Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família (Qualis) no Município de São Paulo

Health services utilization in areas covered by the family health program (Qualis) in Sao Paulo City, Brazil

Moisés Goldbaum^a, Reinaldo José Gianini^a, Hillegonda Maria Dutilh Novaes^a e Chester Luiz Galvão César^b

^aDepartamento de Medicina Preventiva. Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo (USP). São Paulo, SP, Brasil. ^bDepartamento de Epidemiologia. Faculdade Saúde Pública. USP. São Paulo, SP, Brasil

Descritores

Serviços de saúde, utilização. Saúde da família. Morbidade. Equidade. Coleta de dados. Prestação de cuidados de saúde. Cobertura de serviços de saúde. Pesquisa sobre serviços de saúde. Inquérito populacional.

Resumo

Objetivo

O Programa de Saúde da Família se constitui em estratégia de reorganização do sistema de atenção à saúde para o Sistema Único de Saúde. O objetivo do estudo foi verificar mudanças no perfil de utilização de serviços de saúde após implantação do Programa, identificando fatores associados às mudanças observadas.

Métodos

Foram analisados dados de utilização de serviços e procura por assistência em duas amostras definidas por conglomerados e representativas da população coberta (n=1.865) e não coberta pelo Programa de Saúde da Família (n=2.036) de dois distritos do Município de São Paulo. Os dados fazem parte de inquérito populacional realizado em 2001. Foi empregada a análise estatística própria para conglomerados.

Resultados

Na utilização de serviços, nas áreas cobertas pelo Programa de Saúde da Família, não foram observadas razões de prevalência significativamente diferentes segundo escolaridade e renda, e nas áreas não cobertas as razões de prevalência foram mais elevadas para maior escolaridade e renda. Na procura por assistência em pessoas com episódios de morbidade, nas áreas cobertas pelo Programa a razão de prevalência foi maior em pessoas com grau de limitação intenso, e nas áreas não cobertas a razão de prevalência foi mais elevada para maior escolaridade e menor para os inativos.

Conclusões

Nas áreas estudadas, na população coberta pelo Programa de Saúde da Família a renda e escolaridade não se constituem em fatores que diferenciam de forma significativa o perfil de utilização de serviços de saúde e de procura por assistência, indicando que o programa pode estar contribuindo para maior equidade nessas condições.

Keywords

Health services, utilization. Family health. Morbidity. Equity. Data collection. Delivery of health care. Health services coverage. Health services research. Population survey.

Abstract

Objective

The Family Health Program (FHP) is a strategy for reorganizing the healthcare attendance system within the Brazilian National Health System. The objective of the study was to assess whether there had been changes in the utilization profile of the

Correspondência para/ Correspondence to:

Moisés Goldbaum
Av. Dr. Arnaldo, 455 2º andar
01246-903 São Paulo, SP, Brasil
E-mail: mgoldbau@usp.br

Financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp - Processo n. 1998/15246-3), e pelo Projeto DST/Aids/MS (Processo n. 635/99).
Recebido em 28/5/2004. Aprovado em 30/7/2004.

healthcare services following implementation of the program, and to identify factors associated with any changes observed.

Methods

Data on service utilization and demand for attendance were analyzed by means of two cluster-based population samples, representing areas covered (n=1865) and not covered (n=2036) by the FHP, in two districts of the municipality of São Paulo. The data formed part of a population survey carried out in 2001. Statistical methods for cluster analysis were used.

Results

In the area covered by the FHP, no statistically different prevalence ratios (PR) according to schooling and income levels were observed for service utilization. In the area not covered by the FHP, service utilization was positively associated with greater schooling and income. Among individuals with illnesses, the demand for attendance in the area covered by the FHP was higher (higher PR) among those with severe physical limitations. In the area not covered, the PR was higher among those with greater schooling and lower among those who were inactive (unemployed or retired).

Conclusions

In the areas studied, for the population covered by the FHP, income and schooling levels did not constitute factors that significantly differentiated the utilization profile of the healthcare services and the demand for attendance. This indicates that the program may be contributing towards greater equity under these conditions.

INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família (PSF) se constitui em uma estratégia de reorganização do sistema de atenção à saúde para o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo descrito como ferramenta de promoção de equidade na oferta de serviços.⁵ Esse programa difundiu-se em âmbito nacional a partir de 1996, constituindo-se em modalidade de atenção primária implantada, prioritariamente, para as populações com risco aumentado, tanto do ponto de vista biológico quanto socioeconômico. A proposta do PSF caracteriza-se por ter a família como sua unidade nuclear de atuação, buscar uma integração com a comunidade na qual se insere, fazer a busca ativa de casos com intervenção oportuna e precoce, e dar ênfase à prevenção e à educação em saúde. Propugna por extensão de cobertura e facilitação do acesso, continuidade das ações de saúde, trabalho de equipe multiprofissional e elevada resolatividade.⁸ O PSF no Município de São Paulo teve seu início com o Programa Qualis em Itaquera, em 1996, e Parque São Lucas, Sapopemba e Vila Nova Cachoeirinha, em 1997, se diferenciando do programa nacional na sua forma de gestão, no estabelecimento de convênios com organizações sociais, e na incorporação de outros recursos assistenciais de apoio às equipes de saúde da família, tais como saúde bucal, saúde mental e ambulatórios de especialidades.¹⁰

Verificar qual a possibilidade do Programa de produzir impacto, em uma grande metrópole como é o caso de São Paulo, medido através de mudanças no

perfil de utilização de serviços de saúde nas populações por ele cobertas, e analisar se essas mudanças convergem para os seus objetivos, apresentam-se como necessidades prioritárias. Em primeiro lugar, porque é necessário levar-se em consideração que as populações da periferia de São Paulo podem apresentar heterogeneidade na disponibilidade de outros recursos para cuidados à saúde.¹¹ Nesse município é elevado o grau de desenvolvimento da assistência à saúde, com grande complexidade da rede de serviços presente, não sendo, portanto, o PSF, a única alternativa na cesta de opções de serviços de saúde dessas populações. Em segundo lugar, porque é necessário distinguir seu impacto da tendência à ampliação da utilização de serviços, descrita para o período 1989-1997,¹² efeito decorrente da implantação do SUS, em um período em que as ações seguiam o modelo tradicional e o PSF era incipiente, período esse no qual foi possível observar pequena redução da iniquidade.

Diversos aspectos devem ser considerados quando da análise de determinado perfil de utilização de serviços de saúde. O tipo de serviço procurado, escolhido dentro de uma gama que inclui unidades básicas de saúde, prontos atendimentos, prontos-socorros, ambulatórios ou clínicas especializadas, e hospitais, públicos ou privados, depende da proximidade e do acesso que oferecem, além dos valores sociais e culturais associados ao consumo. O motivo e a frequência da utilização, a busca oportuna ou tardia, os procedimentos preventivos, assistenciais, laboratoriais ou terapêuticos envolvidos, também são aspectos importantes a serem analisados.¹⁴ A

dinâmica que se estabelece entre clientela e serviço, ou entre demanda e oferta, é realimentada pelo grau de resolutividade dos serviços de saúde e pelo grau de satisfação dos usuários.

A literatura relaciona a intensidade e o modo de utilização de serviços com o nível de qualidade de vida, com o nível de conhecimento dos indivíduos sobre a saúde e sobre a rede de serviços. Sua capacidade de auto-avaliar seu estado de saúde, assim como suas expectativas e necessidades de atenção, suas práticas de auto-cuidados, a existência de redes alternativas e o relativo grau de autonomia que possuem também colaboram nesta determinação.⁴ Destacam-se entre os fatores associados à utilização de serviços de saúde, o sexo, a idade, as condições socioeconômicas e a morbidade. No geral, os serviços de saúde são mais utilizados pelas mulheres, por crianças e idosos, pelos mais ricos e mais escolarizados, por detentores de planos de saúde, e por aqueles que apresentam morbidade.⁹

Considerando que equidade em saúde, de acordo com Braveman,¹ é a minimização de disparidades existentes entre grupos que apresentam diferentes graus de privilégio social e implica que a necessidade deve ser considerada na atenção à saúde, parte desta desigualdade na utilização de serviços de saúde pode estar representando iniquidade, especialmente aquela associada às condições socioeconômicas e que não correspondem a desigualdade na necessidade de atenção à saúde.¹³ Culyier³ faz distinção entre duas formas de equidade: horizontal, que significa atenção igual para necessidades iguais; e vertical, que significa atenção desigual para necessidades diferentes.

A partir da comparação de duas amostras, uma representativa da população coberta e a outra representativa da população não coberta pelo PSF, o presente estudo tem por objetivo analisar diferenças no grau de utilização de serviços (preventivos ou curativos), e na procura por assistência entre aqueles que referiram algum episódio de doença, assim como analisar a distribuição da utilização de serviços e da procura por assistência segundo alguns indicadores de condições socioeconômicas, sexo, idade e morbidade (ou respectiva limitação de atividades). Para isso optou-se por inquérito de saúde populacional, por ser uma das melhores maneiras de realizar diagnósticos de saúde, tendo a capacidade de revelar um quadro mais completo do que aquele construído a partir dos registros de serviços e instituições.²

MÉTODOS

Este estudo faz parte de um projeto maior, intitulado “Estudo de Morbidade e de Utilização de Serviços de Saúde na População Coberta pelo Projeto Qualis”,* componente do projeto multicêntrico “Novos modelos de assistência à saúde: Avaliação do Programa de Saúde (PSF) no Município de São Paulo” desenvolvido no período 1998-2002.**

Esse projeto de pesquisa foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

O estudo é transversal, cuja coleta de dados foi conduzida no período de janeiro a março de 2001, em dois distritos atendidos pelo projeto Qualis – Vila Nova Cachoeirinha e Vila Curuçá – abrangendo, no total, aproximadamente 190.697 habitantes.

A amostragem foi feita por conglomerados. A população analisada refere-se aos residentes nos Distritos de Vila Curuçá e de Vila Nova Cachoeirinha, divididos em quatro estratos:

- a) 33.949 residentes no Distrito de Vila Nova Cachoeirinha, dentro da área de abrangência do Projeto Qualis, unidades de Vila Galvão e Ilza Hutzler;
- b) 76.638 residentes no Distrito de Cachoeirinha, fora da área de abrangência do Projeto Qualis;
- c) 27.589 residentes no Distrito de Vila Curuçá, dentro da área de abrangência do Projeto Qualis, unidades de Silva Teles e Santa Rita;
- d) 52.521 residentes no Distrito de Vila Curuçá, fora da área de abrangência do Projeto Qualis.

Para cada estrato foram adotadas como unidades primárias e secundárias de amostragem, respectivamente, o setor censitário e o domicílio. Todos os moradores dos domicílios sorteados foram incluídos na amostra e entrevistados. Para os estratos *b* e *d* foram sorteados 30 setores censitários, com probabilidade proporcional ao tamanho do distrito e dentro deles foram sorteados 10 domicílios. Para os estratos *a* e *c*, as áreas foram divididas em micro-áreas, que corresponderam aos espaços geográficos cobertos por um único agente comunitário de saúde. Para cada micro-área (de um total de 30) foram sorteados 10 domicílios. Esse procedimento permitiu identificar em cada estrato 300 famílias.

Foram analisadas as variáveis sexo, idade, renda, escolaridade, situação de trabalho, cobertura previ-

*Coordenado pelo Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

**Jatene AD, Malik AM, Goldbaum M, Novaes HMD, Silva JA, Giffoni RM. Novos modelos de assistência à saúde: avaliação do Programa de Saúde da Família/Qualis, no Município de São Paulo. São Paulo; 2002. Relatório técnico-científico apresentado à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo.

denciária, a utilização de serviços de saúde nos 15 dias anteriores à entrevista, a procura de assistência entre aqueles que referiram episódio de doença nos 15 dias anteriores à entrevista e as limitações de atividade decorrentes desse episódio (apenas o primeiro episódio referido foi analisado).

Para a análise estatística, as variáveis foram agrupadas em categorias descritas nas Tabelas. Atribuiu-se a escolaridade da mãe, ou do responsável, aos menores de 15 anos de idade. A classificação de renda foi baseada no salário-mínimo vigente na época (R\$151,00). Quanto à situação de trabalho e à cobertura previdenciária, a classificação foi baseada na informação referente ao chefe de família.

Os dados dos questionários foram registrados no Epi-6 e transferidos para o Stata 7, para a análise estatística própria para conglomerados.

Pela estimativa de proporções, própria para con-

glomerados, e do teste do qui-quadrado de Pearson, corrigido pela aproximação de Satterwaite e transformado em distribuição F, como recomendado no programa Stata 7, procurou-se analisar as diferenças na distribuição das variáveis “fator”, ou seja, variáveis sociodemográficas e morbidade referida nas duas amostras. Empregou-se esse mesmo método na análise univariada da distribuição das variáveis “desfecho”: utilização de serviços ou procura por assistência, segundo as variáveis sociodemográficas e morbidade referida, em cada amostra. A análise multivariada das variáveis “desfecho”, em cada amostra, ajustadas pelas variáveis sociodemográficas e por morbidade referida, foi realizada pela Regressão de Poisson para conglomerados,⁶ estimando-se a razão de prevalência, o Intervalo de 95% de Confiança e o nível de significância das associações. Na análise multivariada, selecionou-se a amostra em questão (área coberta, ou área não coberta, pelo PSF), e colocou-se no modelo a variável desfecho em estudo e as potenciais variáveis de confusão (sexo,

Tabela 1 - Distribuição das variáveis sociodemográficas e da morbidade referida segundo a cobertura Programa de Saúde da Família (Qualis). Vila Nova Cachoeirinha e Vila Curuçá, São Paulo, 2001.

Fator	Área total N**	Área coberta pelo PSF N (%)*	IC 95%	Área não coberta pelo PSF N (%)*	IC 95%	p
Sexo						0,64
Masculino	1.852	879 (47,4)	45,4-49,3	973 (48,0)	46,0-50,0	
Feminino	2.047	986 (52,6)	50,7-54,6	1.061 (52,0)	50,0-54,0	
Idade (anos)						0,03
<10	717	341 (17,9)	16,2-19,8	376 (17,4)	15,4-19,6	
10-19	793	359 (18,8)	17,0-20,9	434 (19,6)	17,1-22,2	
20-29	685	302 (16,4)	14,6-18,5	383 (19,5)	17,1-22,2	
30-39	589	293 (15,5)	13,8-17,2	296 (15,2)	12,8-17,8	
40-49	482	225 (12,4)	10,8-14,2	257 (13,4)	11,0-16,2	
50-59	312	157 (8,6)	7,2-10,2	155 (8,5)	6,9-10,4	
60 ou mais	309	186 (10,4)	8,9-12,2	123 (6,4)	4,9-8,3	
Morbidade referida						0,69
Não	3.330	1.558 (83,3)	80,2-86,0	1.772 (85,6)	82,4-88,3	
Sim, sem limitação	245	127 (6,8)	5,1-8,9	118 (6,0)	4,5-7,9	
Sim, limitação leve	76	40 (2,2)	1,5-3,3	36 (2,0)	1,3-3,0	
Sim, limitação moderada	107	60 (3,2)	2,5-4,2	47 (2,8)	2,0-3,8	
Sim, limitação intensa	143	80 (4,4)	3,3-5,8	63 (3,7)	2,7-5,0	
Escolaridade						0,05
Nenhuma	172	92 (4,9)	3,6-6,6	80 (3,9)	2,8-5,4	
1ª a 4ª séries (1º grau)	1.131	545 (29,6)	26,5-32,9	586 (25,4)	21,4-29,8	
5ª a 8ª séries (1º grau)	1.272	613 (32,7)	29,7-35,8	659 (32,9)	28,2-38,0	
1ª a 3ª séries (2º grau)	1.037	509 (27,8)	24,4-31,4	528 (28,6)	25,5-31,9	
Superior	226	86 (5,1)	3,7-7,0	140 (9,2)	7,0-11,9	
Renda familiar <i>per capita</i> (salário-mínimo)						0,07
<0,5	552	215 (11,6)	7,9-16,7	337 (14,0)	9,8-19,5	
0,5-0,99	781	413 (22,6)	18,5-27,3	368 (17,0)	13,1-21,9	
1-1,99	1.108	541 (29,8)	25,2-34,8	567 (28,1)	23,0-33,8	
2-4,99	1.004	537 (31,2)	26,2-36,7	467 (30,0)	24,0-36,8	
5 ou mais	240	85 (4,8)	3,2-7,2	155 (10,9)	7,5-15,5	
Situação de trabalho						0,07
Empregado	1.686	764 (42,0)	36,9-47,2	922 (50,6)	44,1-57,1	
Desempregado	316	137 (7,3)	5,2-10,3	179 (7,9)	5,4-11,6	
Informal/autônomo	988	468 (25,0)	20,4-30,4	520 (23,6)	18,7-29,5	
Inativos	845	461 (25,7)	21,4-30,5	384 (17,8)	13,8-22,8	
Cobertura previdenciária						0,30
Não	1.339	673 (36,4)	3,1-42,6	666 (31,0)	24,8-37,9	
INSS	2.034	905 (49,7)	4,4-55,6	1.129 (56,2)	49,9-62,3	
Privada	240	120 (6,9)	4,6-10,4	120 (8,3)	5,8-13,2	
Servidor público	197	114 (6,9)	4,3-10,9	83 (4,5)	2,5-7,8	
Total	3.901	1.865 (100,0)		2.036 (100,0)		

*As proporções calculadas levam em conta os diferentes pesos dos indivíduos nos diferentes conglomerados

**Número de indivíduos com dados ignorados para: sexo =2; idade =14; escolaridade =63; renda =216; situação de trabalho =66; cobertura previdenciária =91

PSF: Programa Saúde da Família

Tabela 2 - Utilização de serviços de saúde nos 15 dias anteriores à entrevista segundo fatores investigados no Programa de Saúde da Família (Qualis). Vila Nova Cachoeirinha e Vila Curuçá, São Paulo, 2001.

Fator	Área coberta pelo PSF			p	Área não coberta pelo PSF			p
	Total N	Utilizou serviços N (%)*	IC 95%		Total N	Utilizou serviços N (%)*	IC 95%	
Sexo				<0,001				0,01
Feminino	986	162 (16,4)	13,9-19,2		1.061	167(17,1)	14,7-19,9	
Masculino	879	94 (10,2)	8,1-12,9		973	103(13,1)	10,7-15,9	
Idade (anos)				<0,001				<0,001
<10	341	47(13,3)	9,5-18,3		376	63(19,2)	14,6-24,8	
10-19	359	16 (4,6)	2,7- 7,6		434	42(11,0)	8,1-14,6	
20-29	302	41(13,4)	9,4-18,6		383	29 (8,1)	5,2-12,2	
30-39	293	36(12,2)	8,9-16,4		296	34(17,2)	11,6-24,7	
40-49	225	46(20,0)	15,0-26,1		257	37(16,3)	12,0-21,7	
50-59	157	25(15,5)	10,2-22,8		155	37(23,5)	15,8-33,6	
60 ou mais	186	45(22,9)	17,1-30,0		123	28(22,3)	14,6-32,5	
Morbidade referida				<0,001				<0,001
Não	1.558	85(5,3)	4,1- 6,8		1.772	92 (6,5)	5,0- 8,3	
Sim, sem limitação	127	67(51,8)	41,5-61,9		118	78(67,5)	56,5-76,9	
Sim, limitação leve	40	21(47,2)	31,2-63,9		36	23(55,0)	40,6-68,7	
Sim, limitação moderada	60	29(47,6)	34,7-60,7		47	35(74,0)	50,4-88,9	
Sim, limitação intensa	80	54(67,0)	54,3-77,5		63	42(66,6)	49,0-81,0	
Escolaridade				0,32				0,26
Nenhuma	92	19(20,9)	13,0-31,8		80	8 (9,3)	4,2-19,3	
1ª a 4ª séries (1º grau)	545	81(14,2)	10,9-18,3		586	85(15,4)	12,0-19,6	
5ª a 8ª séries (1º grau)	613	76(12,1)	9,3-15,7		659	75(13,6)	11,0-16,7	
1ª a 3ª séries (2ª grau)	509	68(13,4)	10,5-17,0		528	77(17,5)	13,9-21,7	
Superior	86	10(12,0)	6,7-20,8		140	24(18,1)	12,2-26,0	
Renda familiar <i>per capita</i> (salários-mínimos)				0,93				0,09
<0,5	215	30(13,2)	8,0-21,0		337	25(10,0)	6,5-15,1	
0,5-0,99	413	56(13,4)	9,8-18,0		368	47(12,5)	7,6-19,8	
1-1,99	541	81(14,8)	11,6-18,7		567	74(14,8)	11,3-19,2	
2-4,99	537	75(13,7)	10,8-17,3		467	80(19,0)	15,5-23,2	
5 ou mais	85	10(11,4)	6,7-18,8		155	30(19,2)	13,0-27,6	
Situação de trabalho				0,04				0,25
Empregado	764	91(11,8)	9,5-14,7		922	124(16,6)	14,0-19,5	
Desempregado	137	17(12,3)	7,5-19,4		179	16 (9,9)	5,8-16,2	
Informal/autônomo	468	59(12,2)	8,3-17,7		520	73(14,4)	11,3-18,2	
Inativos	461	88(18,4)	14,8-22,7		384	55(15,4)	13,4-21,2	
Cobertura previdenciária				0,44				0,81
Não	673	86(11,9)	8,8-15,8		666	90(14,7)	11,5-18,5	
INSS	905	139(15,3)	12,7-18,3		1.129	150(15,7)	12,7-19,3	
Privada	120	12(11,6)	6,9-18,9		120	13(14,0)	9,3-20,7	
Servidor público	114	18(15,4)	9,2-24,8		83	15(18,6)	11,9-28,0	
Total	1.865	256(13,5)	11,6-15,7		2.036	270(15,2)	13,3-17,3	0,25

*As proporções calculadas levam em conta os diferentes pesos dos indivíduos nos diferentes conglomerados

idade, morbidade referida e indicadores de condições socioeconômicas que apresentaram $p < 0,20$ na análise univariada).

RESULTADOS

A Tabela 1 descreve a distribuição, nas duas amostras, das variáveis investigadas. Verifica-se que não há diferenças significantes entre as amostras segundo sexo ($p=0,64$), morbidade/limitação de atividades ($p=0,69$), e cobertura previdenciária ($p=0,30$). Não houve diferença significativa entre as amostras segundo escolaridade ($p=0,05$), renda ($p=0,07$) e situação de trabalho ($p=0,07$). Mas observa-se que a área coberta pelo PSF apresenta menor proporção de indivíduos com escolaridade superior (5,1%), de indivíduos com renda familiar *per capita* superior a cinco salários-mínimos (4,8%), e de empregados (42,0%), e maior proporção de inativos (25,7%), sendo estas proporções na área não coberta pelo PSF de 9,2%, 10,9%, 50,6% e 17,8%, respectivamente. Há

diferença significativa, porém, na distribuição etária ($p=0,03$), tendo a área coberta pelo PSF maior proporção de idosos (10,4%) que a área não coberta (6,4%). Pode-se verificar também que a perda de informação foi muito baixa, sendo maior para renda (216/3901=5,54%).

Na Tabela 2 observa-se na área coberta pelo PSF que a distribuição da utilização de serviços apresenta diferenças significantes segundo o sexo (feminino =16,4% e masculino =10,2%, $p < 0,001$), idade (por exemplo, 10-19 anos =4,6% e >60 anos =22,9%, para todas as categorias $p < 0,001$), morbidade ($p < 0,001$), e situação de trabalho (por exemplo, empregados =11,8% e inativos =18,4%, para todas as categorias $p=0,04$). Nessa área não se observam diferenças significantes segundo escolaridade ($p=0,32$), renda ($p=0,93$), e cobertura previdenciária ($p=0,44$). Na área não coberta pelo PSF, a utilização de serviços também apresenta diferenças significantes segundo sexo (feminino =17,1% e masculino =13,1%, $p=0,01$), idade (por exemplo, 20-29

Tabela 3 - Procura por assistência nos 15 dias anteriores à entrevista, entre aqueles que referiram episódios de doença, segundo fatores investigados no Programa de Saúde da Família (Qualis). Vila Nova Cachoeirinha e Vila Curuçá, São Paulo, 2001.

Fator	Área coberta pelo PSF			p	Área não coberta pelo PSF			p
	Referiu morbidade N	Procurou assistência N (%)*	IC 95%		Referiu morbidade N	Procurou assistência N (%)*	IC 95%	
Sexo				0,12				0,13
Feminino	184	113(60,2)	52,9-67,1		158	114(73,3)	63,3-81,5	
Masculino	123	66(51,6)	41,2-61,9		106	68(56,8)	53,0-74,3	
Idade (anos)				0,42				0,10
<10	47	33(69,6)	51,5-83,1		53	46(88,8)	78,6-94,5	
10-19	37	17(45,2)	27,3-64,4		42	28(67,5)	52,6-79,5	
20-29	42	26(60,4)	45,2-73,8		35	21(52,8)	29,5-75,0	
30-39	50	26(51,6)	39,3-63,8		34	24(73,8)	57,6-85,4	
40-49	46	29(60,1)	45,3-73,4		34	22(70,2)	49,5-85,0	
50-59	37	20(52,6)	35,6-69,0		34	23(63,7)	43,5-80,0	
60 ou mais	48	28(55,7)	40,9-69,6		31	18(65,6)	43,5-82,5	
Grau de limitação				0,04				0,76
Sem limitação	127	68(51,96)	41,6-62,1		118	77(66,5)	54,4-76,8	
Leve	40	22(49,75)	33,8-65,7		36	26(65,1)	46,5-80,0	
Moderada	60	30(50,08)	36,8-63,3		47	35(74,0)	50,4-88,9	
Intensa	80	59(72,76)	57,5-84,0		63	44(72,8)	56,4-84,9	
Escolaridade				0,19				0,02
Nenhuma	17	12(71,6)	45,4-88,5		14	5(41,9)	17,8-70,6	
1ª a 4ª séries (1º grau)	104	56(52,1)	40,8-63,2		98	64(59,6)	48,4-69,8	
5ª a 8ª séries (1º grau)	99	52(50,1)	39,6-60,6		64	46(74,1)	59,1-85,0	
1ª a 3ª séries (2º grau)	73	51(69,3)	55,0-80,7		71	52(76,3)	65,2-84,8	
Superior	11	6(52,9)	18,6-84,8		16	14(85,2)	56,7-96,2	
Renda familiar <i>per capita</i> (salários-mínimos)				0,79				0,97
<0,5	33	19(56,1)	34,5-75,7		22	15(68,8)	47,4-84,4	
0,5-0,99	63	37(56,7)	42,8-69,6		47	32(69,6)	47,1-85,5	
1-1,99	82	53(64,1)	52,9-74,0		80	56(67,1)	50,8-80,0	
2-4,99	106	61(54,4)	42,8-65,7		73	49(71,4)	59,9-80,7	
5 ou mais	11	6 (57,7)	29,9-81,4		27	20(71,6)	55,1-83,9	
Situação de trabalho				0,65				0,03
Empregado	120	70(56,3)	45,2-66,8		121	89(73,9)	63,2-82,8	
Desempregado	24	12(49,0)	26,2-72,3		14	9(67,3)	39,0-86,8	
Informal/autônomo	67	36(52,8)	35,8-69,3		64	49(77,6)	64,4-86,9	
Inativos	92	60(63,2)	51,6-73,5		62	33(53,0)	35,7-69,6	
Cobertura previdenciária				0,48				0,61
Não	113	60(51,3)	39,4-63,0		87	64(73,7)	62,4-82,5	
INSS	154	97(61,0)	51,9-69,4		145	95(66,0)	54,1-76,3	
Privada	10	7(70,8)	34,6-91,8		10	8(83,8)	41,9-97,4	
Servidor público	23	14(58,4)	35,2-78,4		19	13(70,5)	39,1-89,9	
Total	307	179(56,8)	49,9-63,5		264	182(69,4)	60,9-76,8	0,02

*As proporções calculadas levam em conta os diferentes pesos dos indivíduos nos diferentes conglomerados

anos =8,1% e 50-59 anos =23,5%, para todas categorias $p<0,001$, e morbidade ($p<0,001$), não se observando, entretanto, diferenças significantes para situação de trabalho ($p=0,25$), nem para escolaridade ($p=0,26$), renda ($p=0,09$) e cobertura previdenciária ($p=0,81$). Comparando-se o total das áreas, a utilização de serviços não é significativamente diferente (15,2% na área não coberta e 13,5% na área coberta, $p=0,25$).

Na Tabela 3 verifica-se que a procura por assistência na área coberta pelo PSF apresenta diferenças significantes segundo o grau de limitação de atividades decorrente de morbidade (por exemplo, 49,75% para limitação leve e 72,76% para limitação intensa, para todas as categorias $p=0,04$). Nessa área não há diferenças significantes na distribuição da procura por assistência segundo sexo ($p=0,12$), idade ($p=0,42$), escolaridade ($p=0,19$), renda ($p=0,79$), situação de trabalho ($p=0,65$) e cobertura previdenciária ($p=0,48$). Na área não coberta pelo PSF verificam-se diferenças significantes na distribuição da procura por assistência segundo escolaridade (por exemplo, categoria nenhuma =41,9% e supe-

rior =85,2%, para todas as categorias $p=0,02$), e situação de trabalho (por exemplo, inativos =53,0% e informal/autônomo =77,6%, para todas as categorias $p=0,03$), enquanto não se verifica diferenças significantes segundo sexo ($p=0,13$), idade ($p=0,10$), grau de limitação ($p=0,76$), renda ($p=0,97$) e cobertura previdenciária ($p=0,61$). Comparando-se o total das áreas, a procura por assistência é significativamente diferente (56,8% na área coberta e 69,4% na área não coberta, $p=0,02$).

Nas Tabelas 4 e 5 estão descritos os resultados da análise multivariada, a associação entre as variáveis desfecho e cada fator investigado ajustada por potenciais variáveis de confusão, dentro de cada área estudada.

Na Tabela 4 nota-se, com relação à utilização de serviços, que na área coberta pelo PSF há razões de prevalência significativamente menores para o sexo masculino (RP=0,77) e para as idades de 10 a 19 anos (RP=0,36), e razões de prevalência significativamente maiores para aqueles que apresentaram morbidade com algum grau de limitação. Não se observam razões de prevalência

significativamente diferentes segundo escolaridade, renda, situação de trabalho e cobertura previdenciária. Na área não coberta pelo PSF, também há razão de prevalência menor para o sexo masculino (RP=0,80) e maior para morbidade com algum grau de limitação. Nota-se, entretanto, que segundo idade há razões de prevalência menores para as categorias de 10-19 anos (RP=0,58) e 20-29 anos (RP=0,44), segundo escolaridade há razões de prevalência maiores para categorias quinta a oitava séries do primeiro grau (RP=2,31), primeira a terceira séries do segundo grau (RP=2,53) e superior (RP=2,99), com tendência linear significativa ($p<0,001$); segundo renda há razões de prevalência maiores para as categorias 2-4,99 SM (RP=1,52) e >5 SM (RP=1,61), também com tendência linear significativa ($p=0,036$).

Na Tabela 5, referente à procura por assistência entre aqueles que referiram episódios de doença, observa-se na área coberta pelo PSF razão de prevalência significativamente menor para as idades de 10-19 anos (RP=0,64), e maior para grau de limitação intenso

(RP=1,38), não se observando razões de prevalência significativamente diferentes segundo sexo, escolaridade, renda, situação de trabalho e cobertura previdenciária. Na área não coberta pelo PSF, observam-se razões de prevalência significativamente menores para as idades de 10-19 anos (RP=0,71), 20-29 anos (RP=0,55), 30-39 anos (RP=0,77) e 40-49 anos (RP=0,75), e também para os inativos (RP=0,69), e maiores para as categorias de escolaridade de quinta a oitava séries do primeiro grau, (RP=1,90), primeira a terceira séries do segundo grau (RP=2,01) e superior (RP=2,38), essas últimas, inclusive, com tendência linear significativa ($p=0,001$).

DISCUSSÃO

O presente estudo, frente aos diversos recortes possíveis na análise da questão do acesso e utilização de serviços de saúde, priorizou a análise de dois aspectos fundamentais, a utilização de serviços e a procura por assistência entre aqueles que referiram episódio

Tabela 4 - Distribuição da utilização de serviços de saúde nos 15 dias anteriores à entrevista, segundo fatores investigados e cobertura Programa de Saúde da Família (Qualis). Vila Nova Cachoeirinha e Vila Curuçá, São Paulo, 2001.*

Fator	Utilização de serviços	
	Área coberta pelo PSF RP (IC 95%)	Área não coberta pelo PSF RP (IC 95%)
Sexo		
Feminino	1,00	1,00
Masculino	0,77(0,62-0,95)	0,80(0,64-0,99)
Idade (anos)		
<10	1,00	1,00
10-19	0,36(0,22-0,61)	0,58(0,44-0,77)
20-29	0,93(0,68-1,28)	0,44(0,30-0,64)
30-39	0,77(0,57-1,04)	0,79(0,53-1,17)
40-49	1,12(0,80-1,58)	0,79(0,53-1,17)
50-59	0,73(0,50-1,08)	0,79(0,57-1,09)
60 ou mais	0,99(0,67-1,45)	0,94(0,63-1,40)
Morbidade		
Não	1,00	1,00
Sim, sem limitação	9,16(6,85-12,24)	10,17(7,60-13,62)
Sim, com limitação leve	8,54(5,87-12,43)	7,28(4,92-10,77)
Sim, com limitação moderada	8,16(5,65-11,78)	10,99(7,93-15,22)
Sim, com limitação intensa	10,52(7,80-14,18)	9,79(6,78-14,13)
Escolaridade		
Nenhuma	1,00	1,00
1ª a 4ª séries (1º grau)	0,74(0,47-1,15)	1,55(0,95-2,52)
5ª a 8ª séries (1º grau)	0,78(0,49-1,26)	2,31(1,27-4,20)
1ª a 3ª séries (2ª grau)	0,92(0,59-1,45)	2,53(1,49-4,31)
Superior	0,83(0,45-1,53)	2,99(1,50-5,96)
Renda familiar <i>per capita</i> (salário-mínimos)		
<0,5	1,00	1,00
0,5-0,99	1,04(0,68-1,60)	1,29(0,87-1,90)
1-1,99	1,07(0,73-1,58)	1,18(0,81-1,72)
2-4,99	0,85(0,54-1,35)	1,52(1,02-2,24)
5 ou +	0,92(0,50-1,69)	1,61(1,05-2,45)
Situação de trabalho		
Empregado	1,00	1,00
Desempregado	1,03(0,64-1,67)	0,73(0,46-1,16)
Informal/autônomo	1,09(0,75-1,58)	1,02(0,78-1,33)
Inativos	1,23(0,95-1,58)	0,79(0,60-1,05)
Cobertura previdenciária		
Não	1,00	1,00
INSS	1,15(0,86-1,54)	1,07(0,86-1,35)
Privada	1,28(0,75-2,17)	1,32(0,76-2,30)
Servidor público	1,09(0,70-1,69)	0,92(0,61-1,39)

*Na área coberta pelo PSF dados de sexo, idade, morbidade e situação de trabalho ajustados entre si, e dados de cobertura previdenciária, renda e escolaridade, cada um separadamente, ajustados por sexo, idade e morbidade. Na área não coberta pelo PSF dados de sexo, idade, morbidade e renda ajustados entre si, e dados de situação de trabalho, cobertura previdenciária e escolaridade, cada um separadamente, ajustados por sexo, idade e morbidade

de doença, ambas as informações referentes aos 15 dias anteriores à entrevista. Para a utilização de serviços foi considerado qualquer motivo ou tipo de serviço prestado, preventivos ou curativos, o que traduziria de um modo mais amplo a relação usuário-prestador. Já a procura por assistência, entre os que referiram episódio de doença, evidencia a conformação dessa relação quando ocorre uma situação específica, com o estabelecimento de uma determinada necessidade, gerando a procura pela atenção à saúde, em que existem expectativas mais intensas e específicas que precisam ser atendidas.

No modelo de atenção implantado pelo PSF, a organização da assistência e os tipos de profissionais apresentam diferenças, em comparação com a atenção básica “tradicional”, que podem modificar os padrões de utilização ou procura de serviços de saúde. A atuação do agente comunitário de saúde, em particular, ao se constituir no elo entre o domicílio e

o serviço de saúde pode contribuir para uma menor procura dos serviços, sem que isso signifique necessariamente diminuição no acesso ou desassistência, pois as necessidades podem estar sendo atendidas por seu intermédio, sem que seja preciso ir até a unidade de saúde.¹⁰

O fato das amostras, referentes à área coberta e à área não coberta pelo PSF, serem muito semelhantes no que diz respeito às variáveis sociodemográficas, tendo como única exceção a distribuição etária, apresenta significados muito importantes. A escolha das áreas das Vilas Curuçá e Nova Cachoeirinha para a implementação original do PSF deu-se sem um significativo viés sociodemográfico. As áreas estudadas refletem as características gerais dos distritos nos quais se inserem, pertencendo a regiões com índices de IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) que ocupam os 18º e 19º lugar entre as 31 subprefeituras do município.⁷ A metodologia de amostragem para o presente estudo

Tabela 5 - Distribuição da procura por assistência, entre aqueles que apresentaram episódios de doença nos 15 dias anteriores à entrevista, segundo fatores investigados e cobertura no Programa de Saúde da Família (Qualis). Vila Nova Cachoeirinha e Vila Curuçá, São Paulo, 2001.*

Fator	Procura por assistência	
	Área coberta pelo PSF RP (IC 95%)	Área não coberta pelo PSF RP (IC 95%)
Sexo		
Feminino	1,00	1,00
Masculino	0,92(0,73-1,14)	0,82(0,66-1,02)
Idade (anos)		
<10	1,00	1,00
10-19	0,64(0,41-0,98)	0,71(0,55-0,92)
20-29	0,79(0,59-1,07)	0,55(0,35-0,87)
30-39	0,70(0,52-0,95)	0,77(0,63-0,96)
40-49	0,79(0,56-1,10)	0,75(0,60-0,95)
50-59	0,67(0,45-1,02)	0,82(0,64-1,07)
60 ou mais	0,73(0,48-1,12)	1,03(0,78-1,36)
Grau de limitação		
Sem limitação	1,00	1,00
Leve	0,96(0,66-1,40)	0,88(0,67-1,15)
Moderado	0,93(0,66-1,32)	1,13(0,85-1,50)
Intenso	1,38(1,09-1,74)	1,08(0,86-1,37)
Escolaridade		
Nenhuma	1,00	1,00
1ª a 4ª séries (1º grau)	0,72(0,49-1,06)	1,43(0,76-2,68)
5ª a 8ª séries (1º grau)	0,72(0,49-1,07)	1,90(1,06-3,40)
1ª a 3ª séries (2ª grau)	0,98(0,67-1,43)	2,01(1,06-3,81)
Superior	0,80(0,38-1,67)	2,38(1,22-4,65)
Renda familiar <i>per capita</i> (SM)		
<0,5	1,00	1,00
0,5-0,99	1,05(0,68-1,64)	1,04(0,72-1,50)
1-1,99	1,18(0,78-1,81)	1,09(0,73-1,62)
2-4,99	1,07(0,67-1,72)	1,17(0,85-1,60)
5 ou +	1,10(0,63-1,94)	1,16(0,81-1,65)
Situação de trabalho		
Empregado	1,00	1,00
Desempregado	0,89(0,53-1,47)	0,88(0,59-1,33)
Informal/autônomo	0,91(0,64-1,28)	1,03(0,86-1,25)
Inativos	1,11(0,86-1,42)	0,69(0,50-0,97)
Cobertura previdenciária		
Não	1,00	1,00
INSS	1,19(0,92-1,53)	0,93(0,76-1,12)
Privada	1,39(0,90-2,15)	1,06(0,74-1,52)
Servidor público	1,10(0,73-1,66)	0,93(0,63-1,35)

*Na área coberta pelo PSF os dados de sexo, idade, morbidade e escolaridade estão ajustados entre si, e os dados de renda, situação de trabalho e cobertura previdenciária, cada um separadamente, estão ajustados por idade, sexo e morbidade. Na área não coberta pelo PSF os dados de sexo, idade e morbidade estão ajustados entre si mais escolaridade e situação de trabalho, e os dados de escolaridade, situação de trabalho, renda e cobertura previdenciária, cada um separadamente, estão ajustados por sexo, idade e morbidade

logrou obter duas amostras com elevado grau de comparabilidade. Dessa forma, ficam fortalecidas a validade interna (comparação entre amostras) e externa (generalização para a população estudada). Outros pontos positivos do estudo foram a baixa perda de informação e o tratamento bem sucedido do efeito confundimento através da análise multivariada.

Apesar da intensidade de utilização de serviços referida não diferir entre as amostras, sua distribuição segundo as variáveis sociodemográficas apresenta diferenças importantes: segundo a idade enquanto a área não coberta pelo PSF apresenta maior utilização entre os mais jovens e os mais idosos, na área coberta pelo PSF apenas o grupo de 10-19 anos, adolescentes portanto, apresenta uma menor utilização; segundo escolaridade e renda enquanto a área não coberta pelo PSF mostra uma utilização crescente nas categorias mais privilegiadas, a área coberta pelo PSF não apresenta diferenças entre categorias. Esses resultados podem indicar que um dos impactos do programa poderia ser a utilização de serviços menos desigual na área coberta, e menos dependente das condições socioeconômicas.

Quanto à procura por assistência entre aqueles que referiram episódio de doença, dois aspectos devem ser considerados: a proporção de procura é maior na área não coberta pelo PSF, e sua distribuição segundo variáveis socioeconômicas é distinta nas duas populações. Tendo-se como pressuposto não haver demanda reprimida, pode-se supor que o menor grau de procura ocorra em função do suporte da equipe do PSF, e em particular pela atuação dos agentes comunitários da saúde. Isso é coerente com a observação de que na área coberta pelo PSF a procura é maior para aqueles que referiram grau de limitação intenso, diferença que não ocorre na área não coberta. Ainda, na área não coberta se repete, segundo a idade, o padrão de maior procura entre mais jovens e mais idosos, enquanto na área coberta a procura só é menor nos adolescentes.

Segundo os indicadores de condições socioeconômicas, há procura crescente nas categorias de escolaridade mais privilegiada na área não coberta, enquanto na área coberta não existem estas diferenças, havendo também diferenças segundo a situação de trabalho, com procura menor para os inativos, o que não ocorre na área coberta. Novamente os resultados pa-

recem indicar que um dos impactos do programa seria uma distribuição da atenção à saúde pouco dependente das condições socioeconômicas na área coberta, e, importante, mais dependente do grau de necessidade (morbidade).

Os resultados do presente estudo confirmam as desigualdades na utilização de serviços de saúde descritas na literatura quanto ao sexo, idade, escolaridade e renda, e na procura por assistência segundo idade, escolaridade e situação de trabalho. Contudo, essas desigualdades são menores na área coberta pelo PSF, o que se mostra coerente com os seus objetivos, relativos à promoção da equidade horizontal. Confirmam-se as desigualdades na utilização de serviços em situação de morbidade referida nos últimos quinze dias, sendo a desigualdade pela procura de serviços de saúde maior na área coberta e de acordo com o grau de gravidade, coerente com os objetivos de equidade vertical.

Esses achados indicam haver certo nível de acesso e utilização de serviços de saúde na população moradora em áreas mais pobres do Município de São Paulo, mesmo aquela não coberta pelo PSF. No entanto, nessas áreas, a presença do PSF mostrou-se capaz de diminuir o efeito das condições sociais desiguais (medidas através de variáveis selecionadas), sobre o perfil de acesso e utilização ali existente, com melhora da equidade social nesses aspectos. No presente estudo não se tratou de medir a iniquidade social, por referência à um padrão ideal de consumo de serviços, ou aquele necessário para obter um impacto sobre as condições de saúde, mas buscou-se identificar a diferença que o PSF, quando efetivamente implantado (como nos casos aqui estudados), pode fazer nos perfis de acesso e utilização de serviços de saúde em uma população com essas condições de vida. Esse tipo de estudo é de grande importância para a melhor compreensão dos resultados e impactos possíveis da implantação do PSF, que serão distintos na dependência das condições de vida e de acesso a serviços de saúde da população alvo.

AGRADECIMENTOS

À Dra. Maria Cecília Goi Porto Alves, da Superintendência de Controle de Endemias (SUCEN), pela assessoria no processo amostral.

REFERÊNCIAS

1. Braveman P. Monitoring equity in health: a policy-oriented approach in low- and middle-income countries. Geneva; WHO; 1998. (Equity Initiative Document, 3).
2. Cesar CLG, Figueiredo GM, Westphal MF, Cardoso MRA, Costa MZ, Gattás VL. Morbidade referida e utilização de serviços de saúde em localidades urbanas brasileiras: metodologia. *Rev Saúde Pública* 1996;30:153-60.

3. Culyier AJ. Health, health expenditures, and equity. In: Van Doorslaer E, Wagstaff A, Rutten F. Equity in finance and delivery of health care: an international perspective. Oxford: Oxford University Press; 1993.
4. Department of Health and Human Services/DHHS. National health care disparities report. Rockville MD: 2003. Available from: URL: <http://www.proadess.cict.fiocruz.br> [2004 Mai 25].
5. Marques RM, Mendes A. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento. *Ciênc Saúde Coletiva* 2003;8:403-15.
6. Mendoza-Sassi R, Béria JU, Barros AJD. Fatores associados à utilização de serviços ambulatoriais: estudo de base populacional. *Rev Saúde Pública* 2003;37:372-8.
7. Pedrosa M. Desenvolvimento humano no município de São Paulo [dissertação de mestrado]. São Paulo: PUC/SP; 2003.
8. Santana ML, Carmagnani MI. Programa de saúde da família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. *Saúde Soc* 2001;10:33-54.
9. Sawyer DO, Leite IC, Alexandrino R. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002;7:757-76.
10. Silva JA, Dalmaso ASW. Agentes comunitários de saúde: o ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.
11. Silva NN, Pedrosa GC, Puccini RF, Furlani WJ. Desigualdades sociais e uso de serviços de saúde: evidências de análise estratificada. *Rev Saúde Pública* 2000;34:44-9.
12. Travassos C, Viacava F, Fernandes C, Almeida CM. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2000;5:133-49.
13. Van Doorslaer E, Wagstaff A, Rutten F. Equity in finance and delivery of health care: an international perspective. Oxford: Oxford University Press; 1993.
14. Zucchi P, Del Nero C, Malik AM. Gastos em saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. *Saúde Soc* 2000;9:127-50.