

EQÜIDADE NO ACESSO AO ATENDIMENTO EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Maria Cecília Garcia¹, Luis Altenfelder-Silva²,
Ana Karina C. Labbate², Reinaldo José Gianini³

RESUMO

Introdução - A Constituição da República Federativa do Brasil defende os princípios de equidade na atenção à saúde. Entretanto, vários estudos realizados em nosso meio descrevem elevados graus de iniquidade. **Objetivos** - Avaliar a equidade no acesso aos serviços de saúde existente entre os indivíduos que referem episódios de morbidade no município de Sorocaba. **Métodos** - Inquérito de saúde realizado em 2003 que incluiu 241 domicílios selecionados por meio da técnica de amostragem de conglomerados. As variáveis investigadas se referem a características sócio-econômicas dos chefes de família, episódios de morbidade referida, procura por atendimento, tipo de atendimento procurado, obtenção do atendimento, pagamento por atendimento, por exames ou medicamentos, resolutividade e satisfação. **Resultados** - Nos 239 domicílios que aceitaram participar da pesquisa, encontramos 45 indivíduos que referiram episódios de morbidade nos 15 dias anteriores à entrevista (17%). A proporção que referiu morbidade foi significativamente maior entre aqueles que possuem planos ou seguros de saúde (24%). Todos que procuraram por atendimento conseguiram obtê-lo (n=43). Uma elevada proporção teve que pagar por medicamentos (57%), mesmo nas categorias de menor renda ou escolaridade. Houve uma tendência a maior proporção de pagantes por atendimento na categoria de menor escolaridade. **Conclusões** - Apesar da elevada capacidade de absorção da demanda no sistema municipal, existem fortes indícios de iniquidade no acesso ao atendimento, sendo o acesso aos medicamentos o principal problema. **Financiamento** - CEPE/PUC-SP.

Descritores: equidade no acesso, acesso aos serviços de saúde, sistemas locais de saúde, inquéritos de morbidade.

ABSTRACT

Introduction: Brazilian Federal Law promotes principles of equity in the delivery of health care. However, several studies have described a high level of inequity among us. **Objectives:** To evaluate equity concerning access to health care among individuals who report morbidity episodes in Sorocaba municipality. **Methods:** Health survey developed in 2003 including 241 households selected from a cluster sampling. The variables were householder social and economic characteristics, morbidity episode characteristics, seeking for care, kind of care sought, kind of care obtained, payment for care, payment for laboratory tests or medicines, effectiveness of care and satisfaction with care. **Results:** Among 239 households participating in this study 45 individuals referred morbidity episodes in a 15-days period previous to the interview (17%). The proportion with morbidity was higher among owners of health plan or insurance (24%). All persons who sought health care were successful (n=43). A high proportion paid for their medicines (57%), even among categories of lower incomes or education. There was a trend for a higher proportion of payment for care among the category of

lower education. **Conclusions:** Despite the high capacity of demand absorption by the municipality system, there are strong signals of health care access inequity; access to medicines is the main problem. Research supported by CEPE/PUC-SP.

Key-words: equity in access, health services accessibility, local health services, morbidity surveys.

INTRODUÇÃO

O significado de equidade não é igualdade e sim justiça.¹ Equidade em saúde é definida como a minimização de disparidades evitáveis entre os grupos de indivíduos que apresentam diferentes níveis de privilégio social.² Equidade em saúde implica que a necessidade, e não o privilégio social, seja considerada nas decisões sobre a alocação de recursos para a saúde.³ O estado de saúde dos indivíduos e as circunstâncias de vida que determinam sua saúde variam bastante, portanto, é de crucial importância reconhecer que enquanto todos têm igual direito à assistência à saúde, nem todos têm iguais necessidades.⁴

Na literatura são descritas duas formas de equidade no atendimento à saúde: horizontal e vertical. A horizontal significa “tratamento igual para igual necessidade” e a vertical “tratamento desigual para desigual necessidade”. Em outras palavras, “igual oportunidade de acesso para igual necessidade” que implica em “desigual oportunidade de acesso para desigual necessidade”.⁵ Equidade horizontal e vertical seguem os mesmos princípios, quais sejam “acesso de acordo com a necessidade” e “tratamento de acordo com a necessidade”. Entretanto, são entendidas como questões distintas e complementares.⁶

Acesso, de acordo com o conceito de Andersen, diz respeito à entrada no serviço de saúde e continuidade do tratamento. Abrange, portanto, não só a entrada nos serviços como também o recebimento de cuidados subsequentes. No conceito deste autor, acesso é mediado por fatores individuais ou predisponentes (exemplos: sexo, idade), fatores capacitantes (meios ou recursos existentes e disponíveis que tornam o acesso possível) e as necessidades de saúde (autopercebidas ou diagnosticadas). A iniquidade de acesso, para Andersen, seria relativa aos fatores capacitantes.

Em Donabedian encontramos o conceito de acessibilidade: um dos aspectos da oferta de serviços relativo à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população.

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 8, n. 3, p. 9 - 16, 2006

1 - Enfermeira graduada pela Faculdade de Enfermagem - CCMB/PUC-SP

2 - Médicos graduados pela Faculdade de Ciências Médicas - CCMB/PUC-SP

3 - Professor do Depto. de Medicina - CCMB/PUC-SP, Pesquisador do LIM-39/HC-FMUSP

Recebido em 23/5/2006. Aceito para publicação em 9/8/2006.

Para Penchansky e Thomas, acesso seria o grau de ajuste entre clientes e o sistema de saúde. Frenk, quando se refere a acesso, centra sua atenção na etapa de procura e obtenção do atendimento. Segundo Travassos e Martins, os autores que optam pelo termo acesso, em geral, centram-no na entrada inicial dos serviços de saúde, podendo-se citar como exemplo o modelo de Andersen.⁷

Na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, no artigo 196, estão contidos os princípios de equidade no atendimento à saúde: direito universal, acesso igualitário e assistência integral: “A Saúde é direito de todos e dever do Estado, e garantido mediante políticas sociais e econômicas que têm visem à redução do risco de doença e de outros agravos, e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”. O artigo 198 define o Sistema Único de Saúde (SUS): “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único...”.⁸ Em setembro de 1990, o presidente da República assinou a Lei 8080, a primeira regulamentação legal do SUS. Esta lei garante os princípios de equidade no atendimento à saúde, o que aparece claramente no artigo sete, itens I, II e IV, e representam três diferentes aspectos de equidade - acesso, assistência integral e não-discriminação: “As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios: Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; Integralidade da assistência, entendida como o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie”.^{9,10}

Mas apesar dos princípios legais, a iniquidade no Brasil ainda é descrita como elevada, mesmo após 17 anos da promulgação da Constituição. Muitos estudos têm verificado esta iniquidade.^{11,12,13,14} O relatório da Organização Mundial da Saúde de 2000 apresenta uma boa síntese: entre 191 países, o Brasil foi o 130º no *ranking* de satisfação da clientela com o atendimento à saúde (itens avaliados: respeito, confiança, autonomia, prontidão, qualidade das instalações, acesso à rede de suporte social e liberdade de escolha), e o 85º no *ranking* de distribuição da assistência à saúde (quatro critérios avaliados: nível sócio-econômico, idade, sexo e etnia).¹⁵ Esta situação é muito difícil de se justificar porque o Brasil ficou atrás de vários países bem menos desenvolvidos, o que foi motivo de uma séria polêmica entre representantes do governo brasileiro e a OMS.

O município de Sorocaba, por meio de sua Secretaria de Saúde, é Gestor Pleno do Sistema Municipal de Saúde desde 1998, sendo responsável pelo desempenho dos serviços de saúde nos três níveis de atenção: básica, especializada e hospitalar.¹⁶ Para isso, conta com uma rede assistencial própria (Centros de Saúde, Ambulatórios de Especialidades, Prontos-Atendimentos, Laboratório) e uma rede complementar representada por serviços privados contratados por intermédio do SUS (Prontos-Socorros, Hospitais e Laboratórios). Cabe ao gestor municipal implementar os serviços e ações de modo a atender os princípios constitucionais em saúde.¹⁷

Assim, considerando o que propõe a nossa Constituição e os relatos encontrados na literatura sobre a

provável situação real, torna-se interessante estudar a questão da equidade horizontal em um município de grande porte como Sorocaba.

OBJETIVOS

Avaliar a equidade no acesso aos serviços de saúde existente entre os indivíduos que referem episódios de morbidade no município de Sorocaba - SP.

MATERIALE MÉTODOS

População

Presente estudo se refere aos indivíduos residentes no município de Sorocaba no ano de 2003.

Desenho

Inquérito de saúde, estudo transversal.

Amostra

A técnica de amostragem utilizada foi de conglomerados, de acordo com os seguintes parâmetros e cálculos: população do município de Sorocaba (aproximadamente 500.000 habitantes, 125.000 domicílios); proporção esperada de indivíduos que referem episódios de morbidade nos últimos 15 dias, procuram por serviços de saúde e não obtêm acesso = 0,065 (ou 6,5%).¹⁸ Adotando-se um nível de significância = 0,05, um poder de teste = 0,80 e uma diferença máxima de 2,0% entre a amostra e o esperado na população (portanto, de 4,5% a 8,5%), o *n* necessário para que o estudo seja representativo da população de Sorocaba nesta questão é de 250 indivíduos.¹⁹ A estratégia de seleção de domicílios partiu da listagem de todos os setores censitários registrados no IBGE (n=562), da verificação do número de domicílios por setor e do número de indivíduos por domicílio. Feito isto, foram sorteados 250 setores, de modo a representar todos os setores. Em cada setor foi sorteado um domicílio.

Procedimentos

A coleta de dados foi realizada através da aplicação de um questionário por entrevistador durante a visita domiciliar. As perguntas se referiam ao domicílio, à família e ao indivíduo que tivesse referido episódio de morbidade nos últimos 15 dias, considerada a data da entrevista. As perguntas sobre o domicílio e sobre a família foram dirigidas ao chefe da família. As perguntas sobre o indivíduo que apresentou episódio de morbidade foram dirigidas ao próprio indivíduo ou responsável. Quando havia mais de um indivíduo que preenchia esta condição em um mesmo domicílio, um deles era sorteado para a pesquisa. Os entrevistadores foram os alunos bolsistas do CEPE/PUC-SP (três alunos).

Variáveis

As informações relativas aos chefes de família foram: escolaridade (categorias - analfabeto, primeiro grau completo ou incompleto, segundo grau completo ou incompleto, superior completo ou incompleto), renda *per capita* familiar (soma da renda dos indivíduos pertencentes aquele domicílio, dividida pelo total de indivíduos no domicílio), posse de plano ou seguro saúde (sim ou não, incluiu todos os tipos sem discriminação), cobertura previdenciária (nenhuma, INSS, outra), situação atual de trabalho (empregado, sem vínculo empregatício, inativo).

As informações relativas ao indivíduo que referiu morbidade foram: sexo, idade, descrição topográfica do comprometimento causado pelo episódio de morbidade, procura por atendimento (sim ou não), tipo de profissional procurado, tipo de prestador procurado (público ou privado), tipo de serviço procurado (urgência - prontos-atendimentos ou prontos-socorros; ou eletivo - centro de saúde, ambulatório, consultório, clínica), pagamento direto por atendimento, pagamento direto por medicamento, pagamento direto por exames diagnósticos complementares, resolutividade do serviço e satisfação com o atendimento (sim ou não).

Análise

Levou-se em consideração o peso de cada setor, que é diretamente proporcional ao seu número de habitantes. Os dados coletados foram digitados em planilha eletrônica Excel e transferidos para o programa Stata 8.0, com o qual foi feita a análise, tendo-se utilizado os comandos *svyprop* para a estimativa de proporções e o comando *svytab* para testar a diferença estatística entre as proporções (cuja rotina é o teste do qui-quadrado de Pearson corrigido para o efeito de desenho nos estudos de conglomerados).²⁰

Ética

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do CCMB/PUC-SP.

RESULTADOS

Durante o ano de 2003, foram visitados 241 domicílios em diferentes setores (que representam área com, aproximadamente, 264.096 habitantes), entrevistados 239 chefes de família (houve duas recusas à participação) e 45 indivíduos que referiram episódios de morbidade nos 15 dias anteriores à entrevista. Na tabela 1, pode-se verificar que a maior parte dos chefes de família apresenta ensino fundamental, está empregada, tem cobertura previdenciária pelo INSS, tem mediana de renda *per capita* familiar próxima de 250 reais mensais, não possui plano ou seguro de saúde, mas a proporção que possui é significativa (0,49).

Na tabela 2, observa-se que a maior parte dos episódios de morbidade referida é representada pelas mulheres. Quanto à idade, as maiores proporções se referem aos menores de 20 e maiores de 49 anos. Os problemas relativos ao comprometimento geral ou respiratório representam a maior

parte dos episódios.

Destes 45 episódios de morbidade referida, 43 procuraram por serviços de saúde. Um indivíduo alegou que melhorou sem necessidade de atendimento por serviço de saúde. Outro indivíduo alegou que não procurou atendimento porque a unidade é muito distante de sua residência. Todos aqueles que procuraram pelo atendimento conseguiram obtê-lo. Um caso procurou por farmacêutico, todos os outros procuraram por médico (n=42). Na tabela 3, nota-se que a maior parte dos episódios de morbidade referida procurou por serviços públicos, por atendimento eletivo (não urgente), teve que pagar por medicamentos, não teve que pagar por atendimento médico ou por exame.

Quando se compara a proporção que refere morbidade segundo determinadas variáveis sociais, verifica-se que nas famílias cujo chefe possui plano ou seguro de saúde, esta proporção é significativamente maior, enquanto que para as variáveis escolaridade, renda, cobertura previdenciária e situação atual de trabalho não foram observadas diferenças significantes (Tabela 4).

Quando se comparam as variáveis relativas ao acesso a serviços de saúde segundo categorias de renda, observa-se diferença significativa para a procura por serviços privados, maior para a categoria de maior renda. Para as variáveis “pagou por atendimento” e “pagou por exame”, observa-se uma tendência a valores maiores para a categoria de maior renda, porém, sem significância estatística. Para a variável “pagou por medicamento”, os valores são elevados nas duas categorias de renda. E para a procura por atendimento de urgência, o valor é pouco maior para a categoria de menor renda; diferença não significativa (Tabela 5).

Na comparação das variáveis relativas ao acesso a serviços de saúde segundo escolaridade, verifica-se que a proporção que pagou por atendimento médico tende a ser maior na categoria de menor escolaridade. Não há diferenças significantes para a proporção que pagou por exames, proporção que procurou serviço privado e proporção que procurou por atendimento de urgência. A proporção que pagou por medicamento é elevada nas duas categorias (Tabela 6).

Apenas um indivíduo se declarou insatisfeito com o atendimento recebido, tendo alegado como motivo o excessivo tempo de espera. Todos os indivíduos que procuraram atendimento (43) afirmaram que tiveram seu problema resolvido.

Tabela 1. Distribuição dos chefes de família segundo variáveis sócio-econômicas (Sorocaba, 2003)

Variável	Categoria	N*	Proporção**	Erro-padrão
Total de chefes de família entrevistados				
Escolaridade				
	Analfabeto	8	0,04	0,02
	Ensino Fundamental	132	0,56	0,03
	Ensino Médio	74	0,30	0,03
	Superior	23	0,10	0,02
Renda per capita familiar (Reais)				
	0 - 250	96	0,54	0,04
	251 ou mais	82	0,46	0,04
Cobertura de assistência à saúde				
	SUS	122	0,51	0,03
	Plano ou Seguro Saúde	117	0,49	0,03
Situação atual de trabalho				
	Empregado	151	0,64	0,03
	Sem vínculo empregatício***	83	0,34	0,03
	Inativo	5	0,02	0,01
Cobertura Previdenciária				
	Não	28	0,13	0,03
	INSS	197	0,82	0,03
	Outras	14	0,05	0,01

* quantidade de dados ignorados para: escolaridade -2; renda - 61

** o cálculo das proporções leva em consideração os pesos estatísticos dos diferentes conglomerados

*** inclui autônomos

Tabela 2. Descrição dos episódios de morbidade referida (Sorocaba, 2003)

Variável	Categoria	N	Proporção	Erro-padrão
Sexo				
	Masculino	21	0,48	0,08
	Feminino	24	0,52	0,08
Idade (anos)				
	0 - 19	16	0,35	0,07
	20 - 49	11	0,25	0,07
	50 ou +	18	0,40	0,08
Problema referido (topografia)				
	Comprometimento geral	13	0,32	0,07
	Respiratório	13	0,32	0,07
	Circulatório	6	0,13	0,05
	Locomotor	6	0,13	0,05
	Pele	3	0,04	0,03
	Digestório	2	0,03	0,03
	Órgãos do sentido	2	0,03	0,03

Tabela 3. Distribuição dos episódios de morbidade referida segundo o acesso aos serviços de saúde (Sorocaba, 2003)

Variável	Categoria	N*	Proporção	Erro-padrão
Pagou por atendimento				
	Sim	8	0,20	0,07
	Não	34	0,80	0,07
Pagou por exame				
	Sim	7	0,16	0,06
	Não	36	0,84	0,06
Pagou por medicamento				
	Sim	25	0,57	0,08
	Não	17	0,43	0,08
Tipo de prestador procurado				
	Público	27	0,62	0,08
	Privado	16	0,38	0,08
Tipo de atendimento procurado				
	Urgência	19	0,47	0,08
	Eletivo	23	0,53	0,08

* quantidade de dados ignorados para: pagou por atendimento e pagou por medicamento - 3;
pagou por exame e tipo de prestador - 2;
tipo de atendimento - 3

Tabela 4. Análise da associação entre determinadas características dos chefes de família e os episódios de morbidade referida (Sorocaba, 2003)

Variável	Categoria	Morbidade Referida (proporção)		P
		Sim	Não	
Cobertura de Assistência à Saúde				0,01
	SUS	0,11	0,89	
	Plano ou Seguro Saúde	0,24	0,76	
Escolaridade				0,85
	Analfabeto	0,17	0,83	
	Ensino Fundamental	0,18	0,82	
	Ensino Médio	0,19	0,81	
	Superior	0,11	0,89	
Renda per capita familiar (Reais)*				0,49
	0 - 250	0,14	0,86	
	251 ou mais	0,18	0,82	
Situação Atual de Trabalho				0,56
	Empregado	0,17	0,83	
	Sem vínculo empregatício	0,19	0,81	
	Inativo	0,17	0,83	
Cobertura Previdenciária				0,50
	Não	0,11	0,89	
	INSS	0,19	0,81	
	Outros	0,14	0,86	
Total		0,17	0,83	

* divisão que mais se aproxima da mediana

Tabela 5. Análise da associação entre renda per capita familiar e acesso a serviços de saúde (Sorocaba, 2003)

Variável*	Renda per capita familiar (Reais)**		p
	0 - 250	250 ou +	
1) Proporção que pagou por atendimento médico	0,08	0,36	0,10
2) Proporção que pagou por exame	0,11	0,27	0,28
3) Proporção que pagou por medicamento	0,58	0,66	0,70
4) Proporção que procurou prestador privado	0,14	0,68	<0,01
5) Proporção que procurou atendimento de urgência	0,42	0,34	0,65

* quantidade de dados ignorados para: 1) 17; 2) 16; 3) 17; 4) 16; 5) 17

** divisão que mais se aproxima da mediana

Tabela 6. Análise da associação entre escolaridade e acesso aos serviços de saúde (Sorocaba, 2003)

Variável*	Escolaridade**		p
	Analfabeto ou Ensino Fundamental	Ensino Médio ou Superior	
1) Proporção que pagou pelo atendimento médico	0,30	0,06	0,06
2) Proporção que pagou pelo exame	0,20	0,10	0,37
3) Proporção que pagou pelo medicamento	0,50	0,67	0,31
4) Proporção que procurou prestador privado	0,35	0,42	0,19
5) Proporção que procurou atendimento de urgência	0,45	0,35	0,53

* quantidade de dados ignorados para: 1) 3; 2) 2; 3) 3; 4) 2; 5) 2

** divisão que mais se aproxima da mediana

DISCUSSÃO

Quanto à representatividade da amostra, a distribuição das variáveis sociais descreve um perfil discretamente melhor que o encontrado para a região Sudeste do Brasil no PNAD-2003, que verificou renda *per capita* familiar mediana de R\$ 200,00, proporção coberta pela previdência (INSS) de 0,71 e proporção com vínculo empregatício de 0,50.²¹ Também a proporção que refere possuir plano ou seguro de saúde nesta amostra é maior que a descrita pela mesma fonte, 0,24, mas deve-se considerar a referência de parte dos entrevistados a planos de saúde que, na verdade, são planos promocionais de descontos existentes entre prestadores privados de serviços de saúde e diversas empresas (farmácias, funerárias, jornais, por exemplo), que, desse modo, atraem clientes.

A proporção que refere morbidade está próxima do esperado. Quanto ao perfil dos episódios de morbidade referida, corrobora a literatura quanto a maior proporção para mulheres. Para a distribuição etária, esta amostra apresenta proporção pouco maior que o esperado para os menores de 20 anos e pouco menor que o esperado para os maiores de 49 anos. No que se refere ao tipo de morbidade referida, nossos resultados também corroboram com a maior parte da literatura, que descreve proporções relevantes de sintomas gerais e respiratórios.^{14,21}

Com relação às variáveis indicativas de acesso, primeiramente, é importante reconhecer que o problema em Sorocaba não é a obtenção do atendimento, pois todos que procuraram foram atendidos, resultado significativamente maior que o esperado, mas deve-se destacar a elevada proporção que teve que pagar pelo atendimento, maior que a descrita no PNAD-2003, de 0,15.²¹

Pagar pelo medicamento pode ser considerado um dos maiores problemas encontrados neste estudo. Esta proporção é elevada, estando próxima do limite superior do conjunto de valores encontrado na literatura, de 0,39 a 0,62.^{22,23} A proporção que procurou atendimento privado é similar à esperada, 0,61.²⁰ A proporção que procura por urgência é elevada, mas não há parâmetros comparativos na literatura em nosso meio. Para o Chile,²⁴ é descrito 28%. Não encontramos parâmetros comparativos para pagamento por exames.

Nossos dados são consistentes com vários estudos no que se refere à resolutividade e satisfação, que descrevem proporções bastante elevadas para essas variáveis.^{18,21} Também são consistentes com a informação de procura por

farmacêutico, descrita pelo PNAD-2003, de 1,5%. Quanto à proporção que procura por atendimento, é bem mais elevada nesta amostra que o esperado.¹⁷ Na literatura, entre os motivos mais freqüentes que justificam a não-procura se encontram aqueles apontados neste estudo: não foi necessário e distância entre residência e serviço de saúde.²¹

Quanto à proporção que refere morbidade e sua relação com as variáveis sociais, destaca-se a maior proporção encontrada para os portadores de planos ou seguros de saúde. Na literatura isto também é descrito, sendo a proporção de 0,20 para aqueles com planos ou seguros e 0,12 para aqueles sem plano. Isto pode ser explicado pelo “moral hazard”²⁵ (que aparentemente tende a se reproduzir naqueles cobertos pelo INSS). A ausência de diferenças na proporção que refere morbidade segundo as demais variáveis sociais investigadas pode ser atribuída ao insuficiente número analisado, que gera testes estatísticos com resultados inconclusivos e estimativas inconsistentes. A literatura descreve maior morbidade para as categorias de menor escolaridade e renda e inativos.^{18,21,26}

Na análise do acesso segundo as variáveis sociais, os resultados mais importantes são as elevadas proporções que pagam pelo medicamento tanto na categoria de maior quanto de menor renda. E isto também ocorre para escolaridade.

Outro dado surpreendente e de grande contribuição para o conhecimento da iniquidade é a forte tendência a uma proporção mais elevada daqueles que fazem o pagamento direto do atendimento médico na categoria de menor escolaridade, grupo que não seria suficientemente protegido pelo SUS e ficaria vulnerável às regras extorsivas do mercado de assistência à saúde.²⁷ Provavelmente, isto também ocorra por sua falta de informação sobre seguridade social e de saúde.

Destaca-se, ainda, a elevada proporção que procura por serviços de urgência tanto entre os pobres quanto entre os ricos, tanto nas categorias de menor quanto nas de maior escolaridade, revelando que este pode ser um problema de comportamento geral, de cultura da demanda espontânea.

Como o tamanho da amostra foi planejado para testar a variável “falta de acesso”, as principais limitações deste estudo residem no número de episódios de morbidade analisados, que por ser pequeno torna o poder estatístico de parte dos testes aplicados insatisfatório. Quanto à perda de informação, houve um comprometimento da variável renda, com quase 25% de perda. Acrescenta-se que esta amostra apresenta uma realidade típica de populações urbanas, não sendo representativa de regiões rurais.

Como sugestão para novos estudos, seria interessante avaliar o acesso não só dos indivíduos que apresentam morbidade, mas também daqueles que procuram os serviços para atendimento preventivo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Whitehead M. The concepts and principles of equity in health. *Int J Health Serv.* 1992; 22(3):429-45.
2. Braveman P. Monitoring equity in health: a policy-oriented approach in low- and middle-income countries. Geneva: WHO; 1998. Equity Initiative Paper No. 3. WHO/CHS/HSS/98.1.
3. Bankowski Z, Bryant JH, Gallagher J. Ethics, equity and the renewal of WHO's health-for-all strategy. Proceedings of the 29th CIOMS Conference Geneva; 12-14 March. Geneva: WHO; 1997.
4. Williams A. Equity in health care: the role of ideology. In: Van Doorslaer E, Wagstaff A, Rutten F, editors. *Equity in finance and delivery of health care: an international perspective.* Oxford: Oxford University Press; 1993.
5. Wagstaff A, Van Doorslaer E. Equity in the finance and delivery of health care: concepts and definitions. In: Van Doorslaer E, Wagstaff A, Rutten F, editors. *Equity in finance and delivery of health care: an international perspective.* Oxford: Oxford University Press; 1993.
6. LeGrand J. Financing health care. In: Feachem Z. *Implementing health sector reform in Central Asia paper from a health policy seminar held in Ashgabat, Turkmenistan, June 1996.* Washington DC: World Bank; 1999.
7. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública.* 2004; 20(supl2):S190-8.
8. Brasil. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil: Saúde na Constituição, Título VIII, Capítulo II, Seção II [acesso em 23 mai 2006]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>.
9. Brasil. Lei n.8.080, 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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/LEIS/L8080.htm>
10. Brasil. Lei n.8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em <http://e-legis.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=254&word>.
11. Almeida C, Travassos C, Porto S, Labra ME. Health sector reform in Brazil: a case study of inequity. *Int J Health Serv.* 2000; 30(1):129-62.
12. Collins C, Araujo J, Barbosa J. Decentralising the health sector: issues in Brazil. *Health Policy.* 2000; 52:113-27.
13. Neri M, Soares W. Desigualdade social e saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2002; 18:77-87.
14. Rocha SY, Simoes BJJ, Guedes GLM. Hospital assistance as an indicator of social inequality. *Rev Saúde Pública.* 1997; 31(5):479-87.
15. World Health Organization. *The world health report 2000 - health systems: improving performance.* Geneva: WHO; 2000.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica 001/96. Disponível em <http://www.saude.gov.br>
17. Prefeitura Municipal de Sorocaba. Rede municipal de saúde. Disponível em <http://www.sorocaba.sp.gov.br/secoes/prefeitura/secretrias/saude>.
18. Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, César CLG. Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família (Qualis) no município de São Paulo. *Rev Saúde Pública.* 2005; 39(1):90-9.
19. Kish L. *Survey sampling.* New York: John Wiley & Sons; 1965.
20. StataCorp: *Stata Statistical/ Data Analysis 8.0.* College Station, Texas, Stata Corporation; 2003.
21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2003. Disponível em <http://www.ibge.gov.br>.
22. Guerra Jr AA, Acúrcio FA, Gomes CAP, Miralles M, Girardi SN, Werneck GAF, et al. Disponibilidade de medicamentos essenciais em duas regiões de Minas Gerais, Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* 2004; 15(3):168-75.
23. Naves JOS, Silver LD. Avaliação da assistência farmacêutica na atenção primária no Distrito Federal. *Rev Saúde Pública.* 2005; 39(2):223-30.
24. Arteaga Ó, Thollaug S, Nogueira AC, Darras C. Información para la equidad en salud en Chile. *Rev Panam Salud Publica.* 2002; 11(5):374-85.
25. Schoen C, Davis K, DesRoches C, Donelan K, Blendon R. Health insurance markets and income inequality: findings an international health policy survey. *Health Policy.* 2000; 51:67-85.
26. Travassos C, Viacava F, Pinheiro R, Brito A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Rev Panam Salud Publica.* 2002; 11(5-6):365-73.
27. Culyer AJ. Health, health expenditures, and equity. In: Van Doorslaer E, Wagstaff A, Rutten F, editors. *Equity in finance and delivery of health care: an international perspective.* Oxford: Oxford University Press; 1993.