nos períodos analisados.

Travassos et al.<sup>10</sup> verificaram no ano de 2003 que a chance de usar um serviço de saúde tendo alguma restrição de atividade rotineira por motivo de saúde foi 69,1% maior nos mais ricos quando comparados aos mais pobres na Região Nordeste. Na Região Sudeste, os mais ricos tiveram 17% mais chance que os mais pobres. Em um estudo baseado na PNAD 2003, foi verificado que a proporção de pessoas atendidas em serviços de saúde, nas duas últimas semanas à pesquisa, teve na Região Nordeste uma das maiores proporções de pessoas atendidas pelo SUS — muito acima da média nacional — e as menores proporções de atendimento em serviços de saúde não SUS, dentre as outras macrorregiões. Na Região Sudeste, essa relação foi mais equilibrada, ainda que os atendimentos de saúde pelo SUS tenham sido superiores. Esse mesmo estudo constatou que, entre os usuários SUS, a renda familiar *per capita* nada influenciou nas prevalências, enquanto que, nos não usuários SUS, ter mais renda significou maior prevalência de utilização de serviço<sup>4</sup>. Capilheira e Santos<sup>11</sup> mostraram em seu estudo que aqueles que pertenciam às classes A e B consultaram médico 13% mais do que aqueles pertencentes às classes D e E. Outro estudo mostrou que a prevalência de uso de serviço de saúde foi de 26,7% nos mais ricos contra 15,1% nos mais pobres. Quando estratificado por ser ou não usuário SUS, verificou-se uma maior prevalência naqueles mais pobres entre os usuários SUS e uma maior prevalência entre os mais ricos nos não usuários SUS<sup>4</sup>. Goldbaum et al.<sup>3</sup> encontraram resultados semelhantes em seu estudo.

Tanto na Região Nordeste como na Sudeste, foi verificada maior prevalência no uso de consultas médicas entre as mulheres, nos mais velhos, nos mais ricos, naqueles com mais doenças crônicas, com uma percepção negativa da sua saúde e com plano de saúde com direito a consultas médicas, corroborando os achados de outros estudos<sup>3,4,14-19</sup>. Ainda assim, verificou-se diminuição da desigualdade entre os homens e entre as mulheres mais pobres, quando comparados aos mais ricos em ambas as macrorregiões estudadas. Um estudo de Giatti e Barreto<sup>18</sup> mostrou aumento na prevalência de consultas médicas entre os homens do ano de 1998 para 2008, sendo esse aumento maior nos desempregados (23,2%) se comparados aos trabalhadores com proteção social (17,9%).

Um achado que merece destaque foi que, na Região Sudeste, os mais pobres com duas ou mais doenças crônicas apresentaram diminuição da prevalência de utilização de consultas médicas de 2003 para 2008 e os mais ricos nesse mesmo grupo apresentaram

aumento da prevalência, o que fez com que a desigualdade aumentasse nesse grupo em 1,8 pp no período analisado, situação bastante problemática, uma vez que os indivíduos com mais doença crônica e menor renda são aqueles que dependem mais dos serviços públicos de saúde<sup>5,8,15</sup>.

Em ambas as regiões analisadas, houve o aumento da prevalência de consultas médicas entre os mais pobres, naqueles com uma percepção tanto positiva como negativa da sua saúde, de 2003 para 2008. Bastos et al.<sup>6</sup>, ao avaliarem a prevalência de consultas médicas no serviço público de saúde, verificaram que, entre os homens que tinham percepção negativa da sua saúde, a prevalência de consultas médicas foi 13% superior comparada àqueles com uma percepção excelente ou muito boa. Nas mulheres, esse valor foi de 26%. Outro estudo mostrou que os que consideravam sua saúde como ruim/regular consultaram 2,96 vezes mais que aqueles com saúde excelente<sup>14</sup>. Capilheira e Santos<sup>11</sup> mostraram prevalência de consultas médicas 33% superior naqueles que consideravam sua saúde como regular ou ruim, comparados àqueles que consideravam sua saúde excelente ou muito boa. Com a ampliação do Programa Saúde da Família (PSF), os serviços de saúde passaram a ter uma considerável melhora no acesso e utilização em diferentes grupos, mostrando, inclusive, um tratamento superior aos estratos de maior exclusão<sup>20</sup>.

O presente estudo verificou que os indivíduos sem plano de saúde com direito a consulta médica apresentaram aumento na prevalência de consultas médicas em ambas as regiões no período analisado, embora ainda consultem menos do que aqueles portadores desses planos. Referente aos planos de saúde, a Agência Nacional de Saúde Suplementar<sup>21</sup> afirma que a Região Nordeste apresentou, em 2012, 13,57% da sua população segurada, tendo um aumento de 24,72% do ano de 2010 para 2012. Quanto ao Sudeste, em 2012, 41,39% da sua população era segurada, tendo um aumento de 4,97% de 2010 para 2012. Um estudo mostrou que aqueles que tinham plano de saúde privado e não tinham doenças crônicas consultaram médico 36,8% nos últimos 12 meses, enquanto naqueles com plano de saúde privado e doenças crônicas, 11,4% foi a prevalência encontrada<sup>6</sup>. Outro estudo identificou chance 3,3 vezes maior de ter consultado um médico nos últimos 12 meses entre os usuários SUS e 6 vezes maior entre os portadores de plano de saúde, ambos comparados àqueles que financiaram a própria consulta<sup>19</sup>.

Ao relacionar a concentração de planos de saúde entre as regiões, um estudo de abrangência nacional mostrou ainda grande diferença entre as regiões do Brasil, sendo maior a cobertura do serviço suplementar no Sul e Sudeste<sup>9</sup>. Essa distinção repercute diretamente na razão dos usuários do SUS em relação à saúde suplementar, de modo que, na Região Sudeste, enquanto essa relação é de 1:1, na Região Nordeste, alcança a proporção de 2 atendimentos pelo SUS para cada atendimento pelo sistema suplementar<sup>4</sup>.

## CONCLUSÃO

A prevalência na utilização de consultas médicas aumentou e a desigualdade entre os mais ricos e mais pobres diminuiu em ambas as macrorregiões analisadas de 2003 para 2008. Apesar de a Região Nordeste ainda apresentar importantes diferenças na utilização de consultas médicas entre os mais ricos e os mais pobres, a diminuição da desigualdade foi mais acentuada nessa região quando comparada à Região Sudeste.

A mensuração dos níveis de desigualdade socioeconômica na utilização de consultas médicas vem sendo uma prática muito utilizada entre os estudos nacionais<sup>6-8,10,11</sup>. Algumas hipóteses para a expressiva redução dos níveis de desigualdade em saúde no Brasil nos últimos anos é o PSF, adotado pelo Governo Federal. Surgido no ano de 1994, o PSF vem com o objetivo de reorganizar a atenção básica em saúde no país<sup>22</sup>, mas é em 2003, com o Programa de Expansão e Consolidação da Estratégia de Saúde da Família (PROESF), que o alcance dos serviços de saúde foi amplamente difundido nos municípios brasileiros<sup>20</sup>. A cobertura aproximada do PSF era, no ano de 2000, de 20,6% da população do Nordeste, subindo para 55% da população no ano de 2004. O Sudeste, no ano de 2004, apresentava 30% de cobertura<sup>23</sup>. Outra hipótese que não pode ser descartada é a possibilidade de um aumento na busca por consultas preventivas, o que, em longo prazo, poderia significar uma redução na prevalência de doenças crônico-degenerativas.

As desigualdades em saúde, embora em declive, ainda se encontram em um patamar inaceitável, permeado por relações onde a iniquidade está fortemente presente. Segundo a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, as iniquidades devem ser remediadas com políticas públicas específicas que promovam a educação, a redistribuição de renda e a ampliação da proteção social<sup>24</sup>. Essas políticas devem aumentar a média de utilização dos serviços de saúde nas regiões com taxa abaixo da média nacional, garantindo uma distribuição igualitária, e ainda priorizar a distribuição social naquelas regiões com bom nível de acesso aos serviços<sup>9</sup>. Estudos recentes vêm mostrando que o aumento de iniciativas como a Estratégia Saúde da Família parecem favorecer o acesso e consequente utilização de serviços de saúde da população<sup>4,6</sup>. Por se tratar de um estudo descritivo, sua função é justamente levantar hipóteses sobre o perfil do usuário de consultas médicas no Brasil, sendo fator limitante deste o não controle dos potenciais fatores de confusão. Contudo, a construção de políticas públicas de combate à desigualdade em saúde no Brasil carece de evidências científicas na sua constituição, sendo fundamental que mais estudos abordem essa temática e esclareçam melhor as relações da sociedade com os serviços de saúde nas diferentes macrorregiões e dimensões socioeconômicas, possibilitando, inclusive, o monitoramento das mudanças e das políticas adotadas no país.

## REFERÊNCIAS

- Noronha JC, Lima LD, Machado CV. O sistema único de saúde, SUS. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 435-72.
- Sawyer DO, Leite IC, Alexandrino R. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7(4): 757-76.
- Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, César CLG. Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família (Qualis) no Município de São Paulo. *Rev Saúde Pública* 2005; 39(1):90-9.
- 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.
- Barros MBA, Francisco PMSB, Zanchetta LM, César CLG. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003-2008. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16(9): 3755-68.
- Bastos GA, Duca GF, Hallal PC, Santos IS. Utilization of medical services in the public health system in the Southern Brazil. *Rev Saúde Pública* 2011; 45(3): 475-84.
- Travassos C, Viacava F, Fernandes C, Almeida CM. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2000; 5(1): 133-49.
- Viacava F. Acesso e uso de serviços de saúde pelos brasileiros. *Radis* 2010; 96: 12-9.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 2008). Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
- Travassos C, Oliveira EXG, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11(4): 975-86.
- Capilheira MF, Santos IS. Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos. *Rev Saúde Pública* 2006; 40(3): 436-43.
- Viacava F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7(4): 607-21.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de domicílios (PNAD 2003). Um panorama da Saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde. Rio de Janeiro: IBGE; 2005.
- Mendoza-Sassi R, Béria JU, Barros ADJ. Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study. *Rev Saúde Pública* 2003; 37(3): 372-8.
- Dias-da-Costa JS, Reis MC, Silveira Filho CV, Linhares RS, Piccinni F. Prevalence of medical visits and associated factors, Pelotas, Southern Brazil, 1999-2000. *Rev Saúde Pública* 2008; 42(6): 1074-84.
- Fernandes LCL, Bertoldi AD, Barros AJD. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(4): 595-603.
- Boing AF, Mato IB, Arruda MP, Oliveira MC, Njaine K. Prevalência de consultas médicas e fatores associados: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Rev Assoc Med Bras* 2010; 56(1): 41-6.
- Giatti L, Barreto SM. Situação no mercado de trabalho e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16(9): 3817-27.
- Moreira JPL, Moraes JR, Luiz RR. Use of medical consultations and the occurrence of systemic arterial hypertension in urban and rural areas of Brazil, according to PNAD data 2008. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16(9): 3781-93.
- Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Escrivão Junior A, et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11(3): 633-641.
- Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ministério da Saúde. Atlas econômico-financeiro da saúde suplementar 2012. Ano 8, Rio de Janeiro: ANS; 2013. Disponível em [http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais\\_para\\_pesquisa/Perfil\\_setor/Atlas/2012\\_atlas.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Atlas/2012_atlas.pdf). (Acessado em 09 de novembro de 2013).

22. Bousquat A, Gomes A, Alves MCGP. Acesso realizado ao Programa Saúde da Família em área com “alta” cobertura do subsistema privado. *Ciênc Saúde Coletiva* 2012; 17(11): 2913-21.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. Disponível em [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude\\_brasil\\_2008\\_web\\_20\\_11.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_brasil_2008_web_20_11.pdf). (Acessado em 09 de novembro de 2013).
24. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. As causas das iniquidades em saúde no Brasil. Rio de Janeiro: CNDSS; 2008. (Relatório final). Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas\\_sociais\\_iniquidades.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf). (Acessado em 09 de novembro de 2013).

Recebido em: 24/03/2014

Versão final apresentada em: 16/05/2014

Aceito em: 31/07/2014