

Equidade na cobertura dos gastos com saúde pelo Sistema Único de Saúde de pessoas com indicativos de transtornos mentais comuns no município de São Paulo

Equity in the coverage of health expenses by the Brazilian Unified Health System for people with signs of common mental disorders in the city of São Paulo

Melck Kelly Piastrelli Ribeiro^I, Reinaldo José Gianini^{II}, Moisés Goldbaum^{III},
Chester Luiz Galvão Cesar^{IV}

RESUMO: *Introdução:* O objetivo deste trabalho foi verificar a equidade na cobertura/complementação dos gastos com saúde pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de pessoas com indicativos de transtornos mentais comuns (TMC), no ano de 2008, no município de São Paulo. *Métodos:* Foi realizado um estudo de corte transversal a partir dos dados do Inquérito de Saúde no Município de São Paulo de 2008 (ISA-Capital 2008). Os sujeitos incluídos na pesquisa tinham 16 anos de idade ou mais e indicativos de TMC, avaliados por meio do instrumento *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20). Foram analisados: a procura pelo SUS, a cobertura dos gastos com saúde pelo SUS e os gastos com saúde no último mês, correlacionando-os com aspectos sociodemográficos e de condições de saúde. *Resultados:* A procura pelo SUS foi menor entre as pessoas de cor branca, renda *per capita* elevada, com união estável e Ensino Superior. A cobertura pelo SUS foi menor entre as faixas etárias de 45 a 59 anos e de 60 anos ou mais, com renda *per capita* elevada, 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, renda *per capita* mais elevada, com união estável e Ensino Superior. *Conclusões:* Foi observado que o SUS atende e cobre os gastos majoritariamente daqueles com renda *per capita* e escolaridade mais baixas, denotando uma cobertura desigual que favorece os mais necessitados. Porém, considerando o fator idade, ficou explícita uma situação de iniquidade, pois foi constatada maior cobertura dos gastos em saúde pelo SUS para a população mais jovem.

Palavras-chave: Gastos em saúde. Equidade em saúde. Desigualdades em saúde. Transtornos mentais. Estudos transversais.

^IPrograma de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

^{II}Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

^{III}Faculdade de Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

^{IV}Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

Autor correspondente: Reinaldo José Gianini. Avenida Doutor Arnaldo, 455, 2º andar, CEP: 01246-903, São Paulo, SP, Brasil. E-mail: reinaldognn@gmail.com

Conflito de interesses: nada a declarar – **Fonte de financiamento:** Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), do Ministério da Educação.

ABSTRACT: Introduction: The objective of this investigation was to check equity in coverage / complementation of health expenses by the Brazilian Unified Health System (SUS) for people with signs of common mental disorders, in 2008, in the city of São Paulo, Brazil. **Methods:** Cross-sectional study with data from the 2008 São Paulo Health Survey. Individuals aged 16 or older and with signs of common mental disorders were selected and evaluated with the Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). The following aspects were analyzed: demand for SUS, coverage of health expenses by SUS, and health expenses in the previous month, withal according to sociodemographic and health conditions. **Results:** The search for SUS services was lower among white people with higher *per capita* incomes, in a stable union, and with higher education degrees. Coverage by SUS was lower for people aged between 45 and 59 years and aged 60 years or older, with higher *per capita* incomes, with high or technical school, and college degrees. Subjects who spent more on family health were 60 years or older, white, with high *per capita* income, in a stable union, and with a college degree. **Conclusions:** Among people with signs of common mental disorders, SUS mainly services and covers the expenses of the poorer population with lower educational level; therefore coverage is unequal and favors who needs it the most. However, considering age, inequity became explicit, since SUS was shown to offer wider coverage of health expenses to the youngest population.

Keywords: Health expenditures. Health equity. Health status disparities. Mental disorders. Cross-sectional studies.

INTRODUÇÃO

A Constituição Brasileira de 1988¹ reconheceu a saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) foi o início da implantação de um sistema com acesso universal para garantir a saúde e o bem-estar da população brasileira, de forma equitativa e integral.

Souza² destaca que a equidade é um avanço em relação à discussão sobre 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, contrapondo-se ao 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.

Margaret Whitehead³ agrega um parâmetro de justiça ao termo equidade. Para a autora, as iniquidades são diferenças desnecessárias e evitáveis, também consideradas abusivas e injustas. O julgamento e a medida das desigualdades dependerão do conceito de justiça social adotado pelas sociedades e do momento em que se pensa sobre essa questão. De maneira geral, a equidade “pressupõe tratamento desigual para os que estão em condições de desvantagem, abrindo espaço para o que se considera como um tipo de ‘discriminação positiva’”⁴.

Segundo Buss e Pellegrini Filho⁵, 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 e influenciam na ocorrência de problemas de saúde e de fatores de risco. Sobre isso,

Travassos⁶ também considera que as desigualdades das condições de vida expõem as pessoas de maneira diferente a fatores determinantes na produção de saúde e doenças, salientando que a equidade em saúde está ligada à capacidade de acesso, utilização de serviços, alocação de recursos e diminuição das desigualdades nos serviços médicos decorrentes das desigualdades sociais. Para Campos⁷, equidade em saúde também está ligada à qualidade dos serviços, isto é, sua eficácia e capacidade de resolver problemas. Desse modo, o ponto central das políticas públicas que objetivam a equidade em saúde é a redução ou eliminação das diferenças advindas de fatores considerados evitáveis e injustos, favorecendo oportunidades mais equânimes.

Para a investigação da equidade, é importante questionar quais aspectos do conceito se quer estudar, bem como selecionar um grupo homogêneo específico. Dessa maneira, cabe salientar que, nesta pesquisa, foi estudada a equidade na cobertura/complementação dos gastos com saúde pelo SUS de pessoas com indicativos de transtornos mentais comuns (TMC). Esta análise foi realizada a partir dos dados do estudo de base populacional e de corte transversal Inquérito de Saúde no Município de São Paulo de 2008 (ISA-Capital 2008).

De acordo com Silva e Menezes⁸, os TMC têm sido cada vez mais identificados e pesquisados pelos profissionais de saúde, devido à alta prevalência na comunidade. O transtorno mental comum, denominação cunhada por Goldberg e Huxley⁹, refere-se à situação de saúde que não preenche critérios suficientes para diagnósticos formais de transtornos mentais, todavia seus sintomas, como insônia, fadiga, queixas somáticas, esquecimento, irritabilidade, dificuldade de concentração, entre outros, provocam incapacitação funcional significativa, trazendo prejuízos psicossociais para o indivíduo, bem como alto custo social e econômico.

Conforme Lima¹⁰, estudos realizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) apontaram que sintomas físicos persistentes, sem explicação médica, podem estar associados a questões de saúde mental e que parece haver uma tendência de pessoas com transtornos mentais procurarem mais pelo atendimento em saúde. Apesar disso, segundo Viana e Andrade¹¹, tanto os distúrbios mais leves quanto os mais graves estão associados à deficiência e falta de tratamento adequado. Portanto, trata-se de uma condição importante do ponto de vista da saúde pública, conforme evidenciado por Lima¹⁰, Moraes Júnior¹² e Pinheiro¹³.

METODOLOGIA

Este trabalho utilizou dados de uma pesquisa mais ampla, o ISA-Capital 2008, que consiste em um estudo de base populacional e corte transversal com o objetivo de monitorar as condições de vida e saúde e o uso dos serviços de saúde. Para o presente estudo, a população foi composta por pessoas com idade igual ou superior a 16 anos, que responderam ao Bloco M sobre Saúde Emocional do ISA-Capital 2008 e apresentaram indicativos de transtorno mental comum. Assim, foram pesquisadas no total 580 pessoas em 2008.

A presença de TMC foi definida pelo escore do instrumento *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20), referente ao Bloco M — Saúde Emocional. O SRQ-20 é um instrumento recomendado pela OMS para estudos populacionais voltados à saúde emocional¹⁴.

O ponto de corte utilizado para indicar TMC nesta pesquisa foi de 6 ou mais respostas positivas para homens com idade inferior a 64 anos e 8 ou mais respostas positivas para mulheres com menos de 64 anos¹⁵. Para pessoas com idade igual ou maior que 65 anos foram utilizados o ponto de corte 5 ou mais respostas positivas para ambos os sexos¹⁶.

Neste estudo, os desfechos investigados foram:

1. procura pelos serviços do SUS;
2. cobertura/complementação dos gastos com saúde pelo SUS;
3. gastos com saúde no último mês.

Para tanto, foram utilizados os dados obtidos por meio dos blocos C (questões C08 e C12) e R (R01 a R11) do ISA-Capital 2008.

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 cefaleia.

Na análise dos dados foram utilizados o programa Stata 11 (StataCorp, College Station, Estados Unidos) e os comandos do grupo *svy*, cujos procedimentos para análise de inquéritos populacionais incorporam as ponderações necessárias para amostra populacional. Na primeira etapa, foram realizadas análises da associação entre o desfecho de interesse e as variáveis sociodemográficas e de condições de saúde de pessoas com indicativos de TMC. Estas foram baseadas no teste do χ^2 de Pearson e no método de regressão de Poisson.

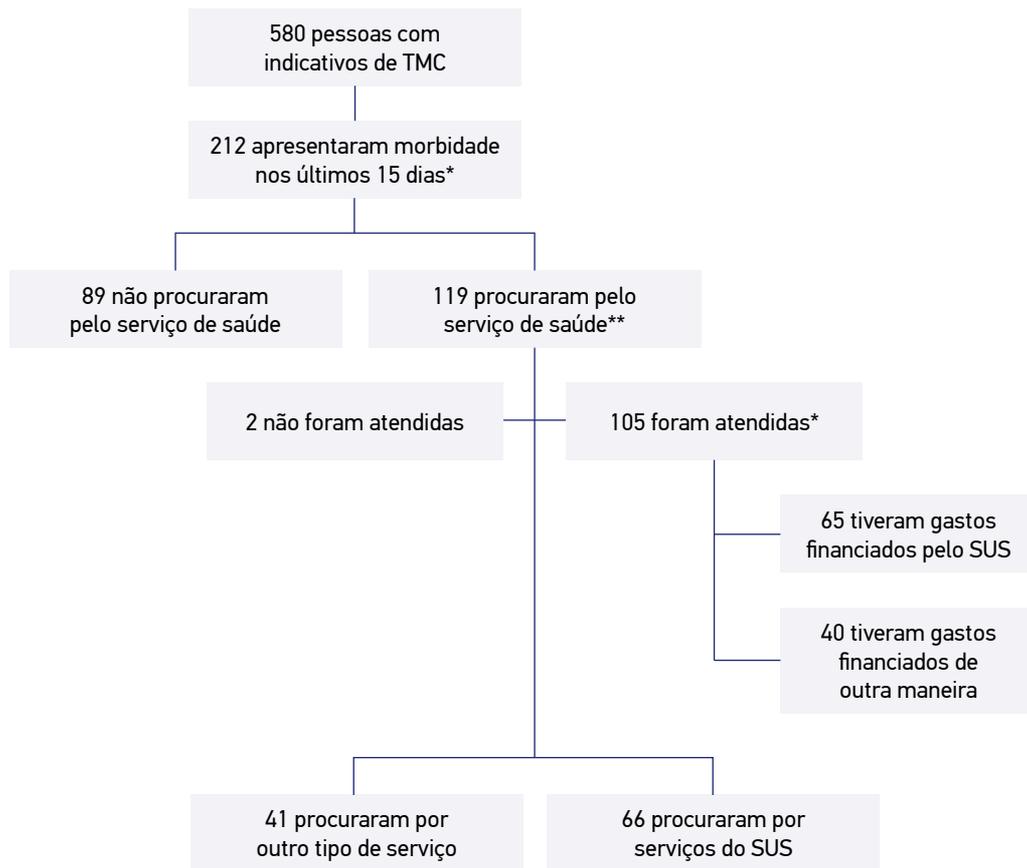
Na segunda etapa, as variáveis que apresentaram associação com a variável dependente em nível de significância inferior a 0,20 foram incluídas na análise de regressão múltipla (baseada no método de regressão de Poisson), entre o desfecho de interesse e as variáveis sociodemográficas e de condições de saúde de pessoas com indicativos de TMC. No modelo final, foram mantidas as variáveis que persistiram associadas com a variável dependente em nível de significância inferior a 0,05. No presente trabalho são apresentados somente os resultados da regressão múltipla.

RESULTADOS

Foi encontrada prevalência de 21,3% (IC95% 19,2 – 23,6) de pessoas com indicativos de TMC, segundo ponderações para amostra populacional. Considerando as pessoas que

procuraram pelo serviço de saúde, 66 buscaram o SUS e 41, outros tipos de serviços (faltaram informações de 12 indivíduos). Foram atendidas 105 pessoas e não atendidas apenas duas. Entre aquelas que foram atendidas, 65 tiveram seus gastos complementados ou cobertos pelo SUS e 40, por plano de saúde, pagamento direto, empresa ou outros meios (Figura 1).

Segundo os resultados da regressão múltipla de Poisson, a procura pelos serviços do SUS foi significativamente menor entre pessoas de cor branca quando comparadas à categoria “outros” (pardas, pretas, amarelas ou indígenas); a categoria de faixa de renda *per capita* “> 1 a 2,5” salários mínimos apresentou menor chance de procurar pelo SUS quando comparada à faixa de renda “≤ 0,5”; chefes de família com união estável (incluindo casados) mostraram menor chance de procurar pelo SUS quando comparados à categoria “outros”



*faltaram informações de 4 pessoas; **faltaram informações de 12 pessoas; TMC: transtornos mentais comuns; SUS: Sistema Único de Saúde.

Figura 1. Quadro para apresentação da população estudada: pessoas com indicativos de transtornos mentais comuns que apresentaram morbidade nos últimos 15 dias e procuraram pelo serviço de saúde.

(solteiros, separados, divorciados ou viúvos); e a procura pelo SUS também foi significativamente menor entre as pessoas com Ensino Superior quando comparadas àquelas que nunca frequentaram a escola (Tabela 1).

Em relação à cobertura/complementação dos gastos com saúde pelo SUS, no modelo final mantiveram associações significantes: as faixas de idade de 45 a 59 anos e de 60 anos ou mais, com menor chance de ter os gastos cobertos/complementados pelo SUS quando

Tabela 1. Frequência de pessoas com indicativos de transtornos mentais comuns que referiram morbidade nos 15 dias anteriores à entrevista e procuraram pelo Sistema Único de Saúde, segundo características sociodemográficas e de condições de saúde, no ano de 2008, de acordo com resultados de regressão múltipla de Poisson.

Variáveis	N total	Proporção que procurou o SUS*	RP**	IC95%***	Valor 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 do chefe de família²					
Outros	46	0,65			
União estável	61	0,5	0,71	0,55 – 0,92	0,01
Escolaridade do 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	–	–	–	–

SUS: Sistema Único de Saúde; *proporção considerando os pesos para amostra populacional; RP**: razão de prevalência; IC95%***: intervalo de confiança de 95%; ¹sem informações de 13 sujeitos; ²sem informações de 12 sujeitos.

comparadas à faixa etária de 16 a 29 anos; as faixas de renda *per capita* “> 0,5 a 1” salários mínimos e “> 1 a 2,5” salários mínimos, com 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” e “Ensino Superior Incompleto/Completo”, com menor chance de obter cobertura pelo SUS quando comparadas às pessoas que nunca frequentaram a escola (Tabela 2).

Tabela 2. Frequência de pessoas com indicativos de transtornos mentais comuns que referiram morbidade nos 15 dias anteriores à entrevista e cujos gastos com saúde foram complementados ou cobertos pelo Sistema Único de Saúde, segundo características sociodemográficas e de condições de saúde, no ano de 2008, de acordo com resultados de regressão múltipla de Poisson.

Variáveis	N total	Proporção da cobertura/ complementação dos gastos com saúde pelo SUS*	RP**	IC95%***	Valor 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 <i>per capita</i> 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 do 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	–	–	–	–

SUS: Sistema Único de Saúde; *proporção considerando os pesos para amostra populacional; RP**: razão de prevalência; IC95%***: intervalo de confiança de 95%; ¹sem informações de dois sujeitos.

Sobre o gasto com saúde no último mês, dentre as pessoas com indicativos de TMC, as variáveis que mantiveram associações significantes com o desfecho “gastou mais de 100 reais com a saúde da família”, de acordo com os resultados da regressão múltipla de Poisson, foram: faixa de idade igual ou superior a 60 anos, gastando mais com saúde do que a faixa etária de 16 a 29 anos; pessoas de cor branca, também gastando mais com saúde; faixas de renda *per capita* “> 1 a 2,5” e “>2,5” salários mínimos, gastando mais com saúde quando comparadas à faixa de renda “≤ 0,5”; pessoas com união estável, gastando mais com saúde; e pessoas com Ensino Superior, também gastando mais com saúde do que aquelas que nunca frequentaram a escola (Tabela 3).

DISCUSSÃO

Em um estudo sobre o perfil sociodemográfico e o padrão de utilização do SUS, Silva et al.¹⁷ constataram que, em 2008, o sistema foi responsável por 56,7% (IC95% 55,9 – 57,5%) dos atendimentos em saúde no Brasil. Os achados desta pesquisa corroboram os de Silva et al.¹⁷: foram encontradas diferenças significantes em relação à cor (maior procura pelo SUS entre os não brancos) e à renda e escolaridade (quanto maior a renda e a escolaridade, menor a procura pelo SUS). No que diz respeito ao sexo, não foram observadas diferenças significantes neste estudo. Em relação ao estado civil do chefe de família, uma explicação para o fato de os casados terem procurado menos pelo SUS pode ser a posse de plano de saúde, que, conforme apontado por Silva et al.¹⁷, reduz a procura pelo serviço público.

Sobre a questão da cobertura/complementação dos gastos com saúde pelo SUS entre as pessoas com indicativos de TMC, foi observado que os pacientes das faixas etárias de 45 a 59 anos e de 60 anos ou mais tiveram menor cobertura pelo SUS quando comparados àqueles da faixa etária mais jovem (16 a 29 anos). É importante salientar que a procura pelo SUS foi proporcionalmente semelhante entre todas as faixas etárias, demonstrando que a população mais jovem que procurou pelo sistema privado teve, posteriormente, acesso a algum serviço custeado pelo SUS. Com isso, pode-se constatar que houve dupla cobertura e alguma oferta complementar do sistema público para essa faixa de idade, não contemplando as faixas etárias mais avançadas.

Segundo Bós e Bós¹⁸, o sistema público de saúde no Brasil é tipicamente voltado às populações mais jovens, especialmente infantes e crianças e, com o crescimento da população idosa, é de se esperar que ela fique cada vez mais à margem do atendimento, caso não haja uma mudança que envolva de forma efetiva esse novo perfil demográfico e epidemiológico.

Silva et al.¹⁷ apontam que 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, representando uma cobertura duplicada para 25,9% da população”. 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 e muitos têm sua oferta racionada pelos planos de saúde)¹⁹. Nesse cenário, há um aumento dos gastos com

Tabela 3. Frequência de pessoas com indicativos de transtornos mentais comuns 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, de acordo com resultados de regressão múltipla de Poisson.

Variáveis	N total	Proporção que gastou mais de 100 reais com saúde*	RP**	IC95%***	Valor 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 do chefe de família³					
Outros	227	0,36			
União estável	321	0,57	1,47	1,14 – 1,88	< 0,01
Escolaridade do chefe de família³					
Nunca frequentou	49	0,23			
Fundamental Incompleto/ Completo	346	0,41	1,64	0,92 – 2,91	0,09
Ensino Médio/Técnico Incompleto/Completo	105	0,52	1,76	0,96 – 3,22	0,06
Superior Incompleto/ Completo	48	0,82	2,26	1,27 – 4,03	< 0,01
Total	580	–	–	–	–

*proporção considerando os pesos para amostra populacional; RP**: razão de prevalência; IC95%***: intervalo de confiança de 95%; ¹sem informações de 34 sujeitos; ²sem informações de 35 sujeitos; ³sem informações de 32 sujeitos.

demandas prevalentes da classe média, obrigando o SUS a limitar os gastos com procedimentos que poderiam ser destinados à redução da morbimortalidade dos mais necessitados¹⁹.

Como nos estudos de Louvison et al.²⁰ e Bós e Bós¹⁸, nesta pesquisa, voltada para a população com indicativos de TMC, a escolaridade e a renda se mostraram inversamente proporcionais 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, entre as pessoas que procuraram pelos serviços de saúde diante de morbidade, pode-se dizer que houve desigualdade na cobertura dos gastos pelo sistema público, que favoreceu os usuários com renda *per capita* mais baixa, porém é importante pontuar que essa questão não avaliou a rapidez no atendimento, a facilidade de acesso ou a qualidade do serviço prestado. Segundo Granja et al.²¹, “para colocar indivíduos desiguais de nascimento na mesmas condições de partida pode ser necessário favorecer os mais pobres e desfavorecer os mais ricos, numa distribuição desigual”.

Em relação ao gasto com saúde da família no último mês de pessoas com indicativos de TMC, observou-se que as famílias que apresentaram em sua composição pessoas com 60 anos de idade ou mais tiveram maior chance de gastar mais de 100 reais (prevalência = 59%; RP = 1,66). Constatou-se, anteriormente, que a cobertura/complementação dos gastos com saúde pelo SUS para pessoas idosas é menor do que para a faixa etária mais jovem (16 a 29 anos), embora a procura pelo serviço tenha apresentado proporções semelhantes, denotando uma desigualdade na cobertura que favorece os mais jovens. Como consequência, o gasto das famílias que têm em sua composição uma pessoa idosa é maior, o que se deve provavelmente a pagamentos de planos de saúde ou medicamentos¹⁹.

Sobre o gasto da família com saúde, também foi constatado que as famílias de maior renda e escolaridade são as que mais gastaram, bem como as pessoas de cor de pele branca e os chefes de família que possuem união estável. Segundo Silveira et al.²², uma das explicações para a ausência de gastos com saúde por famílias de baixo nível socioeconômico pode ser a existência do SUS. 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”²². Isso se deve à desigualdade na distribuição de renda. Assim, a forma de financiamento da saúde ainda é um fator que promove a iniquidade²³, pois o peso dos gastos na renda das famílias de melhor nível socioeconômico é muito pequeno, evidenciando um enorme potencial redistributivo e de impacto sobre a pobreza²².

É importante destacar que grande parte (46%) das pessoas com indicativos de TMC que relatou morbidade nos últimos 15 dias não procurou por serviço ou profissional da saúde. 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 procura²⁴. Neste estudo, é relevante considerar, em face das necessidades percebidas daqueles que relataram morbidade e não procuraram o serviço de saúde, que a alta taxa de não procura pode expressar, além de escolhas individuais, fatores relacionados às características do sistema e à oferta de serviços, bem como condições sociodemográficas que funcionam como barreiras de acesso.

CONCLUSÃO

O conceito de equidade em saúde reconhece as particularidades e vulnerabilidades de indivíduos ou grupos e compreende a ideia de que o papel de um sistema é minimizar as desigualdades no adoecer e morrer, fornecendo condições igualitárias para todos. Retomando o objetivo inicial deste trabalho, levando em consideração as limitações e os resultados encontrados, foi possível obter uma compreensão de como o sistema público está contribuindo para a redução das desigualdades em saúde advindas das desigualdades sociais.

Em 2008, foi observado na população com indicativos de TMC (que relatou morbidade nos últimos 15 dias) que aqueles que buscaram pelo serviço de saúde conseguiram acessar o sistema e obter cuidado, independentemente de ser público ou privado. Esse achado demonstra que, quando há busca pelo serviço de saúde, não se observam desigualdades no acesso em favor de pessoas com melhor nível socioeconômico, refletindo uma situação de equidade.

Outra situação de equidade observada se refere ao fato de que as pessoas com indicativos de TMC de renda *per capita* e escolaridade mais baixas foram as que mais procuraram pelo SUS e tiveram a maior cobertura, bem como menores gastos quando comparados aos das pessoas com melhor nível socioeconômico, revelando uma compensação na saúde para as 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, o impacto sobre a renda é maior quando comparado ao das classes sociais mais altas, segundo a literatura existente.

Neste estudo, uma considerável parcela de pessoas com indicativos de TMC que relatou morbidade não buscou pelo serviço de saúde. Devido às questões metodológicas, não foi possível especificar os motivos pelos quais elas não procuraram ajuda diante de morbidade, abrindo a possibilidade para que novas pesquisas complementem os resultados encontrados. No entanto, a literatura aponta que esse fato está geralmente ligado a iniquidades que antecedem a busca, ficando evidentes desigualdades desnecessárias e evitáveis na atenção à saúde.

A capacidade de acesso ainda é mais favorável aos indivíduos com melhores condições de vida, os quais não vivenciam as dificuldades que funcionam como barreiras de acesso aos mais pobres. Além disso, pessoas de classes mais altas possuem uma oferta variada de serviços no sistema privado, bem como a possibilidade de cobertura duplicada em determinados casos, conforme observado neste estudo para a população mais jovem.

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 sistema na mesma proporção que as outras faixas etárias, demonstrando que o SUS apresenta maior oferta de serviços para essa população. Com isso, há maior gasto com saúde para a população mais idosa, situação de iniquidade que revela um dado de extrema relevância frente à transição demográfica e epidemiológica atual. Vale lembrar que a população idosa tem maior risco de apresentar TMC, uma vez que precisa lidar com limitações crescentes, mudanças econômicas e de papéis sociais, entre outras.

Com todo o exposto, foi possível constatar na cidade de São Paulo, em 2008, que a cobertura/complementação dos gastos em saúde pelo SUS favoreceu os mais necessitados, contribuindo para uma maior igualdade no processo saúde-doença. Entretanto, sem desconsiderar sua importância, esse dado é apenas um “braço” do todo que compõe a equidade. Não podemos falar em um sistema de saúde verdadeiramente equânime se inúmeros fatores ainda contribuem para a manutenção das desigualdades sociais, as quais funcionam como determinantes de inúmeras doenças. É importante salientar os problemas: de distribuição dos serviços de saúde, que não contemplam toda a população, exemplificada aqui pela faixa etária mais idosa; de financiamento, que penalizam as classes sociais mais baixas; e de definição de papéis dos sistemas público e privado que, no modelo atual, privilegiam pessoas com melhor nível socioeconômico, com, por exemplo, a possibilidade de dupla porta de entrada ao sistema.

Trabalhos que mostram as lacunas e ineficiências do sistema de saúde são importantes, pois ajudam a monitorar o desempenho e a produzir intervenções para seu aprimoramento.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988. 292 p.
2. Souza R. Políticas e práticas de saúde e equidade. *Rev Esc Enferm USP*. 2007; 41(esp.): 765-70. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342007000500004>
3. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Copenhagen: World Health Organization; 2000.
4. Viana ALD, Fausto MCR, Lima LD. Política de saúde e equidade. *São Paulo Perspec*. 2003; 17(1): 58-68. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-88392003000100007>
5. Buss PM, Pellegrini Filho A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *Physis*. 2007; 17(1): 77-93. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>
6. Travassos C. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. *Cad Saúde Pública*. 1997; 13(2): 325-30. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1997000200024>
7. Campos GWS. Reflexões Temáticas sobre Equidade e Saúde: o caso do SUS. *Saúde Sociedade*. 2006; 15(2): 23-33. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902006000200004>
8. Silva ATC, Menezes PR. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. *Rev Saúde Pública*. 2008; 42(5):921-9.
9. Goldberg D, Huxley P. *Perturbações mentais comuns: um modelo bio-social*. Lisboa: Climepsi Editores; 1996.
10. 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
11. Viana MC, Andrade LH. Lifetime Prevalence, age and gender distribution and age-of-onset of psychiatric disorders in the São Paulo Metropolitan Area, Brazil: results from the São Paulo Megacity Mental Health Survey. *Rev Bras Psiquiatr* [Internet]. 2012 [citado em 29 set. 2017]; 34(3): 249-60. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462012000300004&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rbp.2012.03.001>
12. Moraes Júnior EC. Prevalência e fatores de risco para transtorno mental comum na população urbana da região metropolitana de São Paulo, Brasil [dissertação]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”; 2010.
13. 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.
14. 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 Saúde Pública*. 2010; 34(3): 544-60.
15. 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.

16. Scazufca M, Menezes PR, Vallada H, Araya R. Validity of the self reporting questionnaire-20 in epidemiological studies with older adults. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2009; 44(3): 247-54. <https://doi.org/10.1007/s00127-008-0425-y>
17. Silva ZP, Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003-2008. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16(9): 3807-16. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001000016>
18. Bós AMG, Bós AJG. Determinantes na escolha entre atendimento de saúde privada e pública por idosos. *Rev Saúde Pública*. 2004; 38(1): 113-20. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102004000100016>
19. Medici A. Propostas para melhorar a cobertura, a eficiência e a qualidade no setor saúde. In: Bacha EL, Schwartzman S (Eds.). *Brasil: a nova agenda social*. Rio de Janeiro: Instituto de Estudos de Política Econômica–Casa das Garças; 2011. p. 23-93.
20. 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. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008000400021>
21. Granja GF, Zoboli ELCP, Fortes PAC, Fraccolli LA. Equidade no sistema de saúde brasileiro: uma teoria fundamentada em dados. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2010; 34(1): 72-86. <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2010.v34.n1.a14>
22. Silveira FG, Osorio RG, Piola SF. Os gastos das famílias com saúde. In: Silveira FG, Servo LM, Menezes T, Piola SF (Eds.). *Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas*. Brasília: Ipea; 2006.
23. 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.
24. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002; 7(4): 687-707. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232002000400007>

Recebido em: 20/01/2017

Versão final apresentada em: 05/12/2017

Aprovado em: 05/02/2018

