Melck Kelly Piastrelli Ribeiro

Equidade na atenção à saúde de pessoas com indicativos de transtornos mentais comuns no município de São Paulo

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre em Ciências.

Programa de: Medicina Preventiva

Orientador: Prof. Dr. Reinaldo José Gianini

São Paulo

2016

Melck Kelly Piastrelli Ribeiro

Equidade na atenção à saúde de pessoas com indicativos de transtornos mentais comuns no município de São Paulo

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre em Ciências.

Programa de: Medicina Preventiva

Orientador: Prof. Dr. Reinaldo José Gianini

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

Ribeiro, Melck Kelly Piastrelli

Equidade na atenção à saúde de pessoas com indicativos de transtornos mentais comuns no município de São Paulo / Melck Kelly Piastrelli Ribeiro. -- São Paulo, 2016.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Medicina Preventiva.

Orientador: Reinaldo José Gianini.

Descritores: 1.Acesso aos serviços de saúde 2.Serviços de saúde/utilização 3.Gastos em saúde 4.Equidade em saúde 5.Desigualdades em saúde 6.Transtornos mentais 7.Estudos transversais

USP/FM/DBD-448/16

*Ao meu companheiro de vida Waney e à minha mãe
Verônica, que possibilitaram a realização desse sonho.*

À minha amada filha Luísa, fonte de inspiração.

Agradecimentos

Ao professor Dr. Reinaldo José Gianini, que, além da orientação, paciência e disponibilidade para a execução deste trabalho, acreditou no meu potencial.

Aos professores do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, pelas aulas fundamentais e pela disposição em ensinar.

Ao professor Ivaldo pelas aulas e conversas sobre o programa Stata, que foram fundamentais para a execução desse trabalho.

Às secretárias da Pós-Graduação do departamento de Medicina Preventiva, Lilian e Goreti, pelo apoio, prontidão e disponibilidade em ajudar.

Aos amigos que fiz na Faculdade de Medicina e que me ajudaram nessa trajetória.

Aos amigos de longa data, pelo carinho, incentivo e por estarem sempre ao meu lado.

À minha família, mesmo distante, sempre presente, afetuosa e acolhedora.

Em especial à minha mãe Verônica, ao meu esposo Waney e à minha filha Luísa, os quais, com carinho, compreenderam as minhas ausências e ainda me deram forças para continuar.

E a Deus, sem o qual nada disso seria possível.

Este trabalho recebeu apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) do Ministério da Educação através de cota institucional do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

NORMALIZAÇÃO ADOTADA

Esta dissertação 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*.

SUMÁRIO

Lista de siglas

Lista de quadros

Lista de tabelas

Resumo

Abstract

1 INTRODUÇÃO.....	1
1.1 Histórico da atenção à saúde no Brasil	3
1.1.1 Atenção à saúde mental, sua trajetória	8
1.2 Equidade em saúde	12
1.3 Um grupo específico para atenção à saúde	21
2 OBJETIVOS	25
2.1 Objetivo geral	25
2.2 Objetivos específicos	25
3 METODOLOGIA.....	26
3.1 Inquérito de Saúde do Município de São Paulo (ISA-Capital).....	26
3.2 Blocos Temáticos do ISA-Capital 2008	27
3.3 População.....	29
3.4 Variáveis de estudo	30
3.4.1 Variáveis dependentes	30
3.4.2 Variáveis independentes	31
3.5 Análise	31
3.6 Ética	32
3.7 Recursos.....	32
4.1 Características da população estudada.....	33
4.2 Pessoas com indicadores de TMC que procuraram pelo serviço de saúde diante de morbilidade 15 dias	35
4.2.1 Análise univariada	36
4.2.2 Análise multivariada	38
4.3 Pessoas com indicadores de TMC que foram atendidas no serviço procurado para morbilidade 15 dias	38
4.3.1 Análise univariada	39
4.3.2 Análise multivariada	41
4.4 Pessoas com indicadores de TMC que procuraram por médico diante de morbilidade 15 dias	41

4.4.1 Análise univariada	41
4.4.2 Análise multivariada	43
4.5 Pessoas com indicadores de TMC que foram atendidas no serviço procurado por meio de consulta	43
4.5.1 Análise univariada	44
4.5.2 Análise multivariada	45
4.6 Pessoas com indicadores de TMC que procuraram pelo SUS diante de morbidade 15 dias	46
4.6.1 Análise univariada	46
4.6.2 Análise multivariada	48
4.7 Pessoas com indicadores de TMC que foram atendidas no serviço procurado e tiveram seus gastos complementados ou cobertos pelo SUS	49
4.7.1 Análise univariada	50
4.7.2 Análise multivariada	52
4.8 Pessoas com indicadores de TMC que gastaram mais de 100 reais com a saúde da família no último mês	53
4.8.1 Análise univariada	54
4.8.2 Análise multivariada	56
4.9 Pessoas com indicadores de TMC que possuem plano de saúde (médico ou odontológico)	58
4.9.1 Análise univariada	58
4.9.2 Análise multivariada	60
5 DISCUSSÃO	62
6 CONCLUSÕES	79
7 ANEXOS	83
8 REFERÊNCIAS	103
Apêndice	

LISTA DE SIGLAS

TMC	Transtornos Mentais Comuns
SUS	Sistema Único de Saúde
SRQ-20	Self Reporting Questionnaire
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
ESF	Estratégia da Saúde da Família
PSF	Programa da Saúde da Família
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
REME	Movimento de Renovação Médica
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
TUNEP	Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
DOS	Disk Operating System
ISA-CAPITAL	Inquérito de Saúde do Município de São Paulo
APS	Atenção Primária à Saúde
QUALIS	Qualidade Integral em Saúde

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Blocos temáticos do ISA-Capital 2008 e blocos que foram utilizados nesse estudo.....	27
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Distribuição dos sujeitos com indicativos de TMC segundo variáveis sociodemográficas, no ano de 2008.....	33
Tabela 2 - Distribuição dos sujeitos com indicativos de TMC segundo variáveis de condições de saúde, no ano de 2008.....	35
Tabela 3 - Frequência de pessoas com indicativos de TMC que referiram morbidade 15 dias anteriores à entrevista e que procuraram pelo serviço de saúde, segundo características sociodemográficas e de condições de saúde, no ano de 2008.....	36
Tabela 4 - Frequência de pessoas com indicativos de TMC que referiram morbidade 15 dias anteriores à entrevista e que procuraram pelo serviço de saúde, segundo características sociodemográficas e de condições de saúde, no ano de 2008.....	38
Tabela 5 - Frequência de pessoas com indicativos de TMC que referiram morbidade 15 dias anteriores à entrevista e que foram atendidas no serviço procurado, segundo características sociodemográficas e de condições de saúde, no ano de 2008.....	39
Tabela 6 - Frequência de pessoas com indicativos de TMC que referiram morbidade 15 dias anteriores à entrevista e que procuraram por médico, segundo características sociodemográficas e de condições de saúde, no ano de 2008	41
Tabela 7 - Frequência de pessoas com indicativos de TMC que referiram morbidade 15 dias anteriores à entrevista e que foram atendidas por meio de consulta, segundo características sociodemográficas e de condições de saúde, no ano de 2008.....	44
Tabela 8 - Frequência de pessoas com indicativos de TMC que referiram morbidade 15 dias anteriores à entrevista e que procuraram pelo SUS, segundo características sociodemográficas e de condições de saúde, no ano de 2008	46
Tabela 9 - Frequência de pessoas com indicativos de TMC que referiram morbidade 15 dias anteriores à entrevista e que procuraram pelo SUS, segundo características sociodemográficas e de condições de saúde, no ano de 2008	49
Tabela 10 - Frequência de pessoas com indicativos de TMC que referiram morbidade 15 dias anteriores à entrevista e que os gastos com saúde foram complementados ou cobertos pelo SUS, segundo características sociodemográficas e de condições de saúde, no ano de 2008.....	50
Tabela 11 - Frequência de pessoas com indicativos de TMC que referiram morbidade 15 dias anteriores à entrevista e que os gastos com saúde foram complementados ou cobertos pelo SUS, segundo características sociodemográficas e de condições de saúde, no ano de 2008.....	53
Tabela 12 - Frequência de pessoas com indicativos de TMC que gastaram mais de 100 reais com a saúde da família no último mês, segundo características sociodemográficas e de condições de saúde, no ano de 2008	54
Tabela 13 - Frequência de pessoas com indicativos de TMC que gastaram mais de 100 reais com a saúde da família no último mês, segundo características sociodemográficas e de condições de saúde, no ano de 2008	57

Tabela 14 - Frequência de pessoas com indicativos de TMC que possuem plano de saúde (médico ou odontológico), segundo características sociodemográficas e de condições de saúde, no ano de 2008.....	58
Tabela 15 - Frequência de pessoas com indicativos de TMC que possuem plano de saúde (médico ou odontológico), segundo características sociodemográficas e de condições de saúde, no ano de 2008.....	61

RESUMO

Ribeiro MKP. *Equidade na atenção à saúde de pessoas com indicativos de transtornos mentais comuns no município de São Paulo* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2016.

INTRODUÇÃO: O conceito de equidade enfatiza a diversidade como condição humana e propõe que a diferença seja tratada como princípio orientador das políticas públicas. O objetivo dessa investigação foi verificar a equidade na atenção à saúde de pessoas com indicativos de transtornos mentais comuns (TMC) na cidade de São Paulo. Foram analisadas a procura e utilização dos serviços de saúde, bem como o gasto com saúde no último mês de pessoas com indicativos de TMC, que referiram morbidade quinze dias precedentes à entrevista domiciliar, segundo características sociodemográficas e de condições de saúde. **MÉTODOS:** Foi realizado um estudo de corte transversal e utilizados os dados do Inquérito de Saúde no Município de São Paulo (ISA – Capital) de 2008. Foram selecionados sujeitos com 16 anos ou mais e com indicativos de transtornos mentais comuns; estes foram avaliados por meio do instrumento Self Reporting Questionnaire (SRQ-20). Foram analisados a procura e utilização de serviços de saúde, e o gasto com saúde no último mês, correlacionando com aspectos sociodemográficos e de condições de saúde. **RESULTADOS:** A procura pelo serviço de saúde foi menor entre as mulheres, maior na faixa etária dos 30 aos 44 anos e na faixa etária de 60 anos ou mais. A proporção de pessoas que procuraram pelo serviço e obtiveram atendimento foi elevada, o mesmo ocorreu para aquelas que procuraram por médico e foram atendidas por meio de consulta. A procura pelo SUS foi menor entre as pessoas de cor branca, de renda per capita elevada, com união estável e entre as pessoas com ensino superior. A cobertura pelo SUS foi menor para as pessoas das faixas etárias de 45 a 59 anos e de 60 anos ou mais, com renda per capita elevada, com Ensino Médio ou Técnico e Ensino Superior. As pessoas que gastaram mais com a saúde da família foram aquelas com idade igual ou superior a 60 anos, de cor branca, das faixas de renda per capita mais elevadas, com união estável e com Ensino Superior. Em relação à posse de plano de saúde, pessoas de cor branca, com renda per capita elevada e indivíduos com doença crônica apresentaram maiores chances de possuir este serviço. **CONCLUSÕES:** Foi observado, na população com indicativos de TMC, que não houve desigualdades no acesso e utilização dos serviços entre as pessoas que buscaram por ajuda diante de morbidade. Verificou-se que o SUS atende e cobre os gastos majoritariamente dos mais pobres, denotando uma cobertura desigual que favorece os mais necessitados, porém, considerando o fator idade, ficou explícita uma situação de iniquidade, pois foi constatado que o SUS oferece maior cobertura para a população mais jovem e não contempla as necessidades da população mais idosa. Além disso, verificou-se também uma demanda reprimida de pessoas que não acessaram o serviço, indicando barreiras que antecedem à busca.

Descritores: acesso aos serviços de saúde; serviços de saúde/utilização; gastos em saúde; equidade em saúde; desigualdades em saúde; transtornos mentais; estudos transversais.

ABSTRACT

Ribeiro MKP. *Equity in health care of people with signs of common mental disorders in the city of São Paulo* [dissertation]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2016.

INTRODUCTION: The equity concept emphasizes diversity as a human condition and proposes this aspect as a guiding principle of the public policy. The objective of this investigation was to verify the equity in health care of people with signs of common mental disorders (CMD) in the city of São Paulo. We analyzed the demand and use of health services and the expenses on health in the last month of people with signs of CMD who reported morbidity 15 days before the home interview, according to socio-demographic characteristics and health conditions. **METHODS:** We developed a cross-sectional study and used the data from São Paulo’s health survey (ISA – Capital) of 2008. We selected subjects with 16 years of age or older and with signs of common mental disorders; who were evaluated using the Self Reporting Questionnaire (SRQ-20). We analyzed the demand and the use of health services, and the health expenses in the last month, correlating them with sociodemographic and health condition aspects. **RESULTS:** The demand for health services was lower among women, higher in the age group from 30 to 44 years old and in the age group of 60 years old or more. The proportion of people who sought the service and were cared for was high, and the same thing happened to those who sought medical attention and had an appointment. The demand for SUS was lower among white people with high per capita income, married and among people with higher education degrees. The coverage of SUS was significantly lower for people aged between 45 and 59 years old and those aged 60 years old or more, with high per capita income, with high school, technical or college degree. The people who spent more on Family health were those with 60 years old or more, white, with high per capita income, married and with college degree. Regarding health care insurance ownership, white people with high per capita income and individuals with chronic diseases presented higher chances of owning a health care insurance. **CONCLUSIONS:** We observed, among people with signs of CMD, that there were no inequalities in the access and use of health services for those who sought for help faced with morbidity. We verified that SUS serves and covers the expenses mainly of the poorer, denoting an unequal coverage that favours the ones who need it the most, however, taking the age factor into account, a situation of inequity was explicit, since it was verified that SUS offers a wider coverage to the younger population and does not contemplate the needs of the elderly. In addition, there was also a repressed demand of people who could not access the health service, indicating barriers that precede the search.

Descriptors: health services accessibility; health services/utilization; health expenditures; health equity; health inequalities; mental disorders; cross-sectional studies.

1 INTRODUÇÃO

A atenção à saúde, da forma como é compreendida hoje, percorreu um extenso caminho, e pode-se dizer que ainda está em processo de desenvolvimento, uma vez que inúmeros desafios ainda estão presentes, principalmente no que diz respeito à garantia da cobertura universal e equitativa. As grandes referências para a mudança do modelo hegemônico na atenção à saúde foram os movimentos pela Reforma Sanitária e pela Reforma Psiquiátrica: ambas surgiram em um contexto de redemocratização política e tiveram o apoio de diversos segmentos da sociedade que compactuaram com a nova perspectiva de atenção à saúde para a população brasileira.

A nova perspectiva de atenção contempla o direito à saúde para todo cidadão brasileiro e a sua garantia como dever do Estado, além dos preceitos de equidade, integralidade e universalidade como princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS). Os modelos de atenção à saúde atuais respeitam a heterogeneidade de situações que compõem diferentes realidades de saúde, em distintos territórios, e utilizam a combinação de tecnologias e abordagens mais adequadas para cada caso¹. Segundo Paim¹, os modelos de atenção à saúde são formas de articulação das relações entre sujeitos (trabalhadores e usuários) mediadas por tecnologias (materiais e não materiais) e não há um modelo único.

O modelo de atenção descrito por Paim¹ permite fazer uma correlação com o conceito de equidade, uma vez que faz referência a prover, para cada um, a atenção e as ações de saúde segundo suas necessidades, a partir de tecnologias e abordagens específicas para cada caso². Para a investigação da equidade é importante questionar sobre quais aspectos do conceito se quer estudar, bem como selecionar um grupo homogêneo específico. Dessa maneira, cabe salientar que, nessa pesquisa, foi estudada a equidade na atenção à saúde de pessoas com indicativos de transtornos mentais comuns (TMC) e o enfoque foi para o acesso, utilização de serviços e o gasto com saúde. Essa análise ocorreu a partir dos dados levantados pelo Inquérito de Saúde do Município de São Paulo (ISA – Capital) de 2008, que consiste em um estudo de base populacional e de corte transversal, com o objetivo de monitorar as condições de vida, de saúde e o uso dos serviços de saúde.

Segundo Godofredo³, os inquéritos populacionais permitem conhecer o perfil de saúde e a distribuição dos fatores de risco de uma população, bem como correlacioná-los com as condições socioambientais. Além disso, é possível identificar o padrão de utilização de serviços, inclusive as barreiras de acesso aos serviços de saúde. Segundo Cesar e Tanaka¹ apud Godofredo³, a análise do padrão de utilização de serviços só é plenamente abordada por meio de inquéritos populacionais, pois possibilita o alcance de informações sobre a demanda reprimida, uma vez que aquelas obtidas a partir da demanda atendida são altamente seletivas.

O ISA-Capital é composto por 17 blocos temáticos e, para selecionar os possíveis casos de transtornos mentais comuns, foram utilizados os dados referentes ao bloco sobre saúde emocional (Bloco M). O termo transtorno mental comum foi utilizado para referir condições frequentemente encontradas na sociedade, “[...] nas quais a sintomatologia revela uma quebra do funcionamento normal, que nem sempre preenche os critérios diagnósticos estabelecidos pela clínica”⁴ (p. 3).

De acordo com Silva e Menezes⁵, os transtornos mentais comuns (TMC) têm sido cada vez mais identificados e pesquisados entre os profissionais de saúde, devido à alta prevalência na comunidade. Essa pesquisa, mais do que demonstrar a prevalência desse transtorno, teve o intuito de compreender como o sistema de saúde atende às necessidades desse determinado grupo da população. Buscou-se, com essa investigação, obter dados que permitissem analisar a equidade em saúde dentro do grupo de pessoas com indicativos de TMC e orientar ações mais efetivas, caso fosse necessário.

A seguir, será apresentada uma breve explanação sobre o histórico da atenção à saúde no Brasil, englobando a atenção à saúde mental, até o modelo de atenção vigente. Em seguida será tratado o tema da equidade em saúde e algumas considerações sobre o conceito de transtorno mental comum. Por conseguinte, serão explicitados os objetivos desse trabalho, a metodologia adotada, os resultados alcançados, a discussão dos resultados norteada pela literatura existente sobre o assunto e, por fim, será apresentada a conclusão.

¹ Cesar CLG, Tanaka OY. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990. *Cad. Saúde Pública*. 1996; 12(2):59-70.

1.1 Histórico da atenção à saúde no Brasil

No Brasil, o modelo de intervenção do Estado brasileiro na área social data das décadas de 1920 e 1930, quando os direitos civis e sociais foram vinculados à posição do indivíduo no mercado de trabalho, e se expandiu durante o governo do Presidente Getúlio Vargas (1930-45) e dos governos militares (1964-84)⁶. No entanto, segundo Paim et al.⁶, o sistema de proteção social era fragmentado e desigual, além de não haver participação social nas decisões e na gestão do sistema.

A partir do golpe militar (1964), reformas governamentais favoreceram a expansão do sistema de saúde privado e houve também a ampliação da cobertura da previdência social aos trabalhadores rurais⁶. Entre 1970 e 1974, foram disponibilizados recursos para reformar e construir hospitais privados, e foi efetivada a substituição de subsídios para empresas privadas que ofereciam assistência médica a seus empregados por descontos no imposto de renda, levando a um grande aumento de planos de saúde privados⁶. De acordo com Paim et al.⁶:

A maior cobertura da previdência social e um mercado de saúde baseado em pagamentos a prestadores do setor privado com base nos serviços realizados (*fee for service*) geraram uma crise de financiamento na previdência social, que, associada à recessão econômica da década de 1980, alimentou os anseios pela reforma (p. 18).

Em meados de 1970, um amplo movimento social cresceu no país por meio de iniciativas de diversos setores da sociedade. Segundo Paim et al.⁶, a concepção política e ideológica do movimento pela Reforma Sanitária Brasileira defendia que a saúde era uma questão social e política a ser abordada no espaço público, e não uma questão meramente biológica. Assim, em 1976 foi fundado o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e, em 1979, formou-se a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO). Ambas propiciaram a base institucional para organizar e alavancar a Reforma Sanitária⁶. O movimento expandiu e formou alianças entre parlamentares progressistas, gestores da saúde municipal e outros movimentos sociais, e, em 1980, formou-se o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)⁶.

Com a conquista da democracia, a sociedade participou na formulação de proposições políticas para a saúde durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986⁶.

Nessa conferência, o direito à saúde foi incorporado e foram delineados os fundamentos do SUS⁶. Em 1988, durante a Assembleia Nacional Constituinte, grande parte das recomendações foram incorporadas, garantindo a aprovação da Reforma. Com isso, a saúde foi reconhecida como um direito social, cabendo ao Estado assegurar o ‘direito à saúde para todos os cidadãos’⁶. E, em 1990 (Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080/90 e 8.142-90) foi aprovada a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), inspirada nos princípios e diretrizes da integralidade, equidade, descentralização e participação social⁷. Assim, o SUS foi uma conquista histórica do povo, resultado dos movimentos sociais e que ocupou espaços na Constituição e nas leis, sendo reconhecido como uma política pública. De acordo com Paim⁷:

Entre os princípios que inspiram o SUS podem ser mencionados os seguintes: dignidade da pessoa humana; saúde como direito social – condição da cidadania; universalidade – para todos; igualdade – assistência sem preconceitos ou privilégios; equidade – atenção de acordo com as necessidades, ou seja, ‘discriminação positiva’, quando se priorizam os que têm mais necessidades; integralidade; preservação da autonomia das pessoas; direito à informação às pessoas assistidas, sobre a sua saúde (p. 96-97).

A implementação do SUS teve início em 1990, mas o presidente da época, Fernando Collor de Mello, não se comprometeu com a Reforma Sanitária. Assim, o projeto da reforma foi retomado em 1992, após o *impeachment* do presidente por corrupção⁶. A descentralização do sistema de saúde foi a base para a implementação do SUS e, “para administrar essa política descentralizada, os mecanismos de tomada de decisão foram ampliados no sistema, com participação social e construção de alianças entre os principais atores envolvidos”⁶ (p. 19).

Segundo Paim et al.⁶, atualmente, o sistema de saúde brasileiro é composto por três subsetores: o subsetor público (os serviços são financiados e providos pelo Estado nos níveis federal, estadual e municipal, incluindo os serviços de saúde militares); o subsetor privado (os serviços são financiados com recursos públicos ou privados); e o subsetor de saúde suplementar (planos privados de saúde, apólices de seguro e subsídios fiscais). Os componentes público e privado, embora sejam distintos, estão interconectados, “[...] e as pessoas podem utilizar os serviços de todos os três subsetores, dependendo da facilidade de acesso ou de sua capacidade de pagamento”⁶ (p. 19).

Sobre o subsistema de saúde privado, Paim et al.⁶ afirma que ele é composto majoritariamente por trabalhadores de empresas públicas e privadas que oferecem esse serviço como benefício a seus funcionários. Atendem fundamentalmente uma população jovem e saudável e oferecem planos com diferentes níveis de cobertura. As pessoas com posse de planos ou seguros de saúde privados apresentam maior índice de uso de serviços de saúde que aquelas desprovidas desse benefício, e relatam ter melhor acesso a serviços preventivos⁶. Entretanto, mesmo possuindo plano de saúde, com frequência utilizam serviços do SUS, tais como vacinas e procedimentos de alto custo⁶.

O modo de financiamento do sistema público de saúde brasileiro ocorre por meio de impostos gerais, contribuições sociais (impostos para programas sociais específicos), desembolso direto e gastos dos empregadores com saúde⁶. Quando o SUS foi criado, o objetivo era tornar um sistema de saúde universal e equitativo, financiado com recursos públicos. No entanto, o financiamento do SUS não tem sido suficiente para assegurar recursos financeiros adequados para o sistema público, prejudicando o atendimento às necessidades da população⁶.

Com relação ao financiamento dos sistemas privados, Mendes⁸ afirma que estes são altamente subsidiados, pois quando se paga por um plano de saúde, por uma consulta médica especializada ou uma internação hospitalar, desconta-se no Imposto de Renda e há um valor restituído. Para Mendes⁸, apesar das conquistas e dos esforços para um sistema de saúde único e universal, atualmente o Brasil apresenta um sistema de saúde segmentado, composto pelo sistema público (agrega os mais pobres), pelo sistema de atenção médica supletiva (classe média e trabalhadores) e o sistema de desembolso direto (engloba os mais ricos e também os pobres que gastam com medicação e dentista). O SUS “sofre” por causa desse sistema segmentado, evidenciado na iniquidade do financiamento, na iniquidade na alocação dos recursos, nos diferenciais na qualidade da atenção e na perda de escala e de qualidade dos serviços⁸.

Para Mendes⁸, o problema da segmentação poderia ser resolvido fazendo com que os planos de saúde privados fossem efetivamente suplementares, ou seja, o sistema público não deveria ofertar tudo e o plano de saúde viria com a função de ofertar os serviços que não estão na lista do sistema público. Além disso, também não poderia haver ação de sistemas privados naquilo que o sistema público oferece. Dessa forma, não haveria a segmentação entre pobres, classe média e rica, e o sistema de saúde poderia atuar com mais qualidade e efetividade. Segundo Paim et al.⁶:

À medida que a participação do setor privado no mercado aumenta, as interações entre os setores público e privado criam contradições e injusta competição, levando a ideologias e objetivos opostos (acesso universal *vs.* Segmentação do mercado), que geram resultados negativos na equidade, no acesso aos serviços de saúde e nas condições de saúde (p. 28).

Um dos principais problemas em relação à segmentação do sistema de saúde, de acordo com Mendes⁸, é o isolamento dos pobres, pois, quando se especializa um sistema para os pobres, que não têm capacidade de organizar-se politicamente, esse sistema será sempre subfinanciado.

No entanto, Mendes⁸ enfatiza que não há dúvidas de que o SUS aumentou muito a oferta de serviços de saúde e que aumentou a cobertura populacional. Outro ponto que merece destaque, a partir de Paim et al.⁶, é a política deliberada de atenção primária: em 2010, havia em torno de 236.000 agentes comunitários e 30.000 equipes de saúde da família, atendendo aproximadamente 98 milhões de pessoas em 85% dos municípios brasileiros.

Segundo Paim et al.⁶, o PSF tem sido a principal estratégia de estruturação da atenção básica dos sistemas locais de saúde. Desde 1998, é composto por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde e, desde 2004, começou a incluir equipes de saúde bucal. As equipes de saúde da família atuam em áreas geográficas definidas e com populações adscritas, com 600 a 1.000 famílias para cada Estratégia Saúde da Família (ESF)⁶. “As equipes representam o primeiro ponto de contato com o sistema de saúde local, coordenam a atenção e procuram integrar com os serviços de apoio diagnósticos, assistência especializada e hospitalar”⁶ (p. 22).

Em 2006, o governo lançou a Política Nacional de Atenção Básica e, em 2008, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), no intuito de efetivar o propósito da atenção básica, expandir a cobertura e apoiar o desenvolvimento das redes de referência e contrarreferência regionais⁶.

Sob outra perspectiva, a da qualidade do cuidado, Paim et al.⁶ afirmam que a Política Nacional de Humanização proposta pelo Ministério da Saúde e o Código de Ética Médica reforçaram os direitos dos pacientes. A Política de Humanização surgiu com o intuito de nortear as práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS e “[...] ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento,

como melhoria nos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais”⁹ (p. 94).

Segundo Ayres¹⁰, uma abordagem centrada na patologia, a pobreza da relação entre profissionais e usuários, bem como da equipe de saúde, e pouco compromisso com o bem-estar dos pacientes colaboram para uma visão segmentada sobre o paciente. Ayres¹¹ retoma os princípios norteadores do SUS e afirma que a universalidade impulsiona a construir acesso para todos, a equidade exige a pactuar com todos o que cada um necessita e a integralidade desafia a saber e fazer o ‘quê’ e ‘como’ pode ser realizado em saúde para responder universalmente às necessidades de cada um. Assim, a busca da integralidade constitui uma força fundamental para evitar que a universalidade se reduza a uma mera formalidade e que a equidade se torne um preceito abstrato, irrealizável na prática¹¹. Entretanto, de acordo com a Política Nacional de Humanização, elaborada pelo Ministério da Saúde¹²:

O baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe, diminui a possibilidade de um processo crítico e comprometido com as práticas de saúde e com os usuários em suas diferentes necessidades. Há poucos dispositivos de fomento à co-gestão, à valorização e à inclusão dos trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde, com forte desrespeito aos seus direitos. Um processo de gestão com tais características é acompanhado de modos de atenção baseados – grande parte das vezes – na relação queixa-conduta, automatizando-se o contato entre trabalhadores e usuários, fortalecendo um olhar sobre a doença e, sobretudo, não estabelecendo o vínculo fundamental que permite, efetivamente, a responsabilidade sanitária que constitui o ato de saúde (p. 5).

A ideia de cuidado, nessa perspectiva, vem tentar reconstruir uma atenção integral, buscando recompor competências e relações¹¹. O Brasil demonstra potencialidades para a construção de modelos de atenção mais efetivos e integrais, já que foi o primeiro país do mundo a constituir a sua Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde e, além disso, há muitas discussões de pesquisadores sobre cuidado em saúde, acolhimento e humanização da atenção, buscando suprir as lacunas que ainda existem nos modos de operar a atenção à saúde¹. O Pacto pela Saúde, juntamente com as recomendações da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, podem ajudar na conformação de modelos de atenção mais abrangentes. Ainda assim, o sistema de saúde brasileiro tem grandes desafios pela frente, sendo que o maior desafio do SUS

é de ordem política, pois “[...] questões como o financiamento, a articulação público-privada e as desigualdades persistentes não poderão ser resolvidas apenas na esfera técnica”⁶(p. 28).

1.1.1 Atenção à saúde mental, sua trajetória

Segundo Amarante¹³, o movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira teve como estopim inicial a ‘Crise da DINSAM’ (Divisão Nacional de Saúde Mental – órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação das políticas de saúde mental) e, a partir disso, toda a trajetória se desenrolou até a aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica em 2001, culminando no modelo de atenção à saúde mental atual. A crise da DINSAM teve início após a denúncia de três médicos sobre as irregularidades da unidade hospitalar, pois eram frequentes casos de agressão, estupro, trabalho escravo, mortes não esclarecidas, além das condições precárias de trabalho¹³. Essa denúncia mobilizou profissionais de outras unidades e recebeu apoio do Movimento de Renovação Médica (REME) e do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), constituindo o chamado Núcleo de Saúde Mental. A partir desse movimento de denúncias, de falta de recursos, de precariedade das condições de trabalho, da forma de assistência à população e de seu atrelamento às políticas de saúde mental e trabalhistas, nasceu o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM)¹³.

Ainda Amarante¹³ evidencia que, em 1978, com a realização do V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, foi possível organizar o MTSM nacionalmente e as questões norteadoras das discussões foram de ordem político-ideológica, relativas à política de saúde mental e de crítica ao regime político nacional. Ainda em 1978, aconteceu o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições; este contou com a presença dos principais mentores da Rede Alternativa à Psiquiatria, do movimento Psiquiatria Democrática Italiana, da Antipsiquiatria e de correntes de pensamento crítico em saúde mental¹³. Em 1979, no I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, do Instituto Sedes Sapientiae, em São Paulo,

[...] depreende-se que a luta pela transformação do sistema de atenção à saúde está vinculada à luta dos demais setores sociais em busca da democracia plena e de uma organização mais justa da sociedade pelo

fortalecimento dos sindicatos e demais associações representativas articuladas com os movimentos sociais¹³ (p. 56).

Neste congresso, segundo Amarante¹³, também se solidificou a crítica ao modelo asilar dos grandes hospitais psiquiátricos públicos. Assim, o MTSM passa a direcionar mais os seus esforços para o modelo de atenção psiquiátrica, deixando os aspectos corporativos em segundo plano. Em 1980, no II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, dentre outras questões, tem-se o início das preocupações com os direitos dos pacientes psiquiátricos, críticas ao modelo assistencial (modelo cronificador e estigmatizante), além do objetivo de vincular a luta da saúde aos movimentos populares pela busca da democratização da ordem econômico-social¹³.

No contexto da luta pela construção de um Estado verdadeiramente democrático, em 1986, aconteceu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que contou com a participação popular, com representantes de vários setores da comunidade. Uma nova concepção de saúde surgiu dessa conferência: a saúde como um direito do cidadão e dever do Estado¹³. Como desdobramento, em 1987, ocorreu a I Conferência Nacional de Saúde Mental, com os seguintes temas centrais: economia, sociedade e Estado – impactos sobre saúde e doença; Reforma Sanitária e reorganização da assistência à saúde mental; cidadania e doença mental¹³. E, assim, a noção de desinstitucionalização começa a tomar forma neste período. Segundo Amarante¹³:

Essa trajetória pode ser identificada por uma ruptura ocorrida no processo da reforma psiquiátrica brasileira, que deixa de ser restrito ao campo exclusivo, ou predominante, das transformações no campo técnico-assistencial, para alcançar uma dimensão mais global e complexa, isto é, para torna-se um processo que ocorre, a um só tempo, articuladamente, nos campos técnico-assistencial, político-jurídico, teórico-conceitual e sociocultural (p. 76).

De acordo com Furtado e Campos¹⁴, o movimento pela Reforma Psiquiátrica buscava a “[...] superação das condições dos muitos internos cronificados em hospitais públicos e conveniados, mas também a transformação dos modelos assistenciais, dos paradigmas e das ações corporativas centradas no manicômio e suas práticas” (p. 111). O movimento passou a contar também com associações de familiares, usuários e entidades, ou seja, extrapolou o âmbito técnico e chegou até a sociedade civil¹³. Dessa forma, surgiram novas perspectivas de assistência que passaram a representar uma alternativa ao

modelo psiquiátrico tradicional, como, por exemplo, o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) e o NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial) – este último surgiu a partir do fechamento do hospital psiquiátrico Casa de Saúde Anchieta, devido a questões de maus tratos, ampliando possibilidades para a implantação de um modelo substitutivo ao manicomial¹³. Com a criação dos primeiros CAPS e NAPS, o Ministério da Saúde regulamentou a implantação de novos serviços dessa natureza¹³.

Em 1992, por meio da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, foram reafirmados e renovados os princípios e as diretrizes da Reforma Psiquiátrica na linha da desinstitucionalização e da luta antimanicomial¹³. Furtado e Campos¹⁴ observam que:

A crítica aos manicômios e ao Movimento de Desinstitucionalização – por um lado – e a necessidade de prover um sistema de saúde mental inserido no SUS, alternativo ao modelo hospitalocêntrico, garantindo assim uma nova resposta ao portador de transtornos mentais – por outro – estabelecem pontos de contato entre as reformas psiquiátrica e sanitária (p. 112).

Para Amarante^{II} apud Furtado e Campos¹⁴, as diferenças fundamentais entre as duas reformas são: os planos sanitaristas criaram mecanismos de referência/contrarreferência, controle epidemiológico, protocolos de atendimento, mas sem considerar as diversas singularidades do sujeito que sofre, ou seja, para os sanitaristas, a Política Nacional de Saúde Mental deveria mudar para que a pessoa com sofrimento mental fosse bem atendida; já os integrantes da Reforma Psiquiátrica indicavam que o principal meio de transformação daquela situação inaceitável era a desinstitucionalização/desconstrução do cotidiano das instituições e novas formas de lidar com a loucura.

Da mesma maneira que a Reforma Sanitária, a Reforma Psiquiátrica conseguiu incluir seus atores e reivindicações nas instâncias de decisões do SUS e foi institucionalizada como política oficial¹⁴. Ela não se resume a novas técnicas de tratamento, mas representa um novo paradigma, uma nova forma de relação e de abordagem ao indivíduo que sofre e, para isso, a postura profissional distinta do modelo anterior se torna fundamental¹⁴.

^{II} Amarante P. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

Dessa maneira, a educação permanente dos trabalhadores, a avaliação sistemática das novas práticas, a inclusão da perspectiva dos usuários no processo [...], dentre outras, são vias importantes e necessárias ao estabelecimento dos novos referenciais na prática cotidiana de atenção em saúde mental¹⁴ (p. 117).

Segundo Paim et al.⁶, em 2001, foi aprovada a Lei da Reforma Psiquiátrica com o objetivo de reforçar os direitos das pessoas com transtornos mentais e desinstitucionalizar a atenção. Assim, entre 2001 e 2010, foram reduzidos vinte mil leitos psiquiátricos e o número de CAPs passou de 424 para 1.521, e o número de residências terapêuticas aumentou de 85 para 475⁶.

No novo modelo de atenção à saúde mental apresentado nas diretrizes do NASF, elaborado pelo Ministério da Saúde¹⁵, a atenção hospitalar deixa de ser o centro e passa a ser complementar. O cuidado ocorre próximo a rede familiar, social e cultural do paciente para que seja possível a reapropriação de sua história de vida e de seu processo de saúde/ adoecimento. Assim, além do saber técnico, torna-se primordial também a valorização do subjetivo, favorecendo a criação de espaços onde os serviços de saúde consigam ser acolhedores e tenham possibilidade de criação de vínculos. O principal objetivo do novo modelo de atenção é a ampliação e a qualificação do cuidado às pessoas com transtornos mentais nos serviços comunitários, com base no território¹⁵. Para Caçapava, Colveiro e Pereira¹⁶:

O território não é concebido apenas como área geográfica, mas sim, existencial, constituído pelos conflitos e interesses das pessoas que nele habitam, os quais por sua vez se relacionam com amigos, vizinhos, família, instituições e cenários (igreja, cultos, escola, trabalho, bares etc.); dessa forma, essa noção de território busca a organização de uma rede de atenção às pessoas com sofrimento psíquico, suas famílias, seus amigos e interessados (p. 448).

A Política Nacional de Saúde Mental (LEI N. 10.216 de 2001)¹⁷ prioriza a implantação de uma rede diversificada de serviços de Saúde Mental de base comunitária eficaz, capaz de atender com resolutividade aos pacientes que necessitam de cuidado. Nessa perspectiva, a rede de Saúde Mental deve ser composta por diversas ações e serviços de Saúde Mental: ações de Saúde Mental na Atenção Primária; Centros de Atenção Psicossocial – CAPs; ambulatorios; residências terapêuticas; leitos de atenção integral em Saúde Mental (em CAPs III e em hospital geral); programa de Volta para Casa; cooperativas de trabalho e geração de renda; centros de convivência e cultura, entre

outros¹⁵. Essa nova forma de tratar pessoas com transtornos mentais corrobora com a ideia de que não é possível produzir saúde numa perspectiva restrita, sem considerar todos os processos que a determinam e influenciam¹⁶.

Segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS¹⁸, o manejo e o tratamento de transtornos mentais no contexto da Atenção Primária possibilitam o acesso ao cuidado em Saúde Mental a um maior número de pessoas, proporcionando uma atenção de melhor qualidade e reduzindo exames supérfluos e tratamentos desnecessários. Dessa forma, é importante e necessária a articulação da Saúde Mental com toda a rede de saúde e, sobretudo, com a Atenção Primária¹⁵.

A construção de uma rede de atenção às pessoas com transtornos mentais que melhore sua qualidade de vida, o cuidado sem estigmas e discriminação, é um dos grandes desafios enfrentados pelo SUS¹⁶. O cuidado deve favorecer a articulação de serviços e iniciativas que possam responder às diferentes demandas que a doença ou limitação pode trazer¹⁵. Diante disso, Alves¹⁹ salienta que é preciso renunciar à forte influência do modelo tradicional de cuidado e compartilhar saberes na busca da eficácia das práticas, da promoção da equidade, da integralidade e da cidadania, efetivando os princípios do SUS.

1.2 Equidade em saúde

O Sistema Único de Saúde é composto por uma rede de serviços e um conjunto de normas destinados não apenas aos pobres, mas a toda sociedade, sendo uma conquista social e solidificada através da Constituição de 1988. A equidade é um dos pilares do Sistema Único de Saúde, porém é interessante apontar que tanto na Constituição Federal de 1988²⁰, quanto na Lei Federal 8.080 de 1990²¹, não há referência explícita ao termo equidade, de acordo com Campos²².

O artigo 196 da Constituição²⁰ define:

Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Dessa forma, os conceitos que aparecem em destaque na constituição do SUS são o de acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde. Como aponta Campos²², o termo equidade “[...] aparece tão somente como um dos objetivos da Seguridade Social e referindo-se à justiça tributária no momento da constituição dos fundos de arrecadação financeira – ‘equidade na participação do custeio’” (p. 29).

Entretanto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), com a estratégia “Saúde para todos no ano 2000”, fizeram uma ligação do conceito de equidade ao de necessidade em saúde, ampliando esse conceito. Assim, Viana, Fausto e Lima²³ ressaltam que o acesso a serviços de saúde e à proteção sanitária deveria dar-se com independência de cor, gênero, condições sociais, econômicas e culturais.

Margaret Whitehead²⁴ agrega um parâmetro de justiça ao termo equidade. Para a autora, as iniquidades são diferenças desnecessárias e evitáveis, são também consideradas abusivas e injustas. Segundo Whitehead^{III}apud Granja et al.²⁵:

[...] as iniquidades são as diferenças geradas pela restrição à liberdade de escolha; exposição a condições de vida e trabalho estressantes e doentias; acesso inadequado a serviços públicos essenciais, entre eles os de saúde; e mobilidade social relacionada à saúde, envolvendo a tendência dos doentes descenderem na escala social (p. 81).

Assim, nota-se que este conceito implica uma discussão política e de juízo de valor quando incorpora a ideia de justiça no processo de redução das desigualdades evitáveis e desnecessárias²³. O julgamento e a medida das desigualdades dependerão do conceito de justiça social adotados pelas sociedades e do momento em que se pensa sobre esta questão, “[...] pressupõe tratamento desigual para os que estão em condições de desvantagem, abrindo espaço para o que se considera como um tipo de ‘discriminação positiva’”²³ (p. 60). Desse modo, o ponto central das políticas públicas que objetivam a equidade em saúde, é a redução ou a eliminação das diferenças advindas de fatores considerados evitáveis e injustos, favorecendo oportunidades em saúde mais equânimes.

Sanchez e Ciconelli²⁶ fazem uma distinção entre a equidade horizontal e vertical: a primeira é definida como tratamento igual para indivíduos iguais, enquanto a segunda se define como tratamento desigual, porém equilibrado, para indivíduos desiguais. Assim,

^{III} Whitehead M. *The concept and principles of equity and health*. Washington DC: Pan American Health Organization; 1991.

na maioria das vezes, a equidade vertical representa melhor o conceito de justiça social do que a equidade horizontal. Segundo Medici²⁷, pessoas com o mesmo perfil socioeconômico deveriam ser atendidas igualmente, como define o conceito de equidade horizontal, porém indivíduos com diferentes perfis socioeconômicos deveriam ter acesso diferencial, pois, como define o conceito de equidade vertical, os mais pobres necessitariam de mais. Também sobre esse assunto, Neves^{IV} apud Granja et al.²⁵ afirma que a equidade representa igual acessibilidade aos cuidados de saúde, numa ação reguladora das desigualdades, onde quem tem menos receberia mais e quem tem as mesmas condições receberia o mesmo.

Souza² destaca que a equidade é um avanço em relação à discussão sobre a igualdade, pois o entendimento sobre equidade compreende o respeito ao direito à igualdade, porém, prioriza as pessoas que mais precisam. Este princípio introduz a noção de diferença e surge no período contemporâneo associado às minorias, contrapõe o pensamento jurídico clássico no que se refere a um modo de cidadania comum e indiferenciada, enfatizando a diversidade como condição humana e propondo que a diferença seja tratada como princípio orientador das políticas públicas.

Partindo da compreensão de Souza², pode-se dizer que a equidade em saúde implica em prover a cada um a atenção e as ações de saúde segundo suas necessidades. Segundo Goldbaum²⁸, a:

[...] crescente preocupação com as repercussões das desigualdades na distribuição das doenças, expressão das iniquidades sociais, vem mais acentuadamente orientando e despertando o interesse dos profissionais dos setores sociais, em especial os da Saúde (p. 71).

Inúmeros estudos evidenciam que os grupos populacionais mais vulneráveis apresentam os piores índices de saúde e “[...] apontam para as desigualdades de adoecer e morrer na sociedade, assinalando as diferenças em relação ao lugar, tempo, idade e sexo, bem como entre grupos, etnias, gênero e classes sociais”²³ (p. 58).

Segundo Buss e Pellegrini Filho²⁹, as condições de vida e trabalho dos indivíduos estão relacionadas com sua situação de saúde, ou seja, fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais funcionam como determinantes sociais em saúde e influenciam na ocorrência de problemas de saúde e de

^{IV} Neves MCP. Alocação de recursos em saúde: considerações éticas. *Bioética*. 1999;7(2):155-63.

fatores de risco. Sobre isso, Travassos³⁰ também considera que as desigualdades das condições de vida expõem as pessoas de maneira diferente a fatores determinantes na produção de saúde e doenças e salienta que a equidade em saúde está ligada à capacidade de acesso, utilização de serviços de saúde, alocação de recursos e diminuição das desigualdades em saúde decorrentes das desigualdades sociais. Para Campos²², equidade em saúde está também ligada à qualidade dos serviços, isto é, à sua eficácia, à sua capacidade de resolver problemas de saúde.

Pode-se dizer que as condições de saúde de uma população estão fortemente associadas ao padrão de desigualdades sociais; já as desigualdades no acesso e utilização de serviços de saúde são expressão direta das características do sistema. Assim, Travassos e Castro³¹ consideram que a igualdade no uso de serviços seria condição importante, porém não suficiente, para diminuir as desigualdades em saúde existentes entre os grupos sociais.

Sanchez e Ciconelli²⁶ afirmam que o acesso à saúde é cada vez mais discutido em termos de justiça social e de equidade. Puentes-Markides^V apud Pinheiro et al.³² complementa que o conceito de acesso aos serviços de saúde é complexo e está relacionado à percepção das necessidades de saúde e da conversão destas necessidades em demanda e destas em uso. Segundo Travassos e Martins³³, o conceito de uso dos serviços compreende todo contato direto (consultas médicas, hospitalizações) ou indireto (exames preventivos ou diagnósticos) com os serviços de saúde. A cobertura por plano de saúde e a possibilidade de utilização de recursos próprios são fatores relacionados a diferenças no uso de serviços de saúde, fatores ligados à oferta também facilitam ou reprimem o acesso³².

Segundo Barata³⁴, o acesso e a utilização de serviços de saúde dependem de fatores que podem ser divididos em determinantes da oferta (referentes à existência dos serviços) e determinantes da demanda (referentes à necessidade de saúde). A partir da existência física dos serviços de saúde, as acessibilidades geográficas, culturais, econômicas e organizativas passam a modular a oferta disponível. Com relação à necessidade de saúde percebida pelo indivíduo, pode-se dizer que esta move o comportamento de procura pelos serviços, transformando-se em demanda, e características de ordem demográfica e social podem interferir no consumo de serviços

^V Puentes-Markides C. Women and access to health care. *Social Science and Medicine*. 1992; 35(4):619-26.

de saúde³⁴. Segundo a mesma autora³⁴, fatores relacionados à oferta e os determinantes da demanda são considerações importantes no estudo do consumo de ações e atividades de saúde, pois tendem a refletir os níveis de desigualdades existentes na sociedade.

Sobre o consumo de serviços de saúde, Louvison et al.³⁵ discorrem sobre o modelo teórico de utilização de serviços de Andersen^{VI}. Este autor agrupa os perfis de consumo em três dimensões: de capacitação, de necessidade e de predisposição. Os fatores de capacitação estão relacionados às condições econômicas e à oferta de serviços (renda, planos de saúde, suporte familiar, disponibilidade, proximidade e quantidade de serviços ofertados); os fatores de necessidade estão ligados ao estado de saúde das pessoas e suas percepções sobre o mesmo; e os fatores de predisposição referem-se às características individuais (idade, sexo, nível de escolaridade e cor). Diante disso, em estudos sobre desigualdades, o acesso é considerado equitativo quando somente a necessidade determina o uso, embora seja observado que a busca por serviços de saúde é, na maioria das vezes, determinada pela oferta de serviços, características demográficas dos indivíduos, características organizacionais dos serviços de saúde e o modelo de financiamento³⁵.

Conforme descrito por Louvison et al.³⁵, as pessoas de menor renda e piores condições de saúde apresentam menor utilização de serviços de saúde e a cobertura por plano de saúde é maior para as pessoas que avaliam seu estado de saúde como muito bom e bom, revelando desigualdades que privilegiam os estratos mais ricos da população. Em saúde, segundo os mesmos autores³⁵, as mesmas necessidades devem pressupor a utilização dos serviços de saúde, no entanto, observa-se que o acesso à saúde tende a ser pior para aqueles em piores condições socioeconômicas.

Medici²⁷ considera que o sistema público de saúde brasileiro valoriza a igualdade e não a equidade de acesso, pois o fato de oferecer serviços gratuitos para todos não leva em consideração que alguns teriam capacidade de pagar e que, com esses recursos, poderia ser melhorada a qualidade do acesso dos que não têm.

Em 2006, o Ministério da Saúde³⁶ declarou, através da implementação da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), que a Atenção Básica deve se constituir como porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde e a Estratégia Saúde da Família (ESF) deve ser consolidada como modelo de Atenção Básica e centro ordenador do cuidado.

^{VI} Andersen R, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *The Milbank Mem Fund Q Health Soc.* 1973; 51(1):95-124.

Para Maragno, Goldbaum e Gianini³⁷, esse modelo de atenção primária possibilitou uma reorganização do sistema de atenção à saúde e pode ser entendido como uma ferramenta de equidade na oferta de serviços, contribuindo para aumentar o potencial de atuação em problemas de saúde. Com isso, as filas para a atenção básica foram reduzidas, houve aumento da oferta, da cobertura e da qualidade da saúde, e a população que anteriormente só tinha acesso em casos extremamente graves passou a ter melhor atenção à saúde²⁷.

Segundo Medici²⁷, “[...] o PSF é a melhor forma de cobertura de atenção básica à saúde que a população brasileira desprovida de recursos dispõe” (p. 80), contribuindo para a promoção da equidade, mas ainda existe uma parcela muito grande da população de baixa renda sem essa cobertura. Dados da PNAD 2008^{VII} apud Medici²⁷ mostraram que a cobertura do PSF era de apenas 64% nos domicílios sem rendimento ou com renda inferior a um quarto de salário mínimo mensal per capita. Para o autor²⁷, a maioria dos pobres utiliza exclusivamente o SUS, sendo que aqueles que não utilizam não o fazem por falta absoluta de condições.

Os resultados da PNAD 2008 apud Medici²⁷ revelaram que nas duas últimas semanas anteriores à pesquisa, dentre as pessoas que manifestaram problemas ou necessidades de uso dos serviços de saúde, 81% procuraram os serviços de saúde e foram atendidas; 2% procuraram os serviços de saúde e não foram atendidas, e 17% não procuraram os serviços de saúde devido à falta de dinheiro, local distante para o atendimento, transporte difícil, horário incompatível ou atendimento muito demorado. Segundo Pinheiro et al.³², pode ser considerada como demanda reprimida tanto aqueles que procuraram pelo serviço de saúde e não foram atendidos, como também aqueles que não procuraram pelo serviço diante de necessidade, mostrando que as barreiras de acesso são de natureza complexa. Segundo o mesmo autor³², no Brasil, as pessoas que procuram pelo serviço de saúde geralmente conseguem atendimento (prevalência em torno de 98%), porém as barreiras de acesso parecem ser anteriores à procura, pois uma parcela significativa da população não procurou pelo serviço, embora desejasse, alegando diversos motivos.

Segundo Silva et al.³⁸, o acesso à assistência à saúde pode ser medido pela utilização de serviços. Para Ribeiro et al.³⁹ e Pinheiro et al.³² a utilização de serviços de

^{VII} Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, PNAD 2008. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2008/default.shtm>>. Acesso em 23 jul. 2016.

saúde está ligada à necessidade de saúde, às características de organização da oferta, às características sociodemográficas dos usuários, ao perfil epidemiológico, além de aspectos relacionados aos prestadores de serviços. As iniquidades são resultados da estratificação social e de desigualdades políticas que rodeiam o sistema de saúde²⁷. As desigualdades também podem ser fruto da forma como os sistemas de saúde criam barreiras aos usuários, gerando problemas na disponibilidade, qualidade e custo dos serviços²⁷. Dessa forma, Pinheiro et al.³² e Travassos e Castro³¹ apontam que desigualdades no acesso e utilização de serviços de saúde são expressões diretas das características do sistema, além de indicarem diferenças no comportamento do indivíduo perante a doença.

Segundo Neri e Soares⁴⁰, outro determinante relacionado ao uso dos serviços de saúde no Brasil é a posse de plano de saúde. Para os autores, o indivíduo que possui plano de saúde aumenta suas chances de consumir os serviços em 452%, ao mesmo tempo que o motivo da doença contribui para o consumo de serviços de saúde em aproximadamente 155%. Diante desses dados, nota-se que o consumo dos serviços de saúde no Brasil estaria mais relacionado com o acesso aos serviços do que à necessidade de cuidados médicos. Em seu estudo, Neri e Soares⁴⁰ encontraram desigualdade vertical no consumo dos serviços de saúde, pois os indivíduos menos abastados, mesmo necessitando de mais serviços de saúde, consumiram menos por causa de problemas relacionados ao acesso, revelando desigualdades que favorecem os grupos sociais mais privilegiados.

Sabe-se que as pessoas de melhor renda utilizam menos o SUS do que os grupos mais pobres, demonstrando o favorecimento do sistema público para o atendimento das necessidades de saúde dos que têm menor renda²⁷. No entanto, como aponta Medici²⁷:

[...] a iniquidade no uso do SUS repousa na natureza dos procedimentos que presta em relação às características epidemiológicas do país. Esses procedimentos podem ser questionados quanto à sua prioridade social e até mesmo quanto à sua essencialidade diante dos recursos públicos disponíveis para a saúde. Ainda que poucos dos que pertencem aos grupos de maior renda recorram exclusivamente ao SUS e a maioria sequer utilize o sistema, os que o utilizam de forma frequente ou eventual o fazem para complementar, ou os serviços que recebem dos planos privados de saúde ou a compra direta de serviços dos prestadores privados (p. 63).

Segundo Silva et al.³⁸, o SUS responde pela saúde de cerca de 190 milhões de indivíduos e o segmento de seguros e planos de saúde por 49,2 milhões, o que representa

uma cobertura duplicada para 25,9% da população. Essa dupla cobertura significa que há privilégios das classes de maior nível socioeconômico em relação à atenção à saúde, pois possuem dupla porta de entrada. Assim, utilizam o sistema privado para atendimentos corriqueiros e, em alguns casos, utilizam os serviços do SUS para procedimentos que não são cobertos pelo plano privado (de média e alta complexidade)²⁷. Medici²⁷ observa que com o aumento da demanda do SUS por esses bens e serviço, o sistema gasta mais em exames sofisticados, procedimentos e medicamentos de alto custo e passa a ter que limitar os gastos com serviços destinados à redução da morbimortalidade dos mais pobres.

Em 2001, com base no artigo 32 da Lei nº 9.656 de 1998⁴¹, o Governo estabeleceu, para os planos de saúde, o dever de transferirem o pagamento para o SUS, de procedimentos dos quais deveriam cobrir, para os seus clientes. Isso se daria por meio da Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos (TUNEP). No entanto, os planos de saúde não pagam o SUS, justificando que um sistema de saúde universal e gratuito não pode cobrar pelos serviços prestados aos cidadãos, deixando de ser cobrados dois terços do devido, comprometendo o orçamento do SUS²⁷. Calcula-se que pelo menos um quarto dos brasileiros não tem de fato acesso aos serviços de saúde, enquanto outros têm acesso duplicado, portanto, segundo o mesmo autor²⁷:

[...] seria mais justo utilizar os escassos recursos públicos para atender os grupos mais pobres do que garantir a utilização gratuita do SUS para aqueles que já pagam por planos de saúde e utilizam o SUS para procedimentos de alto custo e alta tecnologia. Evitar duplicações e harmonizar a cobertura dos planos de saúde privados com os serviços ofertados pelo SUS é uma tarefa de coordenação que necessita ser realizada (p. 70).

Segundo Medici²⁷, mesmo com um sistema gratuito e universal, as famílias brasileiras pobres gastam proporcionalmente mais com saúde do que as famílias mais ricas, sendo que o principal gasto das famílias de baixa renda é com medicação, já os mais ricos têm maiores gastos com planos de saúde e odontológicos. Medici²⁷ afirma que para compensar essa iniquidade, o SUS deveria concentrar seus gastos nos decis de renda mais baixa, para que as pessoas pudessem dedicar os recursos que gastam com saúde a outras necessidades básicas, diminuindo, assim, as desigualdades sociais.

Existem três aspectos relacionados ao financiamento e gasto que têm impacto na equidade em saúde no Brasil: o diferencial de utilização dos serviços entre os grupos mais

ricos e mais pobres; a forma como os diferentes impostos incidem sobre a renda das famílias, evidenciando uma forma de financiamento regressiva; e o fato dos gastos em saúde, inclusive os do SUS, serem mais elevados nas áreas onde a renda per capita é mais alta²⁷. De acordo com Medici²⁷:

Esses três aspectos se somam a outros de ordem mais subjetiva, como as dificuldades de acesso dos mais pobres, em decorrência de assimetrias de informação entre distintos grupos sociais acerca de como aceder e utilizar o SUS, e localização estratégica das unidades de saúde, em geral nem sempre acessíveis aos mais pobres (p. 62).

Paim et al.⁶ discorrem que nos últimos vinte anos houve muitos avanços no sistema de saúde: o investimento em recursos humanos, em ciência e tecnologia e, na atenção básica, o processo de descentralização, ampla participação social e maior conscientização sobre o direito à saúde. Embora ainda haja muito a fazer para que o sistema de saúde brasileiro se torne universal, o Sistema Único de Saúde aumentou consideravelmente o acesso ao cuidado com a saúde para uma parcela importante da população brasileira. Para os autores⁶, para que o sistema de saúde brasileiro supere os desafios atuais é necessária uma maior mobilização política para reestruturar o financiamento e redefinir os papéis dos setores público e privado. Paim et al.⁶ e Medici²⁷ diagnosticam que uma melhor articulação entre o SUS e o sistema de saúde suplementar evitaria duplicações e possibilitaria um maior direcionamento dos recursos do SUS para quem mais precisa.

Segundo dados da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde⁴² de 2008, o Brasil ainda está entre os países com maiores iniquidades em saúde. Além disso, as precárias condições de vida e saúde de amplos setores da população brasileira “[...] são privações de liberdade que limitam sua capacidade de optar entre diferentes alternativas, de ter voz frente às instituições do Estado e da sociedade e de ter maior participação na vida social”⁴² (p. 11).

Campos²², sobre a autonomia dos agentes sociais, aponta que a justiça social além de advir da disponibilidade de bens ou serviços e da oportunidade de aceder-lhes, também depende da capacidade dos sujeitos de defenderem seus interesses. Segundo ele, “[...] a equidade depende bastante da capacidade da sociedade civil e de seus vários agrupamentos de interagirem com o Estado, com os governos e com outros poderes institucionais, para construírem contextos favoráveis à justiça e à democracia”²² (p. 27).

A prática da equidade dependeria de um elevado grau de democracia, de distribuição das cotas de poder, do controle social do exercício desse poder descentralizado de maneira a se evitar abusos e, paradoxalmente, também de um elevado grau de autonomia dos agentes sociais que praticam os julgamentos e instituem os tratamentos, sem o que não poderiam operar conforme cada situação singular²² (p. 25).

Para isso, é necessário proporcionar aos atores acesso equitativo a informações e conhecimentos pertinentes que ajudem a fundamentar a defesa de seus interesses⁴². Conforme exposto por Ayres¹⁰, é um dos desafios políticos do SUS o cultivo de uma ética de emancipação dos sujeitos, realizada pelo reconhecimento do diálogo como meio de construção compartilhada entre sujeitos plenos de direito de uma atenção à saúde universal, equânime e integral.

Diante do exposto, é importante considerar que o tempo de história do SUS é muito pequeno, ou seja, o processo de implementação no Brasil ainda percorrerá um longo caminho para diminuição das iniquidades na saúde e as políticas e ações deverão, cada vez mais, se diversificar segundo grupos específicos de indivíduos para contemplar os objetivos propostos²³.

1.3 Um grupo específico para atenção à saúde

Segundo Moraes Júnior⁴³, estima-se que um quarto da população urbana mundial seja portador de algum transtorno mental, com consequências individuais e sociais importantes. Os sintomas decorrentes dos transtornos mentais podem variar desde quadros reativos até quadros psicóticos graves, sendo que é frequente o subdiagnóstico pelos profissionais de saúde geral. Também é comum, de acordo com Lima⁴ e Maragno et al.³⁷, o emprego de medicações e exames desnecessários, intervenções ineficazes, comprometendo o prognóstico e a aderência aos tratamentos propostos. Lima⁴ afirma que, entre as principais causas de incapacitação no mundo, cinco estão entre os problemas mentais: esquizofrenia, depressão, transtornos bipolares, transtornos pelo uso do álcool e transtorno obsessivo-compulsivo.

Estudos realizados pela OMS^{VIII} apud Lima⁴ apontaram que sintomas físicos persistentes, sem explicação médica, podem estar associados a questões de saúde mental e parece haver uma tendência de pessoas com transtornos mentais procurarem mais pelo atendimento em saúde do que aqueles sem esta particularidade, independente do serviço ser especializado ou não. Segundo Goldberg e Huxley⁴⁴, a maioria dos pacientes com algum tipo de perturbação psíquica chega aos centros de cuidados primários, porém é comum não ser detectada pelo profissional da saúde, denotando uma lacuna na formação desses profissionais e importante tarefa da saúde pública. Para Huxley e Goldberg⁴⁴:

[...] os psicólogos clínicos pouco sabem da psiquiatria social e de epidemiologia; os assistentes sociais pouco sabem de psicologia ou das bases biológicas das perturbações mentais; e os nossos psiquiatras adoptam frequentemente uma abordagem biológica castradora ou então uma abordagem que dê demasiada ênfase à psiquiatria dinâmica, que é relativamente imune às recentes descobertas da psiquiatria social e biológica (p. 162-163).

Segundo a Organização Mundial da Saúde^{IX} apud Moreira et. al.⁴⁵, é relevante a atuação da Atenção Primária à Saúde (APS) para a promoção da saúde mental nas comunidades. No contexto brasileiro, a Estratégia da Saúde da Família (ESF) possibilita o primeiro contato da população com os serviços de saúde e apresenta um grande potencial para o rastreamento, encaminhamento e monitoramento dos usuários que possuem transtornos mentais⁴⁵.

Silva e Menezes⁵ apontam que os transtornos mentais comuns (TMC) têm sido cada vez mais identificados e pesquisados entre os profissionais de saúde, devido à alta prevalência na comunidade. O transtorno mental comum (TMC), denominação cunhada por Goldberg e Huxley⁴⁴, refere-se à situação de saúde que não preenche critérios suficientes para diagnósticos formais de transtornos mentais, todavia os sintomas como insônia, fadiga, queixas somáticas, esquecimento, irritabilidade, dificuldade de concentração, entre outros, provocam uma incapacitação funcional significativa, trazendo prejuízos psicossociais para o indivíduo, bem como alto custo social e econômico. Portanto, trata-se de uma condição de saúde importante do ponto de vista da saúde

^{VIII} Organização Mundial da Saúde. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.

^{IX} World Health Organization (WHO). *The world health report 2001 - Mental Health: New Understanding*, New Hope. Geneva: WHO; 2001. Disponível em: <<http://www.who.int/whr/2001/en/>>. Acesso em 23 nov. 2016.

pública, conforme é evidenciado por Lima⁴, Santos^X apud Maragno et al.³⁷, Moraes Junior⁴³ e Pinheiro⁴⁶.

Segundo Moreira et al.⁴⁵, dados de estudos internacionais apontam para uma prevalência de TMC em torno de 24,6% a 45,3%, e estudos brasileiros descrevem taxas entre 17% e 35%, sendo que essas pesquisas indicaram associação entre o baixo nível socioeconômico e a baixa escolaridade ao risco de ocorrência de TMC. Segundo os mesmos autores⁴⁵, em estudos realizados no contexto brasileiro, especificamente em populações assistidas pelo PSF, as taxas de prevalência de TMC encontradas variaram de 24,6% a 38%, e a maior parte dessas pesquisas encontrou maior risco de TMC para o sexo feminino, em pessoas com maior idade, menor nível de escolaridade e menor renda. Em seu estudo, Moreira et al.⁴⁵ constataram uma prevalência de TMC de 43,70%, que consiste em um valor superior ao apresentado em pesquisas anteriores. Esse resultado talvez seja explicado pelo baixo nível socioeconômico da população alvo estudada. Para Weich et al.^{XI} apud Lima⁴:

[...] embora a natureza da relação entre fatores de risco e transtornos mentais não esteja bem estabelecida, alguns estudos têm defendido a hipótese de que condições como pobreza, sexo feminino e desemprego teriam um papel importante na manutenção destes transtornos (p. 21).

Segundo dados do boletim ISA-Capital 2008 (Inquérito de Saúde do município de São Paulo), elaborado pela Secretaria Municipal da Saúde⁴⁷, em São Paulo, a presença de TMC se mostrou associada ao sexo feminino, à baixa escolaridade, à baixa renda (até 0,5 salários mínimos per capita), à situação conjugal “unido” ou “separado” ou “viúvo” e à presença de algum tipo de deficiência. Além disso, também foram observadas associações entre as ocorrências de TMC e tabagismo e TMC e uso abusivo/dependência de álcool. Outro dado importante foi que as pessoas com indicativos de TMC referiram duas vezes mais morbidade nos últimos 15 dias, indicando que a busca pelos serviços de saúde nessa população, em especial da atenção básica, possivelmente seja maior.

Rocha et al.⁴⁸ apontam que as investigações epidemiológicas na área de saúde mental ainda são escassas nos países em desenvolvimento, ocasionando uma carência de

^X Santos MESB. *Transtornos mentais comuns em pacientes com AIDS que fazem uso de anti-retrovirais no Estado de São Paulo, Brasil* [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2002.

^{XI}Weich S, Churchill R, Lewis G, Mann A. Do socio-economic risk factors predict the incidence and maintenance of psychiatric disorder in primary care? *Psychol Med.* 1997; 27(1):73-80.

informações sobre os indicadores de morbidade psíquica. A América Latina, por exemplo, contribui somente com 1% da publicação científica mundial em saúde mental, sendo que o México, o Brasil e o Chile estão entre os que mais contribuem para essas produções⁴³. No que diz respeito ao Brasil, os estudos se concentram mais nas cidades de médio e grande porte, ficando uma lacuna em outras regiões, com características distintas⁴.

Portanto, as informações sobre a situação de saúde mental das populações ainda são insuficientes e isso é um “[...] fator contribuinte para a atenção ainda precária ou inexistente em saúde mental, tanto no que se refere à oferta de serviços quanto à elaboração de políticas de proteção e promoção à saúde”⁴⁸ (p. 632). Assim, o estudo sobre a procura, o uso de serviços de saúde e o gasto com saúde dessa população em específico é importante, pois permite analisar os níveis de cobertura, os grupos populacionais excluídos e auxilia no planejamento em saúde para garantir o acesso universal e equânime³.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar a equidade na atenção à saúde de pessoas com indicativos de transtornos mentais comuns (TMC), no ano de 2008, no município de São Paulo.

2.2 Objetivos específicos

- Analisar a procura pelo serviço de saúde em pessoas com indicativos de TMC diante de morbidade referida nos últimos 15 dias precedentes à entrevista domiciliar;
- Analisar a utilização do serviço de saúde em pessoas com indicativos de TMC que procuraram por este serviço;
- Analisar o gasto com saúde, no último mês, de pessoas com indicativos de TMC;
- Analisar a equidade em saúde em pessoas com indicativos de TMC.

3 METODOLOGIA

Este estudo utilizou dados de uma pesquisa mais ampla, o Inquérito de Saúde do Município de São Paulo (ISA-Capital) do ano de 2008, que será apresentado a seguir.

3.1 Inquérito de Saúde do Município de São Paulo (ISA - Capital)

O Inquérito de Saúde do Município de São Paulo é um estudo de corte transversal, de base populacional, para análise das condições de vida e de saúde, incluindo uso de serviços de saúde, por meio de entrevistas domiciliares. Até o momento já foram coletados dados da população do município de São Paulo nos anos de 2003, 2008 e 2014. Foram financiados pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e participaram da pesquisa a Universidade de São Paulo – USP, a Universidade Estadual Paulista – UNESP, a Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP e a Secretaria de Estado da Saúde.

A população de estudo foi constituída pelos residentes em área urbana, em domicílios particulares ou coletivos do município de São Paulo. A metodologia utilizada foi baseada em amostras probabilísticas. A amostra foi estratificada por conglomerados em dois estágios de seleção: no primeiro foram sorteados os setores censitários e, no segundo estágio, foram sorteados os domicílios de cada setor sorteado. Utilizou-se sorteio sistemático nos dois estágios, de acordo com Godofredo³.

Foram definidos grupos de idades e sexo (domínios amostrais) para garantir números mínimos na amostra para análises de cada uma das áreas de estudo. Procurou-se obter, no mínimo, 400 pessoas por domínio, número obtido por refinamento de cálculo presente no plano amostral (Anexo A), garantindo, assim, um número suficiente de observações em cada grupo de idade e sexo. O tamanho da amostra obtida no ano de 2008 foi de 3.271 pessoas. Os domínios de idade e sexo foram: menor de 1 ano; idade de 1 a 11 anos; idade de 12 a 19 anos, sexo feminino; de 12 a 19 anos, sexo masculino; idade de 20 a 59 anos, sexo feminino; de 20 a 59 anos, sexo masculino; idade de 60 anos e mais, sexo feminino; de 60 anos e mais, sexo masculino.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas domiciliares. O instrumento utilizado consistiu em um questionário composto por questões fechadas, semi-abertas e abertas, reunidas em blocos organizados por conjuntos temáticos. Alguns blocos eram destinados a condições específicas do entrevistado, desse modo, nem todos os blocos foram aplicados a todas as pessoas. Os entrevistadores receberam treinamento para aplicação do Inquérito e tinham, no mínimo, o Ensino Médio completo. Para assegurar a qualidade das informações, foram realizadas replicações das entrevistas domiciliares em cerca de 10% das entrevistas.

Os entrevistados responderam diretamente o questionário e, quando menor de 12 anos, o mesmo foi respondido pelo responsável para garantir a confiabilidade das informações. Os dados foram codificados diretamente nos questionários e digitados em banco elaborado com o programa Epi Info 6.04b^{XII} e submetidos à análise de consistência.

Foi assegurada a confidencialidade das informações relatadas pelos entrevistados e utilizado um termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo B). O projeto de pesquisa foi apresentado e aprovado pelas Comissões de Ética das três universidades participantes.

3.2 Blocos Temáticos do ISA-Capital 2008

A seguir será apresentada a descrição dos blocos temáticos do ano de 2008 e a identificação daqueles que foram utilizados nessa pesquisa (Anexo C):

Quadro 1 - Blocos temáticos do ISA-Capital 2008 e blocos que foram utilizados nesse estudo

BLOCOS TEMÁTICOS - ISA CAPITAL 2008	Foram utilizados
A Relação Moradores dos Domicílios Sorteados	
B Folha de Controle	X
C Morbidade 15 dias/ Uso de serviços para morbidade 15 dias	X

^{XII} Conjunto de programas de domínio público, produzidos pelo CDC (Centers for Disease Control and Prevention) em colaboração com a OMS (Organização Mundial da Saúde), e desenvolvidos para ambiente DOS. Permite a edição de textos, manejo de dados e análise epidemiológica.

D Doenças Crônicas / Hipertensão/ Diabetes	X
E Deficiência Física/ Deficiência física referida	X
G Utilização de Serviços/ Outros usos de serviços de saúde/ Uso de serviços para outros motivos	
H Exames Preventivos	
K Hospitalização nos Últimos 12 Meses / Uso de serviços para hospitalização nos últimos 12 meses	
L Estilo de Vida	
M Saúde Emocional	X
O Características Socioeconômicas do Entrevistado ^{XIII}	
P Características da Família e do Domicílio	
Q Características Socioeconômicas do Chefe de Família	X
R Gasto com Saúde	X
S Materno-Infantil/ Outros usos de serviços durante a gestação/ Outros usos de serviços para puericultura	
V Informações sobre presença de Animais	
Z Plano de Saúde	X

FONTE: Elaborado pela autora.

No Bloco B – Folha de controle, foram utilizados os dados sobre idade; sexo; cor e religião (questões B04, B05, B06 e B07).

No Bloco C – Morbidade 15 dias/ Consequente uso de serviços de saúde, foram utilizadas as informações referentes à morbididade 15 dias precedentes à entrevista; se procurou por alguma ajuda para resolver o problema de saúde referido; quem procurou para resolver o problema de saúde; qual era o tipo de serviço procurado (público ou privado); se foi atendido no serviço procurado; o que foi feito no atendimento; quem cobriu ou complementou os gastos referentes à morbididade 15 dias (questões C01, C04, C05, C08, C09, C10 e C12).

^{XIII} Não foi utilizado o Bloco O (Características socioeconômicas do entrevistado) nesse estudo, pois houve mais de 10% de informações ignoradas sobre os sujeitos, prejudicando a consistência dos dados.

No Bloco D – Doenças Crônicas, foram utilizados os dados referentes a doenças crônicas de longa duração ou com repetições frequentes (questões D02 a D27).

No Bloco E – Deficiência Física, obtiveram-se os dados sobre deficiência física referida (questão E02).

No Bloco M – Saúde emocional, foram utilizados os dados referentes à saúde emocional (questões M01 a M20).

No Bloco Q – Características socioeconômicas do chefe de família, foram utilizadas as informações sobre o chefe de família (questões Q05, Q08, Q09 e Q18).

No Bloco R – Gasto com Saúde, foram utilizadas informações sobre o gasto com a saúde da família (questões R01 a R11).

No Bloco Z – Plano de saúde, foram retiradas as informação sobre a posse de plano de saúde médico ou odontológico (questão Z01).

3.3 População

Para o presente estudo, a população foi composta por todas as pessoas - com idade igual ou superior a 16 anos - que responderam o Bloco M sobre Saúde Emocional do Inquérito de Saúde do município de São Paulo, no ano de 2008, e que apresentaram indicativos de transtorno mental comum (TMC). Assim, foram pesquisadas o total de 580 pessoas em 2008.

A presença de TMC foi definida pelo escore do instrumento SRQ – 20 (Self Reporting Questionnaire), referente ao Bloco M- Saúde Emocional. O SRQ – 20 é um instrumento recomendado pela Organização Mundial da Saúde para estudos populacionais voltados à saúde emocional. É estruturado com questões fechadas e de fácil aplicação, com o objetivo de identificar possíveis casos de transtornos mentais comuns em serviços de atenção primária e estimular planejamentos voltados à saúde mental para a necessidade dessa população, segundo Lima⁴, Maragno et al.³⁷ e Moraes Júnior⁴³. Na literatura, há vários estudos de avaliação do desempenho do SRQ. Em geral, os estudos apontam desempenho satisfatório deste instrumento, como demonstra Santos et al.⁴⁹:

O SRQ destina-se à detecção de *sintomas*, ou seja, sugere nível de suspeição (presença/ ausência) de algum transtorno mental, mas não discrimina um diagnóstico específico; assim, avalia se há algum transtorno, mas não oferece diagnóstico do tipo de transtorno existente. Por este caráter de triagem, é bastante adequado para estudos de populações, sendo muito útil para uma primeira classificação de possíveis casos e não casos (p. 546).

No Brasil, no estudo de validação do SRQ-20 realizado por Mari e Williams⁵⁰, foi estabelecido o ponto de corte 7/8 como o melhor em sensibilidade e especificidade, porém os autores observaram que esse ponto de corte apresentaria um valor preditivo positivo muito menor para homens (66%) do que para as mulheres (83%). Então, no mesmo trabalho, propuseram pontos de corte distintos para homens e mulheres: 5/6 para os homens e 7/8 para as mulheres, com sensibilidade de 83% e especificidade de 80%. Scafuzca et al.⁵¹ examinaram a validade do SRQ-20 em uma população de idosos e encontraram no ponto de corte 4/5 melhor sensibilidade e especificidade para ambos os sexos.

Dessa forma, o ponto de corte utilizado para indicar TMC nessa pesquisa foi de 6 ou mais respostas positivas para os homens com idade inferior a 64 anos e de 8 ou mais respostas positivas para as mulheres com idade inferior a 64 anos; e para pessoas com idade igual ou acima de 65 anos foi utilizado o ponto de corte 5 ou mais respostas positivas para ambos os sexos.

3.4 Variáveis de estudo

3.4.1 Variáveis dependentes

Nesse estudo, as variáveis dependentes são: (1) procura pelos serviços de saúde; (2) utilização de serviços de saúde; e (3) gastos com serviços de saúde.

1. As variáveis consideradas como “procura pelos serviços de saúde” foram: se procurou alguma ajuda para morbidade 15 dias; qual profissional procurou e tipo de serviço procurado.

2. As variáveis consideradas como “utilização de serviços de saúde” foram: se foi atendido no serviço que procurou para morbidade 15 dias e o que foi feito no atendimento.
3. As variáveis consideradas como “gastos com serviços de saúde” foram: gasto da família com saúde no último mês; quem cobriu/complementou os gastos para morbidade 15 dias; posse de plano de saúde.

3.4.2 Variáveis independentes

Foram considerados dois conjuntos de variáveis independentes: (1) características sociodemográficas: sexo, idade, situação conjugal do chefe de família, escolaridade do chefe de família, renda per capita, procedência do chefe de família, ocupação do chefe de família, cor, religião; (2) condições de saúde: problema de saúde nos últimos 15 dias, deficiência física, doenças crônicas, depressão/ansiedade (diagnóstico autorreferido) e cefaléia.

Para atingir o objetivo proposto foram analisadas a procura e a utilização de serviços de saúde; e o gasto com saúde no último mês de pessoas com indicadores de TMC, segundo características sociodemográficas e de condições de saúde.

3.5 Análise

O programa *Stata 11* foi utilizado para as análises dos dados dessa pesquisa.

Na primeira etapa, foram realizadas a descrição da frequência absoluta e relativa de cada variável, bem como a frequência relativa ponderada (considerando os pesos para amostra populacional) e os respectivos intervalos com 95% de confiança.

Na segunda etapa, foram realizadas as análises univariadas das associações entre procura, utilização, gasto e variáveis sociodemográficas e de condições de saúde de pessoas com indicadores de TMC. Foi descrita a frequência absoluta de cada variável, calculadas as proporções (considerando os pesos para amostra populacional), as razões

de prevalência e respectivos intervalos com 95% de confiança e o nível de significância (valor de P). A análise univariada foi baseada no teste do qui-quadrado de Pearson e no método de regressão de Poisson, as variáveis que apresentaram associação com a variável dependente em nível de significância inferior a 0,20 foram incluídas na análise multivariada.

Na terceira etapa, foram realizadas as análises multivariadas das associações entre procura, utilização, gasto e variáveis sociodemográficas e de condições de saúde de pessoas com indicadores de TMC. Foi descrita a frequência absoluta de cada variável, calculadas as proporções (considerando os pesos para amostra populacional), as razões de prevalência e respectivos intervalos com 95% de confiança e o nível de significância (valor de P). A análise multivariada foi baseada no método de regressão de Poisson. E, no modelo final dessa análise, foram mantidas as variáveis que persistiram associadas com a variável dependente em nível de significância inferior a 0,05. Os resultados decorrentes dessas análises nortearam a discussão sobre equidade na atenção à saúde de pessoas com indicadores de TMC.

3.6 Ética

Esse projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo em sessão de 04/06/2014, protocolo de pesquisa nº 145/14 (Anexo D).

3.7 Recursos

A pesquisa foi realizada com os recursos de infraestrutura existentes no departamento de Medicina Preventiva da FMUSP, a saber, microcomputadores, softwares e acesso às principais bases de referência bibliográfica.

Essa pesquisas foi financiada com bolsa de mestrado da Capes.

4 RESULTADOS

4.1 Características da população estudada

Os sujeitos dessa pesquisa foram aqueles com idade igual ou superior a 16 anos, que responderam ao Bloco M referente à Saúde Emocional do Inquérito Domiciliar do município de São Paulo, e que apresentaram indicativos de TMC, totalizando 580 indivíduos. Foi encontrada uma prevalência de 21,3% (IC_(95%) 19,2-23,6) de pessoas com indicativos de TMC nesse estudo, considerando os pesos para amostra populacional.

Com relação às características sociodemográficas (Tabela 1), observou-se que o percentual de mulheres (65,7%) foi superior ao dos homens (34,3%). A idade variou de 16 a 97 anos e observou-se que o percentual foi mais elevado nas faixas de idade de “16 a 29” (27,6%) e “30 a 44” (31,7%) anos. Predominaram pessoas de cor branca (59,3%) e de religião católica (56,9%). No que diz respeito a renda per capita, observou-se que não houve predomínio de uma determinada faixa de renda, havendo diferenças discretas no percentual das categorias pesquisadas. Com relação às características do chefe de família, verificou-se um percentual elevado para aqueles com união estável (65,9%), exercendo atividade laboral (68,5%), com ensino fundamental incompleto ou completo (50,8%) e com naturalidade de outras regiões (63,4%).

Tabela 1- Distribuição dos sujeitos com indicativos de TMC segundo variáveis sociodemográficas, no ano de 2008

VARIÁVEIS	N	%	% ponderada*	IC _(95%)
Sexo				
Masculino	172	29,7	34,3	29,9-38,9
Feminino	408	70,3	65,7	61,1-70,1
Idade¹				
16 a 29	121	20,9	27,6	23,1-32,5
30 a 44	110	19	31,7	26,9-37
45 a 59	71	12,3	20,6	16,4-25,5
60 ou mais	276	47,8	20,1	17,4-23,1
Cor²				

Branco	348	60,3	59,3	52,8-65,5
Outros	229	39,7	40,7	34,5-47,2
Religião				
Católica	344	59,3	56,9	50,2-63,4
Outros	236	40,7	43,1	36,6-49,8
Renda Per Capita Familiar				
<= 0,5	179	30,9	24	19,5-29,1
> 0,5 a 1	147	25,3	24,4	19,5-30,1
> 1 a 2,5	152	26,2	27,1	21,4-33,6
> 2,5	102	17,6	24,5	17,3-33,4
Situação Conjugal do Chefe de Família³				
União Estável	339	59,5	65,9	60,4-71
Outros	231	40,5	34,1	29-39,6
Atualmente Exerce Atividade (Chefe Família)⁴				
Não	272	47,8	31,5	26,8-36,6
Sim	297	52,2	68,5	63,4-73,2
Escolaridade do Chefe de família³				
Nunca Frequentou	51	8,9	4,7	3,1-7,3
Fundamental Incompleto/Completo	356	62,5	50,8	44,1-57,5
Ensino Médio/ Técnico Incompleto/Completo	114	20	29,1	22,7-36,3
Superior Incompleto/ Completo	49	8,6	15,4	10,3-22,4
Procedência do Chefe de Família³				
São Paulo	173	30,4	36,6	30,2-43,4
Outros	397	69,6	63,4	56,6-69,8
TOTAL	580	100	100	-

FONTE: Elaborada pela autora.

*Percentual considerando os pesos para amostra populacional

¹Sem informações de 2 sujeitos

²Sem informações de 3 sujeitos

³Sem informações de 10 sujeitos

⁴Sem informações de 11 sujeitos

Com relação às condições de saúde (Tabela 2), dentre as pessoas com indicadores de TMC, observou-se que o percentual de queixa de morbidade 15 dias foi 34,4%, já o percentual daqueles que não apresentaram esse tipo de queixa foi de 65,6%; predominaram pessoas sem deficiência física (77,7%) e com doenças crônicas (80,7%); no que diz respeito à ansiedade/ depressão (diagnóstico autorreferido), o percentual maior

foi daquelas pessoas que responderam negativamente (55,9%); e entre aquelas que responderam sobre cefaléia, o percentual de quem respondeu negativamente também foi maior (58,9%).

Tabela 2 - Distribuição dos sujeitos com indicativos de TMC segundo variáveis de condições de saúde, no ano de 2008.

VARIÁVEIS	N	%	% ponderada*	IC _(95%)
Morbidade 15 dias				
Não	368	63,4	65,6	60,2-70,6
Sim	212	36,6	34,4	29,4-39,8
Deficiência Física				
Não	411	70,9	77,7	73,5-81,4
Sim	169	29,1	22,3	18,6-26,5
Doença Crônica¹				
Não	84	15,1	19,3	16-23
Sim	472	84,9	80,7	77-84
Depressão/ Ansiedade				
Não	316	54,5	55,9	50,5-61,1
Sim	264	45,5	44,1	38,9-49,5
Cefaléia				
Não	362	62,4	58,9	53,2-64,4
Sim	218	37,6	41,1	35,6-46,8
TOTAL	580	100	100	-

FONTE: Elaborada pela autora.

*Percentual considerando os pesos para amostra populacional

¹Sem informações de 24 sujeitos

4.2 Pessoas com indicativos de TMC que procuraram pelo serviço de saúde diante de morbidade 15 dias

Em 2008, dentre as pessoas com indicativos de TMC (580 indivíduos), 212 referiram episódios de morbidade nos 15 dias precedentes à entrevista, sendo que 119 procuraram pelo serviço de saúde para resolver o seu problema e 89 pessoas não procuraram; faltaram informações de 04 indivíduos sobre essa questão.

4.2.1 Análise univariada

Na análise univariada, entre as pessoas com indicadores de TMC e que referiram morbidade nos últimos 15 dias, a procura pelo serviço de saúde demonstrou associação com as seguintes variáveis: sexo, sendo que a procura por ajuda foi significativamente menor entre as mulheres (RP=0,64; IC_{95%} 0,45-0,91; p=0,02) e idade que, na faixa etária dos 30 aos 44 anos, foi significativamente maior (RP=1,63; IC_{95%} 1,04-2,55; p=0,04), quando comparada à faixa etária de 16 a 29 anos (Tabela 3).

Tabela 3 - Frequência de pessoas com indicadores de TMC que referiram morbidade 15 dias anteriores à entrevista e que procuraram pelo serviço de saúde, segundo características sociodemográficas e de condições de saúde, no ano de 2008

VARIÁVEIS	N TOTAL	PROPORÇÃO QUE PROCUROU PELO SERVIÇO DE SAÚDE*	RP*	IC (95%)*	Valor de P
Sexo¹					
Masculino	56	0,71			
Feminino	152	0,46	0,64	0,45-0,91	0,02
Idade²					
16 a 29	41	0,41			
30 a 44	32	0,67	1,63	1,04-2,55	0,04
45 a 59	21	0,45	1,08	0,65-1,82	0,75
60 ou mais	112	0,6	1,46	0,94-2,26	0,09
Cor³					
Outros	85	0,45			
Branco	122	0,6	1,35	0,90-2,03	0,14
Religião¹					
Outros	88	0,48			
Católica	120	0,6	1,26	0,87-1,83	0,22
Renda Per Capita Familiar¹					
<= 0,5	73	0,46			
> 0,5 a 1	45	0,62	0,2	0,84-2,24	0,2
> 1 a 2,5	50	0,5	0,75	0,60-2,00	0,75
> 2,5	40	0,6	0,38	0,71-2,41	0,38

Situação Conjugal Chefe de Família¹					
Outros	91	0,57			
União Estável	117	0,52	0,9	0,68-1,19	0,47
Atualmente Exerce Atividade (Chefe Família)¹					
Não	103	0,52			
Sim	105	0,55	1,05	0,74-1,48	0,8
Escolaridade Chefe de Família¹					
Nunca Frequentou	21	0,51			
Fundamental Incompleto/Completo	129	0,58	1,14	0,58-2,23	0,69
Ensino Médio/ técnico Incompleto/Completo	43	0,45	0,9	0,41-1,94	0,78
Superior Incompleto/ Completo	15	0,61	1,19	0,44-3,26	0,72
Procedência Chefe de Família¹					
Outros	150	0,51			
São Paulo	58	0,6	1,17	0,85-1,62	0,34
Deficiência Física¹					
Não	135	0,58			
Sim	73	0,44	0,77	0,52-1,15	0,19
Doença Crônica⁴					
Não	16	0,48			
Sim	184	0,55	1,16	0,70-1,92	0,56
Depressão/ Ansiedade¹					
Não	108	0,51			
Sim	100	0,57	1,11	0,81-1,51	0,51
Cefaléia¹					
Não	111	0,56			
Sim	97	0,52	0,93	0,66-1,31	0,7
TOTAL	212	—	—	—	—

FONTE: Elaborada pela autora.

*Proporção considerando os pesos para amostra populacional

*RP = Razão de Prevalência

*IC (95%) = Intervalo de 95% de confiança

¹Sem informações de 4 sujeitos

²Sem informações de 6 sujeitos

³ Sem informações de 5 sujeitos

⁴ Sem informações de 12 sujeitos

4.2.2 Análise multivariada

Foram incluídas na regressão de Poisson as variáveis sexo, idade, cor, renda percapita e deficiência física. Entretanto, no modelo final permaneceram apenas as variáveis sexo e idade. A procura pelo serviço de saúde foi significativamente menor entre as mulheres (RP=0,64; IC_{95%} 0,46-0,89; p<0,01) e em relação à idade, na faixa etária dos 30 aos 44 anos (RP=1,58; IC_{95%} 1,02-2,45; p=0,04) e na faixa etária de 60 anos ou mais (RP=1,53; IC_{95%} 1-2,35; P=0,05) a procura foi significativamente maior, quando comparadas à faixa etária de 16 a 29 anos (Tabela 4).

Tabela 4 - Frequência de pessoas com indicativos de TMC que referiram morbidade 15 dias anteriores à entrevista e que procuraram pelo serviço de saúde, segundo características sociodemográficas e de condições de saúde, no ano de 2008

VARIÁVEIS	N TOTAL	PROPORÇÃO QUE PROCUROU PELO SERVIÇO DE SAÚDE*	RP*	IC (95%)*	Valor de P
Sexo¹					
Masculino	56	0,71			
Feminino	152	0,46	0,64	0,46-0,89	<0,01
Idade²					
16 a 29	41	0,41			
30 a 44	32	0,67	1,58	1,02-2,45	0,04
45 a 59	21	0,45	1,14	0,68-1,91	0,62
60 ou mais	112	0,6	1,53	1-2,35	0,05
TOTAL	212	—	—	—	—

FONTE: Elaborada pela autora.

*Proporção considerando os pesos para amostra populacional

* RP = Razão de Prevalência

* IC (95%) = Intervalo de 95% de confiança

¹ Sem informações de 4 sujeitos

² Sem informações de 6 sujeitos

4.3 Pessoas com indicativos de TMC que foram atendidas no serviço procurado para morbidade 15 dias

Em 2008, dentre as pessoas com indicativos de TMC (580 indivíduos), 212 referiram episódios de morbidade nos 15 dias precedentes à entrevista, sendo que 119 procuraram pelo serviço de saúde para resolver o seu problema. Dessas, 105 pessoas foram atendidas e apenas duas não foram; faltaram informações de 12 sujeitos.

4.3.1 Análise univariada

Na análise univariada não houve associação entre nenhuma das variáveis pesquisadas e o desfecho “foi atendido no serviço procurado”. Observou-se, por meio dos dados da Tabela 5, que a proporção que obteve atendimento foi elevada para todas as variáveis e categorias, sendo que o mínimo foi de 90% para a categoria de “>1 a 2,5” salários mínimos da variável “Renda Per Capita Familiar”.

Tabela 5 - Frequência de pessoas com indicativos de TMC que referiram morbidade 15 dias anteriores à entrevista e que foram atendidas no serviço procurado, segundo características sociodemográficas e de condições de saúde, no ano de 2008

VARIÁVEIS	N TOTAL	PROPORÇÃO QUE FOI ATENDIDA NO SERVIÇO PROCURADO*	RP*	IC (95%)*	Valor de P
Sexo¹					
Masculino	35	0,93			
Feminino	72	1	1,08	0,94-1,23	0,26
Idade²					
16 a 29	16	0,98			
30 a 44	19	0,93	0,95	0,81-1,11	0,51
45 a 59	10	1	1,02	0,97-1,07	0,34
60 ou mais	60	1	1,02	0,97-1,07	0,34
Cor³					
Outros	38	0,92			
Branco	68	1	1,09	0,94-1,26	0,23
Religião⁴					
Outros	40	0,93			
Católica	67	1	1,07	0,95-1,22	0,25
Renda Per Capita Familiar⁵					
<= 0,5	33	0,98			

> 0,5 a 1	27	1	1,02	0,98-1,07	0,33
> 1 a 2,5	26	0,9	0,92	0,74-1,15	0,46
> 2,5	21	1	1,02	0,98-1,07	0,33
Situação Conjugal Chefe de Família¹					
Outros	46	0,94			
União Estável	61	0,99	1,06	0,93-1,21	0,39
Atualmente Exerce Atividade (Chefe Família)¹					
Não	52	1			
Sim	55	0,96	0,96	0,89-1,03	0,26
Escolaridade Chefe de Família¹					
Nunca Frequentou	12	1			
Fundamental Incompleto/Completo	63	0,99	0,99	0,97-1,01	0,33
Ensino Médio/ técnico Incompleto/Completo	22	0,92	0,92	0,77-1,09	0,33
Superior Incompleto/ Completo	10	1	1	–	–
Procedência Chefe de Família¹					
Outros	74	0,95			
São Paulo	33	1	1,05	0,97-1,14	0,24
Deficiência Física¹					
Não	71	0,97			
Sim	36	0,98	1,01	0,93-1,09	0,79
Doença Crônica⁴					
Não	6	0,93			
Sim	98	0,97	1,05	0,88-1,25	0,57
Depressão/ Ansiedade¹					
Não	52	0,94			
Sim	55	1	1,06	0,95-1,19	0,25
Cefaléia¹					
Não	64	1			
Sim	43	0,94	0,94	0,85-1,04	0,25
TOTAL	119	–	–	–	–

FONTE: Elaborada pela autora.

*Proporção considerando os pesos para amostra populacional

* RP = Razão de Prevalência

* IC_(95%) = Intervalo de 95% de confiança

¹ Sem informações de 12 sujeitos

² Sem informações de 14 sujeitos

³ Sem informações de 13 sujeitos

⁴ Sem informações de 15 sujeitos

4.3.2 Análise multivariada

Não foi realizada a análise multivariada nesse caso, pois nenhuma variável apresentou valor de $p < 0,20$ conforme proposto na metodologia para análise multivariada.

4.4 Pessoas com indicativos de TMC que procuraram por médico diante de morbidade 15 dias

Em 2008, dentre as pessoas com indicativos de TMC (580 indivíduos), 212 referiram episódios de morbidade nos 15 dias precedentes à entrevista; dessas, 119 pessoas procuraram pelo serviço de saúde, sendo que esse mesmo número procurou por médico para resolver o seu problema.

4.4.1 Análise univariada

Na análise univariada, entre as pessoas com indicativos de TMC que referiram morbidade nos últimos 15 dias, a procura por médico não demonstrou associação com nenhuma variável ou categoria. Foi observado que a proporção que procurou por médico foi elevada para todas as categorias das variáveis, sendo que o mínimo foi de 68% para a categoria “Não” referente a doenças crônicas e, no restante das categorias, o mínimo foi de 80% (Tabela 6).

Tabela 6 - Frequência de pessoas com indicativos de TMC que referiram morbidade 15 dias anteriores à entrevista e que procuraram por médico, segundo características sociodemográficas e de condições de saúde, no ano de 2008

VARIÁVEIS	N TOTAL	PROPORÇÃO QUE PROCUROU POR MÉDICO*	RP*	IC _(95%) *	Valor de P
Sexo					

Masculino	39	0,87			
Feminino	80	0,93	1,08	0,93-1,25	0,33
Idade¹					
16 a 29	19	0,93			
30 a 44	22	0,85	0,92	0,77-1,09	0,34
45 a 59	10	1	1,07	0,98-1,18	0,12
60 ou mais	66	0,89	0,96	0,85-1,08	0,47
Cor²					
Outros	43	0,88			
Branco	75	0,92	1,04	0,90-1,21	0,55
Religião					
Outros	46	0,89			
Católica	73	0,92	1,03	0,87-1,22	0,68
Renda Per Capita Familiar					
<= 0,5	38	0,84			
> 0,5 a 1	27	1	1,18	0,98-1,43	0,08
> 1 a 2,5	29	0,95	1,12	0,94-1,33	0,18
> 2,5	25	0,86	1,02	0,76-1,36	0,91
Situação Conjugal Chefe de Família					
Outros	54	0,85			
União Estável	65	0,94	1,1	0,92-1,31	0,29
Atualmente Exerce Atividade (Chefe Família)					
Não	57	0,9			
Sim	62	0,9	0,99	0,88-1,12	0,91
Escolaridade Chefe de Família					
Nunca Frequentou	13	0,8			
Fundamental	73	0,85	1,06	0,76-1,47	0,73
Incompleto/Completo					
Ensino Médio/ técnico	23	0,98	1,22	0,9-1,65	0,2
Incompleto/Completo					
Superior Incompleto/ Completo	10	1	1,24	0,92-1,68	0,16
Pocedência Chefe de Família					
Outros	83	0,89			
São Paulo	36	0,92	1,03	0,87-1,22	0,7
Deficiência Física					
Não	82	0,89			

Sim	37	0,96	1,07	0,94-1,23	0,29
Doença Crônica³					
Não	9	0,68			
Sim	107	0,93	1,36	0,78-2,35	0,27
Depressão/ Ansiedade					
Não	58	0,88			
Sim	61	0,93	1,05	0,92-1,19	0,46
Cefaléia					
Não	68	0,93			
Sim	51	0,88	0,95	0,81-1,13	0,59
TOTAL	119	—	—	—	—

FONTE: Elaborada pela autora.

*Proporção considerando os pesos para amostra populacional

* RP = Razão de Prevalência

* IC_(95%) = Intervalo de 95% de confiança

¹ Sem informações de 2 sujeitos

² Sem informações de 1 sujeito

³ Sem informações de 3 sujeitos

4.4.2 Análise multivariada

Foram incluídas na regressão de Poisson as variáveis idade, renda per capita e escolaridade. Porém, no modelo final, não permaneceu nenhuma associação significativa.

4.5 Pessoas com indicativos de TMC que foram atendidas no serviço procurado por meio de consulta

Em 2008, dentre as pessoas com indicativos de TMC (580 indivíduos), 212 referiram episódios de morbidade nos 15 dias precedentes à entrevista, sendo que 119 procuraram pelo serviço de saúde para resolver o seu problema; dessas, 105 pessoas foram atendidas e apenas duas não foram; faltaram informações de 12 sujeitos. Das 105 pessoas que foram atendidas, 101 atendimentos foram por meio de consulta e 04 foram encaminhados para outros serviços ou realizados outros procedimentos.

4.5.1 Análise univariada

Na análise univariada, o desfecho “foi atendido por meio de consulta” não apresentou associação significativa com nenhuma das variáveis e categorias pesquisadas. Foi observado que a proporção de pessoas que obteve atendimento através de consulta médica foi elevada para todas as variáveis e categorias, não havendo diferenças significantes (a proporção mínima foi de 92% para a categoria “Nunca Frequentou” da variável “Escolaridade Chefe de Família”) (Tabela 7).

Tabela 7 - Frequência de pessoas com indicativos de TMC que referiram morbidade 15 dias anteriores à entrevista e que foram atendidas por meio de consulta, segundo características sociodemográficas e de condições de saúde, no ano de 2008

VARIÁVEIS	N TOTAL	PROPORÇÃO DE ATENDIMENTO ATRAVÉS DE CONSULTA*	RP*	IC (95%)*	Valor de P
Sexo					
Masculino	33	0,99			
Feminino	72	0,98	0,99	0,96-1,03	0,68
Idade¹					
16 a 29	15	1			
30 a 44	18	1	1	—	—
45 a 59	10	1	1	—	—
60 ou mais	60	0,95	0,95	0,89-1,01	0,09
Cor²					
Outros	36	0,98			
Branco	68	0,99	1,01	0,98-1,04	0,36
Religião					
Outros	38	0,99			
Católica	67	0,98	0,99	0,96-1,02	0,57
Renda Per Capita Familiar					
<= 0,5	32	0,98			
> 0,5 a 1	27	1	1,02	0,98-1,05	0,34
> 1 a 2,5	25	0,95	0,97	0,89-1,06	0,48
> 2,5	21	1	1,02	0,98-1,05	0,34
Situação Conjugal Chefe de Família					

Outros	45	0,97			
União Estável	60	0,99	1,02	0,98-1,07	0,31
Atualmente Exerce Atividade (Chefe Família)					
Não	52	0,96			
Sim	53	1	1,04	0,99-1,1	0,08
Escolaridade Chefe de Família					
Nunca Frequentou	12	0,92			
Fundamental Incompleto/Completo	62	0,98	1,07	0,9-1,26	0,44
Ensino Médio/ técnico Incompleto/Completo	21	1	1,09	0,91-1,29	0,34
Superior Incompleto/ Completo	10	1	1,09	0,91-1,29	0,34
Pocedência Chefe de Família					
Outros	72	0,98			
São Paulo	33	1	1,02	0,99-1,05	0,11
Deficiência Física					
Não	70	1			
Sim	35	0,96	0,96	0,92-1	0,09
Doença Crônica³					
Não	5	1			
Sim	97	0,98	0,98	0,97-1	0,1
Depressão/ Ansiedade					
Não	50	0,99			
Sim	55	0,98	0,99	0,97-1	0,17
Cefaléia					
Não	64	0,98			
Sim	41	0,99	1,01	0,99-1,03	0,19
TOTAL	105	—	—	—	—

FONTE: Elaborada pela autora.

*Proporção considerando os pesos para amostra populacional

* RP = Razão de Prevalência

* IC_(95%) = Intervalo de 95% de confiança

¹ Sem informações de 2 sujeitos

² Sem informações de 1 sujeito

³ Sem informações de 3 sujeitos

4.5.2 Análise multivariada

Foram incluídas na regressão de Poisson as variáveis idade, ocupação do chefe de família, município de nascimento do chefe de família, deficiência física, doenças crônicas, depressão/ ansiedade (diagnóstico autorreferido) e cefaléia. Entretanto, no modelo final, não permaneceu nenhuma associação significativa.

4.6 Pessoas com indicativos de TMC que procuraram pelo SUS diante de morbidade 15 dias

Em 2008, dentre as pessoas com indicativos de TMC (580 indivíduos), 212 referiram episódios de morbidade nos 15 dias precedentes à entrevista e 119 procuraram pelo serviço de saúde para resolver o seu problema; dessas, 66 pessoas procuraram por serviços do SUS, enquanto que 41 procuraram outros tipos de serviços; faltaram informações de 12 indivíduos para essa questão.

4.6.1 Análise univariada

Na análise univariada, o desfecho “procurou pelo SUS” apresentou associação com as seguintes variáveis: cor, sendo que a procura pelo SUS foi significativamente menor em pessoas de cor branca (RP=0,57; IC_{95%} 0,33-0,97; p=0,04); renda, a categoria de faixa de renda per capita “> 1 a 2,5” salários mínimos apresentou associação significativa quando comparada à faixa de renda per capita “≤ 0,5” (RP=0,7; IC_{95%} 0,49-0,99; p=0,05), e também houve associação significativa entre as faixas de renda per capita “> 2,5” salários mínimos e “≤ 0,5” (RP=0,25; IC_{95%} 0,06-1,03; p=0,05), ou seja, esses resultados mostraram que há uma tendência de quanto maior a renda, menor é a procura pelos serviços do SUS; escolaridade, a procura pelo SUS foi significativamente menor entre as pessoas com ensino superior incompleto/completo quando comparadas àquelas que nunca frequentaram a escola (RP=0,04; IC_{95%} <0,01-0,46, p=0,01) (Tabela 8).

Tabela 8 - Frequência de pessoas com indicativos de TMC que referiram morbidade 15 dias anteriores à entrevista e que procuraram pelo SUS, segundo características sociodemográficas e de condições de saúde, no ano de 2008

VARIÁVEIS			RP*	IC (95%)*	
-----------	--	--	-----	-----------	--

	N TOTAL	PROPORÇÃO QUE PROCUROU O SUS*			Valor de P
Sexo¹					
Masculino	35	0,56			
Feminino	72	0,55	0,99	0,58-1,70	0,98
Idade²					
16 a 29	16	0,6			
30 a 44	19	0,65	1,09	0,64-1,87	0,74
45 a 59	10	0,43	0,73	0,35-1,50	0,38
60 ou mais	60	0,52	0,87	0,51-1,48	0,6
Cor³					
Outros	38	0,78			
Branco	68	0,44	0,57	0,33-0,97	0,04
Religião¹					
Outros	40	0,68			
Católica	67	0,47	0,69	0,39-1,22	0,2
Renda Per Capita Familiar¹					
<= 0,5	33	0,87			
> 0,5 a 1	27	0,66	0,76	0,52-1,11	0,15
> 1 a 2,5	26	0,61	0,7	0,49-0,99	0,05
> 2,5	21	0,22	0,25	0,06-1,03	0,05
Situação Conjugal Chefe de Família¹					
Outros	46	0,65			
União Estável	61	0,5	0,76	0,53-1,10	0,15
Atualmente Exerce Atividade (Chefe Família)¹					
Não	52	0,63			
Sim	55	0,52	0,84	0,52-1,35	0,46
Escolaridade Chefe de Família¹					
Nunca Frequentou	12	0,83			
Fundamental Incompleto/Completo	63	0,76	0,91	0,70-1,19	0,5
Ensino Médio/ técnico Incompleto/Completo	22	0,43	0,51	0,25-1,03	0,06
Superior Incompleto/ Completo	10	0,03	0,04	<0,01-0,46	0,01
Procedência Chefe de Família¹					
Outros	74	0,53			
São Paulo	33	0,6	1,12	0,72-1,73	0,6

Deficiência Física¹					
Não	71	0,52			
Sim	36	0,66	1,25	0,73-2,16	0,41
Doença Crônica⁴					
Não	6	0,46			
Sim	98	0,55	1,2	0,40-3,53	0,74
Depressão/ Ansiedade¹					
Não	52	0,58			
Sim	55	0,54	0,93	0,65-1,32	0,66
Cefaléia¹					
Não	64	0,63			
Sim	43	0,48	0,77	0,50-1,18	0,23
TOTAL	119	–	–	–	–

FONTE: Elaborada pela autora.

*Proporção considerando os pesos para amostra populacional

* RP = Razão de Prevalência

* IC_(95%) = Intervalo de 95% de confiança

¹ Sem informações de 12 sujeitos

² Sem informações de 14 sujeitos

³ Sem informações de 13 sujeitos

⁴ Sem informações de 15 sujeitos

4.6.2 Análise multivariada

Foram incluídas na regressão de Poisson as variáveis cor, religião, renda per capita, situação conjugal do chefe de família e escolaridade do chefe de família. Porém, no modelo final mantiveram associações significantes com o desfecho “procurou pelo SUS” as seguintes variáveis: cor, renda per capita, situação conjugal do chefe de família e escolaridade do chefe de família. A procura pelo SUS foi significantemente menor em pessoas de cor branca (RP=0,71; IC_{95%} 0,54-0,93; p=0,02); a categorias de faixa de renda per capita “> 1 a 2,5” salários mínimos apresentou menor chance (RP=0,74; IC_{95%} 0,56-0,99; p=0,04) de procurar pelo SUS quando comparada à faixa de renda per capita “≤ 0,5”; chefes de família com união estável apresentou menor chance de procurar pelo SUS (RP=0,71; IC_{95%} 0,55-0,92; p=0,01); a procura pelo SUS também foi significantemente

menor entre as pessoas com ensino superior incompleto/completo quando comparadas àquelas que nunca frequentaram a escola (RP=0,06; IC_{95%} <0,01-0,72, p=0,03) (Tabela 9).

Tabela 9 - Frequência de pessoas com indicativos de TMC que referiram morbidade 15 dias anteriores à entrevista e que procuraram pelo SUS, segundo características sociodemográficas e de condições de saúde, no ano de 2008

VARIÁVEIS	N TOTAL	PROPORÇÃO QUE PROCUROU O SUS*	RP*	IC (95%)*	Valor de P
Cor¹					
Outros	38	0,78			
Branco	68	0,44	0,71	0,54-0,93	0,02
Renda Per Capita Familiar²					
<= 0,5	33	0,87			
> 0,5 a 1	27	0,66	0,76	0,57-1,03	0,07
> 1 a 2,5	26	0,61	0,74	0,56-0,99	0,04
> 2,5	21	0,22	0,71	0,27-1,86	0,48
Situação Conjugal Chefe de Família²					
Outros	46	0,65			
União Estável	61	0,5	0,71	0,55-0,92	0,01
Escolaridade Chefe de Família²					
Nunca Frequentou	12	0,83			
Fundamental Incompleto/Completo	63	0,76	1,08	0,80-1,46	0,61
Ensino Médio/ técnico Incompleto/Completo	22	0,43	0,7	0,41-1,21	0,2
Superior Incompleto/ Completo	10	0,03	0,06	<0,01-0,72	0,03
TOTAL	119	—	—	—	—

FONTE: Elaborada pela autora.

*Proporção considerando os pesos para amostra populacional

* RP = Razão de Prevalência

* IC (95%) = Intervalo de 95% de confiança

¹ Sem informações de 13 sujeitos

² Sem informações de 12 sujeitos

4.7 Pessoas com indicativos de TMC que foram atendidas no serviço procurado e tiveram seus gastos complementados ou cobertos pelo SUS

Em 2008, dentre as pessoas com indicativos de TMC (580 indivíduos), 212 referiram episódios de morbidade nos 15 dias precedentes à entrevista, sendo que 119 procuraram pelo serviço de saúde para resolver o seu problema; dessas, 105 pessoas foram atendidas e apenas duas não foram; faltaram informações de 12 sujeitos. Das 105 pessoas que foram atendidas, 65 pessoas tiveram seus gastos complementados ou cobertos pelo SUS e 40 pessoas tiveram os gastos pagos de outra maneira (plano de saúde, pagamento direto, empresa e outros).

4.7.1 Análise univariada

Na análise univariada, o desfecho “cobertura/ complementação dos gastos com saúde pelo SUS” mostrou associação significativa com as seguintes variáveis: idade – pessoas com faixa de idade igual ou superior a 60 anos tiveram menor cobertura/complementação dos gastos pelo SUS quando comparadas às pessoas com faixa de idade entre 16 e 29 anos (RP=0,59; IC_{95%} 0,40-0,88, p=0,01); cor, pessoas de cor branca tiveram menor cobertura/complementação dos gastos (RP=0,6; IC_{95%} 0,43-0,84, p<0,01); renda per capita - as faixas de renda “> 1 a 2,5” salários mínimos (RP=0,65; IC_{95%} 0,44-0,95, p=0,03) e “>2,5”salários mínimos (RP=0,39; IC_{95%} 0,19-0,79, p=0,01) tiveram menor cobertura/complementação dos gastos quando comparadas à faixa de renda “<= 0,5”; e escolaridade do chefe de família - pessoas com ensino superior também tiveram menor cobertura/complementação dos gastos quando comparadas às pessoas que nunca frequentaram a escola (RP=0,34; IC_{95%} 0,20-0,55, p=0,01) (Tabela 10).

Tabela 10 - Frequência de pessoas com indicativos de TMC que referiram morbidade 15 dias anteriores à entrevista e que os gastos com saúde foram complementados ou cobertos pelo SUS, segundo características sociodemográficas e de condições de saúde, no ano de 2008

VARIÁVEIS	N TOTAL	PROPORÇÃO DA COBERTURA/ COMPLEMENTAÇÃO DOS GASTOS COM SAÚDE PELO SUS*	RP*	IC (95%)*	Valor de P
Sexo					
Masculino	33	0,62			
Feminino	72	0,59	0,95	0,64-1,43	0,81

Idade¹

16 a 29	15	0,85			
30 a 44	18	0,62	0,73	0,43-1,25	0,25
45 a 59	10	0,43	0,51	0,24-1,09	0,08
60 ou mais	60	0,51	0,59	0,40-0,88	0,01

Cor²

Outros	36	0,82			
Branco	68	0,5	0,6	0,43-0,84	<0,01

Religião

Outros	38	0,71			
Católica	67	0,53	0,75	0,51-1,11	0,14

Renda Per Capita Familiar

<= 0,5	32	0,87			
> 0,5 a 1	27	0,73	0,84	0,65-1,09	0,18
> 1 a 2,5	25	0,56	0,65	0,44-0,95	0,03
> 2,5	21	0,34	0,39	0,19-0,79	0,01

Situação Conjugal Chefe de Família

Outros	45	0,74			
União Estável	60	0,52	0,7	0,48-1,04	0,08

Atualmente Exerce Atividade (Chefe Família)

Não	52	0,62			
Sim	53	0,59	0,96	0,67-1,37	0,82

Escolaridade Chefe de Família

Nunca Frequentou	12	0,83			
Fundamental Incompleto/Completo	62	0,75	0,9	0,69-1,18	0,45
Ensino Médio/ técnico Incompleto/Completo	21	0,45	0,54	0,28-1,03	0,06
Superior Incompleto/ Completo	10	0,28	0,34	0,20-0,55	<0,01

Pocedência Chefe de Família

Outros	72	0,61			
São Paulo	33	0,59	0,97	0,59-1,58	0,89

Deficiência Física

Não	70	0,59			
Sim	35	0,63	1,08	0,68-1,70	0,74

Doença Crônica³					
Não	5	0,42			
Sim	97	0,6	1,43	0,43-4,77	0,55
Depressão/ Ansiedade					
Não	50	0,64			
Sim	55	0,57	0,89	0,64-1,24	0,49
Cefaléia					
Não	64	0,62			
Sim	41	0,57	0,92	0,62-1,37	0,68
TOTAL	105	—	—	—	—

FONTE: Elaborada pela autora.

*Proporção considerando os pesos para amostra populacional

* RP = Razão de Prevalência

* IC_(95%) = Intervalo de 95% de confiança

¹ Sem informações de 2 sujeitos

² Sem informações de 1 sujeito

³ Sem informações de 3 sujeitos

4.7.2 Análise multivariada

Foram incluídas na regressão de Poisson as variáveis idade, cor, religião, renda per capita, situação conjugal do chefe de família e escolaridade do chefe de família. Entretanto, no modelo final mantiveram associações significantes com o desfecho “cobertura/ complementação dos gastos com saúde pelo SUS” as seguintes variáveis: idade, renda per capita familiar e escolaridade do chefe de família. As faixas de idade de 45 a 59 anos (RP=0,39; IC_{95%} 0,20-0,78; p<0,01) e igual ou superior a 60 anos (RP=0,41; IC_{95%} 0,23-0,74; p<0,01) mostraram menor chance de ter os gastos cobertos/complementados pelo SUS quando comparadas à faixa etária de 16 a 29 anos; as faixas de renda per capita “> 0,5 a 1” salários mínimos (RP=0,74; IC_{95%} 0,56-0,98; p=0,04) e “> 1 a 2,5” salários mínimos (RP=0,46; IC_{95%} 0,29-0,73; p<0,01) tiveram menor cobertura/complementação dos gastos pelo SUS quando comparadas à faixa de renda per capita “≤ 0,5”; e as categorias “Ensino Médio/técnico Incompleto/Completo” (RP=0,45; IC_{95%} 0,28-0,73; p<0,01) e “Ensino Superior Incompleto/Completo” (RP=0,36; IC_{95%} 0,15-0,91; p=0,03) também apresentaram menores chances de cobertura pelo SUS quando comparadas às pessoas que nunca frequentaram a escola (Tabela 11).

Tabela 11 - Frequência de pessoas com indicativos de TMC que referiram morbidade 15 dias anteriores à entrevista e que os gastos com saúde foram complementados ou cobertos pelo SUS, segundo características sociodemográficas e de condições de saúde, no ano de 2008

VARIÁVEIS	N TOTAL	PROPORÇÃO DA COBERTURA/ COMPLEMEN TAÇÃO DOS GASTOS COM SAÚDE PELO SUS*	RP*	IC (95%)*	Valor de P
Idade¹					
16 a 29	15	0,85			
30 a 44	18	0,62	0,6	0,31-1,03	0,06
45 a 59	10	0,43	0,39	0,20-0,78	<0,01
60 ou mais	60	0,51	0,41	0,23-0,74	<0,01
Renda Per Capita Familiar					
<= 0,5	32	0,87			
> 0,5 a 1	27	0,73	0,74	0,56-0,98	0,04
> 1 a 2,5	25	0,56	0,46	0,29-0,73	<0,01
> 2,5	21	0,34	0,55	0,24-1,26	0,15
Escolaridade Chefe de Família					
Nunca Frequentou	12	0,83			
Fundamental Incompleto/Completo	62	0,75	0,83	0,54-1,28	0,39
Ensino Médio/ técnico Incompleto/Completo	21	0,45	0,45	0,28-0,73	<0,01
Superior Incompleto/ Completo	10	0,28	0,36	0,15-0,91	0,03
TOTAL	105	—	—	—	—

FONTE: Elaborada pela autora.

*Proporção considerando os pesos para amostra populacional

* RP = Razão de Prevalência

* IC (95%) = Intervalo de 95% de confiança

¹ Sem informações de 2 sujeitos

4.8 Pessoas com indicativos de TMC que gastaram mais de 100 reais com a saúde da família no último mês

Em 2008, dentre as pessoas com indicativos de TMC (580 indivíduos), 272 referiram ter gasto mais de 100 reais com a saúde da família no último mês e 276 gastaram menos que esse valor no último mês; faltaram informações de 32 sujeitos.

4.8.1 Análise univariada

Na análise univariada, o desfecho “gastou mais de 100 reais com a saúde da família no último mês” apresentou associação significativa com as seguintes variáveis: idade – a faixa de idade “60 ou mais” gastou mais com a saúde da família quando comparada com a faixa etária de 16 a 29 anos (RP=1,41; IC_{95%} 1,08-1,85; p=0,01); cor, pessoas de cor branca gastaram mais com a saúde da família (RP=1,58; IC_{95%} 1,23-2,03; p<0,01); religião, os católicos gastaram mais com a saúde da família que pessoas de outras religiões (RP=1,31; IC_{95%} 1,04-1,66, p=0,02); renda per capita familiar – pessoas com faixas de renda per capita familiar “> 1 a 2,5” salários mínimos (RP=1,82; IC_{95%} 1,20-2,76; p<0,01) e “>2,5” salários mínimos (RP=2,62; IC_{95%} 1,71-4,01; p<0,01) gastaram mais com a saúde da família quando comparadas à faixa de renda “≤ 0,5”; situação conjugal do chefe de família, chefes de família com união estável gastaram mais com a saúde da família que os solteiros, viúvos ou divorciados (RP=1,58; IC_{95%} 1,20-2,09; p<0,01); e escolaridade do chefe de família, as categorias “Ensino Médio/Técnico Incompleto/Completo” (RP=2,27; IC_{95%} 1,14-4,51; p=0,02) e “Ensino Superior Incompleto/Completo” (RP=3,55; IC_{95%} 1,89-6,70; p<0,01), quando comparadas às pessoas que nunca frequentaram a escola, mostram a tendência de quanto maior a escolaridade, maior é o gasto com a saúde da família (Tabela 12).

Tabela 12 - Frequência de pessoas com indicativos de TMC que gastaram mais de 100 reais com a saúde da família no último mês, segundo características sociodemográficas e de condições de saúde, no ano de 2008

VARIÁVEIS	N TOTAL	PROPORÇÃO QUE GASTOU MAIS DE 100 REAIS COM SAÚDE*	RP*	IC (95%)*	Valor de P
Sexo¹					
Masculino	164	0,53			
Feminino	384	0,48	0,91	0,76-1,1	0,32
Idade²					
16 a 29	112	0,42			
30 a 44	103	0,51	1,22	0,90-1,64	0,2
45 a 59	70	0,48	1,15	0,86-1,53	0,34

60 ou mais	261	0,59	1,41	1,08-1,85	0,01
Cor³					
Outros	216	0,37			
Branco	329	0,58	1,58	1,23-2,03	<0,01
Religião¹					
Outros	226	0,42			
Católica	322	0,55	1,31	1,04-1,66	0,02
Renda Per Capita Familiar¹					
<= 0,5	161	0,29			
> 0,5 a 1	143	0,4	1,38	0,88-2,18	0,16
> 1 a 2,5	145	0,52	1,82	1,20-2,76	<0,01
> 2,5	99	0,75	2,62	1,71-4,01	<0,01
Situação Conjugal Chefe de Família¹					
Outros	227	0,36			
União Estável	321	0,57	1,58	1,20-2,09	<0,01
Atualmente Exerce Atividade (Chefe Família)¹					
Não	261	0,52			
Sim	287	0,49	0,94	0,72-1,23	0,67
Escolaridade Chefe de Família¹					
Nunca Frequentou	49	0,23			
Fundamental Incompleto/Completo	346	0,41	1,78	0,89-3,55	0,1
Ensino Médio/ técnico Incompleto/Completo	105	0,52	2,27	1,14-4,51	0,02
Superior Incompleto/ Completo	48	0,82	3,55	1,89-6,70	<0,01
Procedência Chefe de Família¹					
Outros	387	0,48			
São Paulo	161	0,53	1,12	0,84-1,49	0,44
Problema de Saúde nos Últimos 15 Dias¹					
Não	347	0,52			
Sim	201	0,44	0,84	0,67-1,06	0,14
Deficiência Física¹					
Não	386	0,49			
Sim	162	0,52	1,06	0,80-1,40	0,7
Doença Crônica⁴					
Não	78	0,54			

Sim	447	0,49	0,9	0,71-1,14	0,39
Depressão/ Ansiedade¹					
Não	296	0,49			
Sim	252	0,5	1,01	0,79-1,29	0,92
Cefaléia¹					
Não	340	0,52			
Sim	208	0,47	0,91	0,74-1,11	0,34
TOTAL	580	—	—	—	—

FONTE: Elaborada pela autora.

*Proporção considerando os pesos para amostra populacional

* RP = Razão de Prevalência

* IC_(95%) = Intervalo de 95% de confiança

¹ Sem informações de 32 sujeitos

² Sem informações de 34 sujeitos

³ Sem informações de 35 sujeitos

⁴ Sem informações de 55 sujeitos

4.8.2 Análise multivariada

Foram incluídas na regressão de Poisson as variáveis idade, cor, religião, renda per capita, situação conjugal do chefe de família, escolaridade do chefe de família e problema de saúde nos últimos 15 dias. Entretanto, no modelo final mantiveram associações significantes com o desfecho “gastou mais de 100 reais com a saúde da família” as seguintes variáveis: idade, cor, renda per capita familiar, situação conjugal do chefe de família e escolaridade do chefe de família. A faixa de idade igual ou maior de 60 anos (RP=1,66; IC_{95%} 1,25-2,19; p<0,01) gastou mais com saúde quando comparada à faixa etária de 16 a 29 anos; pessoas de cor branca gastaram mais com saúde (RP=1,29; IC_{95%} 1,03-1,61; p=0,02); as faixas de renda per capita “> 1 a 2,5” salários mínimos (RP=1,61; IC_{95%} 1,10-2,36; p=0,02) e “>2,5” salários mínimos (RP=1,95; IC_{95%} 1,24-3,05; p<0,01) gastaram mais com saúde quando comparadas a faixa de renda per capita “≤ 0,5”; pessoas com união estável gastaram mais com saúde (RP=1,47; IC_{95%} 1,14-1,88; p<0,01); e pessoas com ensino superior incompleto/completo (RP=2,26; IC_{95%} 1,27-4,03; p<0,01) também gastaram mais com saúde quando comparadas às pessoas que nunca frequentaram a escola (Tabela 13).

Tabela 13 - Frequência de pessoas com indicadores de TMC que gastaram mais de 100 reais com a saúde da família no último mês, segundo características sociodemográficas e de condições de saúde, no ano de 2008

VARIÁVEIS	N TOTAL	PROPORÇÃO QUE GASTOU MAIS DE 100 REAIS COM SAÚDE*	RP*	IC (95%)*	Valor de P
Idade¹					
16 a 29	112	0,42			
30 a 44	103	0,51	1,13	0,86-1,48	0,37
45 a 59	70	0,48	1,15	0,87-1,52	0,31
60 ou mais	261	0,59	1,66	1,25-2,19	<0,01
Cor²					
Outros	216	0,37			
Branco	329	0,58	1,29	1,03-1,61	0,02
Renda Per Capita Familiar³					
<= 0,5	161	0,29			
> 0,5 a 1	143	0,4	1,29	0,84-1,96	0,24
> 1 a 2,5	145	0,52	1,61	1,10-2,36	0,02
> 2,5	99	0,75	1,95	1,24-3,05	<0,01
Situação Conjugal Chefe de Família³					
Outros	227	0,36			
União Estável	321	0,57	1,47	1,14-1,88	<0,01
Escolaridade Chefe de Família³					
Nunca Frequentou	49	0,23			
Fundamental	346	0,41	1,64	0,92-2,91	0,09
Incompleto/Completo					
Ensino Médio/ técnico	105	0,52	1,76	0,96-3,22	0,06
Incompleto/Completo					
Superior Incompleto/ Completo	48	0,82	2,26	1,27-4,03	<0,01
TOTAL	580	—	—	—	—

FONTE: Elaborada pela autora.

*Proporção considerando os pesos para amostra populacional

* RP = Razão de Prevalência

* IC (95%) = Intervalo de 95% de confiança

¹ Sem informações de 34 sujeitos

² Sem informações de 35 sujeitos

³ Sem informações de 32 sujeitos

4.9 Pessoas com indicadores de TMC que possuem plano de saúde (médico ou odontológico)

Em 2008, dentre as pessoas com indicadores de TMC (580 indivíduos), 372 referiram não possuir plano de saúde, enquanto 208 disseram que possuem.

4.9.1 Análise univariada

Na análise univariada, o desfecho “possui plano de saúde (médico ou odontológico)” apresentou associação significativa com as seguintes variáveis: cor, pessoas de cor branca apresentaram maiores chances de possuir plano de saúde (RP=1,82; IC_{95%} 1,31-2,51; p<0,01); renda per capita familiar – pessoas com faixas de renda per capita familiar “> 1 a 2,5” salários mínimos (RP=2,1; IC_{95%} 1,36-3,23; p<0,01) e “>2,5” salários mínimos (RP=3,14; IC_{95%} 2,04-4,83; p<0,01) apresentaram maiores chances de possuir plano de saúde quando comparadas à faixa de renda “≤ 0,5”; escolaridade do chefe de família, as categorias “Ensino Médio/Técnico Incompleto/Completo” (RP=2,07; IC_{95%} 1,05-4,08; p=0,04) e “Ensino Superior Incompleto/Completo” (RP=3,05; IC_{95%} 1,51-6,12; p<0,01), quando comparadas às pessoas que nunca frequentaram a escola, mostram uma tendência de quanto maior a escolaridade, maior é a chance de possuir plano de saúde; e doença crônica, pessoas que possuem algum tipo de doença crônica apresentaram maior possibilidade de ter plano de saúde (RP=1,6; IC_{95%} 1,10-2,32; p=0,02) (Tabela 14).

Tabela 14 - Frequência de pessoas com indicadores de TMC que possuem plano de saúde (médico ou odontológico), segundo características sociodemográficas e de condições de saúde, no ano de 2008

VARIÁVEIS	N TOTAL	PROPORÇÃO DE PESSOAS QUE POSSUI PLANO DE SAÚDE	RP*	IC (95%)*	Valor de P
Sexo					
Masculino	172	0,37			
Feminino	408	0,39	1,05	0,74-1,48	0,78
Idade¹					
16 a 29	121	0,41			

30 a 44	110	0,31	0,76	0,55-1,04	0,09
45 a 59	71	0,36	0,86	0,61-1,22	0,4
60 ou mais	276	0,45	1,09	0,85-1,40	0,47
Cor²					
Outros	229	0,25			
Branco	348	0,46	1,82	1,31-2,51	<0,01
Religião					
Outros	236	0,34			
Católica	344	0,41	1,22	0,90-1,66	0,2
Renda Per Capita Familiar					
<= 0,5	179	0,21			
> 0,5 a 1	147	0,17	0,8	0,45-1,44	0,46
> 1 a 2,5	152	0,45	2,1	1,36-3,23	<0,01
> 2,5	102	0,67	3,14	2,04-4,83	<0,01
Situação Conjugal Chefe de Família³					
Outros	231	0,29			
União Estável	339	0,42	1,46	0,98-2,15	0,06
Atualmente Exerce Atividade (Chefe Família)⁴					
Não	272	0,4			
Sim	297	0,37	0,9	0,67-1,22	0,51
Escolaridade Chefe de Família³					
Nunca Frequentou Fundamental	51	0,23			
Incompleto/Completo	356	0,24	1,05	0,50-2,21	0,89
Ensino Médio/ técnico Incompleto/Completo	114	0,47	2,07	1,05-4,08	0,04
Superior Incompleto/Completo	49	0,7	3,05	1,51-6,12	<0,01
Pocedência Chefe de Família³					
Outros	397	0,37			
São Paulo	173	0,38	1,02	0,78-1,35	0,86
Problema de Saúde nos Últimos 15 Dias					
Não	368	0,37			
Sim	212	0,39	1,05	0,77-1,43	0,75

Deficiência Física						
Não	411	0,4				
Sim	169	0,31	0,76	0,51-1,13	0,18	
Doença Crônica⁵						
Não	84	0,26				
Sim	472	0,42	1,6	1,10-2,32	0,02	
Depressão/ Ansiedade						
Não	316	0,37				
Sim	264	0,39	1,06	0,84-1,34	0,61	
Cefaléia						
Não	362	0,38				
Sim	218	0,38	0,98	0,78-1,23	0,86	
TOTAL	580	—	—	—	—	—

FONTE: Elaborada pela autora.

*Proporção considerando os pesos para amostra populacional

* RP = Razão de Prevalência

* IC_(95%) = Intervalo de 95% de confiança

¹ Sem informações de 2 sujeitos

² Sem informações de 3 sujeitos

³ Sem informações de 10 sujeitos

⁴ Sem informações de 11 sujeitos

⁵ Sem informações de 24 sujeitos

4.9.2 Análise multivariada

Foram incluídas na regressão de Poisson as variáveis idade, cor, religião, renda per capita, situação conjugal do chefe de família, escolaridade do chefe de família, deficiência física e doença crônica. Porém, no modelo final mantiveram associações significantes com o desfecho “possui plano de saúde” as seguintes variáveis: cor, renda per capita familiar e doença crônica. Pessoas de cor branca apresentaram maiores chances de possuir plano de saúde (RP=1,43; IC_{95%} 1,06-1,92; p=0,02); pessoas com renda per capita “> 1 a 2,5” salários mínimos (RP=2,09; IC_{95%} 1,36-3,22; p<0,01) e “>2,5” salários mínimos (RP=2,94; IC_{95%} 1,97-4,40; p<0,01) possuem maiores chances de possuir plano de saúde quando comparadas à faixa de renda per capita “≤ 0,5”; e indivíduos com doença crônica (RP=1,65, IC_{95%} 1,17-2,34; p<0,01) também apresentaram maior posse de plano de saúde (Tabela 15).

Tabela 15 - Frequência de pessoas com indicativos de TMC que possuem plano de saúde (médico ou odontológico), segundo características sociodemográficas e de condições de saúde, no ano de 2008

VARIÁVEIS	N TOTAL	PROPORÇÃO DE PESSOAS QUE POSSUI PLANO DE SAÚDE	RP*	IC (95%)*	Valor de P
Cor¹					
Outros	229	0,25			
Branco	348	0,46	1,43	1,06-1,92	0,02
Renda Per Capita Familiar					
<= 0,5	179	0,21			
> 0,5 a 1	147	0,17	0,75	0,42-1,34	0,33
> 1 a 2,5	152	0,45	2,09	1,36-3,22	<0,01
> 2,5	102	0,67	2,94	1,97-4,40	<0,01
Doença Crônica²					
Não	84	0,26			
Sim	472	0,42	1,65	1,17-2,34	<0,01
TOTAL	580	—	—	—	—

FONTE: Elaborada pela autora.

*Proporção considerando os pesos para amostra populacional

* RP = Razão de Prevalência

* IC (95%) = Intervalo de 95% de confiança

¹ Sem informações de 3 sujeitos

² Sem informações de 24 sujeitos

5 DISCUSSÃO

No presente estudo, na população com indicativos de TMC (580 pessoas), foi encontrada uma prevalência maior de mulheres (65,7%; n total=408) do que de homens (34,3%; n total=172), mesmo utilizando um ponto de corte do instrumento SRQ-20 mais conservador, sugerido por Mari e Williams⁵⁰, o que poderia elevar a prevalência para o grupo dos homens. Em relação à morbidade referida nos 15 dias precedentes à entrevista, entre as pessoas com indicativos de TMC (212 pessoas), a prevalência de mulheres que referiram morbidade também foi maior (68,7%; n total=156) quando comparada a dos homens (31,3%; n total=56).

Pinheiro et al.³² apontam que as mulheres relatam mais morbidade e problemas psicológicos, confirmando os achados dessa pesquisa, e, por consequência, utilizam mais serviços de saúde. O maior uso também se deve a demandas associadas à gravidez e ao parto³². Silva e Alves^{XIV} apud Braz⁵² também discorrem sobre esse assunto afirmando que nos países ocidentais as mulheres procuram consultas médicas mais que os homens, pois declaram mais suas doenças, consomem mais medicamentos e se submetem a mais exames, como também avaliam pior o seu estado de saúde. Entretanto, segundo Pinheiro et al.³², quando se consideram diferenças no padrão de doenças e em diferentes faixas etárias esse achado não permanece consistente; e, foi o observado nesse estudo, as mulheres reportaram mais problemas de saúde conforme já constatado na literatura, porém procuraram menos pelo serviço de saúde diante de morbidade 15 dias (RP = 0,64; $p < 0,01$) quando comparadas ao sexo masculino, em 2008.

Os homens são menos propensos a reportar problemas de saúde em pesquisas sobre morbidade referida, conforme descrevem Verbrugge e Wingard^{XV} e Macintyre et al.^{XVI} apud Pinheiro et al.³². Dados apontam que os homens buscam mais o cuidado curativo, procuram mais por serviços de emergência e há um maior número de homens internados em situação grave. Já as mulheres procuram mais os serviços de saúde para exames de rotina ou para cuidado preventivo, segundo Braz⁵² e Pinheiro et al.³². O fato

^{XIV} Silva LF, Alves F. *A saúde das mulheres em Portugal*. Porto: Afrontamento, 2003.

^{XV} Verbrugge LM, Wingard DL. Sex differentials in health and mortality. *Women & Health*. 1987; 12(2):103-45.

^{XVI} Macintyre S, Ford G, Hund K. Do women “overreport” morbidity? Men’s and women’s responses to structured prompting on a standard question on long standing illness. *Social Science and Medicine*. 1999; 48(1):89-98.

do homem não reportar problemas de saúde não significa que ele não tenha nenhum problema, mas pode estar implícita a dificuldade em demonstrar fragilidade frente às exigências históricas e culturais nas quais ele está inserido, de modo que, quando relata seu problema, normalmente já se trata de algo de maior gravidade e incapacitação. Talvez isso explique, em partes, o motivo de nesse estudo os homens terem procurado mais por ajuda do que as mulheres.

Segundo Braz⁵², existe um ideal masculino que perpassa os homens e que os deixam mais vulneráveis em alguns aspectos físicos e psíquicos. Meninos e meninas são criados de maneiras diferentes, ou seja, eles, os meninos, são orientados para serem provedores e protetores, são treinados para suportar sem chorar suas dores físicas e emocionais. Assim, o ideal da masculinidade vai sedimentando,

[...] cria-se uma imagem identitária masculina ligada ao não ser homossexual, a não ser mulher, a ser forte, capaz e protetor, violento, decidido e corajoso. Condutas varonis, que se por um lado afiançam o ideal de ser do homem, por outro, suas práticas atentam e impedem a função de autoconservação⁵² (p. 100).

A perspectiva varonil não alimenta o cuidar e nem o cuidar-se, confunde-se identidade pessoal e identidade de gênero para Inda^{XVII} apud Braz⁵². Manter esse ideal de homem é um grande fator de risco, pois há um “silenciamento” a fim de sustentar esse ideal. Desse modo, essa construção histórica e cultural do ser homem pode resultar em descuido com o próprio corpo e no pedido de ajuda apenas quando não suporta mais a doença, especialmente quando a situação socioeconômica é desfavorável³².

Segundo Pinheiro et al.³², nas mulheres, os fatores de risco associados a problemas de saúde são: obesidade, estresse, infelicidade e as pressões ligadas aos papéis sociais. Em contrapartida, os fatores de risco nos homens são: fumo, ingestão de álcool e desvantagens em situações relacionadas ao trabalho. Além disso, segundo Verbrugge^{XVIII} apud Pinheiro³², outra explicação para a diferença na saúde entre homens e mulheres se refere aos “[...] aspectos psicológicos associados à forma como as pessoas percebem os sintomas, avaliam a gravidade da doença e decidem o que fazer com respeito à saúde” (p. 688). De forma geral, segundo Pinheiro et al.³², as mulheres relatam mais condições

^{XVII} Inda N. Género masculino, número singular. In Burin M, Bleichmar ED (comps.). *Género, psicoanálisis, subjetividad*. Buenos Aires: Paidós, 1996, p. 212-240.

^{XVIII} Verbrugge LM. The Twain meet: empirical explanations of sex differences in health and mortality. *Journal of Health and Social Behaviour*. 1989; 30(3):282-304.

crônicas, porém, levando em conta a gravidade da doença, os homens tendem a reportar mais doenças crônicas fatais.

Arruda et al.⁵³, em seu estudo sobre morbidade hospitalar, encontraram que a maioria das pessoas que necessitou de internação eram homens (56,1%) e a faixa etária mais representativa foi de 20 a 59 anos, nos anos de 2000 a 2011, demonstrando que a gravidade dos casos é mais frequente no sexo masculino. Os cinco principais grupos de causas de internação para os homens foram os transtornos mentais, as lesões e envenenamentos, as doenças circulatórias, respiratórias e digestivas. Em relação às mulheres, as neoplasias, as doenças circulatórias e as geniturinárias foram os grupos de causas mais frequentes. Santos⁵⁴ também salienta que, no contexto brasileiro, há uma maior prevalência de internações psiquiátricas entre homens do que entre as mulheres. De acordo como Berquó e Cunha^{XIX} apud Santos⁵⁴:

[...] o homem é mais vulnerável a doenças mentais dado o contexto socioeconômico e das relações de gênero existentes. Sua frustração pela baixa qualidade de vida leva-o à bebida, como forma de fuga, o que potencializa os transtornos mentais, ao passo que a mulher se apegue às relações afetivas, o que lhe traz efeito protetor [...] (p. 1179).

Além disso, Segundo Santos⁵⁴, a maior prevalência de internações psiquiátricas entre os homens também se explica pelo fato deles receberem o “cuidado feminino”, as mulheres (mãe, irmã ou filha) levam o homem ao hospital, enquanto que as mulheres não recebem esse cuidado e, conseqüentemente, chegam com menos frequência ao hospital.

Em um estudo realizado por Sachs-Ericsson et al.^{XX} apud Rabasquinho e Pereira⁵⁵, o qual correlacionaram gênero, papéis sociais e desordens psiquiátricas, foram encontradas diferenças entre gênero nas taxas de algumas patologias, como depressão, distímia, ansiedade generalizada, pânico e fobia, mais elevadas para as mulheres, e álcool, abuso de drogas ilícitas e desordem antissocial para os homens. Segundo os autores⁵⁵, não há diferenças significativas de gênero nas perturbações psiquiátricas, mas sim diferenças nas taxas de “perturbações específicas”.

^{XIX} Berquó E, Cunha EMGP. *Morbimortalidade feminina no Brasil (1979 – 1995)*. Campinas: Editora da Unicamp; 2000.

^{XX} Sachs-Ericsson N, Ciarlo J. Gender, Social roles, and mental Health: An epidemiological perspective. *Sex Roles*. 2000; 43(9/10):605-28.

Outra investigação, realizada por Hall et al.^{XXI} apud Rabasquinho e Pereira⁵⁵ sobre taxas de prevalência do abuso de substâncias na população australiana, identificou que 6,5% da amostra apresentava abuso de álcool, sendo que os homens apresentaram taxas de 9,5% e as mulheres de 3,6%, e, em relação a outras drogas, as taxas foram 3,2% para os homens e 1,3% para as mulheres. O autor destacou também a importância da idade, revelando que o uso diminui com o aumento da idade. Sendo assim, os homens têm maiores chances de buscarem, na bebida ou nas drogas, a fuga para suas dificuldades ou simplesmente a busca por sensações; além disso, o fator idade é de extrema relevância, já que o uso é maior entre os jovens.

Ainda sobre o fator idade, Borin et al.⁵⁶, em seu estudo sobre TMC na população idosa, destacaram que, com o aumento da idade, maiores são as chances de TMC, especialmente entre aqueles com 80 anos ou mais. O crescimento do número de morbidades e incapacidades, eventos estressantes de vida, isolamento social e dificuldades econômicas estão ligados à alta prevalência de TMC em idosos. Uma autoavaliação ruim da saúde, bem como o número de morbidades, está diretamente ligada à prevalência de transtorno mental comum. Segundo Borin et al.⁵⁶:

As doenças crônicas, frequentemente encontradas nos idosos, associam-se à incapacidade funcional, ao aumento da vulnerabilidade e da dependência, contribuindo para o isolamento social e podendo, por conseguinte, aumentar a presença de sintomas somáticos, depressivos e ansiosos, entre outros (p. 1423).

Retomando os achados dessa pesquisa, entre aqueles com indicativos de TMC que procuraram pelo serviço de saúde diante de morbidade, a maior prevalência foi de homens e, em relação à idade, as faixas etárias de 30 a 44 anos (RP=1,58; p=0,04) e de 60 anos ou mais (RP=1,53; p=0,05) foram as que apresentaram maiores chances de procurar pelo serviço de saúde. Conforme explicitado acima, os homens referem menos problemas de saúde quando comparados às mulheres, isso devido a questões de ordem cultural e histórica que reproduzem práticas prejudiciais à função de autoconservação. Assim, há repercussões na gravidade da doença, bem como no tipo de cuidado, predominantemente curativo.

^{XXI} Hall W, Teesson M, Lynskey M, Degenhardt L. The 12-month prevalence of substance use and ICD-10 substance use disorders in Australian adults: findings from the National Survey of Mental Health and Well-Being. *Addiction*. 1999; 94(10):1541-50.

A categoria de idade “30 a 44 anos” que demonstrou associação com o desfecho “pediu ajuda” merece destaque, pois, nessa faixa etária, no caso dos homens, há maiores chances de utilizarem bebida e/ou drogas, conforme explicado anteriormente por Santos⁵⁴. A bebida ou o uso de substâncias são mais frequentes no sexo masculino e potencializam os transtornos mentais, agravando o quadro de saúde e aumentando as chances de busca pelo serviço ou profissional da saúde. Já considerando a faixa de idade de 60 anos ou mais, a busca por ajuda, no caso dos homens, pode estar relacionada à gravidade da morbidade referida nos últimos 15 dias. Nesse raciocínio, considerando aqueles que mais procuraram por ajuda (no caso, os homens), podemos inferir que o abuso de álcool e drogas pode estar associado a essa procura, bem como a gravidade da morbidade referida, refletindo uma situação de urgência no cuidado.

Importante destacar que uma grande parte das pessoas com indicativos de TMC que relatou morbidade nos últimos 15 dias não procurou pelo serviço ou profissional da saúde, chegando a 46%. Segundo Pinheiro et al.³², pode ser considerada como demanda reprimida as respostas dadas para os motivos do não atendimento e também as da não procura, mostrando que as barreiras de acesso são de natureza complexa.

No Brasil, a prevalência de pessoas que são atendidas quando procuram por cuidado médico é elevada (em torno de 98%), porém as barreiras de acesso parecem anteriores à procura³². Dados da PNAD 2008 apud Medici²⁷ revelaram que 17% das pessoas não procuraram os serviços de saúde por fatores restritivos, tais como falta de dinheiro, dificuldades de acesso geográfico, transporte difícil, horário incompatível ou atendimento muito demorado, entre outros. Nesse estudo, é relevante considerar, face às necessidades percebidas daqueles que relataram morbidade e que não procuraram pelo serviço de saúde, que a alta taxa de não procura pode expressar, além de escolhas individuais, fatores relacionados às características do sistema de saúde e da oferta de serviços, bem como condições sociodemográficas que funcionam como barreiras de acesso.

O conceito de acesso aos serviços de saúde, para Puentes-Markides^{XXII} apud Pinheiro et al.³², é complexo e está relacionado à percepção das necessidades de saúde e da conversão destas necessidades em demanda e destas em uso. Sobre as diferenças entre demanda e necessidade de saúde, Cecílio⁵⁷ destaca que a demanda de uma pessoa pode

^{XXII} Puentes-Markides C. Women and access to health care. *Social Science and Medicine*. 1992; 35(4):619-26.

ser por consulta médica, consumo de medicamentos, realização de exames, entre outras ofertas de saúde percebidas. Já as necessidades de saúde se referem à busca de algum tipo de resposta para as más condições de vida, a procura de um vínculo, a necessidade de maior autonomia no modo de vida, ou de ter acesso a alguma tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida.

Segundo Silva et al.³⁸, o acesso à assistência à saúde pode ser medido pela utilização de serviços. Além disso, Ribeiro et al.³⁹ e Pinheiro et al.³² destacam que a utilização de serviços de saúde está ligada às características de organização da oferta, às características sociodemográficas dos usuários, ao perfil epidemiológico, além de aspectos relacionados aos prestadores de serviços.

O modelo teórico de utilização de serviços descrito por Andersen^{xxiii} apud Louvison et al.³⁵ agrupa os perfis de consumo em três dimensões: de capacitação (ligados às condições econômicas e à oferta de serviços: renda, planos de saúde, suporte familiar, disponibilidade, proximidade e quantidade de serviços ofertados); os fatores de necessidade (ligados às percepções subjetivas das pessoas e ao estado de saúde); e os fatores de predisposição (variáveis sociodemográficas e familiares: idade, sexo, nível de escolaridade e cor). Em estudos sobre desigualdades, para Louvison et al.³⁵, o acesso é considerado equitativo quando somente a necessidade determina o uso. Nesse estudo, a alta prevalência de não procura pelos serviços de saúde, mesmo diante de necessidade percebida, indica uma iniquidade na capacidade de acesso, que antecede a procura.

Com relação ao atendimento, observou-se uma elevada taxa de pessoas com indicativos de TMC que foi atendida no serviço procurado diante de morbidade referida, sendo que a menor proporção encontrada foi de 90%. A alta prevalência de atendimento indica que as barreiras de acesso dos que procuraram pelos serviços de saúde eram pequenas ou que as mesmas não resultaram na falta de atendimento. Importante salientar que não foram investigadas informações sobre agilidade, qualidade e resolutividade da atenção prestada e, além disso, esse atendimento refere-se tanto ao público quanto ao privado.

Em um estudo sobre perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde, Ribeiro et al.³⁹ constataram que, dentre as pessoas que não foram atendidas pelo serviço de saúde, a maioria era adultos, pretos e pardos, com baixa escolaridade e renda

^{xxiii} Andersen R, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *The Milbank Mem Fund Q Health Soc.* 1973; 51(1):95-124.

familiar per capita inferior a um salário mínimo. O padrão de demanda era semelhante ao observado entre os atendidos, chamando atenção a menor cobertura por planos de saúde. Outro estudo conduzido por Neri e Soares⁴⁰, referente ao consumo dos serviços de saúde, também revelou desigualdades em favor dos mais privilegiados. Os autores verificaram que o principal determinante para o consumo dos serviços de saúde no Brasil é o indivíduo possuir plano de saúde. Dessa forma, o consumo dos serviços de saúde estaria mais relacionado à capacidade de acesso aos serviços que à necessidade de cuidados médicos.

Com relação aos motivos de consumo dos serviços de saúde, Neri e Soares⁴⁰ constataram que nos décimos mais altos da distribuição de renda houve uma maior procura dos serviços de prevenção e exames de rotina, ao passo que, nos extratos de pior rendimento, houve uma maior representatividade do consumo de serviços de saúde por motivo de doença. Sobre o mesmo assunto, Silva et al.³⁸ verificaram que os usuários SUS referiram maior proporção de procura por doenças e acidentes e lesões (60% dos motivos referidos) e os não usuários SUS referiram com maior frequência procura de atendimentos preventivos, para resolver problemas odontológicos e para reabilitação. Nesse estudo não foram investigados os motivos para a procura de atendimento e, analisando aqueles que procuraram pelo serviço de saúde, não foram observadas desigualdades na obtenção de atendimento, independentemente do serviço ser prestado pelo SUS ou pela rede privada.

Na questão sobre a procura por médico, entre as pessoas com indicativos de TMC, a grande maioria das pessoas procurou pelo profissional da medicina, independente dos fatores sociodemográficos ou das condições de saúde. Dentre aqueles que foram atendidos, quase cem por cento dos indivíduos tiveram atendimento por meio de consulta (a menor proporção foi de 95%). Isso demonstra que não houve desigualdades (tanto no sistema público quanto no privado) referentes à procura por médico. O mesmo ocorreu com modo de atendimento daqueles que procuraram pelo serviço de saúde e foram atendidos.

Capilheira e Santos⁵⁸ encontraram resultados diferentes em seu estudo sobre fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos: a consulta ao médico foi mais frequente entre as mulheres; entre indivíduos pertencentes ao nível socioeconômico mais elevado; e com 60 anos ou mais de idade. Segundo os mesmos autores, um provável motivo das mulheres utilizarem mais serviços médicos é porque elas percebem os potenciais riscos para saúde mais facilmente do que os homens. O

aspecto socioeconômico é apontado em vários estudos como um importante determinante de utilização e de iniquidade em saúde. E sobre o fator idade, Capilheira e Santos⁵⁸ observaram uma tendência linear de quanto maior a idade, maiores foram as chances de procura pelo profissional médico.

Segundo Silva et al.³⁸, o SUS é o principal financiador da atenção à saúde, especialmente nos níveis extremos de complexidade, como, por exemplo, vacinação na atenção básica e internações na alta complexidade. Em um estudo sobre perfil sociodemográfico e padrão de utilização do SUS, os autores constataram que, em 2008, o SUS foi o responsável por 56,7% (IC_{95%} 55,9-57,5%) dos atendimentos em saúde no Brasil. Em relação ao perfil sociodemográfico dos que utilizaram o SUS, não houve diferença estatisticamente significativa na proporção de usuários de serviços de saúde do SUS segundo sexo; observou-se uma proporção mais elevada de procura entre os mais jovens e idosos; houve utilização mais frequente dos serviços SUS por pessoas de cor preta e parda quando comparados aos brancos; constatou-se também que com o aumento da escolaridade e da renda houve uma redução na proporção de utilização do SUS, e o mesmo ocorreu entre aqueles com posse de plano de saúde.

Nesse estudo, os achados corroboram com os resultados de Silva et al.³⁸, já que também foram encontradas diferenças significantes em relação à cor (maior procura pelo SUS entre os não brancos) e em relação à renda e escolaridade (quanto maior a renda e escolaridade menor foi a procura pelo SUS). Segundo Paim et al.⁶, no Brasil, as pessoas que se denominam de cor da pele preta ou parda tendem a pertencer a grupos de renda mais baixa e menor escolaridade. No que diz respeito ao sexo, também não foram observadas diferenças significantes nesse estudo e, em relação ao estado civil do chefe de família, pode-se supor que o fato dos casados terem procurado menos pelo SUS pode estar relacionado à posse de plano de saúde que, conforme apontado por Silva et al.³⁸, reduz a procura pelo serviço público de saúde.

Sobre a questão da cobertura/complementação dos gastos com saúde pelo SUS (entre as pessoas com indicadores de TMC), foi encontrado, nesse estudo, que as pessoas das faixas etárias de “45 a 59 anos” e de “60 anos ou mais” tiveram menor cobertura pelo SUS quando comparadas à faixa etária mais jovem (16 a 29 anos). Segundo Bós e Bós⁵⁹, o sistema público de atendimento em saúde no Brasil é tipicamente voltado às populações mais jovens, especialmente infantes e crianças e, com o crescimento da população idosa brasileira, é de se esperar que essa população fique cada vez mais à margem desse

atendimento em saúde, caso não haja uma mudança que envolva de forma efetiva esse novo perfil demográfico e epidemiológico.

Em um estudo sobre determinantes na escolha entre atendimento público ou privado por idosos, Bós e Bós⁵⁹ encontraram que 42% dos idosos utilizaram a rede privada no seu último atendimento de saúde e que a renda familiar é um fator determinante no tipo de serviço escolhido (público ou privado), em famílias de renda média (acima de dois ou três salários mínimos) os idosos têm um maior grau de acesso à rede privada. Também com o aumento da idade, os idosos se utilizam mais da rede privada, sendo que, para cada ano de acréscimo na idade, as chances do idoso se utilizar desta rede aumentam em 2,7%. O idoso utiliza mais serviços de saúde, as internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior se comparado a outras faixas etárias. Assim, de acordo Louvison et al.³⁵ e Bós e Bós⁵⁹, a busca pelo privado (conforme aumenta a fragilidade com o passar da idade) se daria pelo fato da melhor qualidade, rapidez e maior segurança de atendimento.

Dados do estudo de Carvalho e Gianini⁶⁰, sobre tempo de espera para algumas cirurgias eletivas, evidenciaram que pacientes do hospital público, quando comparados aos pacientes do hospital privado, apresentaram maior tempo de espera para realizar determinadas cirurgias eletivas, revelando um elevado grau de iniquidade relacionado ao tipo de prestador de serviços de saúde. Também observaram que prestadores públicos e privados possuem clientela diferenciadas no que se refere ao perfil de renda e “[...] a diferença no tempo de espera segundo a renda traduz iniquidade referente à questão socioeconômica, diretamente relacionada ao poder de compra dos serviços de saúde”⁶⁰ (p. 480).

Na presente pesquisa, é interessante notar que embora a procura pelo SUS tenha sido proporcionalmente semelhante entre todas as faixas etárias, a faixa de idade de 16 a 29 anos apresentou maiores chances de obter cobertura pelo SUS quando comparada às outras faixas. Esse dado mostra que, mesmo aqueles que não procuraram pelo SUS (da faixa etária mais jovem), depois relataram ter recebido algum tipo de custeio do sistema público, o mesmo não ocorreu com as faixas etárias mais avançadas. Com isso fica evidente a dupla cobertura do sistema de saúde para essa população e indica um sistema público voltado às populações mais jovens, conforme explicitado por Bós e Bós⁵⁹. Devido à metodologia adotada, não é possível constatar se a cobertura/complementação dos gastos pelo SUS para a população mais jovem foi para medicação, exame, procedimentos

ou outros. Segundo Paim et al.⁶, o sistema de saúde brasileiro atual é composto pelos subsetores público, privado e suplementar, sendo que os componentes público e privado estão interconectados, “[...] e as pessoas podem utilizar os serviços de todos os três subsetores, dependendo da facilidade de acesso ou de sua capacidade de pagamento”⁶ (p.19).

Os estudos de Louvison et al.³⁵ sobre desigualdades apontam que idosos com baixa escolaridade apresentam pior estado de saúde devido a piores hábitos, maior exclusão e menor nível de informação e condições socioeconômicas para acessar serviços precocemente. Dados da PNAD 1998 mostraram que as pessoas de menor renda e piores condições de saúde apresentaram menor utilização de serviços de saúde e identificaram que a cobertura por plano de saúde é maior para as pessoas que avaliam seu estado de saúde como muito bom e bom, revelando a existência de desigualdades em favor dos mais privilegiados³⁵. Em saúde, as mesmas necessidades devem pressupor a utilização dos serviços de saúde. No entanto, a literatura aponta que o acesso à saúde tende a ser pior para aqueles em piores condições socioeconômicas e o fator idade também agrava a situação, uma vez que se pode constatar que faltam políticas públicas efetivas voltadas às faixas etárias mais avançadas.

De acordo com Medici²⁷, o PSF é a uma forma de cobertura de atenção básica à saúde que a população brasileira desprovida de recursos dispõe para aumentar a equidade do SUS. Fernandes et al.⁶¹ apontam que a mudança do modelo assistencial e a implantação da Estratégia de Saúde da Família “[...] tendem a provocar um impacto positivo e progressivo nas condições de saúde da população mais pobre, visto que objetivam minimizar as desigualdades e promover a equidade” (p. 602). Os autores indicam ainda que o perfil ligado à utilização da ESF foi ser mulher, idoso, pobre, sem plano de saúde e com autopercepção de saúde ruim. Entretanto, a desigualdade no acesso ao serviço de saúde via PSF ainda persiste: dados da PNAD 2008 revelaram que, nos domicílios sem rendimento ou com renda inferior a um quarto de salário mínimo mensal per capita, a cobertura do PSF era de apenas 64%²⁷.

Segundo Bousquat et al.⁶², na capital paulista o PSF começou a ser implantado em 1995, por meio de ação conjunta entre o Ministério da Saúde, a Secretaria de Estado da Saúde e duas organizações sociais sem fins lucrativos (a Casa de Saúde Santa Marcelina e a Fundação Zerbini), tendo sido denominado de Qualidade Integral em Saúde (QUALIS). Em seu início, o município contava com equipes de saúde da família geridas

por organizações sociais parceiras do governo estadual, ou seja, não se integrava a qualquer modalidade de gestão do SUS. Dessa forma, a partir de 2001, o PSF foi assumido com estratégia de reorganização da saúde e, a Secretaria Municipal de Saúde, na gestão 2001-2004 propôs definir o PSF, juntamente com a municipalização e a distritalização como eixos estruturantes do SUS no município.

O desenho inicial de implantação do PSF no município de São Paulo priorizava os distritos administrativos com maior número de famílias com renda de até cinco salários mínimos e a denominava de “população-alvo”. Assim, houve uma priorização da população de baixa renda, porém, Bousquat et al.⁶² constataram, em seu estudo, que mesmo com essa focalização, 47% dos distritos administrativos apresentaram cobertura de tipo residual para a população-alvo, isto é, abaixo de 10% da população total, demonstrando uma distribuição desigual dos recursos de saúde. A implantação do PSF só ocorreu de forma mais abrangente nos distritos administrativos mais periféricos, sendo que a proposta inicial era atingir no mínimo toda a população-alvo. De acordo com os mesmos autores⁶²:

Os dados encontrados indicam uma maior dificuldade para se atingir as populações-alvo não moradoras nos distritos administrativos periféricos [...] o antigo modelo dual – centro *versus* periferia –, contrastando o centro rico e a periferia pobre, com escassez de serviços públicos, não se revela mais suficiente como modelo explicativo, pois evidências empíricas apontam para a disseminação da pobreza por toda a cidade (p. 1940).

Segundo Bousquat et al.⁶², o processo de implantação do PSF na cidade de São Paulo pode ter duas interpretações que se complementam: a primeira diz respeito a uma configuração de política pública capaz de contribuir para a diminuição das desigualdades socioespaciais na metrópole paulista, denotando uma “discriminação positiva”, e a segunda indica que o PSF se configura como uma política pública voltada à população de baixa renda e residente na periferia urbana, evidenciando uma opção de tipo focalizador.

Granja et al.²⁵ salientam que os temas da equidade e da focalização têm suscitado forte polêmica, pois, de um lado, há aqueles que associam a focalização à perspectiva de restrição de direitos, onde ações se restringem a um cardápio mínimo, apenas para a população mais pobre e, de outro, existem análises que apontam a possibilidade da

focalização ser uma alternativa, diante da pobreza e das desigualdades sociais no Brasil, ao estabelecer prioridades aos mais vulneráveis.

Fernandes et al.⁶¹, em seu estudo sobre equidade na utilização de serviços, evidenciaram que as diferenças na utilização da unidade de saúde da família local se mostram menos desiguais quando comparadas a outros serviços de saúde, confirmando uma utilização mais equitativa dos serviços de saúde. No entanto, conforme exposto, foram priorizadas as periferias na implantação do PSF na cidade de São Paulo, fazendo com que as pessoas de baixa renda que vivem nos centros ou bairros mais antigos (tradicionais) fiquem com menor ou sem cobertura do programa, restringindo a equidade na capacidade de acesso.

Um exemplo observado nesse estudo é de que os idosos na capital paulista possuem menor cobertura pelo SUS em relação à faixa etária mais jovem e, dentre outras razões já citadas anteriormente, o modelo de cobertura do PSF adotado pela Secretaria Municipal de Saúde também contribui com essa prevalência, pois a falta desse programa em determinadas regiões promove menor percepção das ofertas do serviço de saúde público, além de dificultar o acesso em determinadas áreas, fazendo com que os filhos, muitas vezes, optem para o pagamento de um plano de saúde para o membro idoso da família. Se, por um lado, esse modo de distribuição de serviços de saúde promove a equidade nas regiões mais periféricas da cidade, por outro, também promove a iniquidade no acesso daqueles que moram em distritos menos cobertos pela ESF e sem recursos financeiros.

Como no estudo de Louvison et al.³⁵ e Bós e Bós⁵⁹, nessa pesquisa, voltada para a população com indicadores de TMC, escolaridade e renda se mostraram inversamente proporcional à cobertura pelo SUS, ou seja, provavelmente as pessoas de maior renda e escolaridade possuem plano privado de saúde e/ou possibilidades de pagamento direto. Assim, pode-se dizer, dentre as pessoas que procuraram por ajuda dos serviços de saúde diante de morbidade, que houve uma desigualdade no que se refere à cobertura pelo SUS que favoreceu os mais pobres, porém é importante pontuar que essa questão não avaliou a rapidez no atendimento, a facilidade de acesso ou a qualidade do serviço prestado. Segundo Almeida^{XXIV} apud Granja et al.²⁵ “[...] para colocar indivíduos desiguais de

^{XXIV} Almeida C. Equidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário. *C. Saúde Pub.* 2002; 18(supl):23-36.

nascimento na mesmas condições de partida pode ser necessário favorecer os mais pobres e desfavorecer os mais ricos, numa distribuição desigual” (p. 80).

No entanto, Medici²⁷ afirma que a iniquidade do SUS não está no grau de sua utilização por pessoas mais e menos abastadas, pois já está evidenciado que pessoas de renda elevada utilizam menos o SUS que os grupos mais pobres.

A iniquidade no uso do SUS repousa na natureza dos procedimentos que presta em relação às características epidemiológicas do país. Esses procedimentos podem ser questionados quanto à sua prioridade social e até mesmo quanto à sua essencialidade diante dos recursos públicos disponíveis para a saúde. Ainda que poucos dos que pertencem aos grupos de maior renda recorram exclusivamente ao SUS e a maioria sequer utilize o sistema, os que o utilizam de forma frequente ou eventual o fazem para complementar, ou os serviços que recebem dos planos privados de saúde ou a compra direta de serviços dos prestadores privados²⁷ (p. 63).

A maioria das pessoas com baixa renda utiliza exclusivamente o SUS, e aquelas que não utilizam não o fazem por falta absoluta de condições (vivem em regiões de difícil acesso, mais isoladas ou áreas rurais). Silva et al.³⁸ apontam que o Sistema Único de Saúde “[...] responde pela saúde de cerca de 190 milhões de indivíduos e o segmento de seguros e planos de saúde por 49,2 milhões, representando uma cobertura duplicada para 25,9% da população” (p. 3808). Não é incomum pessoas que possuem plano de saúde utilizarem o SUS de forma complementar para determinados procedimentos (nem todos os exames ou medicamentos de alto custo são cobertos totalmente ou têm sua oferta racionada pelos planos de saúde)²⁷. Nesse cenário, há um aumento dos gastos em exames sofisticados, procedimentos e medicamentos de alto custo, demandas prevalentes da classe média, obrigando o SUS a

[...] limitar os gastos com procedimentos que poderiam ser destinados à redução da morbimortalidade dos mais pobres, cuja demanda normalmente é reprimida em função de vários fatores, como falta de acesso físico, custo de transporte e assimetrias de informação²⁷ (p. 63-64).

Segundo Medici²⁷, no final da década de 90, o Ministério da Saúde criou uma tabela de ressarcimento para que os planos de saúde pagassem pelos serviços que seus assegurados utilizam dos hospitais públicos e privados, através do SUS. Entretanto, muitas operadoras de planos de saúde entram na justiça e não fazem o ressarcimento, com

base no argumento de que um sistema de saúde universal e gratuito não pode cobrar pelos serviços prestados aos cidadãos²⁷. Em 2004, o Ministério da Saúde gastou com alta e média complexidade quase três vezes mais do que com atenção básica. Estima-se que pelo menos um quarto dos brasileiros não tem acesso aos serviços de saúde, enquanto outros têm acesso duplicado pelo fato de que o sistema público é universal e não direciona os recursos gastos com aqueles que já têm cobertura dos planos de saúde para os mais pobres, de modo que aqueles que podem pagar têm uma dupla porta de entrada aos serviços²⁷. Sobre essa questão, Bahia et al.⁶³ dizem que:

[...] a inclusão dos clientes de planos entre os demandantes do SUS não lhes retira benefícios diferenciados. A possibilidade de fazer exames “fora do SUS” e certamente a capacidade de vocalização de reivindicações dos segmentos cobertos pelos planos lhes assegura um lugar diferenciado nas filas do SUS. As facilidades de inclusão dos segmentos cobertos pelos planos permitem aos mesmos transitar nos serviços remunerados pelo SUS. Mas o atendimento de um paciente sem plano em um estabelecimento de saúde exclusivamente privado só se viabiliza em condições específicas – ser portador de uma patologia exigente da realização de um procedimento de alto custo, quase que exclusivamente financiado pelo SUS. Paradoxalmente, é o *status* de saúde negativo que pode conduzir o doente crônico para uma condição de cidadão de primeira classe (p. 928).

Nesse estudo, foi constatada uma desigualdade da cobertura/complementação dos gastos pelo SUS, favorecendo os mais pobres que procuraram pelo serviço, porém é relevante considerar, conforme apontado pela literatura, que existe uma grande parcela que não tem acesso ao sistema de saúde e que provavelmente nem procurou pelo serviço. Segundo Menezes et al.⁶⁴, as principais barreiras de acesso referidas pelas pessoas que não procuram por serviços de saúde quando necessitam são barreiras financeiras (23,8%), demora no atendimento (18,1%) e barreiras geográficas (12,7%), demonstrando que, apesar dos avanços, muitos desafios ainda não foram superados. Como apontado por Carvalho e Gianini⁶⁰, observa-se uma iniquidade referente à questão socioeconômica que favorece os mais ricos, uma vez que, com seu poder de compra dos serviços de saúde, possuem maiores possibilidades de escolha, além da possibilidade de dupla cobertura e, conseqüentemente, melhor atenção à saúde.

Em relação ao gasto com saúde da família no último mês de pessoas com indicativos de TMC, observou-se que a faixa etária de pessoas com 60 anos ou mais que referiram ter gasto mais de 100 reais foi a que apresentou maior proporção (59% e

RP=1,66). Como se trata do gasto com a família, não se pode afirmar que as pessoas maiores de 60 anos gastaram mais, mas é possível inferir que as famílias que apresentam em sua composição pessoas com idade igual ou superior a 60 anos apresentam gastos maiores. Nas outras faixas etárias não é possível afirmar se há ou não pessoas acima de 60 anos na família, mas pelos dados apresentados pode-se supor que talvez haja em baixa proporção. O fato do aumento dos gastos da família com saúde quando um idoso compõe o quadro familiar se deve à maior fragilidade da saúde, quantidade e gravidade de morbidades e, conseqüentemente, aumento de necessidades médicas e de medicamentos.

Constatou-se anteriormente que a cobertura/complementação dos gastos com saúde pelo SUS de pessoas idosas é menor quando comparada à faixa etária mais jovem (de 16 a 29 anos), embora a procura pelo serviço tenha sido em proporções semelhantes, denotando uma desigualdade na cobertura pelo sistema público que favorece os mais jovens. Como consequência o gasto das famílias que têm em sua composição uma pessoa idosa é maior; esse gasto provavelmente se deve a pagamentos de planos de saúde ou medicamentos. Conforme já explicitado anteriormente, além das barreiras de acesso, talvez a oferta de serviços de saúde do SUS não contemple as necessidades das faixas etárias mais avançadas. Assim, famílias com renda maior preferem optar pelo plano privado para o idoso, devido à rapidez, maior qualidade e acesso mais facilitado³⁵.

Sobre o gasto da família com saúde, também foi constatado, nesse estudo, que as famílias de maior renda e escolaridade são as que gastaram mais com saúde, bem como pessoas de cor de pele branca e os chefes de família que possuem união estável. Segundo Silveira et al.⁶⁵, grande parte das famílias mais pobres não tem gastos com saúde, uma das explicações pode ser creditada à existência do Sistema Único de Saúde. No entanto, “[...] as despesas com saúde, quando existentes, têm um impacto muito maior sobre os rendimentos das famílias mais pobres, o que as caracteriza como altamente regressivas”⁶⁵ (p. 122), isso se deve a desigualdade existente na distribuição da renda. Assim, o peso dos gastos com saúde na renda das famílias mais ricas é muito pequeno, evidenciando um enorme potencial redistributivo e de impacto que tem sobre a pobreza. Em um estudo de Ugá e Santos^{xxv} apud Medici²⁷, com base nos dados da POF 2002-2003 (pesquisa de orçamentos familiares), evidenciou-se que:

^{xxv} Ugá MAD, Santos IS. *Uma análise da equidade do financiamento do sistema de saúde brasileiro* [Relatório de pesquisa]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, ENSP / FIOCRUZ, 2005.

- a) A maior fonte de financiamento dos gastos com saúde é diretamente o orçamento das famílias (48%), seguindo-se o SUS (42%) e as empresas, através dos planos de saúde (menos de 10%).
- b) As famílias situadas nos três decis de renda mais pobres recebem proporcionalmente menos recursos do SUS do que as famílias nos decis de renda superiores.
- c) As famílias nos decis de renda mais elevada financiam suas necessidades de saúde com os planos de saúde pagos pelas empresas, em proporção mais elevada que as famílias mais pobres.
- d) Como as transferências do SUS e das empresas (planos de saúde) para as famílias mais pobres não são suficientes para cobrir os seus gastos, estas têm que dedicar maiores parcelas de seus orçamentos familiares para financiar suas necessidades de saúde do que as famílias situadas nos decis mais ricos²⁷ (p. 66).

Diante disso, Medici²⁷ afirma que a melhor forma de compensar a iniquidade referente ao peso dos gastos com saúde nas famílias mais pobres, seria fazer com que o SUS concentrasse seus gastos nos decis de renda mais baixa, fornecendo mais subsídios públicos para poderem dedicar os recursos que gastam com saúde a outras necessidades básicas. Assim, as necessidades dos decis de renda mais alta deveriam ser substancialmente financiadas pelo gasto direto das famílias e dos planos de saúde.

Sobre o gasto com saúde, em relação ao estado civil do chefe de família, pode-se inferir que ter união estável pressupõe uma família maior e consequentemente maior gasto, seja com medicamentos ou planos de saúde. Silveira et al.⁶⁵, em sua pesquisa sobre gasto das famílias com saúde, constataram que os maiores gastos estão relacionados a medicamentos e mensalidades de planos de saúde. Verificaram também que as famílias mais pobres têm quase todo o seu gasto com saúde composto por despesas com medicamentos; já entre os mais ricos há maior dispêndio com planos de saúde e a maior parte dos gastos totais em saúde é realizada pelos contingentes mais ricos da população, como já explicitado anteriormente com base em Silveira et al.⁶⁵ e Menezes et al.⁶⁴.

Andrade e Lisboa⁶⁶ constataram que, em geral, o gasto com medicamentos corresponde a cerca de 4 a 9% da renda familiar para os três primeiros decis e, na medida em que a renda familiar aumenta, a fração gasta em medicamentos decresce, chegando a cerca de 1,5% da renda para os 10% mais ricos; dentre as diversas componentes do gasto com saúde, o gasto com medicamentos apresenta maior regressividade.

Em relação à posse plano de saúde (médico ou odontológico) de pessoas com indicativos de TMC, observou-se que pessoas de cor branca, de renda per capita acima de um salário mínimo e com doenças crônicas apresentaram maiores chances de

possuírem plano de saúde privado. Embora não tenha havido associações significantes entre as categorias de idade e o desfecho “possuir plano de saúde”, é importante destacar que as pessoas com idade de 60 anos ou mais apresentaram maior proporção de posse de plano privado de saúde e a faixa etária de 30 a 44 anos foi a que apresentou menor proporção. Como já mencionado anteriormente, famílias com um poder aquisitivo mais elevado preferem optar pelo plano de saúde para o membro idoso da família; também há aqueles que possuem planos individuais antigos, cujo reajuste não acompanha o aumento do custo associado ao risco do envelhecimento. Assim, os mais idosos, especialmente aqueles que têm alguma condição crônica, temem perder seus planos de saúde e terem que enfrentar as filas do SUS para os procedimentos corriqueiros que lhes são garantidos nos planos de saúde²⁷.

Segundo Silva et al.³⁸, a procura por serviços de saúde é mais frequente entre os indivíduos que possuem planos de saúde, pois subte-se que sua posse pode levar a um maior acesso a esses serviços, pois reduz a existência de possíveis barreiras financeiras no momento do consumo ou no tempo de espera para o atendimento. Esse dado não foi observado nesse estudo, pois aqueles que apresentam maiores chances de posse de plano de saúde (brancos; renda acima de um salário mínimo per capita e ter doença crônica) não foram os que mais procuraram pelo serviço de saúde (homens; pessoas das faixas etárias de 16 a 29 anos e de 60 anos ou mais), demonstrando, pelo menos entre aqueles que procuraram pelo serviço, que o fato de não ter convênio médico não representou restrição no acesso, porque também a grande maioria foi atendida, independentemente do tipo de prestador (público ou privado).

Segundo Paim et al.⁶, nos últimos vinte anos houve muitos avanços no sistema de saúde: o investimento em recursos humanos, em ciência e tecnologia e, na atenção básica, o processo de descentralização, ampla participação social e maior conscientização sobre o direito à saúde. E, embora ainda haja muito a fazer para que o sistema de saúde brasileiro se torne universal, o Sistema Único de Saúde aumentou consideravelmente o acesso ao cuidado com a saúde para uma parcela importante da população brasileira.

6 CONCLUSÕES

A Constituição brasileira de 1988²⁰ reconheceu a saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado. A criação do SUS foi o início da implantação de um sistema de saúde com acesso universal para garantir a saúde e bem-estar da população brasileira, de forma equitativa e integral.

O conceito de equidade vertical em saúde (tratar necessidades desiguais de maneira desigual) reconhece as particularidades e vulnerabilidades de indivíduos ou grupos e entende que o papel de um sistema de saúde é minimizar as desigualdades no adoecer e morrer, fornecendo condições de saúde mais igualitárias para todos. Ao medir a utilização dos serviços e estudar sua acessibilidade, pode-se, indiretamente, avaliar a equidade de um sistema de saúde. Sendo assim, os objetivos desse trabalho eram analisar a procura, utilização e o gasto com saúde de pessoas com indicativos de transtornos mentais comuns diante de morbidade referida 15 dias precedentes à entrevista, para, a partir disso, analisar a equidade na atenção à saúde de pessoas com indicativos de TMC.

Em 2008, a atenção à saúde de pessoas com indicativos de TMC, no município de São Paulo, mostrou-se promotora da equidade em algumas situações. Foi constatado que os indivíduos que relataram morbidade nos últimos 15 dias e buscaram por alguma ajuda (do serviço ou profissional da saúde) conseguiram acessar o sistema e obter um cuidado, pois quase cem por cento foram atendidos, independentemente de ser público ou privado. O modo de atendimento também foi unânime (por meio de consulta), independentemente de ser público ou privado. Esse achado demonstra que, quando há a busca pelo serviço de saúde, não há desigualdades no acesso e utilização dos serviços em favor dos mais ricos, refletindo uma situação de equidade. Entretanto, por razões metodológicas, não é possível especificar a qualidade e resolutividade dos atendimentos relatados.

Outra situação de equidade observada foi que as pessoas com indicativos de TMC mais pobres, sem plano de saúde e com menor escolaridade foram as que mais procuraram pelo SUS e tiveram a maior cobertura, bem como os gastos com saúde foram menores quando comparados aos das pessoas com melhor nível socioeconômico, revelando um sistema público que promove uma compensação na saúde frente às desigualdades sociais existentes. No entanto, a forma de financiamento da saúde ainda é um fator que promove a iniquidade, pois apesar das camadas mais pobres terem menor gasto com saúde, o impacto sobre a renda é maior que para os mais ricos.

Nesse estudo, uma considerável parcela de pessoas com indicadores de TMC que relataram morbidade não buscaram pelo serviço de saúde. E, embora fosse esperado que as mulheres procurassem mais pelo serviço ou profissional da saúde, por apresentarem mais morbidade e maior índice de indicadores de TMC, elas foram as que menos procuraram, contrariando os dados da literatura existente. Devido às questões metodológicas não foi possível especificar os motivos pelas quais algumas pessoas com indicadores de TMC não procuraram por ajuda diante de morbidade, abrindo possibilidade para novas pesquisas para complementar os resultados encontrados. No entanto, a literatura aponta que esse fato normalmente está ligado a questões de ordem comportamental ou devido às barreiras de acesso determinadas por questões sociodemográficas ou características da oferta e/ou do prestador de saúde, ou seja, iniquidades que antecedem à busca. Assim, quando não é a necessidade que determina a procura e o uso dos serviços de saúde, ficam evidentes desigualdades desnecessárias e evitáveis na atenção à saúde.

Pode-se constatar que o modelo de atenção à saúde na cidade de São Paulo consegue, até certo ponto, compensar as distorções na saúde decorrentes das condições sociais, porém essa afirmação só é possível considerando aqueles que conseguiram acessar o serviço. Dessa forma, esse resultado não traduz toda a realidade existente, pois se sabe que uma grande parcela de pessoas não conseguiu acessar o serviço, provavelmente devido às barreiras de acesso já discutidas nesse trabalho.

A capacidade de acesso ainda é mais favorável para os indivíduos com melhores condições de vida, pois aqueles com capacidade de compra de serviços de saúde não vivenciam as dificuldades que funcionam como barreiras de acesso aos mais pobres e, além disso, possuem uma oferta variada de serviços no sistema privado, bem como possibilidade de cobertura duplicada em determinados casos. A cobertura duplicada é uma injustiça frente à realidade daqueles que não conseguem ter acesso aos serviços e também prejudica o princípio de universalidade, pois, na medida em que as pessoas com melhores condições de vida utilizam recursos do SUS para média e alta complexidade, sem o ressarcimento do SUS, comprometem-se os investimentos em atenção primária e ampliação do acesso igualitário para todos. Assim, a barreira socioeconômica constitui um importante fator promotor de iniquidade, pois a capacidade de compra de serviços de saúde pressupõe um acesso mais facilitado e uma dupla porta de entrada.

Embora haja avanços na atenção à saúde dos mais pobres, faltam políticas públicas que ofereçam possibilidades para que todas as pessoas possam ser capazes de acessar o sistema de saúde segundo suas necessidades, seja ampliando a cobertura, a oferta de serviços ou focalizando os mais necessitados de maneira realmente efetiva. A garantia do acesso universal e do cuidado integral só é possível por meio de políticas que promovam a equidade na capacidade de acesso e no atendimento em saúde.

Outra iniquidade observada foi em relação à cobertura segundo idade. Os mais jovens tiveram maior cobertura pelo SUS e menor gasto, mesmo tendo procurado pelo SUS na mesma proporção das outras faixas etárias, demonstrando que o sistema público apresenta uma maior oferta de serviços para a população mais jovem. O fato de uma grande parcela da população idosa optar pelo plano de saúde não necessariamente reflete melhor renda, pois muitos são pagos pelos filhos, mas indica que o sistema público não contempla algumas necessidades características da população mais idosa. Com isso, há também um maior gasto com saúde, explicitando uma situação de iniquidade e revelando um dado de extrema relevância frente à transição demográfica e epidemiológica atual. Vale lembrar que a população idosa apresenta maior risco de apresentar TMC, uma vez que precisam lidar com limitações crescentes, mudanças econômicas, de papéis sociais, entre outras.

Com tudo, foi possível constatar por meio desse trabalho, dados que vão ao encontro de outras pesquisas, confirmando achados importantes que podem nortear os esforços das políticas públicas. Foi observado, na população com indicadores de TMC, que o SUS atende e cobre os gastos majoritariamente dos mais pobres, denotando uma cobertura desigual que favorece os mais necessitados, contribuindo para uma maior igualdade no processo saúde-doença diante das desigualdades sociais. Entretanto, é importante salientar os problemas de distribuição dos serviços de saúde que não contemplam toda a população, os de financiamento, e de definição de papéis dos sistemas público e privado. O modo de financiamento do sistema de saúde pode influenciar no impacto sobre a pobreza, modelos progressivos tendem a uma redistribuição de renda mais equânime, diminuindo as desigualdades sociais, uma vez que penaliza com impostos as classes sociais mais ricas. No entanto, para Ugá e Santos⁶⁷, o modelo de financiamento da saúde atual ainda é ligeiramente regressivo, quase próximo de um sistema proporcional, ou seja, as classes de renda baixa e média baixa são as mais penalizadas de forma geral, principalmente no que se refere aos gastos diretos com saúde, contribuindo

para a manutenção dos determinantes sociais em saúde e do ciclo vicioso pobreza-doença-pobreza.

Um sistema de saúde verdadeiramente equânime é aquele que prioriza a atenção à saúde daqueles cujas condições de vida e saúde são mais precárias e direciona ações específicas para determinados grupos ou pessoas que apresentam riscos diferenciados de adoecer e morrer. Além disso, também favorece a redução das desigualdades sociais, para que a doença não seja determinada por esses fatores. Conforme citado por Paim et al.⁶, é necessária uma maior mobilização política para reestruturar o financiamento e redefinir os papéis dos setores público e privado. Isso contribuiria para melhorar as condições de vida das pessoas mais pobres e ajudaria a aumentar os recursos destinados à atenção à saúde da população mais necessitada.

Diante do exposto, pode-se dizer que a implantação do SUS expressa um grande avanço para a atenção à saúde da população de forma geral e também para o grupo estudado nesse trabalho (pessoas com indicativos de TMC), sendo preciso valorizar os passos alcançados até agora. No entanto, a efetivação dos princípios de universalidade, equidade e integralidade ainda estão em processo e grandes desafios precisam ser superados. Trabalhos que mostram as lacunas e ineficiências do sistema de saúde são importantes, pois ajudam a monitorar o desempenho, bem como produzir intervenções para seu aprimoramento.

7 ANEXOS

Anexo A – Plano de amostragem do ISA-Capital 2008

Plano de amostragem do ISA-Capital 2008

Maria Cecília Goi Porto Alves

Maria Mercedes L. Escuder

24 de junho de 2009

Tamanho da amostra

A população de estudo refere-se àquela residente em área urbana do Município de São Paulo¹. A partir dos objetivos do projeto, 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.

Considerando-se que os percentuais da população nos grupos etários eram muito distintos entre si, optou-se em não manter a autoponderação da amostra. Assim sendo, 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 (Tabela 1).

¹ Residentes em setores de situação urbana: área urbanizada, não urbanizada e urbanizada isolada, e dos tipos: comum e especial subnormal (favela), segundo classificação do IBGE.

Tabela 1. Distribuição da população em área urbana do Município de São Paulo* e das amostras proporcional e planejada, segundo grupos idade e sexo. 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

* Censo de 2000.

Na tabela 2 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 2866183 no ano do censo. Dividiu-se, então, o tamanho da amostra por essa média.

Tabela 2. Cálculo dos 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 uma vez que não se planejou procurar todos os grupos em todos os domicílios da amostra.

Na Tabela 3 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 efeitos de delineamento entre 1,2 a 1,6 para grau de homogeneidade intraclasse de 0,05.

Tabela 3. 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

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 3, 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).

Processo de amostragem

O cadastro utilizado para o sorteio de unidades primárias (setor censitário) foi o da PNAD 2005. Ou seja, a amostra do ISA-Capital constitui uma subamostra da PNAD. Nessa pesquisa do IBGE 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.

Os estágios de seleção em cada domínio e as respectivas frações de amostragem foram:

1º. estágio → sorteio de 267 setores censitários da PNAD com probabilidade proporcional ao tamanho M_i , expresso pelo número de domicílios do setor no Censo de 2000, e posterior

sorteio aleatório simples de 60 setores, $f_1 = \frac{267M_i}{M} \cdot \frac{60}{267}$, sendo M o total de domicílios.

2º. estágio → sorteio de b domicílios com probabilidade $f_2 = \frac{b}{M_i}$. Para manter a mesma

fração em todos os setores censitários considerando que os tamanhos dos setores se alteraram desde o censo de 2000 (passando para M'_i), foram incluídos na amostra $b(M'_i/M_i)$ domicílios em cada setor i . Os valores de b foram 90, 13, 30 e 45 para, respectivamente, os grupos de menores de um ano, de crianças e adultos, de adolescentes e de idosos, levando a diferentes probabilidades de seleção. Os dados da amostra foram ponderados para compensar essas diferentes probabilidades de seleção

$$\text{A fração global de amostragem foi: } f = \frac{267M_i}{M} \cdot \frac{60}{267} \cdot \frac{b(M'_i/M_i)}{M_i} = \frac{60b}{M}.$$

Durante o trabalho de campo, foi contabilizado um número menor de entrevistas do que o esperado. Analisando-se os dados produzidos durante os primeiros meses, verificou-se que as razões pessoas/domicílios em 2009 eram menores do que as utilizadas no plano de amostragem (do Censo de 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. Com isso, a fração global de amostragem foi alterada para: $f = \frac{70b}{M}$ e os dados da amostra foram ponderados por $\frac{M}{70b}$.

Operacionalização do plano de amostragem

A primeira tarefa consistiu no sorteio dos setores censitários, a partir da listagem de setores da amostra da PNAD, fornecida pelo IBGE. Foram excluídos da listagem os setores de área rural.

Para os setores sorteados, à exceção dos constituídos por favelas, foi obtida no IBGE a listagem de endereços feita durante o trabalho de campo do PNAD 2005, além dos croquis e da descrição dos limites geográficos correspondentes. Nas quatro favelas sorteadas, os pesquisadores de campo percorreram toda a área refazendo os croquis e realizando um novo “arrolamento” de endereços.

Com base no número de domicílios constante nesse material, foi realizada a seleção de segunda etapa, sorteando-se números que correspondem aos domicílios da amostra. Estes foram transcritos nas listagens de endereços, identificando, assim, aqueles que pertenceriam à amostra e que foram digitados.

A partir do arquivo de endereços da amostra, foram elaboradas etiquetas para serem coladas nos questionários, contendo as informações referentes à localização dos domicílios sorteados e a identificação (pelo sexo e faixa etária) das pessoas que devem ser incluídas na amostra.

Anexo B – Termo de consentimento livre e esclarecido

Inquérito de Saúde no Município de São Paulo

Termo de consentimento livre e esclarecido

O Senhor (Sra.) está sendo convidado para participar da pesquisa: "Inquérito de Saúde no Município de São Paulo – 2008". O objetivo deste estudo é conhecer melhor as condições de vida e saúde dos moradores do Município de São Paulo. Estas informações poderão ajudar na elaboração de propostas para melhorar o atendimento de saúde da cidade de São Paulo. Esta pesquisa é um estudo conjunto da Universidade de São Paulo e Secretaria Municipal de Saúde São Paulo.

Numa entrevista, serão coletadas informações sobre sua saúde, seus comportamentos relacionados à saúde, o uso de serviços de saúde, bem como sobre suas condições sócio-econômicas.

Na divulgação dos dados não haverá identificação dos entrevistados e ninguém, além dos pesquisadores, terá acesso aos nomes dos entrevistados nesta pesquisa.

A sua decisão pela participação ou não da pesquisa não é obrigatória e a qualquer momento você pode desistir de participar. Sua recusa não implicará nenhuma alteração no atendimento na unidade de saúde habitual.

Os pesquisadores responsáveis por este trabalho estarão à disposição para qualquer esclarecimento e informações adicionais relativos a esta pesquisa.

Caso tenha alguma reclamação sobre esta pesquisa também poderá entrar em contato com o comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde à Rua General Jardim, 36, 2º andar, fone 3218-4043.

Eu, _____
residente à Rua _____ nº _____ bairro _____
_____ aceito o convite e afirmo meu consentimento para participar na
pesquisa "Inquérito de Saúde no Município de São Paulo – 2008".

São Paulo, ____ de _____ de 2008.

Assinatura do(a) entrevistado _____

Assinatura do(a) entrevistador(a) _____

Contactos com os responsáveis pela pesquisa:

Prof. Dr. Moisés Goldbaum
Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP – Tel 3061-7084/7444

Prof. Dr. Chester Luiz Galvão Cesar
Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da USP – Tel 3061-7739

Dr^a Margarida Lira
Coordenação de Epidemiologia e Informação/ Secretaria Municipal de Saúde- Tel 3218-4090

Anexo C – Blocos utilizados do Inquérito de Saúde no Município de São Paulo^{XXVI}

Inquérito de Saúde no Município de São Paulo

ISA CAPITAL - 2008
Universidade de São Paulo

ID
Nº da família
Nº de ordem

End.: _____ Nº: _____ Compl.: _____

E-mail: _____ Tels.: _____

Nome completo do entrevistado: _____

visita	data	hora	nome do entrevistador	observações:	resultado da visita
1	/				1 realizada
2	/				2 adiada
3	/				3 morador ausente
4	/				4 recusa total
5	/				5 recusa parcial
6	/				6 impossibilitado de responder

B 08. Resultado das visitas: _____

B 09. Nº. de visitas: _____

B 10. Entrevistador: _____

B 11. Quem respondeu o questionário?

o próprio / o responsável . . . 1

outro 2

B 12. Data da entrevista:

____/____/____

B 04. Data de nascimento:

____/____/____

B 05. Sexo: masculino 1

feminino 2

B 06. Qual é a sua cor ou raça?

branca . . . 1

preta . . . 2

parda . . . 3

amarela . . 4

indígena . . 5

NS/NR . . . 9

B 07. Qual é a sua religião ou culto?

Observações: _____

Correção e cod. geral	Serviços	CID	Ocupação

^{XXVI} As páginas do “Anexo C” referem-se apenas aos blocos do Inquérito de Saúde no Município de São Paulo que foram utilizados nesta investigação. O questionário completo está disponível em: <<http://www.fsp.usp.br/isa-sp/pdf/questionarioisa2008.pdf>>. Acesso em 23 de nov. 2016.

MORBIDADE DE 15 DIAS

BLOCO C

C 01. O(a) sr.(a) teve algum problema de saúde, nos últimos quinze dias?

passe p/ questão Z 01. não. **1**
 sim. **2**
 passe p/ questão Z 01. NS/NR **9**

Qual(is) foi(ram)?

DOENÇAS (diagnósticos, sinais e/ou sintomas)																								
C 02	problema 1																							
C 03	problema 2																							
C 04	problema 3																							
ACIDENTES / VIOLÊNCIA																								
C 05a	problema 4	Que lesões ou problemas o(a) sr.(a) teve?																						
C 05b		Como aconteceu o acidente/ violência?																						
C 05c		<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <i>Em que local ocorreu o acidente/ violência?</i> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <i>Fazendo que atividade ocorreu o acidente/ violência?</i> </td> </tr> <tr> <td style="border: none;">residência 0</td> <td style="border: none;">atividades esportivas 0</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">habitação coletiva 1</td> <td style="border: none;">atividades de lazer 1</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">escolas/outras instit./áreas adm.públ. . 2</td> <td style="border: none;">atividades com fins lucrativos 2</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">área p/ prática de esportes 3</td> <td style="border: none;">outros tipos de trabalho 3</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">rua e estrada 4</td> <td style="border: none;">descanso/sono/alimentação/ativ. biológicas . . 4</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">áreas comércio e serviços 5</td> <td style="border: none;">outras atividades especificadas. 8</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">áreas industriais e em construção . . 6</td> <td style="border: none;">NS/NR 9</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">fazenda 7</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">outros locais especificados 8</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">NS/NR 9</td> <td></td> </tr> </table>	<i>Em que local ocorreu o acidente/ violência?</i>	<i>Fazendo que atividade ocorreu o acidente/ violência?</i>	residência 0	atividades esportivas 0	habitação coletiva 1	atividades de lazer 1	escolas/outras instit./áreas adm.públ. . 2	atividades com fins lucrativos 2	área p/ prática de esportes 3	outros tipos de trabalho 3	rua e estrada 4	descanso/sono/alimentação/ativ. biológicas . . 4	áreas comércio e serviços 5	outras atividades especificadas. 8	áreas industriais e em construção . . 6	NS/NR 9	fazenda 7		outros locais especificados 8		NS/NR 9	
<i>Em que local ocorreu o acidente/ violência?</i>		<i>Fazendo que atividade ocorreu o acidente/ violência?</i>																						
residência 0	atividades esportivas 0																							
habitação coletiva 1	atividades de lazer 1																							
escolas/outras instit./áreas adm.públ. . 2	atividades com fins lucrativos 2																							
área p/ prática de esportes 3	outros tipos de trabalho 3																							
rua e estrada 4	descanso/sono/alimentação/ativ. biológicas . . 4																							
áreas comércio e serviços 5	outras atividades especificadas. 8																							
áreas industriais e em construção . . 6	NS/NR 9																							
fazenda 7																								
outros locais especificados 8																								
NS/NR 9																								
C 05d

Se o entrevistado NÃO referiu nenhum problema de saúde nos últimos 15 dias, ENCERRE O BLOCO e passe para o BLOCO Z.

Se o entrevistado referiu algum problema de saúde nos últimos 15 dias, passe para o BLOCO C_. Preencha um BLOCO C_. para cada problema referido.

Setor: _____

ID: _____

Nome do entrevistado: _____

USO DE SERVIÇOS PARA MORBIDADE DE 15 DIAS

BLOCO C _____

Número do problema problema _____

Número da procura do serviço procura _____

C 02 _ . Esse problema de saúde referido, limita(ou) as suas atividades habituais?

- passe p/ questão C 04 _ . não 1
 sim 2
 passe p/ questão C 04 _ . NS/NR 9

Quanto limitou suas atividades nos últimos 15 dias?

(leia as alternativas para o entrevistado)

	nenhum	dias	NS/NR
C 03a _ . Quantos dias limitou suas atividades inteiramente (ficou acamado).	0	_____	99
C 03b _ . Quantos dias precisou faltar ao trabalho, escola ou atividades de rotina.	0	_____	99
C 03c _ . Quantos dias não precisou faltar, mas reduziu suas atividades de rotina.	0	_____	99
C 03d _ . NS/NR	0		

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

- passe p/ questão C 25 _ . não 1
 sim 2
 passe 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
 enfermeiro 2
 outro profissional de saúde, especif.: _____ 3
 profissional de farmácia 4
 passe p/ questão C 30 _ . outros, especif.: _____ 5
 NS/NR 9

C 06 _ . Qual foi o serviço de saúde que o(a) sr.(a) procurou?*(considerar o primeiro serviço de saúde procurado) (leia as alternativas para o entrevistado)*

unidade básica de saúde	UBS tradicional	1
	AMA / PA	2
	unidade mista (UBS / ESF) ou PSF	3
	consultório	4
	ambulatório	5
	pronto socorro/emergência	6
	hospital (somente internação)	7
	outro, especif.:	8
	NS/NR	9

Onde fica o serviço que o(a) sr.(a) procurou?**C 07a _ .** Nome do serviço:**C 07b _ .** Endereço: n°

Bairro: Município:

NS/NR 9

C 08 _ . Esse serviço de saúde é:*(leia as alternativas para o entrevistado)*

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

C 09 _ . O(a) sr.(a) foi atendido no serviço que procurou?*(leia as alternativas para o entrevistado)*

<i>passe p/ questão C 26 _ .</i> não	1
<i>passe p/ questão C 27 _ .</i> não, mas foi feito agendamento	2
sim	3
<i>passe p/ questão C 30 _ .</i> NS/NR	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?
(leia as alternativas para o entrevistado)

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 ou corporativa, especif.: _____	3
empresa	4
convênio empresa, especif.: _____	5
plano individual de saúde, especif.: _____	6
o próprio entrevistado e/ou familiares	7
outro, especif.: _____	8
NS/NR	9

Durante este atendimento foi pedido algum exame? (leia as alternativas para o entrevistado)

	não foi pedido	realizado	ainda não agendado	agendado, mas ainda não realizado	pedido e não realizado	NS/NR
C 13a _ . Laboratorial	1	2	3	4	5	9
C 13b _ . Radiológico (raio X, tomografia, ultrasom, ressonância magnética)	1	2	3	4	5	9
C 13c _ . Gráfico (eletrocardiograma, eletro- encefalograma, eletromiografia, Holter)	1	2	3	4	5	9
C 13d _ . Outro, especif.: _____	1	2	3	4	5	9

passa p/
questão
C 19 _

passa p/
questão
C 19 _

passa p/
questão
C 17 a,b,c
ou d _

passa p/
questão
C 19 _

passa p/
questão
C 19 _

O(a) sr.(a) pagou diretamente pelo exame?

	não se aplica	não	sim, parcialmente	sim, integralmente	NS/NR
C 14a _ . Laboratorial	0	1	2	3	9
C 14b _ . Radiológico	0	1	2	3	9
C 14c _ . Gráfico	0	1	2	3	9
C 14d _ . Outros	0	1	2	3	9

PLANO DE SAÚDE

BLOCO Z

Z 01. O(a) sr.(a) tem convênio ou plano de saúde (médico ou odontológico) ?

<i>encerre o bloco</i>	não	1
	sim	2
<i>encerre o bloco</i>	NS/NR	9

Z 02. O(a) sr.(a) é titular deste convênio ou plano de saúde ?

não, é dependente	1
sim	2
NS/NR	9

Z 03. O convênio ou plano de saúde é:

Pode haver mais de uma resposta (leia as alternativas para o entrevistado)

sindicato/ associação de categoria ou corporativa, especif.: _____	1
empresa	2
convênio empresa, especif.: _____	3
plano individual de saúde, especif.: _____	4
o próprio entrevistado e/ou familiares	5
outro, especif.: _____	6
NS/NR	9

Z 04. O convênio ou plano de saúde da direito a:

Pode haver mais de uma resposta (leia as alternativas para o entrevistado)

somente consultas	1
cobertura simultânea para consultas, exames e internações	2
somente cobertura hospitalar	3
atendimento em outros municípios	4
livre escolha de médicos, laboratórios, clínicas e hospitais fora da rede credenciada	5
assistência odontológica	6
outros, especif.: _____	7
NS/NR	9

DOENÇAS CRÔNICAS

BLOCO D

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

	não	sim	NS/NR
D 02. Hipertensão (pressão alta)	1	2 <i>preencha o bloco D 1</i>	9
D 03. Diabetes (SE FOR SOMENTE DIABETES GESTACIONAL ASSINALAR NÃO)	1	2 <i>preencha o bloco D 2</i>	9
D 04. Doença de pele	1	2	9
D 05. Alergia	1	2	9
D 06. Anemia	1	2	9
D 07. Doença de coluna/ costas (séria, importante)	1	2	9
D 08. Artrite/ reumatismo/ artrose	1	2	9
D 09. Doença renal crônica	1	2	9
D 10. Acidente vascular cerebral (derrame cerebral)	1	2	9
D 11. Depressão/ ansiedade/ problemas emocionais	1	2	9
D 12. Enxaqueca/ dor de cabeça	1	2	9
D 13. Osteoporose	1	2	9
D 14. Cirrose	1	2	9
D 15. Epilepsia (ataque)	1	2	9
D 16. Doença de Chagas	1	2	9
D 17. Hanseníase	1	2	9
D 18. Tuberculose	1	2	9
D 19. Esquistossomose (barriga d'água)	1	2	9
D 20. Câncer (tumor maligno), especif.: _____	1	_____ . _____ _____ . _____	9999 9999
D 21. Doença do coração, especif.: _____	1	_____ . _____ _____ . _____	9999 9999
D 22. Doença crônica do pulmão (asma/ bronquite/ enfisema), especif.: _____	1	_____ . _____ _____ . _____	9999 9999
D 23. Doença digestiva crônica (úlceras/ gastrite), especif.: _____	1	_____ . _____ _____ . _____	9999 9999
D 24. e D 25. Alguma outra doença crônica, especif. _____	1	_____ . _____ _____ . _____	9999 9999
D 26. Rinite	1	2	9
D 27. Sinusite	1	2	9

Se referiu sim para hipertensão, passe para o BLOCO D1

Se referiu sim para diabetes, passe para o BLOCO D2

Se não, passe para o BLOCO E

DEFICIÊNCIA FÍSICA

BLOCO E

E 02. O(a) sr.(a) tem algum desses problemas?

Pode haver mais de uma resposta (leia as alternativas para o entrevistado)

difficuldade de enxergar, mesmo com óculos/ lentes	01
cegueira de um olho	02
cegueira de dois olhos	03
difficuldade de ouvir	04
surdez de um ouvido	05
surdez de dois ouvidos	06
paralisia total ou parcial de membros. especif.:	07
perda de membros ou parte deles. especif.:	08
outro, especif.:	09
passa p/ questão G 01. não	10
NS/NR	99

Se o entrevistado NÃO referiu nenhuma deficiência física, ENCERRE O BLOCO e passe para o BLOCO G.

Se o entrevistado referiu alguma deficiência física, passe para o BLOCO E __. Preencha um BLOCO E __ para cada deficiência referida.

SAÚDE EMOCIONAL

BLOCO M

PARA TODAS AS PESSOAS COM 16 ANOS OU MAIS.

O Bloco se aplica a este entrevistado? sim 1 não 2

Entrevistado impossibilitado de responder 3

O(a) sr.(a) teve algum destes problemas, nos últimos 30 dias?

	não	sim
M 01. Tem dores de cabeça freqüentes?	0	1
M 02. Tem falta de apetite?	0	1
M 03. Dorme mal?	0	1
M 04. Assusta-se com facilidade?	0	1
M 05. Tem tremores nas mãos?	0	1
M 06. Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	0	1
M 07. Tem má digestão?	0	1
M 08. Tem dificuldade de pensar com clareza?	0	1
M 09. Tem se sentido triste ultimamente?	0	1
M 10. Tem chorado mais do que de costume?	0	1
M 11. Encontra dificuldade para realizar com satisfação suas atividades diárias?	0	1
M 12. Tem dificuldades para tomar decisões?	0	1
M 13. Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento)?	0	1
M 14. É incapaz de desempenhar um papel útil na sua vida?	0	1
M 15. Tem perdido o interesse pelas coisas?	0	1
M 16. Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	0	1
M 17. Tem tido a idéia de acabar com a vida?	0	1
M 18. Sente-se cansado(a) o tempo todo?	0	1
M 19. Tem sensações desagradáveis no estômago?	0	1
M 20. Você se cansa com facilidade?	0	1

Setor: _____

ID: _____

Nome do entrevistado: _____

CARACTERÍSTICAS SÓCIO-ECONÔMICAS

(INFORMAÇÕES DO CHEFE DA FAMÍLIA)

BLOCO Q

Q 02. Código do entrevistador: _____ Q 03. Data da realização da entrevista: ____/____/____

Q 04. Quem respondeu esse questionário?

o próprio 1
 outro 2
passa p/ questão Q 25. recusa 3

Q 05. Onde o(a) sr.(a) nasceu?

outro município, especifique município e estado: _____

no próprio município 0000001

NS/NR 9999999

Q 06. Há quanto tempo o(a) sr.(a) mora nesse município?

1 _____ anos 2 _____ meses 3 _____ dias

NS/NR 999

Q 07. Há quanto tempo o(a) sr.(a) mora nesse domicílio?

1 _____ anos 2 _____ meses 3 _____ dias

NS/NR 999

Q 08. 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

ensino fundamental/ 1º grau ou primário (ano/série) (11 - 14) 1 ____

ensino fundamental/ 1º grau ou ginásio(ano/série) (15 - 18) 1 ____

ensino médio/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

outros, especif.: _____ 40

NS/NR 99

Q 09. 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
<i>passee p/ questão Q 17.</i>	não, dona de casa	06
	não, pensionista	07
	não, só estudante	08
	outros	09
	NS/NR	99

Q 10. Qual é/era sua ocupação em seu trabalho principal?

(especificar se aposentado, qual era a sua ocupação)

NS/NR 9999

Q 11. 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
NS/NR	9

Q 12. Especifique qual é/era a atividade do estabelecimento, empresa, negócio ou instituição em que trabalha/trabalhou.

NS/NR 99999

Q 13. Em que município fica o lugar o(a) sr.(a) trabalha/trabalhou?

se estiver desempregado - passe p/ questão Q 17.

no próprio município 0000001

outro município, especif.: _____

NS/NR 9999999

Q 14. Quanto o(a) sr.(a) ganhou com esse trabalho ou aposentadoria no mês passado?

salário líquido R\$: _____

NS/NR 99999

Q 15. Além desse trabalho o(a) sr.(a) tem algum outro tipo de trabalho remunerado? (fixo ou eventual)

passe p/ questão Q 17.

não 1

sim 2

NS/NR 9

Q 16. Quanto o(a) sr.(a) ganhou com este trabalho no mês passado?

salário líquido R\$: _____

NS/NR 99999

Q 17. O(a) sr.(a) tem algum outro tipo de rendimento e/ou pensão além do(s) declarado(s) anteriormente?

renda líquida R\$: _____

não 00000

NS/NR 99999

Q 18. Qual é a sua situação conjugal?

se o(a) companheiro(a) **foi** sorteado(a), passe p/ questão Q 25.

se o(a) companheiro(a) **não foi** sorteado(a), passe p/ questão Q 19.

passe p/ questão Q 25.

{ 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

Q 26. No mês passado qual foi o valor da conta de luz?

R\$: _____

não paga luz 00

NS/NR 9999

GASTOS COM SAÚDE

BLOCO R

SOMENTE PODERÁ SER RESPONDIDO COM O CHEFE DA FAMÍLIA

Quanto a família gastou com saúde no último mês?

	nada	soma dos gastos	NS/NR
R 01. Com medicamentos	00000	R\$: _____	99999
R 02. Com mensalidade de plano de saúde	00000	R\$: _____	99999
R 03. Em consultas médicas	00000	R\$: _____	99999
R 04. Em consultas com outros profissionais de saúde	00000	R\$: _____	99999
R 05. Com hospitalização	00000	R\$: _____	99999
R 06. Com enfermagem domiciliar	00000	R\$: _____	99999
R 07. Com exames em geral	00000	R\$: _____	99999
R 08. Com tratamento dentário e próteses	00000	R\$: _____	99999
R 09. Com óculos/ lentes	00000	R\$: _____	99999
R 10. Com aparelhos ortopédicos e outros aparelhos	00000	R\$: _____	99999
R 11. Outros gastos, especif.: _____	00000	R\$: _____	99999

Anexo D – Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa

APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de **04/06/2014**, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **145/14** intitulado: **“EQUIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE DE PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS: UMA ANÁLISE DOS DADOS DOS INQUÉRITOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO (ISA-SP) 2003 E 2008.”** 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 466/12).

Pesquisador (a) Responsável: Prof. Dr. Reinaldo José Gianini

Pesquisador (a) Executante: Melck Kelly Piastrelli Ribeiro

CEP-FMUSP, 06 de Junho de 2014.

Prof. Dr. Paulo Eurípedes Marchiori
Vice-Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa

8 REFERÊNCIAS^{XXVII}

1. Paim, JS. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: Giovanella L (Org.). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.
2. Souza R. Políticas e práticas de saúde e equidade. *Rev. Esc. Enferm. USP*. São Paulo, 2007;41(esp.):765-70.
3. Godofredo JF. *Utilização de serviços de saúde no município de São Paulo, anos de 2003 e 2008*: Inquéritos de saúde de base populacional [Dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2011.
4. Lima MCP. *Transtornos Mentais Comuns e uso de álcool na população urbana de Botucatu – SP*: um estudo de co-morbidade e utilização de serviços [Tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2004.
5. Silva ATC, Menezes PR. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns agentes comunitários de saúde. *Rev. Saúde Pública*. São Paulo, out. 2008; 42(5):921-9.
6. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*. 2011; 377(9779):1778-97.
7. Paim JS. Reforma Sanitária Brasileira: avanços, limites e perspectivas. In: Matta GC (Org.). Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV, 2008. Cap. 3, p. 91-122. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/6234/1/Paim%20JS.%20Cap%20Livro%201.2008.pdf>>. Acesso em 10 set. 2015.
8. Mendes EV. Sistema Nacional de Saúde no Brasil – SUS e Sistema Complementar. *SANARE*. jan./fev./mar 2002; Ano III, n.1.
9. Carvalho CAP, Marsicano JA, Carvalho FS, Sales-Peres A, Bastos JRM, Sales-Peres SHC. Acolhimento aos usuários: uma revisão sistemática do atendimento no Sistema Único de Saúde. *Arq. Ciênc. Saúde*. 2008;15(2):93-5.
10. Ayres JRCM. Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, 2009;18(supl.2):11-23.
11. Ayres JRCM. Prefácio à 8ª edição In: Pinheiro R, Mattos RA. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, 2004.

^{XXVII} De acordo com: Adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver). Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias da FMUSP*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia A.L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de S. Aragão, Suely C. 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*.

13. Amarante P. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
14. Furtado PJ, Campos RO. A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. *Revista Latinamericana de Psicopatologia Fundamental*. 2005;8(1):109-22.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. Brasília, 2010.
16. Caçapava JR, Colvero LA, Pereira IMTB. A interface entre as políticas de saúde mental e promoção da saúde. *Saúde Soc*. São Paulo, 2009;18(3):446-55.
17. Brasil. Leis etc. Lei 10216 de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre os direitos das pessoas acometidas de transtorno mental. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). 2001 6 abr.
18. Organização Mundial de Saúde (OMS). *Relatório sobre a Saúde no Mundo*. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. OMS, 2001.
19. Alves DS. Integralidade nas políticas de Saúde Mental. In: Pinheiro R, Mattos RA. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006.
20. Brasil. Constituição, 1988. *Constituição da República Federativa do Brasil 1988*. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988, 292 p.
21. Brasil. Leis etc. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). 1990 19 set.
22. Campos GWS. Reflexões Temáticas sobre Equidade e Saúde: o caso do SUS. *Saúde e Sociedade*. 2006; 15(2):23-33.
23. Viana ALD, Fausto MCR, Lima, LD. Política de saúde e equidade. *São Paulo em Perspectiva*. 2003; 17(1):58-68.
24. Whitehead M. *The concepts and principles of equity and health*. Copenhagen: World Health Organization, 2000.
25. Granja GF, Zoboli ELCP, Fortes PAC, Fracolli LA. Equidade no sistema de saúde brasileiro: uma teoria fundamentada em dados. *Revista Baiana de Saúde Pública*. jan./mar. 2010; 34(1):72-86.
26. Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. *Rev. Panam. Salud Publica*. 2012; 31(3):260-8.
27. Medici A. Propostas para melhorar a cobertura, a eficiência e a qualidade no setor saúde. IN: Bacha EL, Schwartzman S (Orgs.). *Brasil: a nova agenda social*. Rio de Janeiro: Instituto de Estudos de Política Econômica—Casa das Garças, 2011. p. 23-93.
28. Goldbaum M. A epidemiologia em busca da equidade em saúde. In: Barata, RB, Barreto ML, Almeida Filho N, Veras, RP (Orgs.). *Equidade e saúde: contribuições da epidemiologia*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. n. 1, p. 63-82. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/3y5xk/pdf/barata-9788575412640.pdf>>. Acesso em: 01 dez. 2013.

29. Buss PM, Pellegrini Filho A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 2007; 17(1):77-93.
30. Travassos C. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro Apr./June 1997; 13(2):325-30.
31. Travassos C, Castro MSM. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e utilização dos serviços de saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LV, Carvalho AI, Noronha JC. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
32. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2002; 7(4):687-707.
33. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 2004; 20(sup. 2): S190-8.
34. Barata RB. Acesso e uso de serviços de saúde: considerações sobre os resultados da Pesquisa de Condições de Vida 2006. *São Paulo em Perspectiva*. jul./dez. 2008;22(2):19-29.
35. Louvison MCP, Lebrão AL, Duarte YAO, Santos JLF, Malik, AM, Almeida ES. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. *Rev. Saúde Pública*. 2008; 42(4):733-40.
36. Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Secretaria de atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, v. 4, 2006. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/webpacto/volumes/04.pdf>>. Acesso em: 08 jan. 2014.
37. Maragno L, GoldbaumM, Gianini RJ, Novaes HMD, César CLG. Prevalência de Transtornos Mentais Comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, ago. 2006;22(8):1639-48.
38. 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. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16(9):3807-16.
39. 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. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2006; 11(4):1011-22.
40. Neri M, Soares W. Desigualdade social e saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 2002; 18(supl.):77-87.
41. Brasil. Leis etc. Lei 9656 de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre plano privado de assistência à saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). 1988 3 jun.
42. Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil*. Rio de Janeiro, abr. 2008. Disponível em <www.determinantes.fiocruz.br>. Acesso em: 20 jan. 2014.
43. Moraes Júnior EC. *Prevalência e fatores de risco para Transtorno Mental Comum na população urbana da região metropolitana de São Paulo, Brasil*[Dissertação]. Botucatu-SP: Universidade Estadual Paulista - UNESP;2010.
44. Goldberg D, Huxley P. *Perturbações mentais comuns: um modelo bio-social*. Lisboa: Climepsi Editores, 1996.

45. Moreira JKP, Bandeira M, Cardoso CS, Scalón JD. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em uma população assistida por equipes do Programa Saúde da Família. *J. Bras. Psiquiatr.* 2011; 60(3):221-6.
46. Pinheiro KAT. *Prevalência e fatores associados a Transtornos Mentais Comuns (TMC) em adolescentes entre 15 e 18 anos de zona urbana do sul do Brasil* [Dissertação]. Pelotas: Universidade Católica de Pelotas; 2003.
47. Secretaria Municipal da Saúde. *Transtornos Mentais Comuns. Tabagismo. Consumo de Bebida Alcoólica*. São Paulo: CEInfo, 2011. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/Boletim_ISA_5.pdf>. Acesso em: 20 set. 2015.
48. Rocha SV, Almeida MMG, Araújo TM, Virtuoso Júnior JS. Prevalência de transtornos mentais comuns entre residentes em áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia. *Rev. Bras. Epidemiol.* Feira de Santana/BA, 2010;13(4):630-40.
49. Santos KOB, Araújo TM, Pinho PS, Silva ACC. Avaliação de um instrumento de mensuração de morbidade psíquica: estudo de validação do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). *Rev. Baiana de Saúde Pública*. jul./set. 2010;34(3):544-60.
50. Mari JJ, Williams P. A validity study of a Psychiatric Screening Questionnaire (SRQ-20) in Primary care in the city of São Paulo. *Br. J. Psychiatry*. 1986; 148(1):23-6.
51. Scazufca M, Menezes PR, Vallada H, Araya R. Validity of the self reporting questionnaire-20 in epidemiological studies with older adults. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2009;44(3):247-54.
52. Braz M. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005; 10(1):97-104.
53. Arruda GO, Molena-Fernandes CA, Mathias TAF, Marcon SS. Morbidade hospitalar em município de médio porte: diferenciais entre homens e mulheres. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. Maringá, jan.-fev. 2014; 22(1):1-9.
54. Santos AMCC. Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009; 14(4):1177-82.
55. Rabasquinho C, Pereira H. Gênero e saúde mental: Uma abordagem epidemiológica(*). *Análise Psicológica*. 2007; 3(25):439-54.
56. Borim FSA, Barros MBA, Botega NJ. Transtorno mental comum na população idosa: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 2013; 29(7):1415-26.
57. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA (Orgs.). *sentidos da integralidade na atenção e no cuidado de saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/Abrasco, 2001. p. 113-126.
58. Capilheira MF, Santos IS. Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos. *Rev. Saúde Pública*. 2006; 40(3):436-43.
59. Bós AMG, Bós AJG. Determinantes na escolha entre atendimento de saúde privada e pública por idosos. *Rev. Saúde Pública*. São Paulo, 2004; 38(1):113-20.

60. Carvalho TC, Gianini RJ. Equidade no tempo de espera para determinadas cirurgias eletivas segundo o tipo de hospital em Sorocaba, SP. *ver. Bras. Epidemiol.* 2008; 11(3):473-83.
61. 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.
62. Bousquat A, Cohn A, Elias PE. Implantação do Programa Saúde da Família e exclusão sócio-espacial no Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* Rio de Janeiro, 2006; 22(9):1935-43.
63. Bahia L, Simmer E, Oliveira DC. Cobertura de planos privados de saúde e doenças crônicas: notas sobre utilização de procedimentos de alto custo. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2004; 9(4):921-9.
64. Menezes T, Campolina B, Silveira FG, Servo LM, Piola SF. O gasto e a demanda das famílias em saúde: uma análise a partir da pof 2002-2003. In: Silveira FG, Servo LM, Menezes T, Piola SF (Orgs.). *Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas.* Brasília: Ipea, 2006.
65. Silveira FG, Osorio RG, Piola SF. Os gastos das famílias com saúde. In: Silveira FG, Servo LM, Menezes T, Piola SF (Orgs.). *Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas.* Brasília: Ipea, 2006.
66. Andrade MV, Lisboa MB. *Determinantes dos gastos pessoais privados com saúde no Brasil.* Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 2002.
67. Ugá MAD, Santos IS. Uma análise da equidade do financiamento do sistema de saúde brasileiro [Relatório de pesquisa]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, ENSP / FIOCRUZ; 2005.

Apêndice A – Formulário de mudança de título

Serviço de Pós-Graduação
Rua Teodoro Sampaio, 115 – 1º andar
Prédio do Instituto Oscar Freire
CEP 05405-000 – São Paulo – SP – Brasil
Fone: (11) 3061-8203/04/05/09/14 – Fax: 3061-8215

São Paulo, 06 de outubro de 2016.

À
COMISSÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO

ASSUNTO: MUDANÇA DE TÍTULO

(PREENCHER EM LETRA DE FORMA LEGÍVEL OU DIGITAL)

Nome: Melck Kelly Piastrelli Ribeiro

Orientador/a: Reinaldo José Gianini

Programa: Medicina Preventiva

Curso: (☒) Mestrado (☐) Doutorado

Solicito a V. S^{as}. análise de mudança do título da minha:

(☒) Dissertação de Mestrado (☐) Tese de Doutorado.

DE: Equidade na atenção à saúde de pessoas com transtorno mentais comuns: uma análise dos dados dos inqueridos de saúde do município de São Paulo (ISA-SP) 2003 e 2008

PARA: Equidade na atenção à saúde de pessoas com indicadores de transtornos mentais comuns no município de São Paulo

MOTIVO:

1. SUGESTÃO DA BANCA NO EXAME DE QUALIFICAÇÃO: SIM (☒) NÃO (☐)
2. HOUVE MUDANÇA DE METODOLOGIA: SIM (☐) NÃO (☒)
3. HOUVE MUDANÇA/TROCA DE PROJETO: SIM (☐) NÃO (☒)
4. OUTROS, justifique:

JUSTIFICATIVA CIRCUNSTANCIADA DA CCP:

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

De acordo com a justificativa acima descrita.

Prof. Dr. Reinaldo José Gianini

Assinatura do Coordenador(a)